



**PENGARUH EDUKASI KESEHATAN TERSTRUKTUR
PENDEKATAN *HEALTH BELIEF MODEL* TERHADAP
EFIKASI DIRI DALAM KEPATUHAN MENJALANI
HEMODIALISA PADA PASIEN CKD**


TESIS

Disusun untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar
Magister Keperawatan pada Universitas Karya Husada Semarang

Oleh :

FARIDHA ALFIATUR ROHMANIAH

NIM: 2010026



**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS KARYA HUSADA SEMARANG**

2023

HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN TESIS

Tesis yang disusun oleh :

Nama : Faridha Alfiatur Rohmaniah
NIM : 2010026
Prodi : Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD

Telah disetujui oleh pembimbing pada :

Hari : Selasa
Tanggal : 4 April 2023

Untuk dipertahankan di hadapan tim Penguji Tesis Program Studi Magister Keperawatan Universitas Karya Husada Semarang

Pembimbing I

Pembimbing II

Co. Pembimbing II

Dr. Ns. Fery Agusman
MM, M.Kep Sp. Kom

Ns. Widiyaningsih,
S.Kep, MAN

Ns. Julvaina Eka P.U.,
M.Kep

HALAMAN PENGESAHAN TESIS

Tesis yang disusun oleh :

Nama : Faridha Alfiatur Rohmaniah
NIM : 2010026
Prodi : Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan
health belief model terhadap efikasi diri dalam kepatuhan
menjalani hemodialisa pada pasien CKD

telah dipertahankan dihadapan tim penguji Tesis Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Karya Husada Semarang pada:

Hari : Kamis
Tanggal : 13 April 2023

Tim Penguji :

Ketua Penguji : Dr. Blacius Dedi.,SKM.,M.Kep

- | | | |
|---|-------------|-------|
| 1. Ns. Yunani, M.Kep., Sp.MB | Penguji II | |
| 2. Dr. Ns. Fery Agusman MM, M.Kep Sp. Kom | Penguji III | |
| 3. Ns. Widiyaningsih, S.Kep., MAN | Penguji IV | |
| 4. Ns. Julvaina Eka P.U., M.Kep | Penguji V | |

Mengetahui
Ketua Program Studi Magister Keperawatan
Universitas Karya Husada Semarang

Dr. Blacius Dedi, SKM.,M.Kep
NIK. 196708032021041026

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas Rahmat dan hidayah Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga tesis penelitian ini dapat diselesaikan dengan baik. Tesis dengan judul “Pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD “ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Magister Keperawatan di Universitas Karya Husada Semarang.

Penulis juga menyadari bahwa tanpa bimbingan, bantuan, arahan dan doa dari berbagai pihak, tesis penelitian ini tidak akan dapat selesai tepat pada waktu yang sudah ditentukan. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu dalam proses pengerjaan tesis penelitian ini, yaitu kepada yang terhormat:

1. Dr. Ns. Fery Agusman MM, M.Kep Sp. Kom selaku Pembimbing 1 dan Rektor Universitas Karya Husada Semarang yang telah memberikan masukan dan bimbingannya sehingga dapat melakukan rencana penelitian ini dengan lancar.
2. Ns. Witri Hastuti, M.Kep. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Karya Husada Semarang yang telah memberikan arahan untuk melaksanakan penyusunan tesis.
3. Dr. Blacius Dedi, S.KM., M.Kep. selaku Kaprodi Magister Universitas Karya Husada Semarang yang telah memberikan arahan, dan bimbingan kepada penulis dalam proses penyusunan tesis.
4. Ns.. Widiyaningsih, S.Kep, MAN selaku dosen pembimbing 2 yang telah membimbing, memberi masukan, dan meluangkan waktu untuk penulis dengan penuh kesabaran.
5. Ns. Julvaina Eka P.U., M.Kep selaku Co.Pembimbing 2 yang juga telah dengan penuh kesabaran membimbing, memberi masukan, dan meluangkan waktu untuk berdiskusi bersama penulis.
6. Seluruh dosen dan Tim Pengajar yang telah memberikan Ilmu dan materi tentang Keperawatan di Prodi Magister Fakultas Ilmu Keperawatan dan kesehatan Universitas Karya Husada Semarang.

