



MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN
TERKAIT PENDIDIKAN KESEHATAN YANG
DI BERIKAN OLEH PERAWAT DENGAN
KUALITAS KESEHATAN FISIK KLIEN
PENYAKIT GINJAL TERMINAL
DENGAN CAPD**

Laporan Hasil Penelitian
Dibuat Untuk Memenuhi Tugas Akhir
Mata Ajar Riset Keperawatan pada
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Oleh :

Hermani Roslena S
0606060181
Lince Siringoringo
0606060414



Tgl Menerima	21-07-2009
Beli / Sumbangan	Hibah
Nomor Induk	1567/08
Klasifikasi	Lap. Penelitian

Her 2008

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2008**

LEMBAR PERSETUJUAN

Penelitian dengan judul :

Hubungan Tingkat Pengetahuan Klien Terkait Pendidikan
Kesehatan Yang Diberikan Oleh Perawat Dengan Kualitas
Kesehatan Fisik Klien Penyakit Ginjal Terminal
Dengan CAPD

Telah mendapatkan persetujuan
Depok, 30 Mei 2008

Mengetahui

Koordinator Mata Ajar

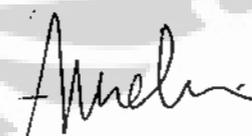


(Dewi Gayatri, S.kp, M.Kes)

NIP. 132151320

Menyetujui

Pembimbing riset



(Amelia, S.Kp, MN)

NIP.132090914

KATA PENGANTAR

Pada kesempatan ini kami ingin mengucapkan puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa yang telah melimpahkan rahmat dan karunianya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian ini dengan judul **“Hubungan Tingkat Pengetahuan klien terkait PenKes yang diberikan oleh perawat dengan Kualitas Kesehatan Fisik klien PGT dengan CAPD”**

Selama penyusunan laporan penelitian ini, peneliti banyak sekali memperoleh dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. DR. Dewi Irawati, PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes selaku koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan
3. Amelia, K. S.Kp, MN, selaku pembimbing yang telah memberikan dukungan, bimbingan dan pengarahan sehingga penelitian ini dapat selesai pada waktunya.
4. Dr. Tunggul Situmorang, SpPD-KGH, Dipl/M.Med.Si (Neph), selaku Direktur Ketua RS PGI Cikini yang telah memberi kesempatan untuk melanjutkan Pendidikan, memberi ijin untuk dilakukan penelitian, dan sangat mendukung dalam pelaksanaan Penelitian ini.
5. Ida Sibarani, Skp, selaku Kepala Bidang Keperawatan yang senantiasa berdoa dan memberi dukungan penuh selama penyusunan penelitian ini bahkan selama peneliti mengikuti pendidikan.
6. Teman-teman perawat di Renal Unit, Poli CAPD, Poli Ginjal Unit Rawat Jalan, Ruang rawat inap C dan D RS PGI Cikini Jakarta, tempat peneliti bekerja.

7. Keluarga tercinta yang memberikan dukungan baik moril maupun materil selama proses penyusunan penelitian ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Extensi Sore 2006 yang telah memberikan dukungan dan semangat sehingga penelitian ini dapat selesai tepat waktu.

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih banyak kekurangan, karena itu peneliti mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun demi perbaikan di masa mendatang. Peneliti berharap kiranya penelitian ini dapat bermanfaat bagi seluruh pembaca.

Depok, 30 Mei 2008

Peneliti

HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN TERKAIT PENDIDIKAN KESEHATAN YANG DIBERIKAN OLEH PERAWAT DENGAN KUALITAS KESEHATAN FISIK KLIEN PGT DENGAN CAPD

Hermani Roslena*, Lince siringoringo**

ABSTRAK

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu bentuk tindakan keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan, melalui pembelajaran yang di dalamnya perawat berperan sebagai pendidik. Berdasarkan peran sebagai pendidik tersebut, perawat mengalihkan pengetahuan, ketrampilan, dan pembentukan sikap selama proses pembelajaran yang berfokus pada perubahan perilaku. Perubahan perilaku ini ditunjukkan melalui perubahan pola pikir, sikap dan keterampilan yang spesifik (Notoatmodjo, 2003). CAPD merupakan salah satu bentuk dialisis peritoneal yang digunakan pada klien dengan Penyakit Ginjal terminal (PGT) sebagai Terapi Pengganti Ginjal (Thomas, 2003). Berdasarkan data empirik di lapangan klien PGT dengan CAPD semakin meningkat dari tahun ke tahun dan saat ini sudah mencapai 120 orang di RS PGI Cikini pada (tahun 2006), hal ini dimungkinkan oleh karena berbagai keuntungan yang diperoleh bila menggunakan CAPD. Klien PGT yang akan menjalani TPG berada dalam ketidak tahuan, ketidakmauan dan ketidak mampuan dalam menjalani TPG yang tepat. Pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan klien terkait CAPD sehingga klien mampu menjalani TPG dengan baik dan mampu mempertahankan kualitas kesehatan fisik yang optimal. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien tentang CAPD, mengidentifikasi tingkat kesehatan fisik klien yang menggunakan CAPD dan untuk mengidentifikasi hubungan antara tingkat pengetahuan klien dengan kualitas kesehatan fisik klien yang menggunakan CAPD. Desain penelitian yang digunakan adalah Diskriptif Korelasi dengan jumlah sampel 40 orang. Instrumen pengumpulan data yang digunakan adalah kuesioner untuk tingkat pengetahuan klien terkait Pen-Kes, sementara untuk kualitas kesehatan fisik, disamping kuesioner, dilakukan juga pengukuran dan pemeriksaan fisik sederhana. Dan hasil yang didapatkan melalui uji CHI- Square bahwa; $\text{Chi-Square}_{hitung} = 16,770$, dengan $\text{Chi-Square}_{table} = 3,841$ pada taraf kepercayaan 5%. Sehingga didapatkan keputusan $\text{Chi-Square}_{hitung} > \text{Chi-Square}_{table}$, maka H_0 ditolak, artinya Ada hubungan antara Tingkat Pengetahuan terkait PenKes yang diberikan perawat dengan Kualitas Kesehatan Fisik klien PGT dengan CAPD. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian ini adalah ada hubungan Pen-Kes yang diberikan perawat dengan Kualitas Kesehatan Fisik klien PGT dengan CAPD.

Kata kunci: PenKes, CAPD, Tingkat Pengetahuan, kualitas kesehatan fisik

DAFTAR ISI

JUDUL	i
ABSTRAK	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Masalah Penelitian	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian.....	4
E. Ruang Lingkup Penelitian.....	5
BAB II STUDI KEPUSTAKAAN	
A. Pendidikan Kesehatan	6
B. Perilaku Kesehatan.....	10
C. Penyakit Ginjal Kronik.....	12
D. CAPD (<i>Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis</i>)	14
E. Pendidikan Kesehatan Klien CAPD.....	19
F. Kriteria Hidup Klien CAPD Berkualitas.....	26
BAB III KERANGKA KERJA PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep	28
B. Hipotesis.....	29
C. Definisi Operasional (D.O)	29

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian	31
B. Tempat dan waktu penelitian	31
C. Populasi dan sampel	31
D. Etika Penelitian	32
E. Alat Pengumpul Data	32
F. Metoda Pengumpulan Data	33
G. Pengolahan Data dan Analisis Data	35
H. Jadwal kegiatan	36

BAB V HASIL PENELITIAN

A. Analisa Univariat.....	37
B. Analisa Bivariat	45

BAB VI. PEMBAHASAN

A. Pembahasan Tentang Data Demografi.....	56
B. Pembahasan Tentang Tingkat Pengetahuan.....	58
C. Pembahasan Tentang Kualitas Kesehatan Fisik.....	60

BAB VII. KESIMPULAN DAN SARAN

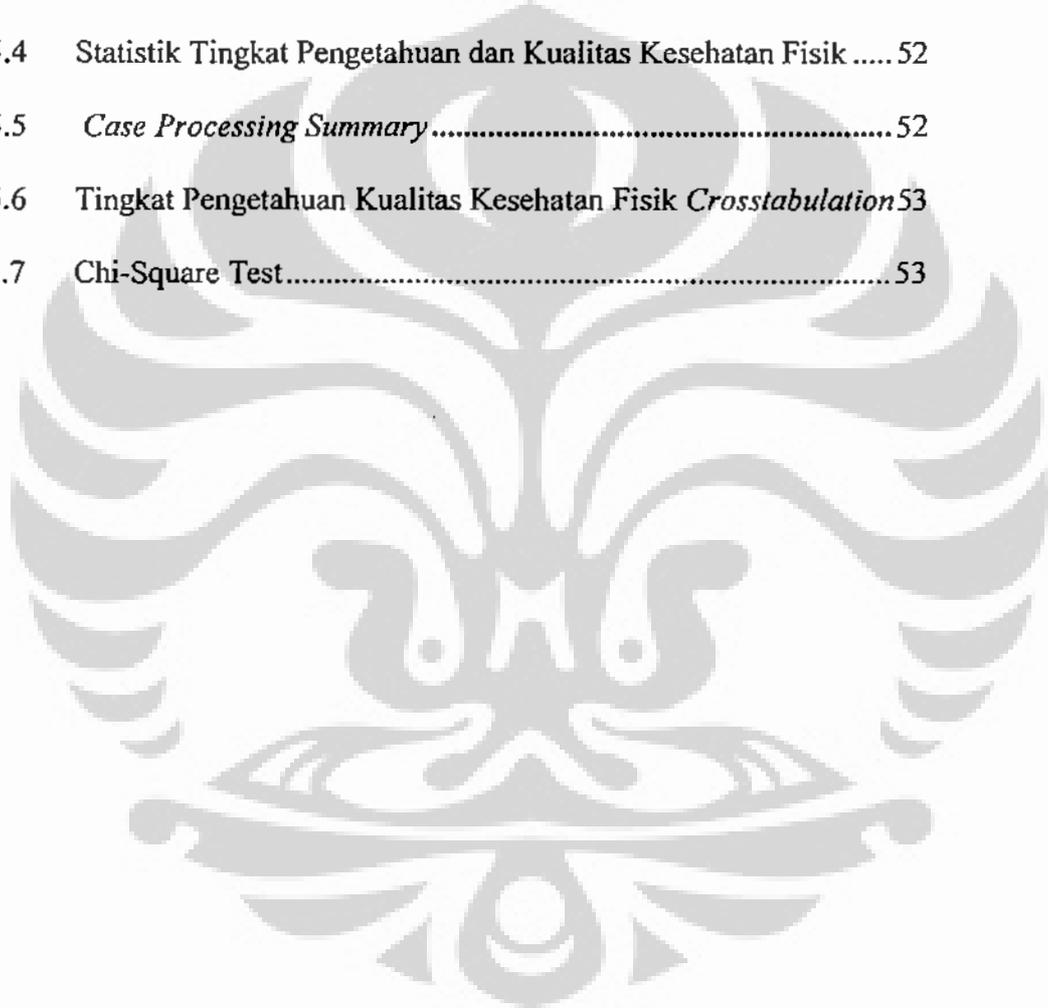
A. Kesimpulan.....	65
B. Saran	66
C. Rekomendasi	68

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Kontingensi Silang	34
Tabel 5.2	Variabel Independen (Tingkat Pengetahuan).....	46
Table 5.3	Variabel Dependen (Kualitas Kesehatan Fisik)	49
Tabel 5.4	Statistik Tingkat Pengetahuan dan Kualitas Kesehatan Fisik	52
Tabel 5.5	<i>Case Processing Summary</i>	52
Tabel 5.6	Tingkat Pengetahuan Kualitas Kesehatan Fisik <i>Crosstabulation</i>	53
Tabel 5.7	Chi-Square Test.....	53



DAFTAR TABEL

Diagram 5.1	Distribusi responden berdasarkan lama pemakaian CAPD, pada klien PGT di Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta pada bulan Mei 2008	37
Diagram 5.2	Distribusi Responden Berdasarkan Umur Responden Klien PGT dengan CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta Mei 2008	38
Diagram 5.3	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Klien PGT dengan CAPD poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta, Mei 2008	38
Diagram 5.4	Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Pada Klien PGT dengan CAPD Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta pada bulan Mei 2008	39
Diagram 5.5	Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Pada Klien PGT dengan CAPD Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta, Mei 200	39
Diagram 5.6	Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan Perbulan Pada Klien PGT dengan CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta pada bulan Mei 2008.....	40
Diagram 5.7	Distribusi Responden Berdasarkan Suku Pada Klien PGT dengan CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta Pada Bulan Mei 2008	40
Diagram 5.8	Gambaran Tingkat Pengetahuan Klien Terkait Penkes Yang Diberikan Oleh Perawat Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008.....	41
Diagram 5.9	Distribusi Kualiatas Kesehatan Fisik Responden Berdasarkan Hasil Kuesioner Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008	42
Diagram 5.10	Distribusi Responden Dengan Tekanan Darah Sistole Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008	42
Diagram 5.11	Distribusi Responden Dengan Kejadian Infeksi Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008.....	43
Diagram 5.12	Distribusi Responden Dengan Edema Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008	43
Diagram 5.13	Distribusi Responden Dengan Ada Ronchi Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini bulan Mei 2008	44

Diagram 5.14 Distribusi Responden dengan Frekwensi Pernafasan pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Bulan Mei 2008 44

Diagram 5.15 Distribusi Responden Dengan BMI Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008 45



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pendidikan kesehatan merupakan salah satu bentuk tindakan keperawatan untuk membantu klien baik individu, kelompok, maupun masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan, melalui pembelajaran yang di dalamnya perawat berperan sebagai pendidik. Berdasarkan peran sebagai pendidik tersebut, perawat mengalihkan pengetahuan, ketrampilan, dan pembentukan sikap selama proses pembelajaran yang berfokus pada perubahan perilaku. Perubahan perilaku ini ditunjukkan melalui perubahan pola pikir, sikap dan keterampilan yang spesifik. (Notoatmojo.S 1997).

Notoatmodjo (1997) mengatakan bahwa pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengubah pemahaman individu, kelompok dan masyarakat di bidang kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai, mandiri dalam mencapai tujuan sehat, serta dapat menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada dengan tepat dan sesuai. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa pemberian pendidikan kesehatan yang tepat dapat mempengaruhi pengambilan keputusan klien dalam pengobatan dan atau perawatan lanjut. Salah satu pengambilan keputusan secara tepat yang diperlukan adalah dalam hal Terapi Pengganti Ginjal (TPG). TPG diperlukan pada klien dengan Penyakit Ginjal Terminal (PGT) dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup klien.

Menurut National Foundation Kidney seperti yang dikutip dalam <http://kidney.niddk.nih.gov>, Penyakit Ginjal Kronik (PGK) di dunia sudah mencapai 26 juta orang, dan 20 juta diantaranya sudah masuk ke dalam tahap akhir (terminal). Sedangkan dalam Journal *Ethnicity & Disease* (Juni 2006), dikatakan bahwa di Indonesia penderita PGK meningkat dari tahun ke tahun dan saat ini sudah mencapai 150 orang/tahun/juta penduduk. Selanjutnya di RS PGI Cikini, klien PGK yang telah menjalani TPG (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialisis (CAPD) atau Hemodialisis (HD) sejak tahun 2003-2006 adalah 351 dan 979 orang. Lebih lanjut data didapatkan bahwa klien dengan program CAPD dibandingkan dengan HD terjadi peningkatan dari tahun ke tahun: tahun 2003 perbandingan CAPD dan HD 1:4 (65 orang dengan 236), tahun 2004 1:4 (73 orang dengan 273 orang), tahun 2005 1:3 (93 orang dengan 249), tahun 2006 1:1 (120 orang dengan 221)

Seperti diketahui TPG yang paling ideal adalah transplantasi ginjal karena mengambil alih seluruh fungsi ginjal, namun masalahnya adalah sangat sulit mencari donatur ginjal dan biaya pelaksanaannya cukup mahal. Pilihan selanjutnya adalah Dialisis yang terdiri dari hemodialisis dan peritoneal. Dialisis dan CAPD merupakan pilihan yang terbaik diantara terapi pengganti ginjal setelah transplantasi, oleh karena CAPD mempunyai beberapa keuntungan antara lain; klien yang menggunakan CAPD bebas dari mesin dialisis, dapat beraktifitas normal, seperti bekerja, sekolah, dapat dilakukan secara mandiri, biaya lebih murah dibanding dengan terapi pengganti ginjal lainnya. (National Kidney Foundation 2006). CAPD juga sangat dianjurkan pada klien gagal ginjal dengan diabetes mellitus, penyakit jantung berat dan keadaan lain yang tidak memungkinkan dilakukan hemodialisis.

Klien PGT dengan CAPD semakin meningkat, bahkan saat ini sudah mencapai 120 orang (tahun 2006) di RS PGI Cikini. Hal ini dimungkinkan karena

beberapa keuntungan yang diperoleh, dibandingkan dengan Terapi Pengganti Ginjal lainnya. Klien CAPD mendapatkan PenKes yang diberikan oleh perawat, dimana setiap klien CAPD diharapkan mampu merawat diri sendiri secara mandiri dan mempunyai kualitas kesehatan fisik yang optimal. Klien CAPD biasanya masuk kembali ke Rumah Sakit oleh karena adanya gangguan kesehatan fisik yang berhubungan dengan gangguan pada keluar masuknya cairan dialisis pada saat dialisis, dan adanya infeksi pada daerah pemasangan cateter CAPD. Gangguan nutrisi dan cairan juga merupakan masalah yang sering terjadi, dimana klien mengalami mual dan muntah yang menyebabkan kurang adekuatnya asupan nutrisi dan sesak oleh karena kelebihan cairan..

Berdasarkan fenomena tersebut maka peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan klien terkait PenKes yang diberikan oleh perawat dengan kualitas kesehatan fisik klien Penyakit Ginjal Terminal yang menjalani CAPD.

B. Masalah Penelitian

Klien Penyakit Ginjal Terminal (PGT) yang akan menjalani dialisis, berada dalam keadaan ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan dalam menjalani Terapi Pengganti Ginjal yang tepat. Pendidikan kesehatan merupakan kegiatan yang diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan klien sehingga klien tahu, mau dan mampu menjalankan program CAPD sebagai Terapi Pengganti Ginjal dan mempertahankan kualitas kesehatan fisik yang optimal. Pendidikan kesehatan pada klien penyakit ginjal terminal yang akan menggunakan CAPD meliputi; program CAPD, diet, obat-obatan, perawatan exit-site catheter, keseimbangan cairan, aktifitas, *exercise* dan kemungkinan komplikasi yang terjadi (Tindall, B 1997).