7. Staf dan Perawat di unit hemodialisa Rumah Sakit Aisyiyah Kudus yang telah membantu dalam proses observasi fenomena, pengambilan data awal dan telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Aisyiyah Kudus.
8. Staf dan Perawat di unit hemodialisa Rumah Kumalasiwi Kudus yang telah membantu dalam proses observasi fenomena, pengambilan data awal dan telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Kumalasiwi Kudus.
9. Bapak Setiawan Sudono dan Ibu Rohyati yang tidak pernah berhenti memberikan dukungan , do'a dan semangatnya.
10. Universitas Muhammadiyah Kudus sebagai tempat saya bekerja yang telah memberikan ijin untuk study lanjut.
11. Teman-teman seperjuangan di Prodi Magister keperawatan angkatan ke-3 yang sama-sama berjuang untuk menyelesaikan tugas akhir ini.
12. Semua pihak dengan tulus hati dan kesabaran yang namanya tidak dapat disebutkan satu per satu oleh penulis.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa dalam penyusunan dan penulisan tesis ini masih banyak kekurangan dan jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu penulis mengharapkan saran, masukan dan kritik yang membangun demi perbaikan tesis penelitian ini selanjutnya. Semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan di bidang keperawatan khususnya dan semua pihak yang membaca.

Kudus, September 2022

Penulis

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN, FAKULTAS ILMU
KEPERAWATAN DAN KESEHATAN UNIVERSITAS KARYA HUSADA
SEMARANG**

Tesis, April 2023

Faridha Alfiatur R¹ Fery Agusman MM², Widiyaningsih³, Julvaina Eka P.U⁴

Pengaruh Edukasi Kesehatan Terstruktur Pendekatan *Health Belief Model*
Terhadap Efikasi Diri Dalam Kepatuhan Menjalani Hemodialisa Pada Pasien
CKD

(xv+139 halaman+12 tabel+5 bagan+11 lampiran)

ABSTRAK

Latar Belakang : Gagal ginjal kronis (GGK) masih menjadi masalah kesehatan global dan nasional meskipun Pencegahan dan terapi hemodialisa dilakukan. WHO menetapkan GGK sebagai kedaruratan global bagi kemanusiaan karena ditemukan pada seluruh kelompok usia khususnya usia produktif. Angka morbiditas dan mortalitas meningkat setiap tahunnya karena faktor usia , gaya hidup, merokok, asupan cairan, kepatuhan berobat dan hemodialisa serta kepatuhan diet. Dampaknya ketergantungan mesin dialisis, ancaman kehilangan pekerjaan karena proses pengobatan yang lama, berbagai macam komplikasi bahkan kematian, sehingga harapan hidup pasien menjadi rendah. Hal tersebut akan mempengaruhi efikasi diri dalam berperilaku sehat dan kepatuhan menjalani hemodialisa. **Tujuan Penelitian :** untuk mengetahui Pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD. **Metode penelitian :** Desain penelitian menggunakan kuasi eksperimen jenis *pretest and posttest with control group*. Jumlah masing-masing responden 31 pasien pada kelompok intervensi dan kontrol diseleksi dengan *purposive sampling*. Instrumen yang digunakan *the chronic kidney disease self-efficacy (CKD-SE) instrument:development and psycometric evaluation* yang berisi 37 pernyataan. Intervensi ini diberikan sebanyak 4 sesi berisi 6 materi selama 60-90 menit per sesinya. **Hasil penelitian :** ada pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri ($p=0,000$). **Rekomendasi :** Penelitian ini merekomendasikan pemberian intervensi keperawatan dalam bentuk edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* dan menggunakan sisi humanisme pasien dalam proses pemberian intervensi dengan menggunakan media modul panduan perawat dan pasien.

Kata Kunci : Edukasi Kesehatan Terstruktur, *Health Belief Model*, Efikasi Diri, pasien CKD, Hemodialisa

Referensi : 90 (1984-2021)

¹Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Karya Husada Semarang

²Dosen Pembimbing 1 Universitas Karya Husada Semarang

³Dosen Pembimbing 2 Universitas Karya Husada Semarang

⁴Dosen Co Pembimbing 2 Universitas Karya Husada Semarang

**MASTER OF NURSING STUDY PROGRAM, FACULTY OF NURSING
AND HEALTH SCIENCES KARYA HUSADA UNIVERSITY SEMARANG**
Thesis, April 2023

Faridha Alfiatur R¹ Fery Agusman MM², Widiyaningsih³, Julvaina Eka P.U⁴

***The Effect Of Structured Health Education Approach To Health Belief Model
On Self-Efficiency Compliance With Hemodialysis In Ckd Patients***
(xv+139 pages+12 tables+5 charts+11 attachments)

ABSTRACT

Background: Chronic kidney failure (CKD) is still a global and national health problem even though hemodialysis prevention and therapy is carried out. WHO defines CRF as a global emergency for humanity because it is found in all age groups, especially the productive age. Morbidity and mortality rates increase every year due to age, lifestyle, smoking, fluid intake, adherence to medication and hemodialysis and dietary adherence. The impact is dependence on dialysis machines, the threat of losing a job due to the long treatment process, various complications and even death, so that the patient's life expectancy is low. This will affect self-efficacy in healthy behavior and adherence to undergoing hemodialysis. **Research Objectives:** to determine the effect of structured health education using the health belief model approach to self-efficacy in adherence to undergoing hemodialysis in patients with CKD. **Research method:** The research design used a quasi-experimental type of pretest and posttest with a control group. The number of each respondent was 31 patients in the intervention and control groups selected by purposive sampling. The instrument used was the chronic kidney disease self-efficacy (CKD-SE) instrument: development and psychometric evaluation which contained 37 statements. This intervention was given in 4 sessions containing 6 materials for 60-90 minutes per session. **The results of the study:** there is an effect of structured health education using the health belief model approach to self-efficacy ($p=0.000$). **recommendation :** This study recommends providing nursing interventions in the form of structured health education using the health belief model approach and using the patient's human side in the process of providing interventions using the media guide module for nurses and patients

Keywords: Structured Health Education, Health Belief Model, Self-Efficacy, CKD Patients, Hemodialysis

References : 90 (1984-2021)

1 The Student of Master Nursing Study Program in Karya Huasada Semarang of University

2 The 1st Guidance Lecturers in Karya Huasada Semarang of University

3The 2nd Guidance Lecturers in Karya Huasada Semarang of University

4 The 3rd Guidance Lecturers in Karya Huasada Semarang of University

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN UJIAN TESIS	ii
HALAMAN PENGESAHAN TESIS	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
ABSTRAK	vi
ABSTRACT.....	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	9
C. Tujuan Penulisan.....	10
D. Manfaat Penelitian	10
E. Originalitas Penelitian	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	15
A. Konsep Dasar <i>Chronic Kidney Disease</i> (CKD).....	15
B. KONSEP DASAR SELF EFFICACY	22
C. KONSEP DASAR EDUKASI TERSTRUKTUR	28
D. KONSEP TEORI KEPERAWATAN HUMANISTIK.....	33
E. KONSEP DASAR TEORI <i>HEALTH BELIEF MODEL</i>	40