Dengan kondisi klien diatas perlu dilakukan penelitian untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan terkait pendidikan kesehatan yang diberikan perawat dengan kualitas kesehatan fisik klien yang memilih CAPD sebagai terapi pengganti ginjal.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kualitas kesehatan fisik klien Penyakit Ginjal Terminal dengan CAPD.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui tingkat pengetahuan klien tentang CAPD.
- b. Mengidentifikasi tingkat kesehatan fisik klien yang menggunakan CAPD.
- c. Mengidentifikasi hubungan antara tingkat pengetahuan klien dengan kualitas kesehatan fisik klien yang menggunakan CAPD.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi rumah sakit

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi rumah sakit tentang pentingnya pendidikan kesehatan bagi klien Penyakit Ginjal Terminal dengan CAPD dalam mempertahankan kualitas kesehatan fisik yang optimal.

2. Bagi pendidikan

Diharapkan dapat memperkaya referensi dan wawasan secara teoritis berkenaan dengan Pendidikan Kesehatan pada klien PGK yang menggunakan CAPD sebagai Terapi Pengganti Ginjal.

3. Bagi peneliti

Dapat bermanfaat menambah wawasan dan pengetahuan tentang pentingnya perawat memberikan pendidikan kesehatan pada klien PGT yang memilih CAPD sebagai terapi pengganti ginjal sehingga klien memiliki pengetahuan yang benar tentang program CAPD dan mampu mempertahankan kesehatan fisik dengan optimal.

E. Ruang Lingkup Penelitian

1. Lingkup teori

Lingkup penelitian secara teori berkisar tentang Pendidikan Kesehatan, terapi CAPD, dan kriteria klien CAPD yang berkualitas.

2. Lingkup masalah

Masalah yang diteliti adalah tingkat pengetahuan klien terkait PenKes dengan kualitas kesehatan fisik klien dengan CAPD yang dapat diukur dari perasaan nyaman klien (*general well being*), yaitu sejahtera fisik seperti status nutrisi berdasarkan *Body Mass Index* (BMI), dan minimalnya keluhan mual, muntah dan sesak..

3. Lingkup sasaran

Sasaran yang diteliti adalah klien PGT yang sudah menjalani CAPD.

4. Lingkup tempat

Penelitian dilakukan di poli ginjal Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta

5. Lingkup waktu

Penelitian dilakukan pada bulan Mei 2008

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Pendidikan Kesehatan

1. Definisi

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu dan masyarakat. Pendidikan kesehatan juga merupakan suatu bentuk intervensi atau upaya yang ditujukan kepada perilaku agar perilaku tersebut kondusif untuk kesehatan (Notoatmojo.S 2003).

2. Tujuan pendidikan kesehatan (Pen Kes)

Standard tujuan Pen Kes menurut Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations/JCAHO (1998) dalam Rankin, S.H (2001) adalah:

- a. Meningkatkan komunikasi interaktif antara klien dengan petugas kesehatan
- b. Meningkatkan pemahaman klien dan keluarga tentang status kesehatan klien, pilihan dalam terapi dan konsekuensi dari pilihan tersebut.
- c. Mendorong klien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam membuat keputusan dalam perawatan/kesehatan.
- d. Meningkatkan peran serta klien dalam rencana pelayanan kesehatan terapeutik
- e. Memaksimalkan keterampilan merawat untuk klien dan keluarga

- f. Meningkatkan kemampuan klien dan keluarga mengatasi masalah kesehatan klien
- g. Meningkatkan peran klien dan keluarga dalam perawatan secara kontiniu
- h. Promosi tentang gaya hidup sehat pada klien
- i. Menginformasikan klien tentang tanggung jawab keuangan untuk biaya pengobatan bila sakit.

3. Ruang lingkup pendidikan kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari beberapa dimensi, antara lain dimensi aspek pelayanan kesehatan, dimensi tatanan atau tempat pelaksanaan pendidikan kesehatan dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Ruang lingkup Pendidikan Kesehatan berdasarkan aspek kesehatan, dikelompokkan menjadi dua kelompok: a. Pendidikan Kesehatan pada aspek promotif. b. Pendidikan Kesehatan pada aspek pencegahan dan penyembuhan (Pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tertier), (Suliha. U dkk 2001).

Menurut (Notoatmojo. S 2003) Ruang lingkup berdasarkan tatanan pelaksanaan:

- a. Pendidikan Kesehatan tatanan keluarga (rumah tangga).
- b. Pendidikan Kesehatan tatanan sekolah
- c. Pendidikan Kesehatan tempat kerja
- d. Pendidikan kesehatan tempat umum
- e. Pendidikan Kesehatan fasilitas pelayanan kesehatan.

Adapun ruang lingkup berdasarkan tingkat pelayanan

- a. Pendidikan Kesehatan promosi kesehatan
- b. Pendidikan Kesehatan perlindungan khusus

- c. Pendidikan kesehatan diagnosis dini.
- d. Pendidikan Kesehatan pembatasan cacat
- e. Pendidikan Kesehatan rehabilitasi

4. Metode dan alat Bantu/media pendidikan kesehatan

a. Metode :

- 1). Individual : Bimbingan penyuluhan, wawancara
- 2). Kelompok : Kelompok besar : Ceramah (persiapan dan pelaksanaan), Kelompok kecil: Diskusi kelompok, Curah kelompok (Brain Storming), Bola Salju (Snow Balling), Kelompok kecil-kecil (Buzz group), Bermain Peran (Role Play), Permainan Simulasi (Simulation Game).
- 3). Massa : Ceramah Umum, Pidato, dan lain lain

b. Alat Bantu

Alat Bantu pendidikan adalah alat-alat yang digunakan oleh pendidik dalam menyampaikan bahan pendidikan/pengajaran. Alat Bantu ini sering disebut sebagai alat peraga karena berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses pendidikan /pengajaran. Berdasarkan kerucut Elgar (Elgar Dale), alat peraga dibagi menjadi sebelas kelompok, kata-kata, tulisan, rekaman/radio, film, televisi, pameran, field trip(kunjungan lapangan), demonstrasi, sandiwara, benda tiruan, benda asli.

Kalau dibuat kerucut, maka lapisan paling dasar adalah benda asli dan yang paling atas adalah kata-kata. Hal ini menunjukkan bahwa dalam

proses pendidikan, benda asli mempunyai intensitas yang paling tinggi untuk mempersepsikan bahan pendidikan/pengajaran.

Faedah alat bantu pendidikan.

Alat Bantu/alat peraga berfaedah untuk menimbulkan minat sasaran pendidikan, mencapai sasaran yang lebih banyak, membantu dalam mengatasi banyak hambatan bahasa dalam pemahaman, merangsang sasaran pendidikan untuk meneruskan pesan-pesan yang diterimanya pada orang lain, mempermudah penerimaan informasi (menurut penelitian para ahli 75 %-87% pengetahuan manusia diperoleh melalui mata, dan selebihnya melalui indera yang lainnya). Mendorong keinginan untuk mengetahui, kemudian mendalami, dan akhirnya membantu menegakkan pengertian yang diperoleh.

Sasaran yang dicapai alat bantu antara lain: individu atau kelompok, kategori-kategori sasaran, bahasa yang mereka gunakan, adat istiadat, minat dan perhatian pengetahuan dan pengalaman.

Biasanya kita menggunakan alat peraga sebagai ganti objek-objek yang nyata sehingga dapat memberikan pengalaman yang langsung bagi sasaran. Ada beberapa hal yang diperlukan saat merencanakan membuat alat peraga. Salah satunya tujuan apa yang hendak kita capai. Dari sudut tujuan pendidikan, menanamkan pengetahuan/pengertian, pendapat, dan konsep-konsep, mengubah sikap dan persepsi, menanamkan tingkah laku/kebiasaan yang baru (Notoatmojo. S 2003).

Alat peraga yang sudah disiapkan dengan baik harus digunakan dengan cara yang benar. Pada waktu menggunakan Audio Visual Aid yang perlu diperhatikan adalah hal-hal sebagai berikut: senyum adalah

lebih baik untuk mencari simpati, tunjukkan perhatian bahwa hal yang dibicarakan adalah penting, pandangan mata hendaknya ke seluruh pendengar, gaya bicara hendaknya bervariasi, ikut sertakan peserta dan beri kesempatan untuk mencoba alat-alat tersebut, beri selingan humor.

B. Perilaku Kesehatan

Seperti telah diuraikan diatas bahwa tujuan Pen Kes adalah untuk mengubah perilaku individu, kelompok, dan masyarakat menuju hal-hal yang positif secara terencana melalui proses belajar. Menurut Benyamin Bloom dalam Notoatmodjo (2003), perilaku manusia dibagi kedalam tiga domain perilaku yakni: kognitif/pengetahuan, afektif/sikap, psikomotor/ketrampilan. Hasil perubahan perilaku yang diharapkan melalui proses pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah perilaku sehat. Perilaku sehat dapat berupa emosi, pengetahuan, pikiran, keinginan, tindakan nyata dari individu, keluarga dan masyarakat.

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan:

1. Tahu (*know*)

Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. termasuk kedalam tingkat ini mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang ditelaah diterima.

2. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya).

4. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau objek kedalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5. Sintesis (*Syntesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.

6. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap sesuatu materi atau objek. Penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau kriteria yang sudah ada.

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

Menurut Skinner, dalam Notoatmodjo 2003, Perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus/rangsangan dari luar. Dalam memberikan respons seseorang sangat tergantung kepada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang yang bersangkutan. Hal ini berarti bahwa meskipun stimulusnya sama bagi beberapa orang, namun respons tiap-tiap orang berbeda. Faktor-faktor yang membedakan respons terhadap stimulus yang berbeda disebut determinan perilaku. Determinan perilaku ini dibagi menjadi dua, yakni:

- a. Faktor internal yakni karakteristik orang bersangkutan, yang bersifat *given* atau bawaan, misalnya: tingkat kecerdasan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya
- b. Faktor eksternal yakni lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial budaya ekonomi, politik dan sebagainya. Faktor lingkungan ini sering merupakan faktor yang dominan yang mewarnai perilaku seseorang.

Dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan (Notoatmodjo, 2003).

B. Penyakit Ginjal Kronik

Penyakit Ginjal ginjal kronik (PGK), adalah ketidakmampuan ginjal untuk mempertahankan keseimbangan dan integritas tubuh yang muncul secara bertahap sebelum terjun ke fase penurunan ginjal tahap akhir. PGK merupakan permasalahan bidang nefrologi dengan angka kejadian yang cukup tinggi, etiologi yang luas dan kompleks, sering tanpa keluhan maupun gejala klinis kecuali masuk stadium terminal dan disebut sebagai Penyakit Ginjal Terminal (Sukandar, E 1997).

Penyakit Ginjal Terminal adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ireversibel, pada suatu derajat yang memerlukan Terapi Pengganti Ginjal yang tetap, berupa Transplantasi ginjal maupun Dialisis (Suwitra, K 2006).

Keadaan tanpa keluhan tersebut membuat banyak klien dengan gagal ginjal datang ke pelayanan kesehatan sudah dalam keadaan lanjut, bahkan tidak jarang sudah dalam keadaan terminal, dimana klien tersebut sudah membutuhkan terapi pengganti ginjal dengan segera.

Klasifikasi penyakit ginjal kronik didasarkan atas dua hal yaitu atas dasar derajat (stage) penyakit dan atas dasar diagnosis etiologi.

Menurut derajat gangguan fungsinya, penyakit ginjal kronik dikategorikan dalam 5 Tahapan (National Kidney Foundation-Kidney Disease Outcome Quality Initiative)

1. Gangguan fungsi ginjal

Pada kondisi ini upaya yang dilakukan adalah diagnosa dan pengobatan, pengobatan terhadap kondisi/penyakit penyerta, memperlambat progresi.

2. Penurunan ringan LFG (60-89)

Upaya yang dilakukan adalah memperkirakan progresi.

3. Penurunan sedang LFG (30-59)

Upayanya adalah mengevaluasi dan mengobati komplikasi.

4. Penurunan berat LFG (15-29)

Persiapan untuk terapi pengganti ginjal.

5. Gagal ginjal (LFG < 15)

Pada kondisi ini klien sudah harus menjalani terapi pengganti ginjal.

Terapi pengganti ginjal (TPG) adalah metode pengobatan yang diberikan kepada pasien gagal ginjal yang tidak mungkin lagi diobati secara konservatif. Terapi Pengganti Ginjal dapat berupa dialisis ataupun transplantasi ginjal. Dialisis dapat dilakukan dalam bentuk hemodialisis dan peritoneal dialisis.

Transplantasi ginjal merupakan pilihan terapi pengganti ginjal terbaik atau yang paling ideal karena dapat menggantikan seluruh fungsi ginjal (Total Replacement terapi), sedangkan dialisis hanya menggantikan fungsi ginjal sebagian (*Partial Renal Replacement therapy*).

Peritoneal dialisis adalah salah satu metoda terapi pengganti ginjal dan diseluruh dunia diperkirakan lebih dari 100.000 orang klien PGK yang sudah menggunakan metoda ini. Peritoneal dialysis terdiri dari beberapa metode, yaitu :

- a. Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)
- b. Automated Peritoneal Dialysis (APD)
- c. Continuous Cycling Peritoneal Dialysis (CCPD)
- d. Nocturnal/Night intermitten Peritoneal Dialysis (NIPD)

C. CAPD (Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis)

1. Definisi

CAPD merupakan salah satu bentuk dialisis peritoneal kronik untuk pasien Penyakit Ginjal terminal (PGT). Continuous (berkesinambungan) yaitu proses yang berlangsung sepanjang waktu, Ambulatory berarti bisa bergerak keliling atau kemana-mana sementara proses berlangsung, Peritoneal menunjukkan dimana terjadinya proses yaitu di rongga peritoneal. Dialisis membersihkan darah dengan alat atau cara artificial.

Dengan demikian CAPD merupakan suatu proses atau metode yang bertujuan untuk membersihkan sisa-sisa metabolisme kelebihan cairan dan elektrolit tubuh yang tidak bisa diangkut lagi oleh ginjal, dengan cara memasukkan cairan dialisat melalui kateter yang terpasang permanen dalam rongga abdomen (Julie Blyith, 1995).

2. Pemasangan Kateter CAPD

Pemasangan kateter CAPD dilakukan melalui operasi kecil, dirawat beberapa hari di rumah sakit. Kateter yang berbentuk sebuah tabung kecil yang lembut dioperasi kecil melalui abdomen dan bersifat permanen, dihubungkan langsung dengan plastik dan kantong cairan dialisat. Pada awalnya klien akan mengalami ketidaknyamanan karena kondisi tubuhnya sehingga klien perlu menyesuaikan diri dengan kateter, namun ketidaknyamanan ini akan berakhir dalam satu minggu kemudian (Julie Blyth, 1995).

3. Prosedur CAPD

Cairan pembersih (dialisat) dimasukkan ke dalam rongga peritoneum (perut). Dibiarkan dalam rongga perut selama 4-6 jam dan sesudah itu dikeluarkan, demikian secara terus-menerus. Pada malam hari cairan dimasukkan sebelum tidur dan dikeluarkan pada pagi hari. Pembersihan darah terjadi melalui rongga-rongga kapiler di rongga peritoneum.

CAPD dilakukan 3-4 kali perhari, 7 hari per minggu dengan setiap kali cairan dialisis dalam kavum peritoneum (dwell-time) lebih dari 4 jam (Popovich & Moncrief, 1976). Pada umumnya dwell-time pada waktu siang 4-6 jam sedangkan pada waktu malam 8 jam. Contoh jadwal penggantian cairan CAPD sebagai berikut: Pukul 07.00 (setelah bangun pagi), pukul 13.00 siang (makan siang), pukul 18.00 (setelah jam kerja) dan pukul 22.00

(sebelum tidur). Jadwal tersebut bisa fleksibel sesuai dengan jadwal kegiatan dan gaya hidup klien, dengan waktu yang paling enak bagi klien dengan syarat dwell time tidak boleh kurang dari 4 jam karena dalam waktu 4 jam baru akan terjadi keseimbangan kadar ureum antara plasma darah dengan cairan dialisat (Imam P, Parlindungan S, Rully M.A, 2006).

Menurut Situmorang T,(2008) saat ini CAPD merupakan salah satu bentuk dialisis pilihan pertama yang lebih sesuai. Proses ini dapat dilakukan sendiri maupun oleh keluarga klien sehingga tidak perlu datang lagi ke unit dialisis. Klien dapat melakukan aktifitas seperti bekerja, olah raga, kegiatan sosial dengan nyaman dan tidak terganggu dengan jadwal dialisis seperti pada klien yang menjalani Haemodialisis (HD). CAPD merupakan dialisis pilihan bagi pasien yang amat muda, usia lanjut dan penyandang diabetes mellitus.

4. Seleksi Pasien CAPD

Pasien PGT yang memerlukan program CAPD terdiri dari 3 kelompok yaitu:

- a. kelompok klien PGT dengan HD reguler beralih ke program CAPD dengan indikasi:
 - 1) Penyakit sistim kardiovaskular (penyakit jantung iskemik, gagal jantung kongestif, kardiomiopati, gangguan irama jantung, hipertensi yang sulit dikendalikan).
 - 2) Gangguan serebral akut (perdarahan intra kranial akut).
- b. Kelompok klien PGT baru dengan resiko tinggi program HD
 - 1) Penyakit sistim kardiovaskuler
 - 2) Usia lanjut (*geriatri*) dengan hemodinamik tidak stabil, Ateroskerosis
 - 3) Kecenderungan perdarahan (*trombositopenia*)

- 4) Ulkus ventrikuli
 - 5) Stroke baru
 - 6) Intoleransi terhadap asetat
 - 7) Alergi terhadap bahan dialiser.
- c. Kelompok klien PGT dengan gambaran klinik retensi/akumulasi molekul
- 1) Koma azotemia
 - 2) Perikarditis, pleuritis
 - 3) Anemia normokrom normositer (retensi polyamin)

5. Kontraindikasi CAPD

a. Absolut

Permukaan selaput peritonium sempit akibat adhesi atau peritonitis berulang.

b. Relatif

c. Ostomi (kolostomi, ileostomi, nefrostomi)

d. Peritonitis tidak umum (tbc, jamur)

e. Sangat gemuk

f. Rongga perut sempit akibat adanya massa tumor (polikistik ginjal)

g. Kesulitan dalam menjalankan program sendiri:

h. Fisik (buta, artritis)

i. Retardasi mental

j. Psikosis

k. Motivasi rendah

6. Keuntungan CAPD

Keuntungan yang paling utama klien PGT adalah hidup tanpa mesin yang memberikan kebebasan lebih dari terapi lain. Kesederhanaan,

keamanan, perasaan nyaman, keadaan klinis yang lebih baik, kebebasan, biaya yang relatif lebih murah merupakan daya tarik bagi klien maupun petugas kesehatan. Perubahan fisik kearah perbaikan antara lain menstruasi dapat teratur, nafsu sex kembali, gatal-gatal menghilang, tumbuh rambut di ketiak dan dada, perubahan warna dan kekeringan kulit. Tidak ada pembatasan diit yang ketat yang harus dilakukan namun perlu ditekankan pentingnya pengertian hubungan antara intake dan out put, keseimbangan cairan dan elektrolit dan pengambilan produk metabolik oleh dialisis (Imam P.dkk 2006).