F. PERAN PERAWAT	51
G. Kerangka Konsep Penelitian.....	52
H. Hipotesis Penelitian.....	53
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	53
A. Jenis dan Desain Penelitian	53
B. Populasi dan Sampel	54
C. Teknik pengambilan sampel.....	55
D. Waktu Penelitian	56
E. Tempat Penelitian.....	56
F. Definisi Operasional Variabel	57
G. Instrumen Penelitian Alat Pengumpulan Data.....	59
H. Prosedur Pengumpulan Data.....	61
I. Alur Penelitian	65
J. Pengolahan Data	66
K. Analisis Data.....	67
L. Etika Penelitian	68
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	70
1. Karakteristik pasien CKD yang menjalani Hemodialisa.....	70
2. Uji Homogenitas Berdasarkan Karakteristik Responden	77
3. Gambaran efikasi diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol	77
4. Uji Normalitas Data	82
5. Perbedaan efikasi diri sebelum dan sesudah pemberian Edukasi kesehatan terstruktur pada kelompok intervensi dan kontrol.....	82
6. Pengaruh Edukasi kesehatan Terstruktur terhadap efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa.....	87
7. Keterbatasan Penelitian	93

8. Implikasi Keperawatan.....	93
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	95
A. Kesimpulan.....	95
B. Saran.....	96
DAFTAR PUSTAKA.....	97

DAFTAR TABEL

Table 1.1 Originalitas Penelitian	12
Table 2.1 Kategori CKD berdasarkan eGFR.....	15
Table 2.2 Komponen teori HBM	44
Table 3.1 Bentuk Rancangan Pre and Post Test Control Group	53
Table 3.2 Definisi Operasional Variabel.....	57
Table 3.3 Analisa Univariat.....	67
Table 4.1 Karakteristik pasien CKD yang menjalani hemodilisa	70
Table 4.2 Uji Homogenitas	77
Table 4.3 Gambaran efikasi diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol.....	77
Table 4.4 Uji Normalitas	82
Table 4.5 Analisis Perbedaan Efikasi Diri Sebelum dan Sesudah Pemberian Edukasi kesehatan terstruktur pada Kelompok	82
Table 4.6 Pengaruh Edukasi kesehatan Terstruktur terhadap efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa	87

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Teori Humaniastik.....	39
Bagan 2.2 Komponen dan Hubungan Teori HBM	49
Bagan 2.3 Kerangka Teori	52
Bagan 2.4 Kerangka Konsep.....	52
Bagan 3.1 Alur Penelitian	65

DAFTAR SINGKATAN

GGK	: Gagal Ginjal Kronik
CKD	: <i>Chronic Kidney Disease</i>
PERNEFRI	: Perhimpunan Nefrologi Indonesia
WHO	: <i>World Health Organisation</i>
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
ISN	: International Society of Nephrology
IFKF	: International Federal of Kidney Foundation
IRR	: <i>Indonesian Renal Registry</i>
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
ESRD	: <i>End Stage Renal Disease</i>
HD	: Hemodialisa
HBM	: <i>Health Belief Model</i>
DM	: Diabetes mellitus
PPOK	: Penyakit paru obstruktif kronik
KDOQI	: <i>Kidney Disease Outcome Quality Initiative</i>
NIC	: <i>Nursing Interventions Classification</i>
LFG	: Laju Filtrasi Glomerulus
GFR	: <i>Glomerulus filtration rate</i>
CCT	: <i>Clean coal technology</i>
VDRL	: <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VCUG	: Voiding cystourethrogram
Sakernas	: Survei Angkatan Kerja Nasional
PUK	: Penduduk usia kerja

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi Responden	104
Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	105
Lampiran 3 Kuesioner Penelitian	106
Lampiran 4 Data Responden	111
Lampiran 5 Output SPSS	113
Lampiran 6 Surat Ijin Studi Pendahuluan Pengambilan Data Awal.....	120
Lampiran 7 Surat Balasan Pengambilan Data Awal.....	122
Lampiran 8 Surat Balasan Penelitian	126
Lampiran 9 Surat Uji Etik	127
Lampiran 10 Dokumentasi Penelitian.....	129
Lampiran 11 Lembar Konsultasi Dosen Pembimbing	134

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Gagal Ginjal Kronis (GGK) menjadi ancaman kesehatan masyarakat dunia karena angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Penyakit GGK ditemukan pada seluruh kelompok usia khususnya usia produktif yang menyebabkan harapan hidup pasien menjadi rendah. Penyakit GGK merupakan penyakit ranking kedua dengan pembiayaan terbesar dari BPJS kesehatan setelah penyakit jantung di urutan pertama.¹ Pasien GGK biasanya menghadapi masalah finansial, kesulitan dalam mempertahankan pekerjaan karena proses pengobatan yang cukup lama, berbagai macam komplikasi bahkan kematian.² Fenomena tersebut ditunjukkan dengan meningkatnya prevalensi jumlah kasus GGK secara signifikan setiap tahunnya.

Secara global terdapat 384.600.000 pasien *Chronic Kidney Disease* (CKD) dan menempati angka kematian tertinggi ke-10 di dunia.³ Tahun 2025 diperkirakan jumlah pasien CKD akan terus meningkat dan mencapai lebih dari 380.000.000 orang. Data WHO (2019) terdapat berbagai penyakit kronis yang sering ditemui dengan jumlah kasus terbanyak urutannya adalah jantung yaitu sebesar 11.000.000.000 jiwa pertahun, Diabetes mellitus(DM) sebanyak 840.000.000 jiwa pertahun , Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) sebanyak 400.000.000 jiwa pertahun dan *Chronic Kidney Disease* (CKD) sebanyak 384.600.000 jiwa.⁴

Menurut RISKESDAS prevalensi orang yang menderita penyakit GGK di Indonesia meningkat sebesar 0,18 % , yang sebelumnya 0,2% menjadi 0,38% dari tahun 2013 hingga 2018 yaitu sebanyak 713.783 jiwa.¹ Provinsi Jawa Tengah berada di urutan keenam dari 23 provinsi yang ada di Indonesia, dengan jumlah tindakan hemodialisis rutin perbulan yaitu sebesar 65.755 tindakan hemodialisa.⁵ Prevalensi pasien CKD yang menjalani hemodialisa di RS Aisyiyah dan RS Kumalasiwi Kudus pada bulan Mei dan Juni 2022 yaitu sebanyak 137 dan 140 pasien. Peningkatan

jumlah kasus penyakit gagal ginjal kronis secara global dan nasional disebabkan oleh beberapa faktor penyebab.

Berdasarkan data Perhimpunan Nefrologi Indonesia pada tahun 2018 etiologi kejadian penyakit gagal ginjal kronis pada pasien yang melakukan hemodialisis pada urutan pertama adalah penyakit hipertensi sebesar 39%, pada urutan kedua penyakit diabetes mellitus dengan persentase sebesar 22%, urutan selanjutnya adalah nefropati obstruksi sebesar 11%, pielonefritis kronik sebesar 5%, glomerulonefritis sebesar 5%, polikistik ginjal 1% dan penyebab lain sebesar 17%.⁶ Faktor usia merupakan faktor yang tidak bisa diubah karena semakin bertambahnya usia maka semakin menurun fungsi organ tubuh, sehingga semakin bertambahnya usia maka semakin meningkatkan resiko mengalami penurunan fungsi organ ginjal.⁷ Faktor jenis kelamin juga mempengaruhi resiko terjadinya penyakit gagal ginjal kronis, menurut Pranandari dan Supadmi (2015) laki-laki lebih berisiko mengalami gagal ginjal kronis dibandingkan dengan perempuan.³

Individu yang memiliki riwayat keluarga dengan penyakit gagal ginjal kronis lebih rentan terdiagnosa GJK dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki riwayat GJK dalam keluarganya karena DNA ikut membentuk diri individu termasuk resikonya terhadap suatu penyakit. Faktor gaya hidup yang meliputi merokok, asupan cairan, kepatuhan berobat, dan kepatuhan diet. Kebiasaan merokok pada individu dapat meningkatkan kadar albuminuria dalam tubuh yang akan berdampak pada penurunan fungsi ginjal.⁷ Asupan cairan yang berlebih dapat menyebabkan kelebihan cairan dalam tubuh sehingga dibutuhkan suatu tindakan hemodialisis untuk membuang kelebihan cairan tubuh. Masalah GJK perlu mendapatkan perhatian dari berbagai lapisan masyarakat karena akan menimbulkan dampak yang merugikan jika tidak ditangani dengan baik.