Menurut Sukandar E. (2006) laporan dari penelitian klinik ternyata CAPD lebih baik dari HD dalam mempertahankan reserve residual renal function, penampilan jantung (cardiac performance) lebih baik, dapat mengendalikan volume darah dan hipertensi, jarang terjadi gangguan irama jantung. Pada klien anak proses pertumbuhan tidak terganggu dan kualitas hidup relatif lebih baik.

7. Komplikasi CAPD

Komplikasi CAPD dapat dibagi menjadi komplikasi teknis dan medis. Komplikasi teknis pada umumnya bukan merupakan komplikasi yang serius dan mudah diatasi terjadi antara lain bocornya cairan dialisat, sumbatan pada saat masuk atau keluarnya cairan dialisat, kesalahan letak kateter, dan lain sebagainya.

Komplikasi medis antara lain hipotensi, mual muntah, hilangnya nafsu makan, sakit sendi dan tulang punggung, perasaan sakit di abdomen dan peritonitis.

Peritonitis adalah komplikasi yang sering dijumpai meskipun saat ini di beberapa pusat ginjal angka peritonitis menurun. Penurunan ini terutama karena lebih baiknya seleksi dan latihan klien serta kemajuan teknologi (Imam P. Dkk 2006).

D. Pendidikan Kesehatan Klien CAPD

Pendidikan kesehatan klien CAPD merupakan hal yang sangat penting sebelum klien diharapkan mampu melakukan perawatan mandiri di rumah. Klien dewasa biasanya termotivasi untuk belajar dan sering belajar dari pilihan yang ditetapkan. Mereka mengikutkan pengalaman hidupnya untuk meningkatkan proses belajar dan berespon terhadap pengajaran yang diberikan, berbeda dengan anak-anak (Tarnow,1979). Ada banyak kesempatan bagi perawat termasuk bekerja dengan klien yang mandiri dalam perawatan untuk mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi proses belajar.

Klien yang baru akan memulai dialisis sering takut tentang prospek dialisis dan perawatan mandiri di rumah. Banyak klien mengalami gejala mual, muntah, gangguan tidur dan kebingungan. Beberapa klien mengalami kelemahan fisik dan lemas saat akan mulai dialisis sehingga motivasi berkurang untuk belajar, merasa bahwa kondisi mereka tidak akan pernah bisa kembali baik.

Banyak klien yang akan belajar CAPD berusia tua. Belajar konsep dan prosedur yang baru dalam hidup mereka akan tergantung dari cara pandang dan tugas yang diberikan. Saat ini akan membuat klien merasa rentan dan tidak adekuat, perawat harus sabar jika mereka lambat untuk memahami belajar. Penurunan daya ingat merupakan masalah yang diderita orang tua, hal ini merupakan sumber frustrasi pada klien dan perawat. Jika perawat menyadari dan

mempertimbangkan masalah yang berhubungan dengan prosedur dan konsep yang dibutuhkan pada klien yang akan dialisis, maka hal tersebut menjadi perhatian khusus. Informasi yang diberikan perawat pada klien harus jelas, tidak bermakna ganda dan mudah dipahami.

1. Materi Pelatihan

Dari penelitian yang telah didokumentasikan dengan baik, alat bantu visual, audio dan audiovisual merupakan materi penting dalam program pelatihan (Zappacosta&Lander 1988). Klien memiliki gaya belajar yang berbeda dan itu hal yang penting dikaji dalam proses belajar.

2. Lingkungan belajar

Salah satu kebutuhan yang paling dasar agar proses pembelajaran efektif adalah tempat belajar yaitu lingkungan yang kondusif, nyaman, bebas dari gangguan/interupsi, non klinik, bersikap ramah dan bersahabat.

3. Belajar di rumah

Jika klien dianjurkan untuk dialisis di rumah, lingkungan klinik di rumah sakit bukan tempat yang ideal untuk belajar dari teori ini. Pendidikan kesehatan pada klien di rumah mungkin merupakan situasi ideal khususnya bagi klien CAPD. Hal tersebut memungkinkan klien menerima dan beradaptasi sesuai gaya hidup mereka sehingga dapat mengurangi kecemasan yang muncul.

Klien dapat diajarkan langkah demi langkah proses pembelajaran tanpa interupsi orang lain. Perawat memiliki kesempatan untuk mempraktekkan dan memberi nasihat tentang CAPD yang akan dijalankan. Anggota keluarga juga mendapatkan pengetahuan dengan lebih mudah untuk meningkatkan pemahaman mereka tentang pendidikan kesehatan yang diberikan.

4. Apa saja yang diajarkan pada klien CAPD?

Penting diketahui bahwa klien baru dengan CAPD saat mau keluar dari renal unit harus memiliki pengetahuan yang cukup untuk merawat diri sendiri dengan aman saat menjalani CAPD. Secara umum dikatakan ketika klien sudah diajarkan CAPD prioritas pertama yang harus sudah diberikan adalah apa yang seharusnya mereka tahu, lalu apa yang sebaiknya mereka tahu kemudian apa yang bisa dan tidak perlu mereka tahu. Semua pembelajaran yang objektif harus berpusat pada klien (*patient-centred*).

Topik yang harus diberikan dalam program pendidikan kesehatan CAPD yaitu:

a. Medikasi

Insiden hipertensi cukup tinggi, mencapai 70-80% dari populasi PGT (Sukandar E 2006), sehingga klien diberikan obat anti hipertensi. Pastikan dan bantu klien mengetahui seberapa sering minum obat dan alasan obat diberikan. Anjurkan klien untuk kontrol tekanan darah secara teratur.

b. Fungsi normal dari ginjal

Sesi ini bisa diberikan dalam bentuk grup menggunakan media visual untuk menjelaskan fungsi ginjal secara sederhana, berhubungan dengan tanda dan gejala yang akan dialami ketika terjadi kegagalan fungsi ginjal.

c. Prosedur CAPD

Demonstrasi teknik CAPD dapat digunakan untuk menjelaskan prosedur ini. Alat simulasi PD (kateter PD) adalah alat yang baik yang mana klien dapat mempraktekkan penggantian alat sendiri.

d. Kateter dan perawatan exit-site

Alat simulasi CAPD dapat digunakan untuk latihan teknik membalut luka exit-site, gambar-gambar tentang caranya dapat dijelaskan secara visual antara kateter exit-site yang bersih dengan yang terinfeksi. Klien dapat praktek di depan kaca, diajarkan langkah demi langkah. Hal-hal yang perlu dijelaskan yaitu:

- 1) Tujuan dari perawatan kateter exit-site periode post operasi adalah untuk menstabilisasi kateter, promosi penyembuhan luka dan pencegahan infeksi.
- 2) Balutan exit-site diganti setelah 5-7 hari post operasi, bila tidak ada drainase dari luka seperti darah, eksudat, dan dialisat.
- 3) Penggantian balutan pertama kali harus dilakukan oleh perawat yang sudah mahir CAPD dan selanjutnya dapat diajarkan pada klien dan keluarga.
- 4) Gunakan masker saat penggantian balutan untuk mencegah kontaminasi dari flora mulut dan hidung.
- 5) Cegah trauma pada exit-site dan tertariknya cuff dengan immobilisasi kateter.
- 6) Minimalkan tekanan intra abdomen untuk mencegah kebocoran
- 7) Selama penggantian balutan daerah exit-site harus dikaji apakah ada tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak, nyeri, eksudat) pada bagian epidermal kateter.
- 8) Kateter exit-site ditutup dengan teknik steril
- 9) Sebaiknya klien tidak mandi dengan berendam (bath up).
- 10) Pastikan exit-site benar-benar kering, cegah kulit lecet.

e. *Prosedur/Cara kerja CAPD*

Proses osmosis dan difusi dapat dijelaskan dengan menggunakan pengalaman sederhana atau dengan Video tentang “Bagaimana prosedur/cara kerja CAPD” dijelaskan dengan konsep yang sederhana dan lebih detail.

f. *Diet*

Aktifitas makan sudah lebih dinikmati tanpa pembatasan yang ketat. Alat peraga makanan dapat digunakan untuk menjelaskan sesi ini. Diet CAPD yaitu: protein dengan nilai biologis tinggi 1-1,5 gr/kgbb, K : 1,0 mmol, P: 31-45 mmol/hari, kalori 30-35 kcal/kg BB, Vitamin B6 10 mg, Vitamin C 60-100 mg, Thiamin 1-5 mg, Asam folat 1 mg {Kopple et all, 2000} dalam Sukandar E. (2006)

g. *Infeksi*

Peritonitis adalah infeksi yang paling sering dan sudah banyak diteliti. Hal tersebut harus dijelaskan pada klien dengan cermat. Gunakan flipchart agar mudah dipahami klien. Faktor yang dapat dilakukan untuk mencegah peritonitis adalah seleksi klien dengan baik, pendidikan kesehatan dan pelatihan yang baik pada klien. Pendekatan yang baik adalah observasi yang teliti adanya tanda-tanda infeksi yaitu nyeri, bengkak, kemerahan daerah subkutan tempat insersi kateter.

Infeksi “tunnel” yaitu terdapatnya kemerahan kulit, edema disertai atau tanpa nyeri pada daerah alur kateter subkutan. Infeksi “tunnel” dapat timbul bersamaan dengan infeksi exit-site dan meningkatkan kemungkinan terjadinya peritonitis. Beritahu klien untuk segera

melaporkan pada petugas/perawat CAPD bila ditemukan tanda-tanda infeksi.

h. Keseimbangan cairan

Kelebihan cairan dapat terjadi karena intake cairan yang terlalu banyak dan pendidikan kesehatan yang kurang memadai. Satu hal umum yang sering terjadi adalah kurangnya kepatuhan klien dalam mengatur intake cairan. Klien diajarkan tanda-tanda kelebihan dan kekurangan cairan serta cara penanggulangannya. Hal yang perlu diperhatikan setiap pagi adalah ukur dan catat berat badan, kontrol berapa banyak jumlah cairan yang diminum, tentukan jenis konsentrasi cairan yang akan digunakan.

i. Sexual dan fertilitas

Hal penting yang perlu dijelaskan yaitu perubahan citra tubuh dan sexual. Adanya kateter yang tertanam dalam rongga perut dapat mempengaruhi citra tubuh klien dan juga fungsi sexualnya, sehingga sangat penting mendiskusikan kecemasan yang dialami klien.

Fertilitas dan fungsi sexual juga didiskusikan dengan klien maupun pasangannya karena kemungkinan klien CAPD jadi rendah diri dan merasa tertekan.

j. Pekerjaan

Klien dengan CAPD bukan alasan untuk berhenti bekerja. Periode training adalah waktu yang tepat untuk mendiskusikan pilihan pekerjaan yang sesuai bagi klien.

k. Pemesanan dan pengantaran peralatan dan cairan CAPD (ordering&delivery). Masalah pemesanan dan pengantaran peralatan dan cairan CAPD merupakan faktor yang dapat meningkatkan kecemasan

klien. Hal dimana tempat penyimpanan alat-alat yang banyak dan besar sering jadi masalah. Baxter Healthcare memfasilitasi pemesanan dan pengantaran peralatan dan cairan CAPD bukan hanya ke rumah klien tapi juga ke tempat rekreasi saat klien berlibur. Klien diberdayakan untuk konsultasi dan bertukar pengalaman dengan orang lain yang sudah menggunakan CAPD ataupun dengan perawat berpengalaman dalam hal CAPD.

i. Libur dan traveling

Klien CAPD juga bisa menikmati libur dan traveling. Banyak klien yang berlibur keluar kota dan dapat menikmatinya. Cara praktis menikmati liburan dapat didiskusikan dengan petugas yang mensuplai alat-alat CAPD ke tempat tujuan berlibur jika fasilitas tersedia.

m. Exercise untuk klien CAPD

Peran perawat untuk promosi kesehatan tentang gaya hidup sehat. Periode training ini adalah saat yang tepat untuk mendiskusikan tipe-tipe aktifitas yang dapat jadi pilihan yang terbaik untuk klien secara individu.

Pendidikan kesehatan yang berkesinambungan dan dukungan yang diberikan merupakan hal yang vital untuk memastikan kesuksesan klien

CAPD. Dukungan tersebut akan membantu klien mencegah masalah seperti peritonitis atau kelebihan cairan. Klien dapat mengajukan pertanyaan mengenai hal-hal yang tidak relevan selama training. Follow up dan kunjungan ke rumah oleh perawat CAPD atau perawat komunitas menjadi satu kesempatan buat klien untuk mendiskusikan kesuksesan dan masalah yang dihadapi. Ketepatan prosedur teknik klinis dapat dicek oleh perawat yang telah memberikan pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan seharusnya sederhana dan nyaman, mudah dipahami oleh semua klien yang pada akhirnya dapat meningkatkan promosi kesehatan secara mandiri.

E. Kriteria Hidup Klien CAPD Berkualitas

CAPD dilakukan untuk dapat memperpanjang hidup klien PGT. Hal ini dapat dipantau dengan mempertahankan klien dalam kondisi keseimbangan nitrogen positif, mengurangi gejala-gejala uremia, dan memiliki energi nutrisi yang adekuat, kualitas hidup yang optimal, dan tidak mengganggu gaya hidup klien.

Menurut Yetty. K (2007), dalam Jurnal Keperawatan Indonesia Volume 11, Kriteria untuk menentukan hidup klien berkualitas antara lain:

1. *Adequate dialysis.*

Menurut Twardowski (1989), dalam Thomas 2003, dialisis dapat disebut adekuat bila klien mengkonsumsi diet protein yang tepat dan tidak terjadi tanda-tanda uremia. Disamping itu keseimbangan cairan, elektrolit asam basa, sejahtera fisik, kepatuhan terhadap program pengobatan dan toleransi terhadap program terapi pengganti ginjal merupakan bagian dari adekuat dialisis. Secara konvensional pengukuran adekuasi didasarkan pada Kt/V. Secara umum nilai Kt/V adalah 2.0. Penilaian yang juga dapat mencerminkan dialisis adekuat adalah Peritoneal Equilibration Test (PET)

2. *Adequate Fluid Balance*

Data dasar diperlukan untuk mengetahui keseimbangan cairan pada tubuh klien CAPD. Data keseimbangan cairan ini dikaji secara berkala. Penambahan berat badan akibat penambahan massa otot perlu dibedakan dari

penambahan berat badan dari kelebihan cairan. Penimbangan berat badan tiap pagi, penimbangan cairan dalam kantong yang dikeluarkan dari rongga peritoneum perlu dilakukan secara teliti.

3. *Adequate nutrition*

Ahli gizi berwenang untuk menyampaikan program diet dan menindaklanjutinya. Akan tetapi karena klien lebih banyak berhubungan dengan perawat, maka perawat perlu dibekali dengan pengetahuan dasar tentang diet. Lebih dari 40 % klien dengan peritoneal dialisis mengalami kekurangan nutrisi (Young et al, 1991). Untuk mengidentifikasi status nutrisi klien dapat dilihat dari serum albumin, pemasukan diet protein dengan memberikan kuessioner sederhana pada klien untuk menanyakan jumlah porsi makanan yang dikonsumsi, pengukuran antropometri, dan BMI (*Body Mass Index*).

4. *Prevention of complication*

Peran perawat yang paling nyata adalah untuk mencegah terjadinya infeksi. Tidak Terjadinya infeksi pada daerah exit-site, infeksi tunnel, Peritonitis merupakan indicator adekuasi CAPD.

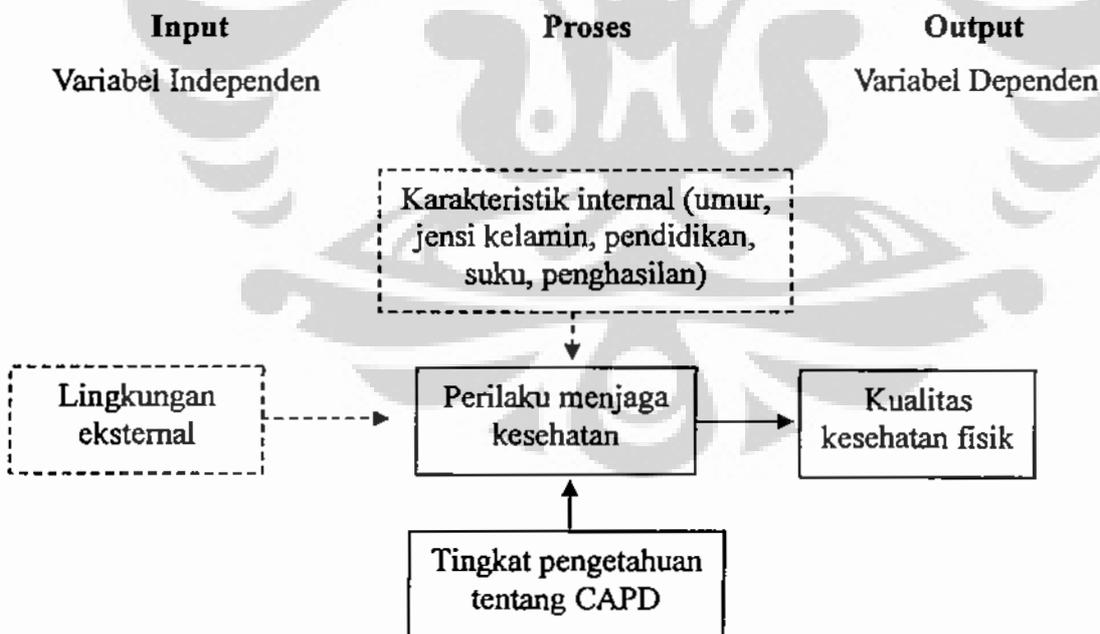
Keberhasilan terapi dan CAPD dapat meningkatkan kualitas hidup klien yang ditandai dengan kesehatan fisik yang optimal, tekanan darah terkontrol, berat badan stabil, keseimbangan cairan terkontrol baik, dan tidak terjadi komplikasi.

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan sistim yaitu input, proses, output yang terdiri dari tingkat pengetahuan klien tentang CAPD sebagai variabel independen dan kualitas kesehatan fisik klien CAPD sebagai variabel dependen. Prinsip utama dalam pendidikan kesehatan adalah proses belajar pada individu, keluarga dan masyarakat.



Gambar 1
Tingkat Pengetahuan Klien Tentang CAPD
Mempengaruhi Kualitas Kesehatan Fisik

A. Hipotesis

Hipotesis Penelitian

Ho: Tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan terkait Penkes yang diberikan oleh perawat dengan kualitas kesehatan fisik klien CAPD.

Ha: Ada hubungan antara tingkat pengetahuan terkait Penkes yang diberikan oleh perawat dengan kualitas kesehatan fisik klien CAPD.

B. Definisi Operasional (D.O)

Jenis Variabel	DO	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1. Tingkat pengetahuan	Gambaran tingkat pengetahuan terkait PenKes CAPD	Meminta responden menjawab pertanyaan yang diajukan	Kuesioner dalam bentuk check list	Ditentukan skor berdasarkan skor rata-rata: Tahu ≥ 15 , Tidak tahu < 15	Interval
2. Kualitas Kesehatan fisik:	Kondisi sejahtera fisik meliputi rasa nyaman klien, tidak ada keluhan mual, muntah, sesak dan klien toleransi terhadap terapi CAPD				
a. Status nutrisi		Mengukur tinggi dan berat badan dan menghitung BMI (body mass index) dengan rumus	Meteran, timbangan BB, kalkulator, kuesioner	Tidak ada mual, muntah, selera makan baik, BMI (normal, underweight, obesitas)	Kategorik Kg, meter

Jenis Variabel	DO	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
b. Sejahtera fisik		Menanyakan keluhan pada klien, Pengkajian paru, edema, sesak, dan ukur Tekanan darah.	Observasi, kuesioner, stetoskope, Tensimeter	Tidak ada sesak, edema, ronchi, Tekanan darah terkontrol	Kategorik
c. Tidak terjadi infeksi		Observasi tanda-tanda infeksi (nyeri, merah, bengkak, panas)	Kuesioner dan observasi	Tidak ada nyeri, merah, bengkak dan panas pada daerah pemasangan Cateter CAPD	kategorik

BAB IV

DESAIN DAN METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan deskriptif korelatif, untuk menganalisa dan menguraikan hubungan antara dua variabel, tingkat pengetahuan klien terkait pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat dengan kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD.

B. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS PGI Cikini Jakarta pada bulan Mei 2008, karena RS PGI Cikini merupakan lahan praktek peneliti. Rumah sakit tersebut juga merupakan salah satu pusat rujukan penyakit ginjal nasional dan kasus Penyakit Ginjal Terminal dengan CAPD juga banyak ditemukan, bahkan semakin meningkat dari tahun ke tahun.

C. Populasi dan sampel

Pada penelitian ini yang menjadi populasi adalah seluruh klien PGT yang menggunakan CAPD sebagai Terapi Pengganti Ginjal. Kriteria inklusi adalah, klien usia dewasa, bisa baca tulis, kooperatif, kesadaran compos mentis, pria dan wanita. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 43 orang, jumlah sampel minimal 30 orang, tehnik pengambilan sampel dengan menggunakan purposive sampling karena terbatasnya populasi klien PGT dengan CAPD. Rumus besar sampel untuk presisi relative dengan tingkat kepercayaan 95% adalah:

P (Proporsi) = 0,5 e (estimasi) = 0,3 (Perkiraan Peneliti)

$$\begin{aligned}
 \text{Rumus : } \quad n &= \frac{Z(1-\alpha/2)^2 \cdot q}{e^2 \cdot P} && 31 \\
 &= \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5}{(0,3)^2 \cdot 0,5} \\
 &= 42,66 \\
 &= 43 \text{ orang}
 \end{aligned}$$

B. Etika Penelitian

Sebelum pengumpulan data dilakukan, peneliti menyusun terlebih dahulu tujuan penelitian, manfaat dan harapan, metoda penelitian yang akan dilakukan serta peranan responden pada saat penelitian. Peneliti menjamin kerahasiaan identitas responden. Peneliti juga menghargai *privacy* responden, serta menjelaskan bahwa responden mempunyai hak untuk menolak keikutsertaan dalam penelitian apabila klien kelelahan atau alasan lain yang tidak dapat diutarakan oleh klien.

Semua berkas yang mencantumkan identitas responden, tempat penelitian hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan lagi akan dimusnahkan. Bila calon responden setuju ikut berpartisipasi sebagai responden, maka peneliti akan meminta calon responden untuk menandatangani lembar persetujuan.

C. Alat Pengumpul Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini mengacu pada kerangka konsep, yaitu tingkat pengetahuan klien akibat Pen Kes yang diberikan oleh perawat sebagai variable bebas (independen) dan kualitas kesehatan fisik klien sebagai variabel terikat (dependen). Alat pengumpul data yang dipakai berupa kuesioner yang dibuat

sesuai dengan tujuan penelitian. Kuesioner memuat pertanyaan-pertanyaan tentang tingkat pengetahuan klien terkait Pen Kes yaitu proses CPD, nutrisi, keseimbangan cairan medikasi, tanda-tanda infeksi, aktivitas dan kualitas kesehatan fisik klien yang dapat dinilai dari status nutrisi (BMI), keseimbangan cairan adanya edema, ronchi, sesak dan kejadian infeksi. Selain itu peneliti juga mengumpulkan data tentang kualitas kesehatan fisik dengan melakukan pemeriksaan fisik sederhana yaitu dengan pengukuran TB dan BB. Kuesioner juga berisi tentang data demografi responden yaitu : umur, jenis kelamin, lama pemakaian CAPD, pendidikan, pekerjaan, penghasilan dan suku. Pengetahuan klien terkait Pen Kes dengan pilihan, 1. Tahu, 2. Tidak tahu, dan pilihan untuk kualitas kesehatan fisik: 1. Setuju 2. Tidak Setuju.

Kuesioner akan diuji coba pada 5 orang responden dengan kriteria yang sama dengan responden yang sesungguhnya. Hal ini dimaksudkan untuk mengetahui apakah instrumen yang disusun dapat dipahami oleh responden, dan untuk menghindari kesalahan-kesalahan interpretasi. Bila ternyata ditemukan banyak kesulitan maka kuesioner dapat diperbaiki kembali agar layak digunakan untuk penelitian.

D. Metoda Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan secara langsung dengan memberikan kuesioner kepada klien PGT yang sudah menjalani CAPD dan melakukan pengukuran fisik sederhana seperti mengkaji adanya ronchi, edema dan infeksi pada area pemasangan catheter CAPD, mengukur TB dan BB, selanjutnya menentukan *Body Mass Index* (BMI), dengan rumus :

$$BMI = \frac{weight \text{ (kg)}}{height^2 \text{ (m}^2\text{)}}$$

Normal range BMI	= 18,5 – 24,9
Underweight	= <18,5
Pre-obese	= 25-29,9
Obese class I	= 30-34,9
Obese class II	= 35-39,9 (obese)
Obese class III	= 40-60 (very obese)

Setelah kuesioner diisi oleh responden dan hasil pemeriksaan fisik sederhana oleh peneliti, kemudian diolah dan selanjutnya ditentukan hubungan tingkat pengetahuan klien terkait Pen Kes yang diberikan oleh perawat dengan kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD, dengan menggunakan Uji Kai Kuadrat (Chi-Square), dengan formula sebagai berikut:

$$X^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

$$df = (k-1)(n-1)$$

Keterangan :

O = Nilai observasi

E = Nilai ekspektasi (Harapan)

k = Jumlah kolom

b = Jumlah baris

Untuk mempermudah analisis kai kuadrat, nilai data kedua variabel disajikan dalam

Tabel 4.1
Kontingensi Silang

Variabel	Variabel II		Jumlah
	Tinggi	Rendah	
Ya	a	b	a+b
Tidak	c	d	c+d

Bentuk tabel silang a, b, c, d merupakan nilai observasi, sedangkan nilai ekspektasi (harapan) masing-masing sel dicari dengan rumus :

$$E = \frac{\text{total barisnya} \times \text{total kolomnya}}{\text{Jumlah keseluruhan data}}$$

Misalkan untuk mencari nilai ekspektasi (E) untuk sel a adalah :

$$E_a = \frac{(a+b) \times (a+c)}{N}$$

Untuk E_b , E_c dan E_d dapat dicari dengan cara yang sama. Khususnya untuk tabel 2x2, dapat mencari nilai X^2 dengan menggunakan rumus :

$$X^2 = \frac{N(ad-bc)^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}$$

Uji kai kuadrat sangat baik untuk tabel dengan derajat kebebasan (df) yang besar. Sedangkan khusus untuk tabel 2x2 (df-nya adalah 1) sebaiknya digunakan uji kai kuadrat yang sudah dikoreksi (yate corrected atau yate's correction). Formula kai kuadrat yate's correction adalah sebagai berikut :

$$X^2 = \frac{(|O-E|-0,5)}{E}$$

Atau

$$X^2 = \frac{N\{|ad-bc|^2 - (N/2)\}^2}{(a+c)(b+d)(a+b)(c+d)}$$

E. Pengolahan Data dan Analisis Data

Setelah data yang diperlukan terkumpul, peneliti akan melakukan tahapan-tahapan sebagai berikut:

1. *Editing*, yaitu proses awal dari pengolahan data dimulai dengan pemeriksaan data yang terkumpul kemudian peneliti memastikan bahwa

data yang diperoleh baik, artinya data tersebut sudah terisi seluruhnya, konsisten, relevan dan dapat dibaca dengan baik. Editing dilakukan dengan meneliti tiap lembar kuesioner yang ada.

2. *Coding*, yaitu melakukan pengkodean pada data yang diperoleh dari sumber data, hal ini dilakukan sebelum diolah dengan komputer dan mangacu pada kode yang telah disusun.
3. *Entry data*, yaitu menulis dan menyimpan data ke dalam komputer. Kesalahan coding sering terjadi, peneliti sekecil mungkin menghindari kesalahan.
4. *Cleaning*, yaitu pembersihan, dilakukan dengan menyusun tabel frekwensi untuk memeriksa konsistensi variabel satu dengan yang lain, terutama untuk pertanyaan yang berhubungan.
5. *Analisis*, yaitu proses menganalisa data. Data dalam bentuk variabel numerik akan ditampilkan sebagai rerata dalam \pm simpangan baku. Sedangkan variabel dalam bentuk kategorik sebagai proporsi.

H. Jadwal kegiatan

No	Jadwal Kegiatan	Mei					April					Mei				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	Pengajuan Judul	X	X	X												
2	Identifikasi Masalah			X	X											
3	Studi Kepustakaan	X	X	X	X	X	X	X								
4	Penyusunan Proposal	X	X	X	X	X	X	X	X							
5	Penyerahan Proposal								X							
6	Persiapan Perijinan				X	X	X	X	X							
7	Pengumpulan data								X	X	X					

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil analisa data yang diperoleh dari hasil pengumpulan data dengan menggunakan instrumen kuesioner yang dilaksanakan di RS PGI Cikini Jakarta mulai tanggal 12 Mei sampai dengan 23 Mei 2008. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner pada sampel yang berjumlah 40 responden yaitu klien PGT yang menggunakan CAPD sebagai terapi pengganti ginjal di poli ginjal pada Unit Rawat Jalan RS PGI Cikini . Hasil analisa dalam bentuk univariat dan bivariat disajikan sebagai berikut :

A. Analisa univariat

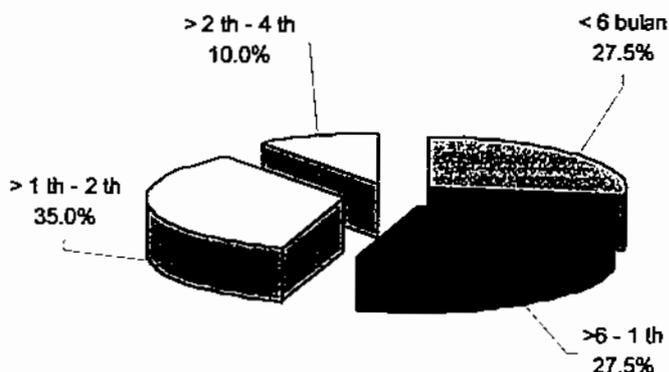
1. Data Demografi klien

Data demografi klien pada penelitian ini mencakup lama pemakaian CAPD, umur klien, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan suku.

Data tersebut dapat terlihat seperti pada diagram berikut ini;

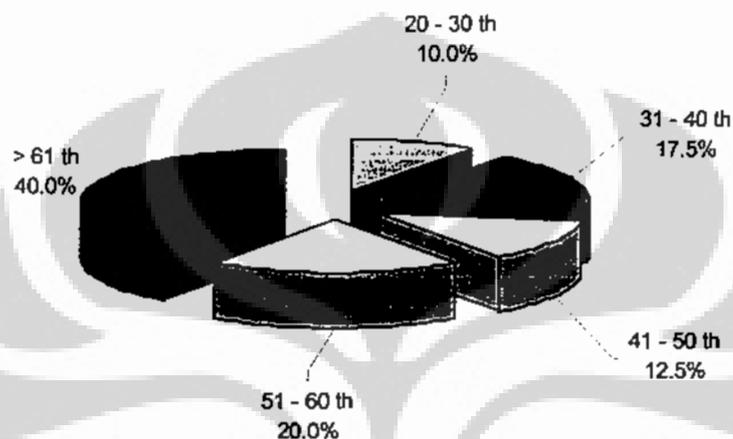
Diagram 5.1

Distribusi responden berdasarkan lama pemakaian CAPD, pada klien PGT di Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta pada bulan Mei 2008



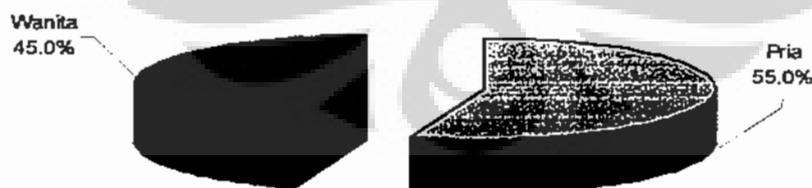
Pada diagram 5.1 dapat dilihat bahwa dari 40 responden klien PGT dengan CAPD persentasi paling banyak 35% dengan lama pemakaian >1 thn-2 thn dan yang paling sedikit dengan persentasi 10% dengan lama pemakaian CAPD >2 thn-4 thn.

Diagram 5.2
Distribusi Responden Berdasarkan Umur Responden Klien PGT dengan CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta Mei 2008



Pada diagram 5.2 dapat dilihat bahwa persentasi tertinggi umur klien PGT dengan CAPD adalah sebanyak 40% berusia >61 thn dan persentasi terendah 10% pada usia 20 thn-30 th.

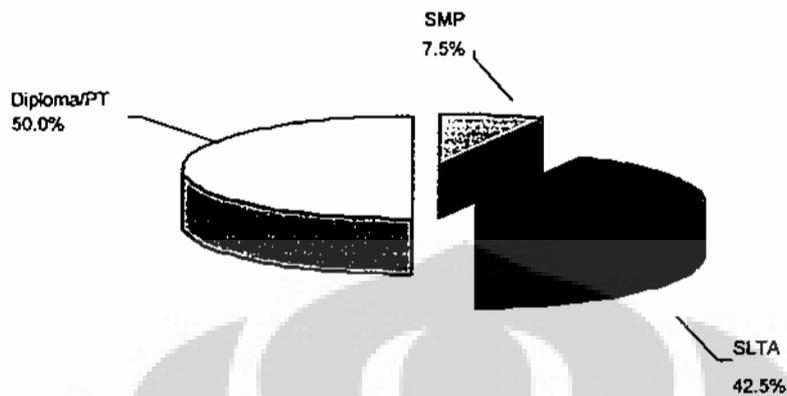
Diagram 5.3
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Klien PGT dengan CAPD poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta, Mei 2008



Pada diagram 5.3 dapat dilihat bahwa jenis kelamin Pria merupakan persentasi tertinggi sebanyak 55 % klien PGT dengan CAPD.

Diagram 5. 4

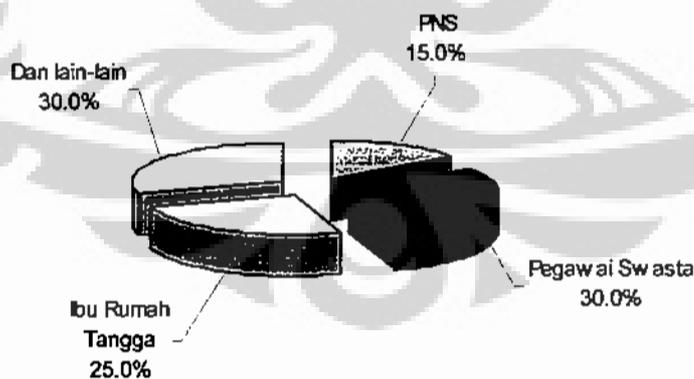
Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan Pada Klien PGT dengan CAPD Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta pada bulan Mei 2008



Pada diagram 5.4 dapat dilihat bahwa persentasi tertinggi pendidikan klien PGT dengan CAPD adalah sebanyak 50% diploma/PT dan persentasi terendah dengan pendidikan SMP sebanyak 7,5%.