Salah satu masalah besar yang berkontribusi pada kegagalan hemodialisis adalah masalah kepatuhan pasien.⁸ Penelitian Rostanti (2016) menyatakan bahwa kepatuhan perilaku terkait dengan pengobatan jangka panjang, yang umumnya membuat pasien merasa khawatir tentang

penyakit yang tidak terduga dan gangguan dalam hidup mereka.⁸ Hemodialisis yang lama seringkali menghilangkan semangat hidup seseorang sehingga mempengaruhi kepatuhan terhadap dialisis.⁹ Kepatuhan perilaku dalam proses pengobatan atau terapi diawali dengan keyakinan seseorang akan keseriusan penyakitnya, yang mengarah pada tindakan untuk pengobatan meskipun dibayangi oleh resiko atau efek samping dari tindakan tersebut. Keyakinan kesehatan dan perilaku kepatuhan perilaku saling terkait.¹⁰

Pasien dengan gagal ginjal kronis memerlukan hemodialisis, dialisis peritoneal, dan pengobatan hemofiltrasi. Lama pengobatan tergantung penyebab dan luasnya kerusakan ginjal.¹¹ Idealnya hemodialisis dilakukan 2-3 kali per minggu. Hemodialisis menyebabkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien penyakit ginjal kronik dimana pasien mengalami ketergantungan pada mesin dialisis.¹²

Dampak pada hal ini bukan hanya dirasakan oleh individu dan keluarga saja, lebih jauh akan berdampak pada sistem kesehatan suatu negara. Negara akan mengeluarkan biaya yang banyak untuk mengobati dan merawat pasien CKD dengan hemodialisis yang umumnya menjadi pengobatan seumur hidup. Upaya pencegahan dan penanggulangan tidak dapat dilakukan hanya oleh pemerintah saja tetapi harus dibantu oleh semua pihak baik masyarakat maupun profesi yang terkait khususnya tenaga kesehatan. Beberapa intervensi telah dilakukan sebagai upaya penanganan dampak negatif dari penyakit GJK dengan tujuan pasien GJK mampu menjalani pengobatan GJK dengan sebaik mungkin.

Saat ini intervensi yang telah dilakukan di Rumah Sakit Aisyiyah Kudus dan Rumah Sakit Kumalasiwi Kudus yaitu pemberian edukasi kesehatan belum terstruktur dan hanya menggunakan media leaflet. Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa pasien GJK yang sedang menjalani hemodialisis didapatkan bahwa edukasi kesehatan dengan menggunakan media leaflet dirasa tidak efektif. pasien Tn S mengatakan ketika diberikan leaflet pasien hanya membaca pada saat diberikan edukasi saat itu juga, setelahnya leaflet lebih banyak ditinggalkan pasien di tempat

tidur dan tidak dibawa pulang oleh pasien setelah melakukan terapi hemodialisa.

Tenaga kesehatan khususnya perawat mengatakan selama ini hanya melakukan edukasi kesehatan pada saat tindakan kepada pasien, itu dilakukan jika hanya pasien bertanya ataupun ada hal yang kurang dimengerti oleh pasien. Banyak perawat yang lulusan D3 masih merasa belum percaya diri untuk memberikan edukasi ke pasien, salah satu perawat Ners T mengatakan untuk sekali shift hanya 3 orang, sementara pasien terbanyak 8-10 untuk sekali terapi hemodialisa. Hal ini menyebabkan perawat waktunya lebih banyak digunakan untuk pelayanan tindakan ke pasien selama hemodialisa. Sehingga edukasi yang diberikan ke pasien tidak maksimal.