Diagram 5. 5

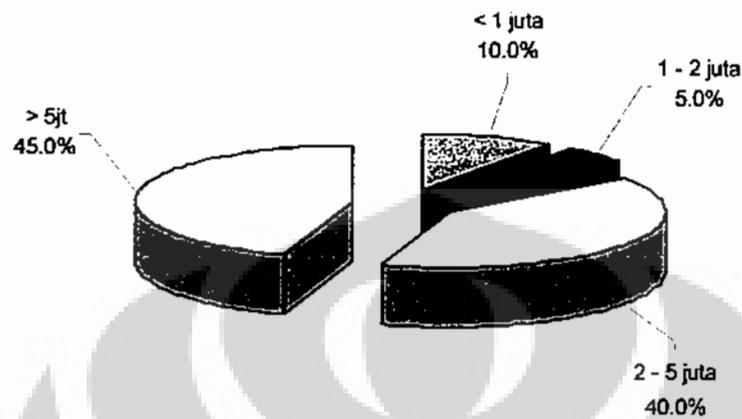
Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Pada Klien PGT dengan CAPD Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta, Mei 2008



Pada diagram 5.5 dapat dilihat bahwa persentasi tertinggi pekerjaan klien PGT dengan CAPD adalah 30% pegawai swasta dan lain-lain dan persentasi pekerjaan terendah adalah 15% PNS.

Diagram 5.6

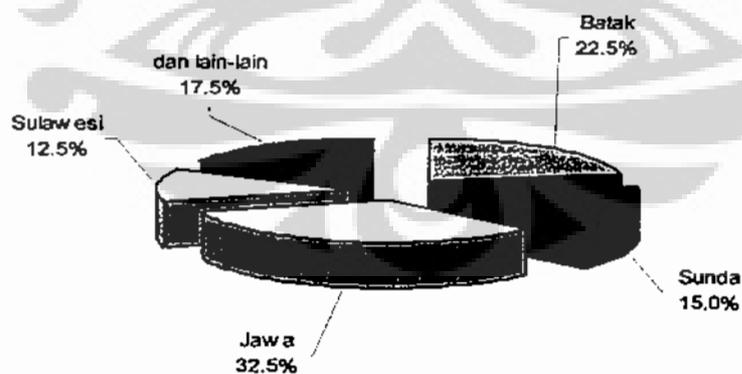
Distribusi Responden Berdasarkan Penghasilan Perbulan Pada Klien PGT dengan CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta pada bulan Mei 2008



Pada diagram 5.6 dapat dilihat bahwa persentasi tertinggi penghasilan klien PGT dengan CAPD adalah 45% >5 juta dan persentasi terendah sebesar 5% 1 juta-2 juta

Diagram 5.7

Distribusi Responden Berdasarkan Suku Pada Klien PGT dengan CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta Pada Bulan Mei 2008



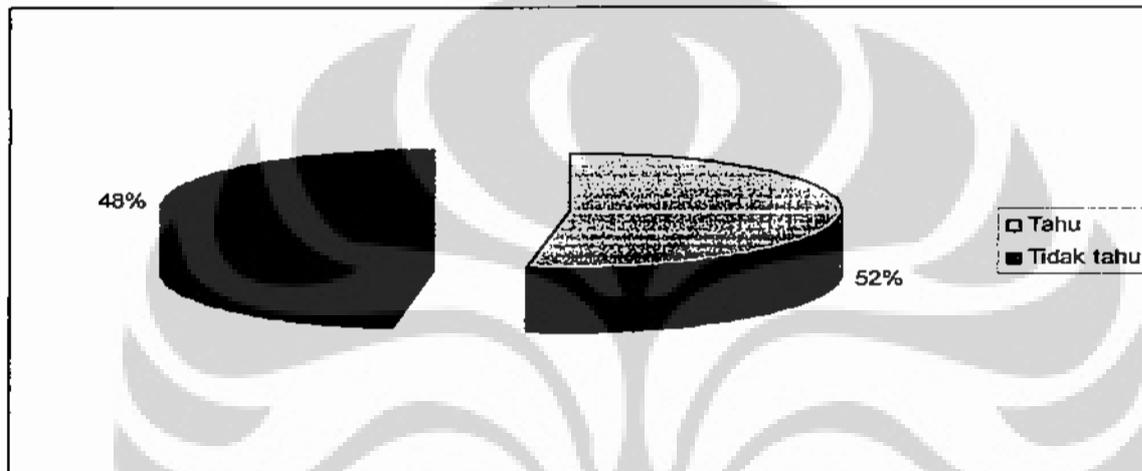
Pada diagram 5.7 dapat dilihat bahwa persentasi tertinggi suku klien PGT dengan CAPD adalah suku Jawa sebanyak 32.5% dan terendah suku Sulawesi sebanyak 12,5%.

2. Variabel Bebas (Independen)

Tingkat pengetahuan klien terkait PenKes CAPD adalah variabel independen, merupakan aspek yang mempengaruhi kualitas kesehatan fisik klien PGT yang menggunakan CAPD sebagai Terapi Pengganti Ginjal.

Diagram 5.8

Gambaran Tingkat Pengetahuan Klien Terkait Penkes Yang Diberikan Oleh Perawat Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008



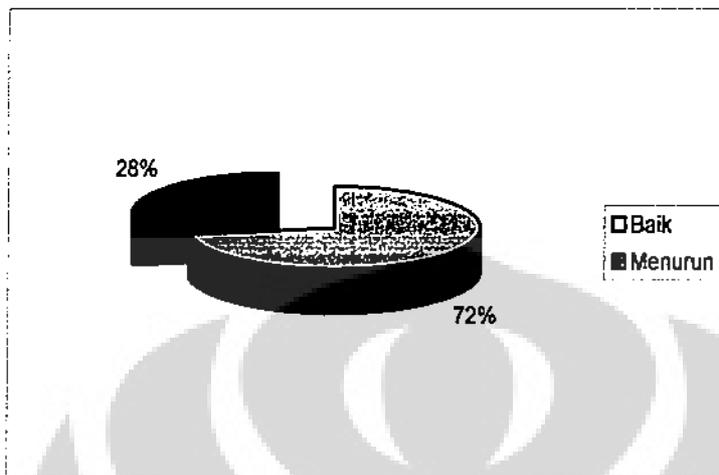
Pada diagram 5.8 dapat dilihat bahwa 52% tingkat pengetahuan klien CAPD tahu terkait Penkes CAPD yang diberikan oleh perawat.

3. Variabel terikat (Dependen)

Kualitas kesehatan fisik klien CAPD adalah variabel dependen, merupakan aspek yang dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan klien terkait Pen Kes CAPD yang diberikan oleh perawat. Kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD dapat dilihat dari kuesioner, pengukuran dan pemeriksaan fisik sederhana antara lain; tekanan darah, infeksi, edema, ronchi, frekwensi pernafasan dan BMI. Hal tersebut dapat dilihat dari diagram seperti dibawah ini:

Diagram 5.9

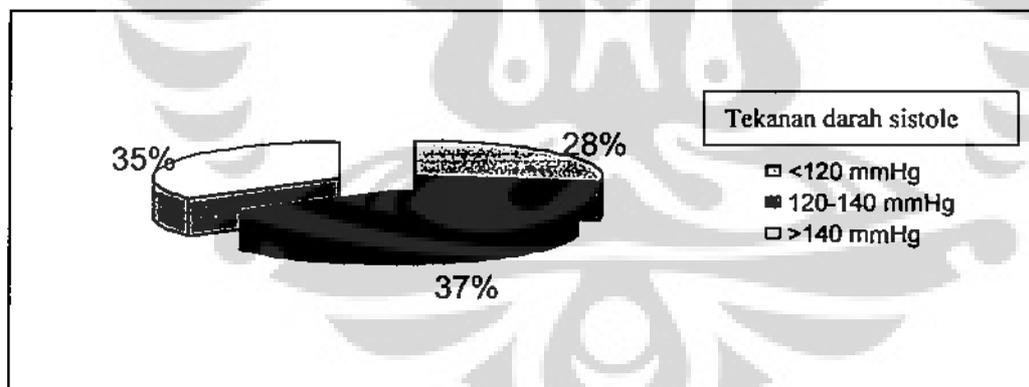
Distribusi Kualiatas Kesehatan Fisik Responden Berdasarkan Hasil Kuesioner Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008.



Pada diagram 5.9 dapat dilihat bahwa kualitas kesehatan fisik klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini 72% hasilnya baik.

Diagram 5.10

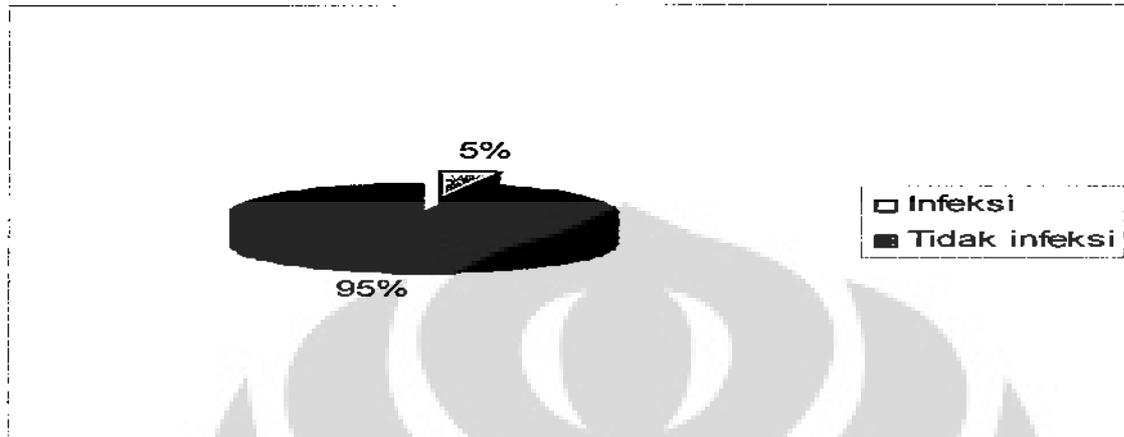
Distribusi Responden Dengan Tekanan Darah Sistole Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008



Pada diagram 5.10 dapat dilihat tekanan darah sistole responden yang paling banyak adalah antara 120-140 mmHg sebanyak 37% dan yang paling sedikit adalah tekanan darah sistole 120 mmHg sebanyak 28%.

Diagram 5.11

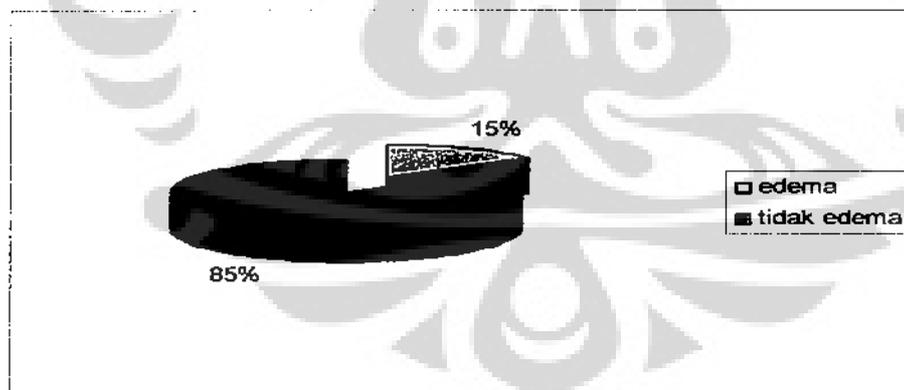
Distribusi Responden Dengan Kejadian Infeksi Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008



Pada Gambar 5.11 Dapat dilihat bahwa 95% responden klien CAPD tidak terjadi infeksi

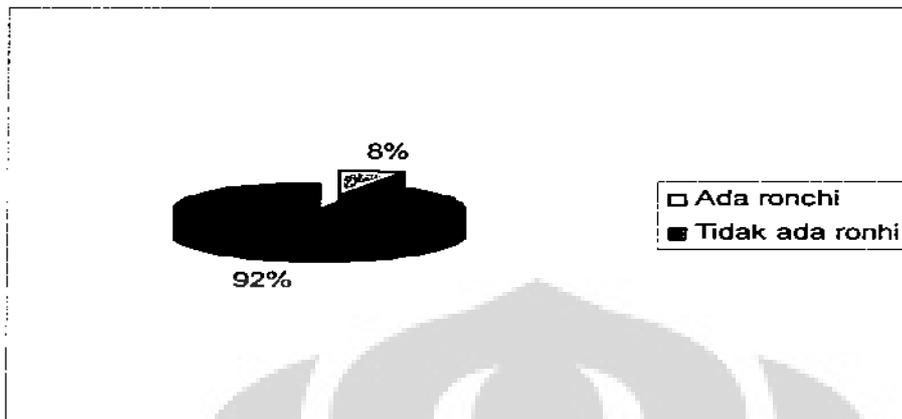
Diagram 5.12

Distribusi Responden Dengan Edema Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008



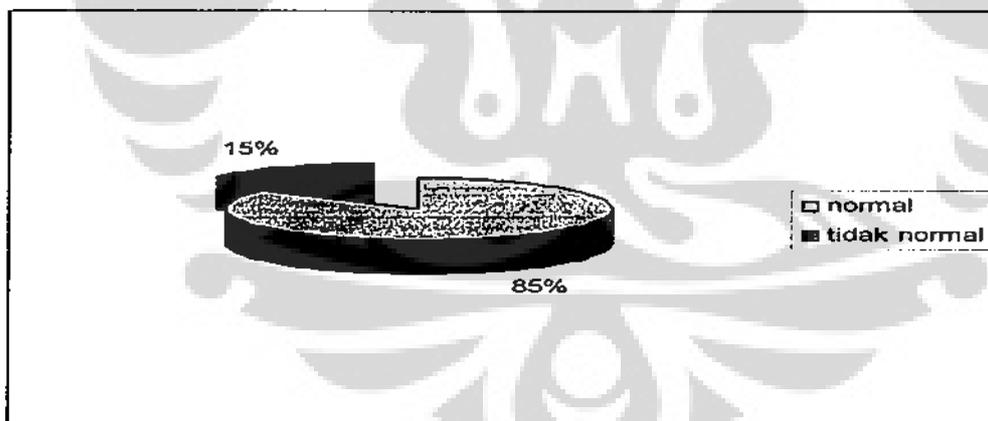
Pada Diagram 5.12 menunjukkan bahwa 85% klien CAPD tidak mengalami edema.

Diagram 5.13
Distribusi Responden Dengan Ada Ronchi Pada Klien CAPD
di Poli Ginjal RS PGI Cikini bulan Mei 2008



Pada Diagram 5.13 Dapat dilihat bahwa 92% responden klien CAPD tidak ada ronchi.

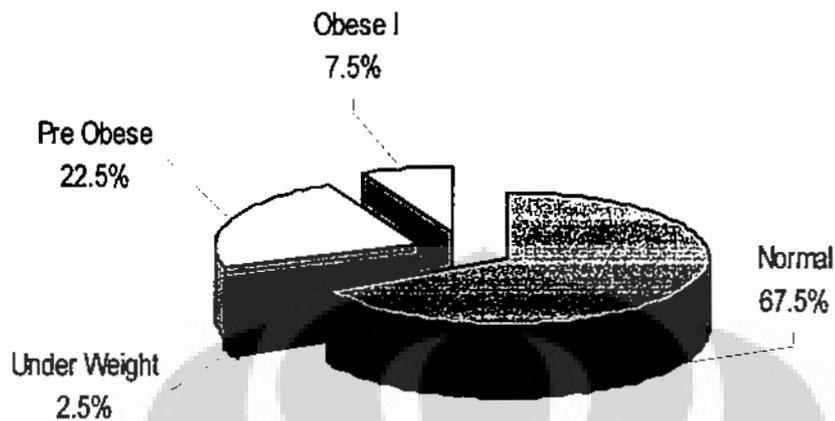
Diagram 5.14
Distribusi Responden dengan Frekwensi Pernafasan pada Klien CAPD
di Poli Ginjal RS PGI Cikini Bulan Mei 2008



Pada gambar 5.15 Dapat dilihat bahwa 85% klien CAPD frekwensi pernafasannya normal.

Diagram 5.15

Distribusi Responden Dengan BMI Pada Klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Pada Bulan Mei 2008



Pada Diagram 5.15 Dapat dilihat bahwa 65% klien CAPD mempunyai BMI normal, dan 7,5% mengalami obese derajat I.

B. Analisa Bivariat

Penyajian analisis bivariat akan memberikan gambaran ada tidaknya hubungan variabel independen yaitu Tingkat Pengetahuan klien terkait PenKes yang diberikan oleh perawat, dengan kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD sebagai variabel dependen. Analisis bivariat ini menggunakan uji statistic Chi-Square oleh karena kedua variable adalah kategorik dengan kategorik. Penyajian data menggunakan program komputer, seperti disajikan dalam tabel dan diagram berikut ini;

Tabel 5.2
Variabel Independen (Tingkat Pengetahuan)

Explore

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pengetahuan	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Tingkat Pengetahuan	Mean	14.88	.529
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound 13.81 Upper Bound 15.94	
	5% Trimmed Mean	15.08	
	Median	16.00	
	Variance	11.189	
	Std. Deviation	3.345	
	Minimum	5	
	Maximum	20	
	Range	15	
	Interquartile Range	5	
	Skewness	-.894	.374
	Kurtosis	.643	.733

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Tingkat Pengetahuan	.157	40	.015	.937	40	.027

a. Lilliefors Significance Correction

Jika Sig < 0,05 Data tidak berdistribusi Normal (Cut of Poin = Median)
 Sig > 0,05 Data berdistribusi Normal (Cut of Poin = Mean)

Tingkat Pengetahuan Stem-and-Leaf Plot

Frequency Stem & Leaf

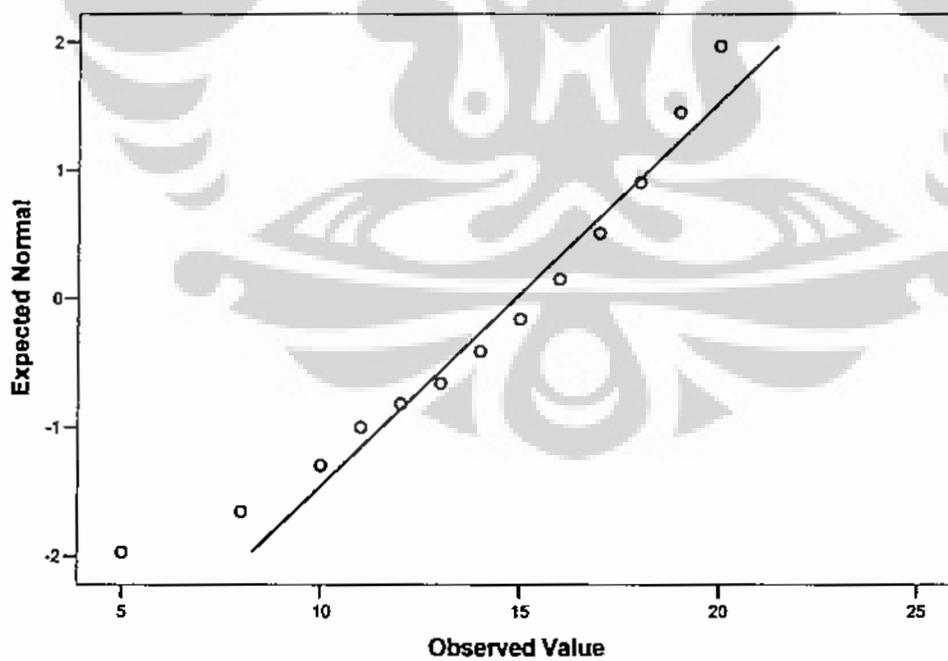
1.00	Extremes	(=<5)
1.00		0 . 8
14.00		1 . 00011223344444
23.00		1 . 55566666667777888888999
1.00		2 . 0

Stem width: 10

Each leaf: 1 case(s)

Gambar 5.16

Normal Q-Q Plot of Tingkat Pengetahuan



Detrended Normal Q-Q Plot of Tingkat Pengetahuan

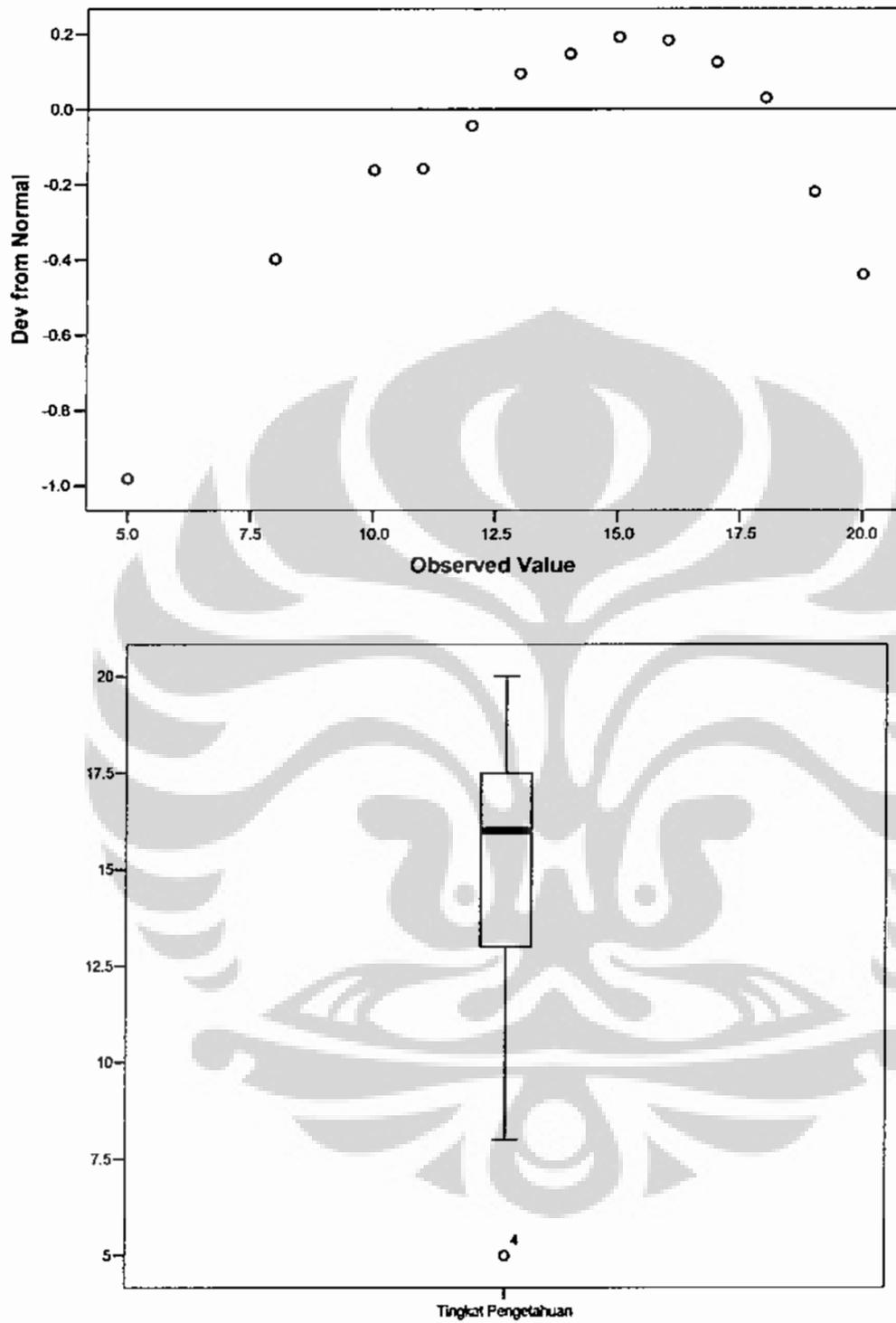


Table 5.3
Variabel Dependen (Kualitas Kesehatan Fisik)

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Kualitas Kesehatan Fisik	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

Descriptives

		Statistic	Std. Error	
Kualitas Kesehatan Fisik	Mean	8.05	.273	
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	7.50	
		Upper Bound	8.60	
	5% Trimmed Mean	8.19		
	Median	8.00		
	Variance	2.972		
	Std. Deviation	1.724		
	Minimum	3		
	Maximum	10		
	Range	7		
	Interquartile Range	2		
	Skewness	-1.061	.374	
	Kurtosis	1.057	.733	

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Kualitas Kesehatan Fisik	.213	40	.000	.884	40	.001

a. Lilliefors Significance Correction

Kualitas Kesehatan Fisik

Kualitas Kesehatan Fisik Stem-and-Leaf Plot

Frequency Stem & Leaf

2.00 Extremes (= <4.0)

2.00 5 . 00

.00 5 .

2.00 6 . 00

.00 6 .

5.00 7 . 00000

.00 7 .

12.00 8 . 000000000000

.00 8 .

8.00 9 . 00000000

.00 9 .

9.00 10 . 00000000

Stem width: 1

Each leaf: 1 case(s)

Tabel 5.4
Statistik Tingkat Pengetahuan dan Kualitas Kesehatan Fisik

		Tingkat Pengetahuan	Kualitas Kesehatan Fisik
N	Valid	40	40
	Missing	0	0
Mean		14.88	8.05
Median		16.00	8.00
Std. Deviation		3.345	1.724
Skewness		-.894	-1.061
Std. Error of Skewness		.374	.374
Kurtosis		.643	1.057
Std. Error of Kurtosis		.733	.733
Minimum		5	3
Maximum		20	10

Crosstabs Tingkat Pengetahuan * Kualitas Kesehatan Fisik

Tabel 5.5
Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Tingkat Pengetahuan * Kualitas Kesehatan Fisik	40	100.0%	0	.0%	40	100.0%

Tabel ini menerangkan jumlah data yang dianalisis. Pada tabel ini terlihat jumlah data valid sejumlah 40 dengan persentase 100% serta data hilang (*missing*) 0%

Tabel 5.6
Tingkat Pengetahuan Kualitas Kesehatan Fisik *Crosstabulation*

			Kualitas Kesehatan Fisik		Total
			Menurun	Baik	
Tingkat Pengetahuan	Tidak Tahu	Count	11	8	19
		% within Tingkat Pengetahuan	57.9%	42.1%	100.0%
	Tahu	Count	0	21	21
		% within Tingkat Pengetahuan	.0%	100.0%	100.0%
Total		Count	11	29	40
		% within Tingkat Pengetahuan	27.5%	72.5%	100.0%

Tabel ini merupakan tabulasi silang antara *Tingkat Pengetahuan* dengan *Kualitas Kesehatan Fisik* Secara mudah dapat dibaca bahwa Tingkat Pengetahuan tidak tahu dengan Kualitas Kesehatan Fisik menurun berjumlah 11 orang, dan baik berjumlah 8. Tingkat Pengetahuan tahu dengan Kualitas Kesehatan Fisik baik berjumlah 21 orang, sementara tingkat pengetahuan tahu dengan kualitas kesehatan fisik menurun tidak ada.

Tabel 5.7
Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	16.770 ^b	1	.000		
Continuity Correction ^a	13.991	1	.000		
Likelihood Ratio	21.190	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	16.350	1	.000		
N of Valid Cases	40				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5.23.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Kualitas Kesehatan Fisik = Baik	.421	.249	.713
N of Valid Cases	40		

Hipotesis:

H_0 : Tidak ada hubungan antara Tingkat Pengetahuan terkait PenKes yang diberikan oleh perawat dengan Kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD

H_a : Ada hubungan antara Tingkat Pengetahuan terkait PenKes yang diberikan oleh perawat dengan Kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD

Dasar pengambilan keputusan:

Berdasarkan Chi-square hitung

- Jika $\text{Chi-Square}_{\text{hitung}} < \text{Chi-Square}_{\text{tabel}}$ maka H_0 diterima
- Jika $\text{Chi-Square}_{\text{hitung}} > \text{Chi-Square}_{\text{tabel}}$ maka H_0 ditolak
- $\text{Chi-Square}_{\text{hitung}} = 16,770$
- $\text{Chi-Square}_{\text{tabel}}$ pada taraf kepercayaan 5%

$$df = [(kategori\ Tingkat\ Pengetahuan - 1) \times (kategori\ Kualitas\ Kesehatan\ Fisiki - 1)]$$

$$= [(2 - 1) \times (2 - 1) = 1 \times 1 = 1]$$

$$= 3,841$$

Keputusan:

Oleh karena $\text{Chi-Square}_{\text{hitung}} > \text{Chi-Square}_{\text{tabel}}$ maka H_0 ditolak, artinya Ada hubungan antara Tingkat Pengetahuan terkait PenKes yang diberikan perawat dengan Kualitas Kesehatan Fisik klien PGT dengan CAPD.

Berdasarkan Probabilitasnya

- Jika probabilitas (Asymp Sig) $> 0,05$ maka H_0 diterima
- Jika probabilitas (Asymp Sig) $< 0,05$ maka H_0 ditolak

Oleh karena probabilitas (Asymp Sig) $0,000 < 0,05$, maka H_0 ditolak, artinya Ada hubungan antara Tingkat Pengetahuan terkait PenKes yang diberikan perawat dengan Kualitas Kesehatan Fisik klien PGT dengan CAPD.



BAB VI

PEMBAHASAN

Dalam bab ini akan dilakukan pembahasan mengenai data demografi klien dan juga berdasarkan variabel yang ada pada kerangka konsep dimana variabel independen yaitu tingkat pengetahuan klien terkait Pen Kes dan variabel dependen yaitu kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD. Hasil telah dianalisa secara univariat dan secara bivariat. Peneliti menyadari ada banyak kelemahan dan keterbatasan dalam penelitian ini karena itu peneliti menuliskannya dalam keterbatasan penelitian.

Setelah semua kuesioner diisi kemudian dikumpulkan langsung dan dilakukan pemeriksaan fisik sederhana oleh peneliti, selanjutnya diperiksa kelengkapannya saat itu juga. Setelah pengumpulan data selesai, data dianalisa dengan menggunakan metode statistik deskriptif korelasi.

Data yang terdapat pada halaman pertama lembar kuesioner berupa demografi yaitu: lama pemakaian CAPD, umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, penghasilan, dan suku. Pada lembar kedua berupa kuesioner tentang tingkat pengetahuan terkait Pen Kes CAPD sebanyak 20 pertanyaan dan lembar ketiga tentang kualitas kesehatan fisik klien CAPD sebanyak 10 pertanyaan yang diisi oleh klien dan hasil pengukuran dan pemeriksaan fisik sederhana yang dilakukan oleh peneliti yaitu tinggi badan, berat badan, tekanan darah, frekwensi pernafasan, ronchi, edema, tanda-tanda infeksi. Semua data telah dipersentasikan dalam bentuk diagram Pie.

A. Pembahasan tentang data Demografi klien PGT dengan CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini, dapat dianalisis sebagai berikut:

1. Lama pemakaian CAPD, persentasi tertinggi adalah responden dengan pemakaian CAPD >1th-2thn sebanyak 35% dan persentasi paling rendah pada pemakaian >2thn-4thn sebanyak 10%, hal ini dimungkinkan karena CAPD merupakan Terapi Pengganti Ginjal yang baru pada tahun terakhir ini didengungkan, sekalipun sebenarnya di Indonesia sudah mulai digunakan sejak tahun 1987, CAPD juga merupakan Terapi Pengganti Ginjal (TPG) pilihan terbaik dibandingkan dengan Hemodialisa (HD) menurut Sukandar, E (2006), oleh karena berbagai keuntungan yang diperoleh, antara lain; bebas dari mesin HD, dapat beraktivitas normal, dapat dilakukan di rumah, dikantor di tempat rekreasi dan berbagai keuntungan lainnya.
2. Umur responen, persentasi umur tertinggi adalah 40% dengan usia >61 thn, dan persentasi terendah pada usia 20thn-30 thn. Hal ini dimungkinkan karena salah satu indikasi pemasangan CAPD sebagai TPG adalah pada klien dengan usia lanjut dengan hemodinamik tidak stabil, gangguan fungsi jantung dan hipertensi. Sukandar,E (2006).
3. Jenis Kelamin, persentasi tertinggi klien yang menggunakan CAPD adalah pria sebanyak 55%, menurut pendapat peneliti hal ini dimungkinkan karena pria lebih beresiko terhadap penyakit jantung dan hipertensi, yang merupakan penyebab terbesar penyakit ginjal kronik Sukandar E (2006).
4. Pendidikan, sebanyak 50% responden klien dengan CAPD adalah pendidikan Diploma/PT dan terendah adalah pendidikan SMP, Hal ini dimungkinkan karena menurut Skinner dalam Notoatmodjo (2003), perilaku atau respons seseorang dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal

seseorang, dan pendidikan dalam hal ini tingkat kecerdasan merupakan salah satu dari faktor internal. Asumsi peneliti semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah melakukan perubahan perilaku sehat.

5. Pekerjaan, persentasi tertinggi adalah pegawai swasta dan pekerjaan lain-lain sebanyak 30%, sementara PNS hanya 15 %, hal ini dimungkinkan karena sampai saat ini asuransi kesehatan pegawai negeri lebih banyak menanggung biaya kesehatan untuk klien dengan Hemodialisa daripada CAPD.
6. Penghasilan, dapat dilihat bahwa persentasi tertinggi penghasilan adalah 45% dengan penghasilan > 5 juta dan penghasilan terendah adalah 1juta-2juta dengan persentasi 5%. Menurut pengamatan peneliti bahwa klien yang menggunakan CAPD sebagai TPG membutuhkan biaya sekitar 5-6 juta rupiah perbulan, namun hal ini masih relatif lebih murah dibandingkan dengan biaya Hemodialisa, sehingga hal ini merupakan salah satu daya tarik bagi klien dan petugas kesehatan untuk memilih CAPD. Klien CAPD termasuk golongan ekonomi menengah ke atas.
7. Suku responden, persentasi tertinggi adalah suku Jawa sebanyak 32,5% dan terendah adalah suku sulawesi sebanyak 12,5%. Hal ini dimungkinkan karena tempat penelitian peneliti adalah di pulau Jawa dimana suku Jawa merupakan populasi terbesar.

B. Pembahasan tentang tingkat pengetahuan klien PGT dengan CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini, dapat dianalisis sebagai berikut;

Dari 40 responden dapat dilihat dari hasil kuesioner terhadap 20 pertanyaan, klien dinyatakan tahu terkait Pen Kes CAPD bila mampu menjawab pertanyaan dengan skor ≥ 15 dan tidak tahu, bila skor < 15 seperti yang tertulis dalam definisi

operasional. Hasil yang didapatkan berdasarkan uji statistic Chi- Square, data berdistribusi tidak normal sehingga *cut of point* adalah Median. Untuk tingkat pengetahuan klien dari 40 reponden didapatkan Median 16,00 sehingga dinyatakan klien tahu terkait Pen Kes CAPD, bila klien mampu menjawab pertanyaan dengan skor ≥ 16 , dan tidak tahu bila skor < 16 . Hasil yang didapatkan sebanyak 21 responden (52 %) tahu tentang CAPD dan 19 responden (48%) yang tidak tahu tentang CAPD.

Menurut Notoadmodjo (2003) bahwa hasil perubahan perilaku yang diharapkan melalui proses Pendidikan Kesehatan pada hakikatnya adalah perilaku sehat. Perilaku sehat dapat berupa emosi, pengetahuan, pikiran, keinginan, tindakan nyata dari individu, keluarga dan masyarakat. Pendidikan kesehatan terkait CAPD yang diberikan perawat pada klien PGT meliputi; program CAPD disini dijelaskan cara memasukkan dan mengeluarkan cairan dialisat, waktu penggantian 3-5 kali perhari, 7 hari perminggu, dengan setiap kali cairan dialisat dalam cavum peritoneum (*dwel-time*) lebih dari 4 jam (Popovich & Moncrief (1976) dalam Imam P dkk (2006). Pada klien PGT dengan CAPD di RS PGI Cikini diajarkan penggantian cairan 4 kali sehari, kecuali bila ada kelebihan cairan atau balance cairan positif maka frekuensi penggantian cairan dialisat dapat ditingkatkan sampai dengan 5 kali perhari. Pen Kes berikutnya adalah medikasi, yaitu obat-obatan yang rutin dikonsumsi oleh klien seperti obat hipertensi, karena mayoritas klien PGT mengalami hipertensi, juga obat-obatan lain seperti vitamin. Nutrisi, juga penting dijelaskan karena setelah klien menggunakan CAPD perlu mengonsumsi makanan yang berprotein tinggi, variasi makanan yang dikonsumsi juga lebih bebas dibandingkan dengan diit pada klien hemodialisa. Hal penting lainnya yang harus diketahui klien adalah pengaturan cairan , dengan cara menghitung cairan yang

masuk dan yang keluar dengan teliti setiap hari untuk mencegah terjadinya kelebihan cairan. Perawatan exit-site cateter, perlu diajarkan agar tidak terjadi infeksi. Di RS PGI Cikini pendidikan kesehatan terkait CAPD seperti yang telah dijelaskan, dilakukan oleh perawat Renal Unit yang mahir CAPD. Klien dinyatakan tahu bila sudah mampu melakukan CAPD secara mandiri yang dinilai oleh perawat di poli CAPD

Dari data yang diperoleh peneliti 19 responden tidak tahu, bukan berarti klien tersebut tidak tahu secara keseluruhan terkait Pen Kes yang diberikan oleh perawat. Salah satu hal yang merupakan ketidaktahuan klien tentang keseimbangan cairan, hal ini membuktikan bahwa Pen Kes tentang keseimbangan cairan perlu mendapatkan perhatian khusus dari perawat dan perlu ditingkatkan lagi.