Edukasi kesehatan yang sudah diberikan ke pasien tidak efektif dikarenakan ketika edukasi diberikan Pasien merasa masih banyak yang belum diketahui tentang penyakit CKD. Ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hanum (2015) bahwa dengan media leaflet pasien akan mengalami kesulitan dalam memahami dan mencerna isi dari leaflet dan menyebabkan kurangnya pengetahuan.¹³ Berdasarkan fenomena tersebut, peneliti mengembangkan intervensi inovasi dalam bentuk edukasi kesehatan terstruktur pendekatan teori *health belief model* dalam kepatuhan pasien CKD yang menjalani hemodialisa dengan media modul panduan.

Intervensi ini bertujuan meningkatkan pemahaman pasien tentang penyakit CKD yang meliputi : Definisi, Etiologi, tanda gejala, faktor resiko, pemeriksaan penunjang, komplikasi, pencegahan, penatalaksanaan dan dampak sehingga diharapkan kepatuhan dalam pengobatan pasien CKD meningkat. Berdasarkan penelitian sebelumnya, kepatuhan pengobatan pasien CKD mampu menurunkan komplikasi penyakit CKD. Banyaknya informasi yang diterima oleh responden membuat semakin tinggi pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki, sehingga tingkat kepatuhan responden semakin baik dengan kepatuhan yang baik diharapkan mampu menurunkan komplikasi.

Beberapa penelitian sebelumnya juga menyatakan bahwa intervensi pemberian edukasi kesehatan terstruktur secara signifikan dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien CKD. Individu yang mendapatkan informasi secara langsung, terstruktur dan kredibel dari tenaga kesehatan membentuk pemahaman yang tepat. Pemahaman yang tepat tentang informasi yang didapatkan akan membentuk keyakinan individu untuk melakukan sebuah perilaku kesehatan yang mendukung perbaikan kondisi kesehatan dan pastinya memiliki dampak positif dalam mencegah munculnya berbagai macam komplikasi penyakit.

Penelitian sebelumnya telah menemukan bahwa *treatment* dan pemberian edukasi yang tepat akan sangat membantu dan bermanfaat bagi pasien. Selain menyembuhkan aspek fisiologis (*cure*), merubah perilaku (*behavior*) dan meningkatkan kesadaran diri (*self awareness*) pasien oleh pemberi layanan kesehatan juga tidak kalah lebih penting agar terwujudnya status kesehatan yang optimal secara holistik bagi pasien.¹⁴ Pada penelitian yang dilakukan oleh Ying Wang *et al* (2013) dengan memberikan edukasi *Health Belief Model* menunjukkan adanya perbaikan yang signifikan pada nilai skala *Health Belief Model* dan skala *COPD-Self efficacy*.¹⁵ Hasil penelitian Wahyunah (2016) menunjukkan penerapan edukasi terstruktur pada kelompok intervensi meningkatkan kemampuan yang bermakna dalam hal keyakinan diri pasien untuk mengontrol cairan diantara dua waktu dialisa .¹⁶ Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Yayan K (2021) tentang Efektifitas Pendidikan Kesehatan Berbasis *Health Belief Model* Terhadap Penyakit Kronis seperti CKD, COPD menunjukan bahwa edukasi HBM mampu memberikan perubahan baik pada aspek fisiologis, psikologis dan kecakapan hidup seseorang pada penyakit kronis.¹⁷