C. Pembahasan tentang kualitas Kesehatan fisik Klien dengan CAPD

Kualitas kesehatan fisik klien CAPD dari 40 responden diteliti dari hasil kuesioner sebanyak 10 pertanyaan dan dilakukan pemeriksaan fisik sederhana yaitu pemeriksaan tekanan darah, pernapasan, ronchi, edema, tanda – tanda infeksi, dan mengukur tinggi badan dan berat badan. Klien yang dinyatakan kualitas kesehatannya baik setelah mampu menjawab pertanyaan dengan benar lebih dari 8 pertanyaan dan pada pemeriksaan fisik didapatkan hasil BMI normal, tidak ada edema, tidak ronchi, dan tidak ada tanda-tanda infeksi serta pernapasan normal.

Klien yang dinyatakan kualitas kesehatan menurun bila menjawab pertanyaan dari kuesioner dengan benar kurang dari 8 pertanyaan dan dari pemeriksaan fisik didapatkan salah satu dari tanda-tanda infeksi, ronchi, edema, pernapasan tidak normal atau sesak, dan BMI normal, underweight atau obesitas.

Dari diagram 5.9 kualitas kesehatan fisik klien CAPD 40 responden terdapat 29 responden (72%) dinyatakan kualitas kesehatannya baik dan 11 responden (28%) dinyatakan kualitas kesehatannya menurun. Hal ini sesuai dengan teori yang dinyatakan oleh Sukandar,E (2006), dari laporan penelitian klinik ternyata CAPD relatif lebih baik dari HD dalam mempertahankan kualitas kesehatan fisik.

Kualitas kesehatan fisik juga dapat dilihat dari hemodinamik klien stabil. Hal ini dapat dilihat dari hasil pemeriksaan fisik dan pengukuran yang dilakukan oleh peneliti, didapatkan hasil bahwa; Tekanan Darah sistole paling banyak adalah antara 120-140 mmHg sebanyak 37% dan yang paling sedikit adalah tekanan darah < 120mmHg sebanyak 28% hal ini menunjukkan status hemodinamik yang stabil, sedangkan hasil pemeriksaan terhadap kejadian infeksi pada daerah pemasangan kateter CAPD 95% tidak mengalami infeksi. Tidak terjadinya infeksi merupakan indikator adekuasi CAPD. Edema juga merupakan hal penting dalam menentukan status keseimbangan cairan. Pada pemeriksaan fisik ditemukan bahwa 92% klien di poli ginjal Unit Rawat Jalan RS PGI Cikini tidak mengalami adanya edema. dan pada auskultasi bunyi nafas 92% tidak ditemukan adanya ronchi, hal ini juga menunjukkan bahwa keseimbangan cairan pada klien CAPD lebih adekuat.

Pada diagram 5.15 dapat dilihat bahwa BMI klien CAPD dalam batas normal sebanyak 67,5%, dan 7,5% mengalami Obesitas. Hal ini menunjukkan bahwa klien PGT yang menjalani CAPD, mayoritas memiliki status nutrisi yang adekuat .

Berbeda dengan teori yang disebutkan oleh Young et all (1991), dalam Thomas N (2003), bahwa lebih dari 40% klien dengan Peritoneal Dialisis mengalami kekurangan nutrisi

Dari hasil penelitian ini dapat diidentifikasi bahwa klien PGT dengan CAPD mempunyai kualitas hidup yang adekuat yaitu adekuat dialisis, adekuat nutrisi, adekuat keseimbangan cairan dan tidak terjadi infeksi sesuai dengan teori yang diutarakan oleh Twardowski (1989) dalam Thomas (2003).

D. Pembahasan tentang hubungan tingkat pengetahuan klien terkait Pen Kes yang di berikan oleh perawat dengan kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD

Dari tabel Tingkat Pengetahuan * Kualitas Kesehatan Fisik *Crosstabulation* yang merupakan tabulasi silang antara *Tingkat Pengetahuan* dengan *Kualitas Kesehatan Fisik* didapatkan hasil, Tingkat Pengetahuan tidak tahu dengan Kualitas Kesehatan Fisik menurun berjumlah 11 orang, dan baik berjumlah 8 orang, hal ini menunjukkan klien dengan tingkat pengetahuan tidak tahu bukan berarti klien tersebut sama sekali tidak memahami Pen Kes yang diberikan oleh perawat, karena masih didapatkan klien tidak tahu dengan kualitas kesehatan fisik baik 8 orang. Sedangkan Tingkat Pengetahuan tahu dengan Kualitas Kesehatan Fisik baik berjumlah 21 orang, sementara tingkat pengetahuan tahu dengan kualitas kesehatan fisik menurun tidak ada. Dari hasil ini dapat diasumsikan bahwa semakin banyak klien tahu terkait Pendidikan Kesehatan CAPD, semakin baik kualitas kesehatan fisik klien tersebut dan hal tersebut juga dapat digunakan sebagai indikator Pen Kes yang diberikan optimal.

Berdasarkan uji Chi-Square yang dilakukan didapatkan hasil bahwa ada hubungan antara Tingkat Pengetahuan terkait Pen Kes yang diberikan oleh perawat dengan Kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD, didapatkan $\text{Chi-Square}_{\text{hitung}} = 16,770$, dengan $\text{Chi-Square}_{\text{table}} = 3,841$ pada taraf kepercayaan 5%.

Sehingga didapatkan keputusan $\text{Chi-Square}_{\text{hitung}} > \text{Chi-Square}_{\text{table}}$ maka H_0 ditolak, artinya Ada hubungan antara Tingkat Pengetahuan terkait Pen Kes yang diberikan perawat dengan Kualitas Kesehatan Fisik klien PGT dengan CAPD.

E. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari banyak keterbatasan dalam penelitian ini, dari jumlah sampel, waktu penelitian, dan uji statistik yang digunakan. Hal tersebut dapat dilihat antara lain:

1. Sampel

Jumlah sampel pada penelitian ini diambil dari populasi terbatas yaitu klien CAPD di poli ginjal Unit Rawat Jalan RS PGI Cikini sebanyak 43 orang, namun peneliti hanya mendapatkan responden 40 orang dalam waktu 2 minggu.

2. Waktu pengambilan sampel dan penelitian yang singkat sehingga peneliti mengalami kesulitan selama proses pengumpulan kuesioner, hal ini juga disebabkan karena ijin pengambilan sampel di poli ginjal juga agak lama diberikan lebih dari 1 minggu karena pimpinan RS sedang pergi ke Luar Negeri.

3. Penelitian tentang hubungan antara tingkat pengetahuan terkait Pen Kes yang diberikan perawat dengan kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD belum pernah dilakukan sebelumnya di RS PGI Cikini, sehingga peneliti tidak mendapatkan rekomendasi dari penelitian sebelumnya. Hal ini dimungkinkan karena program CAPD merupakan TPG yang relatif masih baru dikenal oleh masyarakat.

4. Uji statistik yang digunakan hanya melihat ada hubungan atau tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan terkait Pen Kes yang diberikan oleh perawat dengan kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD dan tidak dapat menjelaskan seberapa besar derajat hubungan dan derajat kemaknaan antar variabel.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil dan pembahasan dalam penelitian ini, maka dapat disimpulkan hal-hal sebagai berikut:

1. Dari 40 orang klien PGT dengan CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini Jakarta berdasarkan data demografi dapat dilihat bahwa persentasi teringgi lama pemakaian CAPD 35% dengan lama pemakaian >1thn-2th, dengan umur >61 th, sebanyak 40%, didominasi oleh jenis kelamin pria sebanyak 55%, dengan pendidikan mayoritas 50% Diploma/PT, Pekerjaan 30% pegawai swasta dan penghasilan >5 juta sebanyak 45%, suku Jawa 32,5%

2. Hasil tabulasi kuesioner menunjukkan bahwa :

Tingkat pengetahuan klien PGT terkait PenKes CAPD untuk tingkat pengetahuan klien dari 40 responden di dapatkan Median 16,00 sehingga dinyatakan klien tahu terkait PenKes CAPD, bila klien mampu menjawab pertanyaan dengan skor ≥ 16 , dan tidak tahu bila skor ≤ 16 . Hasil yang didapatkan sebanyak 21 responden (52 %) tahu tentang CAPD dan 19 responden (48%) yang tidak tahu tentang CAPD.

3. Kualitas Kesehatan Fisik

Kualitas Kesehatan Fisik menurun berjumlah 11 orang, dan baik berjumlah 29 orang. Dengan uraian seperti berikut: Tekanan darah terkontrol dengan systole antara 120-140 mmHg sebanyak 72%, 95% tidak mengalami infeksi pada daerah pemasangan catheter CAPD, 85% tidak mengalami edema dan dapat dilihat bahwa kualitas kesehatan fisik klien CAPD di Poli Ginjal RS PGI Cikini 72% hasilnya baik. Dapat dilihat tekanan darah sistole responden yang paling banyak adalah antara 120-140 mmHg sebanyak 37% dan yang paling sedikit adalah tekanan darah sistole 120 mmHg sebanyak 28%. Dapat dilihat bahwa 95% responden klien CAPD tidak terjadi infeksi, 85% klien CAPD tidak mengalami edema 85% klien CAPD frekwensi pernafasannya normal, 65% klien CAPD mempunyai BMI normal

4. Hasil pengujian Chi-Square

Tingkat Pengetahuan tidak tahu dengan Kualitas Kesehatan Fisik menurun berjumlah 11 orang, dan baik berjumlah 8 orang. Tingkat Pengetahuan tahu dengan Kualitas Kesehatan Fisik baik berjumlah 21 orang, sementara tingkat pengetahuan tahu dengan kualitas kesehatan fisik menurun tidak ada.

Dengan PenKes yang diberikan perawat tingkat pengetahuan klien PGT dengan CAPD meningkat yang mempengaruhi kualitas kesehatan fisik menjadi lebih baik.

B. SARAN

1. Untuk RS PGI Cikini

- Rumah Sakit Cikini sebagai salah satu pusat rujukan ginjal dan juga CAPD di Indonesia diharapkan mampu memberikan Pen-Kes yang

kontiniu dan optimal khususnya pada klien PGT untuk dapat memilih CAPD sebagai TPG karena dibuktikan dapat meningkatkan kualitas kesehatan fisik klien dengan lebih baik.

- Mengadakan seminar untuk orang awam secara rutin tentang CAPD
- Perawat diberikan pendidikan dan pelatihan tentang CAPD secara terprogram dan berkesinambungan sehingga semakin banyak perawat yang berkompeten untuk memberikan Pendidikan kesehatan tentang CAPD, dengan demikian juga akan meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
- Perlu diberikan reward terhadap perawat yang telah mampu memberikan Pen-Kes tentang CAPD secara optimal, sehingga motivasi perawat akan meningkat untuk memberikan Pen-Kes yang lebih optimal.

2. Untuk Perawat

- Perawat mahir CAPD perlu dikaderisasi sehingga transfer ilmu sehingga meningkatkan semangat dan profesionalisme sesama perawat.
- Perawat hendaknya melakukan penelitian tentang CAPD, sehingga dapat menemukan hal-hal baru dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan.
- Pen-Kes yang diberikan dapat dipertahankan dan ditingkatkan khususnya tentang keseimbangan cairan, sehingga klien yang tahu (52%) menjadi meningkat pesentasinya.

3. Untuk Peneliti

Perlu melanjutkan penelitian ini dengan metode yang lebih baik dengan sampel yang lebih banyak sehingga mendapatkan hasil yang akurat dan dapat digeneralisasi.

C. REKOMENDASI

1. Dari hasil penelitian ini didapatkan bahwa kualitas kesehatan fisik klien PGT dengan CAPD lebih baik, sehingga direkomendasikan untuk lebih banyak dianjurkan untuk digunakan sebagai TPG.
2. Metode Pen-Kes di RS PGI Cikini sudah baik, perlu dipertahankan dan ditingkatkan sehingga persentasi klien yang tahu menjadi lebih banyak, lebih dari 52%.
3. Pen-Kes CAPD yang baik akan meningkatkan kualitas kesehatan fisik klien , sehingga metode yang diberikan harus baik, sebaiknya dibuat brosur atau leaflet, dengan demikian klien akan mendapatkan informasi yang lebih baik dan akurat.
4. Melakukan *follow up* untuk penelitian in ini dengan menggunakan metode uji statistik yang dapat menentukan besarnya derajat kemaknaan hubungan antara variabel yang diteliti.
5. Kaderisasi perawat mahir CAPD

DAFTAR PUSTAKA

- Blyth, J. (1995). *An Introduction to CAPD*. California : Addison Wesley Publishing.
- Dempsey, P. A, Arthur, D.D (1997). *Riset Keperawatan*. Edisi IV. Jakarta : EGC
- Cronic Kidney Disease* menurut National Kidney Foundation. Diambil dari <http://www.org> pada tanggal 8 Maret 2008.
- Dempsey, P. A dan Arthur D. D (2002). *Riset Keperawatan*, Buku Ajar & Latihan. Edisi 4. Jakarta: EGC
- Gutch, C.F. (1999). *Review of Hemodialysis for Nurses and Dialysis Personel*. 6th ED. Sint Louis: Mosby.
- Hastono, P.H (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku kesehatan*. Ed.1 Jakarta: Rineka Cipta.
- Parsudi, I, Siregar, P, Rusli, R. (2006). *Dialisis Peritoneal*. Ilmu Penyakit dalam Ed. 4 Jakarta: FKUI
- Rankin, S.H, Karen D.S. (2001). *Patient Education Principles and practicece*. Fourth US : Lippincott Williams and wilkins.
- Situmorang, T. (2008). *Peritoneal Dialisis Sebagai Pilihan Pertama Terapi Pengganti Ginjal*. Simposium Ginjal Hipertensi. Jakarta : RS PGI Cikini. Tidak dipublikasikan
- Sukandar, E. (2006). *Gagal Ginjal dan Panduan Terapi Dialisis*. Bandung: FK UNPAD.
- Suliha, U. (2002). *Pendidikan Kesehatan Dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Sabri, L. (2006). *Statistik Kesehatan*. Edisi 1 Jakarta : Raja Grafindo Persada
- Thomas, N. (2003). *Renal Nursing*. China: Bailliere Tindall.
- Wiguno, P (2006). *Incidence, Prevalensi, Treatment and Cost of End Stage Renal Disease in Indonesia*. Journal Ethnicity&Disease. Volume 16
- Worl Kidney Day 2007*. Diambil dari <http://www.majalah-farmacia.com>. Pada tanggal 26 April 2008
- Yetti, K. (2007). *Peran Perawat Dalam Meningkatkan Kualitas Pasien Peritoneal Dialisis*. Jurnal Keperawatan Indonesia, vol.11. Jakarta: FIK UI.



UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021) 78849120, 78849121 Fax. 7864124
Email : fonui1@cbn.net.id Web Site : http://www.fikui.or.id

Nomor *1240* IPT02.H4.FIK/II/2008
Lampiran : Proposal
Perihal : Permohonan Praktek M.A. Riset

2 Mei 2008

Yth. Direktur Utama
RS PGI Cikini
Jl. Raden Saleh
Jakarta Pusat

Dalam rangka mengimplementasikan mata ajar "Riset Keperawatan" mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) :

No	Nama mahasiswa	NPM
1	Hermani Roslena S	0606060181
2	Lince Siringoringo	0606060414

akan mengadakan praktek riset dengan judul : "Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Terkait Pendidikan Kesehatan Yang Diberikan Oleh Perawat Dengan Kualitas Kesehatan Fisik Klien Penyakit Ginjal Terminal Dengan CAPD".

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon dengan hormat kesediaan Saudara mengizinkan mahasiswa tersebut untuk mengadakan praktek riset di RS PGI Cikini Jakarta Pusat.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan.



Dewi Pratiwi, MA, Ph.D
NIP. 140 066 440

Tembusan Yth. :

1. Dir. PPSDM RS PGI Cikini
2. Kabid Wat RS PGI Cikini
3. Wakil Dekan Bid.Akademik FIK-UI
4. Manajer Dikmahalum FIK-UI
5. Ka.Prog Studi S1 FIK-UI
6. Koord. M.A Riset Kep FIK-UI

Lampiran I

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN Jakarta, MEI 2008

Kepada Yth,
Calon Responden Penelitian
Di tempat

Dengan hormat, kami yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. (FIK UI) yang sedang melakukan penelitian pada mata kuliah Riset Keperawatan :

No	Nama	NPM	No. Telpon
1.	Hermani Roslena .S	0606060181	08161466280
2.	Lince Siringoringo	0606060414	081310308965

Kami bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul "**Hubungan Tingkat Pengetahuan Klien Terkait Pendidikan Kesehatan yang diberikan Perawat Dengan Kualitas Kesehatan Fisik Klien Penyakit Ginjal Terminal Dengan CAPD**". Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui tingkat pengetahuan klien tentang CAPD, mengidentifikasi tingkat kesehatan fisik klien yang menggunakan CAPD, mengidentifikasi hubungan antara tingkat pengetahuan klien dengan tingkat kesehatan fisik klien yang menggunakan CAPD.

Kami selaku peneliti akan menjaga kerahasiaan identitas dan jawaban responden. Data hanya digunakan untuk kepentingan penelitian, saudara berhak menolak/mengundurkan diri dari penelitian. Bersama ini kami lampirkan surat persetujuan bila anda bersedia suka rela menjadi responden.

Besar harapan kami agar saudara menjadi responden dalam penelitian ini, ataskesediaan dan kerjasamanya kami mengucapkan terimakasih.

Peneliti I

Peneliti II

(Hermani Roslena .S)

(Lince Siringoringo)

Pembimbing

(Amelia K. S.Kp,MN)

Lampiran II

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan setuju untuk menjadi responden dalam penelitian yang akan dilakukan :

No	Nama	NPM	No. Telpon
1.	Hermani Roslena .S	0606060181	08161466280
2.	Lince Siringoringo	0606060414	081310308965

Judul penelitian **“Hubungan Tingkat Pengetahuan Klien Terkait Pendidikan Kesehatan yang diberikan Perawat Dengan Kualitas Kesehatan Fisik Klien Penyakit Ginjal Terminal Dengan CAPD”**.

Saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang penelitian ini dan saya mengerti penelitian ini tidak merugikan tetapi bermanfaat bagi saya. Jawaban dan identitas dari jawaban yang saya berikan dijamin kerahasiaannya.

Demikian surat pernyataan ini kami tanda tangani tanpa suatu paksaan.

Jakarta, Mei 2008

(Responden)

LEMBAR KUESIONER

Petunjuk Pengisian

1. Anda diharapkan mengisi seluruh pertanyaan yang ada pada lembaran ini
2. Bacalah terlebih dahulu setiap pertanyaan yang diajukan
3. Bentuk jawaban dituliskan dengan memberi cek (√) pada kolom yang tersedia.
4. Jika anda ingin mengganti jawaban, coret jawaban yang pertama dengan tanda X dan memberi cek list (√) pada jawaban yang benar
5. Jawablah dengan jujur apa adanya karna tidak ada jawaban yang salah, yang diinginkan peneliti adalah jawaban yang sesuai dengan pendapat anda.
6. Bila ada pertanyaan yang belum dimengerti, dapat bertanya langsung pada peneliti.

A. Demografi

1. Inisial :

2. Kode penelitian : (diisi oleh peneliti)

3. Umur

<input type="checkbox"/>	20-30 tahun
<input type="checkbox"/>	31-40 tahun
<input type="checkbox"/>	41-50 tahun

<input type="checkbox"/>	51-60 tahun
<input type="checkbox"/>	≥61 tahun

4. CAPD mulai : Tgl Bln Thn

5. Jenis Kelamin

<input type="checkbox"/>	Pria
--------------------------	------

<input type="checkbox"/>	Wanita
--------------------------	--------

6. Pendidikan

<input type="checkbox"/>	SD
<input type="checkbox"/>	SMP

<input type="checkbox"/>	SLTA
<input type="checkbox"/>	Diploma/PT

7. Pekerjaan

<input type="checkbox"/>	PNS
<input type="checkbox"/>	Peg Swasta

<input type="checkbox"/>	Ibu Rumah Tangga
<input type="checkbox"/>	Dan Lain-lain

8. Penghasilan

<input type="checkbox"/>	< 1 juta
<input type="checkbox"/>	1-2 juta

<input type="checkbox"/>	2-5 juta
<input type="checkbox"/>	>5 juta

9. Suku

<input type="checkbox"/>	Batak
<input type="checkbox"/>	Sunda

<input type="checkbox"/>	Jawa
<input type="checkbox"/>	Betawi

<input type="checkbox"/>	Sulawesi
<input type="checkbox"/>	DII

B. Tingkat Pengetahuan Klien Terkait PenKes CAPD

No	Tingkat Pengetahuan Terkait PenKes CAPD	Tahu	Tidak Tahu
1.	CAPD merupakan salah satu bentuk dialisis melalui dinding perut		
2.	Sesudah menggunakan CAPD saya tidak perlu membatasi pemasukan cairan		
3.	Saya melakukan pencatatan cairan yang masuk dan yang keluar secara teratur setiap hari		
4.	Saya tahu tanda-tanda kelebihan cairan		
5.	Saya perlu makanan yang mengandung protein tinggi seperti daging, telur, dan ikan		
6.	Saya perlu konsultasi dengan ahli gizi		
7.	Saya bebas makan makanan yang saya sukai		
8.	Saya minum obat yang dianjurkan dokter secara teratur		
9.	saya cuci tangan sebelum melakukan penggantian balutan CAPD		
10.	Saya tidak perlu menggunakan masker dan sarung tangan saat penggantian cairan CAPD		
11.	Infeksi bisa terjadi pada luka CAPD		
12.	Tanda-tanda infeksi adalah merah, nyeri, panas, bengkak pada daerah luka CAPD		
13.	Saya akan merasa sesak bila kelebihan cairan		
14.	Saya boleh berenang		
15.	Saya dapat melakukan pergantian cairan di rumah, dikantor dan di tempat lain		
16.	Bila terjadi infeksi saya segera konsultasi ke dokter		
17.	Saya tidak perlu kontrol bila tidak ada keluhan		
18.	Saya perlu tambahan vitamin dan suplemen		
19.	Penggantian cairan CAPD dilakukan 3 kali sehari		
20.	Saya merasa nyaman menggunakan CAPD		

C. Kualitas kesehatan fisik klien CAPD

No	Setelah menjalani terapi CAPD	Setuju	Tidak Setuju
1.	Saya merasa nyaman dan sehat		
2.	Selera makan saya bertambah baik		
3.	Cairan CAPD yang keluar perlu ditimbang dengan teliti setiap hari		
4.	Saya perlu menimbang berat badan setiap hari		
5.	Muka dan kaki saya sering bengkak		
6.	Saya merasakan mual dan muntah bila mau makan		
7.	Saya pernah mengalami nyeri pada daerah pemasangan CAPD		
8.	Tekanan darah saya terkontrol dengan baik		
9.	Saya sering mengalami sesak nafas		
10.	Saya senang dapat melakukan CAPD secara mandiri		

D. Hasil pengukuran (Diisi oleh peneliti)

TB	BB	TD	RR	Ronchi	Edema	Tanda Infeksi

Keterangan :

- TB : Tinggi badan
- BB : Berat badan
- TD : Tekanan darah
- RR : Respiratory Rate

**DATA MENTAH VARIABEL X
TINGKAT PENGETAHUAN KLIEN**

NB NR	SKOR TIAP BUTIR																				X total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	11
2	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	8
3	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	14
4	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5
5	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	16
6	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	10
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	17
8	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
9	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	10
10	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	14
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	18
12	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
13	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
14	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
15	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	14
16	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	10
17	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	16
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	14
19	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	18
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
22	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	12
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	13
24	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	15
25	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	14
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	18
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	18
28	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	15
29	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	16
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	19
31	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	16
32	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	12
33	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
34	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19
35	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16
36	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	13
37	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	17
39	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	11
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	19
																				595	

**DATA MENTAH VARIABEL Y
KUALITAS KESEHATAN FISIK**

NB NR	SKOR TIAP BUTIR										X total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	6
2	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	8
4	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	3
5	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8
6	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
9	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	5
10	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	8
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
12	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	7
13	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
15	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	8
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
17	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	8
18	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	4
19	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
20	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	8
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
22	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	7
23	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	8
24	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
25	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8
26	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	8
27	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	9
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
29	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
30	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	9
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
32	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	7
33	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	8
34	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8
35	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
36	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	7
37	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	9
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
39	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	6
40	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	9
322											

**DATA HASIL UJI COBA VARIABEL X
TINGKAT PENGETAHUAN KLIEN TERKAIT PENDIDIKAN KESEHATAN
YANG DIBERIKAN PERAWAT**

NB NR	SKOR TIAP BUTIR																				X total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	14
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20
																					74

Reliability Tingkat Pengetahuan Kliien

$$df = 5 - 2 = 3$$

$$r \text{ tabel } (0,05;1) = 0,6870$$

jika $r_{hitung} < r_{tabel}$ = tidak valid, dan jika $r_{hitung} > r_{tabel}$ = valid
 r_{hitung} dapat dilihat dari *Corrected Item-Total Correlation*

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
14.80	75.200	8.672	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	14.00	68.000	.949	.987
Item2	14.20	67.700	.799	.989
Item3	14.20	67.700	.799	.989
Item4	14.00	68.000	.949	.987
Item5	14.20	67.700	.799	.989
Item6	14.00	68.000	.949	.987
Item7	14.00	68.000	.949	.987
Item8	14.00	68.000	.949	.987
Item9	14.00	68.000	.949	.987
Item10	14.00	68.000	.949	.987
Item11	14.20	67.700	.799	.989
Item12	14.00	68.000	.949	.987
Item13	14.00	68.000	.949	.987
Item14	14.20	67.700	.799	.989
Item15	14.00	68.000	.949	.987
Item16	14.00	68.000	.949	.987
Item17	14.00	68.000	.949	.987
Item18	14.00	68.000	.949	.987
Item19	14.00	68.000	.949	.987
Item20	14.20	67.700	.799	.989

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	5	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	5	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.988	20

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Setelah semua butir pertanyaan dinyatakan valid maka uji selanjutnya adalah menguji reliabilitas kuesioner tersebut.

Cara pengambilan keputusan:

- Jika r_{Alpha} positif dan lebih besar dari r_{tabel} maka reliabel
- Jika r_{Alpha} negatif atau r_{Alpha} lebih kecil dari r_{tabel} maka tidak reliabel

r_{Alpha} dapat dilihat pada akhir analisis, yaitu bernilai 0,988. sedangkan r_{tabel} 0,6870

Kesimpulan:

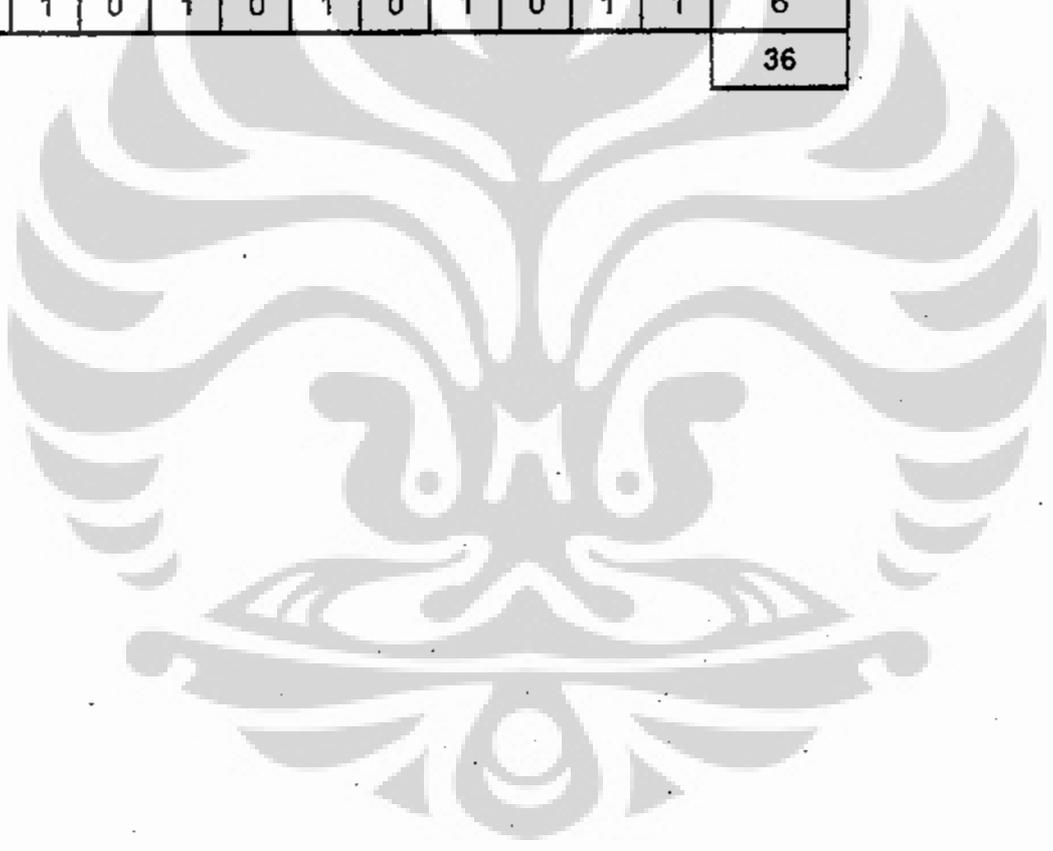
$r_{\text{Alpha}} > r_{\text{tabel}}$ sehingga kuesioner tersebut bersifat reliabel.

Oleh karena kuesioner telah dinyatakan valid dan reliabel, kuesioner tersebut sudah layak disebarakan kepada responden untuk mengadakan penelitian.



**DATA HASIL UJI COBA VARIABEL Y
KUALITAS KESEHATAN FISIK**

NB NR	SKOR TIAP BUTIR										X total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
5	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	6
											36



Reliability Kualitas Kesehatan Fisik Klien

$$df = 5 - 2 = 3$$

$$r_{\text{tabel}} (0,05;1) = 0,6870$$

jika $r_{\text{hitung}} < r_{\text{tabel}}$ = tidak valid, dan jika $r_{\text{hitung}} > r_{\text{tabel}}$ = valid
 r_{hitung} dapat dilihat dari *Corrected Item-Total Correlation*

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
7.20	19.200	4.382	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	6.40	15.800	.900	.968
Item2	6.60	15.300	.840	.971
Item3	6.40	15.800	.900	.968
Item4	6.60	15.300	.840	.971
Item5	6.40	15.800	.900	.968
Item6	6.60	15.300	.840	.971
Item7	6.40	15.800	.900	.968
Item8	6.60	15.300	.840	.971
Item9	6.40	15.800	.900	.968
Item10	6.40	15.800	.900	.968

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	5	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	5	100.0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.972	10

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Setelah semua butir pertanyaan dinyatakan valid maka uji selanjutnya adalah menguji reliabilitas kuesioner tersebut.

Cara pengambilan keputusan:

- Jika r_{Alpha} positif dan lebih besar dari r_{tabel} maka reliabel
- Jika r_{Alpha} negatif atau r_{Alpha} lebih kecil dari r_{tabel} maka tidak reliabel

r_{Alpha} dapat dilihat pada akhir analisis, yaitu bernilai 0,972. sedangkan r_{tabel} 0,6870
 Kesimpulan:

$r_{\text{Alpha}} > r_{\text{tabel}}$ sehingga kuesioner tersebut bersifat reliabel.

Oleh karena kuesioner telah dinyatakan valid dan reliabel, kuesioner tersebut sudah layak disebarkan kepada responden untuk mengadakan penelitian.

Frequency Table Tingkat Pengetahuan Klien Terkait PenKes CAPD

CAPD merupakan salah satu bentuk dialisis melalui dinding perut

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	7	17.5	17.5	17.5
	Tahu	33	82.5	82.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Sesudah menggunakan CAPD saya tidak perlu membatasi pemasukan cairan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tahu	12	30.0	30.0	30.0
	Tidak Tahu	28	70.0	70.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya melakukan pencatatan cairan yang masuk dan yang keluar secara teratur setiap hari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	8	20.0	20.0	20.0
	Tahu	32	80.0	80.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya tahu tanda-tanda kelebihan cairan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	12	30.0	30.0	30.0
	Tahu	28	70.0	70.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya perlu makanan yang mengandung protein tinggi seperti daging, telur, dan ikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	11	27.5	27.5	27.5
	Tahu	29	72.5	72.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Tanda-tanda infeksi adalah merah, nyeri, panas, bengkak pada daerah luka
CAPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	9	22.5	22.5	22.5
	Tahu	31	77.5	77.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya akan merasa sesak bila kelebihan cairan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	15	37.5	37.5	37.5
	Tahu	25	62.5	62.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya boleh berenang

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tahu	9	22.5	22.5	22.5
	Tidak Tahu	31	77.5	77.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya dapat melakukan pergantian cairan di rumah, dikantor dan di tempat lain

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	11	27.5	27.5	27.5
	Tahu	29	72.5	72.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Bila terjadi infeksi saya segera konsultasi ke dokter

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	9	22.5	22.5	22.5
	Tahu	31	77.5	77.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya tidak perlu kontrol bila tidak ada keluhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tahu	10	25.0	25.0	25.0
	Tidak Tahu	30	75.0	75.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya perlu menimbang berat badan setiap hari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Setuju	7	17.5	17.5	17.5
	Setuju	33	82.5	82.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Muka dan kaki saya sering bengkak

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Setuju	7	17.5	17.5	17.5
	Tidak Setuju	33	82.5	82.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya merasakan mual dan muntah bila mau makan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Setuju	3	7.5	7.5	7.5
	Tidak Setuju	37	92.5	92.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya pernah mengalami nyeri pada daerah pemasangan CAPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Setuju	5	12.5	12.5	12.5
	Tidak Setuju	35	87.5	87.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Tekanan darah saya terkontrol dengan baik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Setuju	8	20.0	20.0	20.0
	Setuju	32	80.0	80.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya sering mengalami sesak nafas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Setuju	14	35.0	35.0	35.0
	Tidak Setuju	26	65.0	65.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya perlu tambahan vitamin dan suplemen

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	10	25.0	25.0	25.0
	Tahu	30	75.0	75.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Penggantian cairan CAPD dilakukan 3 kali sehari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tahu	8	20.0	20.0	20.0
	Tidak Tahu	32	80.0	80.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya merasa nyaman menggunakan CAPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	8	20.0	20.0	20.0
	Tahu	32	80.0	80.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Frequency Table Kualitas Kesehatan Fisik Klien CAPD

Saya merasa nyaman dan sehat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Setuju	10	25.0	25.0	25.0
	Setuju	30	75.0	75.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Selera makan saya bertambah baik

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Setuju	5	12.5	12.5	12.5
	Setuju	35	87.5	87.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Cairan CAPD yang keluar perlu ditimbang dengan teliti setiap hari

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Setuju	10	25.0	25.0	25.0
	Setuju	30	75.0	75.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya perlu konsultasi dengan ahli gizi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	10	25.0	25.0	25.0
	Tahu	30	75.0	75.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya bebas makan makanan yang saya sukai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	13	32.5	32.5	32.5
	Tahu	27	67.5	67.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya minum obat yang dianjurkan dokter secara teratur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	7	17.5	17.5	17.5
	Tahu	33	82.5	82.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya cuci tangan sebelum melakukan penggantian balutan CAPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	16	40.0	40.0	40.0
	Tahu	24	60.0	60.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya tidak perlu menggunakan masker dan sarung tangan saat penggantian cairan CAPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tahu	9	22.5	22.5	22.5
	Tidak Tahu	31	77.5	77.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Infeksi bisa terjadi pada luka CAPD

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Tahu	11	27.5	27.5	27.5
	Tahu	29	72.5	72.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Saya senang dapat melakukan CAPD secara mandiri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Setuju	9	22.5	22.5	22.5
	Setuju	31	77.5	77.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