Teori *health belief model* adalah salah satu model utama untuk mengajarkan perilaku pencegahan penyakit. *Health belief model* (HBM) ini sering digunakan untuk memprediksi perilaku kesehatan preventif dan juga respon perilaku untuk pengobatan pasien dengan penyakit akut dan kronis. Berdasarkan model ini, orang akan memilih perilaku yang tepat

untuk mencegah jenis penyakit tertentu jika: mereka merasa rentan terhadap penyakit tertentu dan merasa kesehatannya berisiko (*perceived susceptibility*) dan mengenali tingkat kerusakan yang disebabkan oleh penyakit atau kondisi buruk yang diakibatkan oleh perilaku utama (persepsi tingkat keparahan ancaman)/ *perceived severity*; dan menjadi percaya bahwa dengan melakukan beberapa tindakan dapat mencegah suatu penyakit tertentu (*perceived benefits*) dan sampai pada pengakuan bahwa manfaat dari langkah-langkah ini lebih dari hambatan mereka seperti waktu dan biaya (hambatan yang dirasakan) dan, akhirnya, melihat diri mereka mampu melakukan langkah-langkah tersebut dan mengatasi hambatan (*perceived selfefficacy*).¹⁸

Salah satu contoh secara nyata membahas tentang salah satu komponen teori HBM yaitu pada *perceived susceptibility*. *Perceived susceptibility* atau kerentanan yang dirasakan yaitu ketika pasien CKD dengan diet yang tidak baik atau tidak patuh, memakan masakan yang tinggi garam, jarang minum air putih akan digambarkan bahwa dirinya rentan terhadap peningkatan tekanan darah dan sakit pada ginjalnya, sehingga dengan fisik yang sudah tergambar tidak baik tersebut akan merubah perilaku responden kearah yang lebih baik, misalnya diet rendah garam dan minum air putih yang banyak .

Hasil *review* dari berbagai studi dengan memberikan intervensi edukasi HBM ini telah menunjukkan hasil dan pengaruh yang baik bagi penderita penyakit kronis. Temuan ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan berbasis HBM dapat dijadikan sebagai referensi dalam upaya penanganan pasien dengan penyakit kronis. Pengemuka teori HBM telah menemukan dan mengembangkan model ini menyatakan bahwa konsep HBM berorientasi terhadap penjelasan-penjelasan terkait prediksi kesehatan yang berfokus pada nilai keyakinan seseorang.

Perawat dalam hal ini berperan sebagai *educator* yaitu memberikan edukasi kesehatan terstruktur. Menurut Hapsari et al masih banyak ditemui kurangnya peran perawat sebagai *educator*. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa perawat yang tergolong tidak baik sebagai *educator*

sebesar 64% dan peran perawat sebagai *educator* yang tergolong baik. Sejumlah 49,2% pasien yang tidak patuh dalam menjalani terapi hemodialisis.¹⁹

Rumah Sakit Aisyiyah Kudus merupakan 1 dari 5 Rumah sakit yang ada di kota Kudus, Jawa tengah. Di Rumah Sakit Aisyiyah Kudus terdapat ruang Hemodialisa yang mulai beroperasi pada tahun 2017. Di ruangan hemodialisa ini melayani pasien umum dan BPJS Kesehatan. Unit hemodialisa di RSA didukung dengan fasilitas 11 mesin Hemodialisa. Terdapat 10 bed untuk pasien yang menjalani hemodialisa dan 1 pasien isolasi. Sumber daya manusia yang, 5 perawat bersertifikat hemodialisa dan 2 perawat yang belum bersertifikat hemodialisa.

Berdasarkan hasil Studi Pendahuluan pada tanggal 10 juni 2022 di RSA dan didapatkan data data rawat jalan pelayanan Hemodialisa pada bulan April 2022 sebanyak 137 pasien , bulan Mei 140 pasien CKD . Sementara data rawat inap dengan kasus CKD yang dilakukan tindakan Hemodialisa pada bulan April sebanyak 8 pasien, bulan Mei sebanyak 5 pasien. Sedangkan jumlah pasien CKD yang menjalani Hemodialisa di Rumah sakit Aisyiyah Kudus sebanyak 34 pasien.

Wawancara dengan 7 pasien CKD yang menjalani Hemodialisa di RSA didapatkan data bahwa sebanyak 3 dari 7 pasien mengatakan bahwa mereka terdiagnosa CKD karena pola hidup yang kurang sehat, sebanyak 4 dari 7 pasien mengatakan CKD akan berdampak buruk terhadap kesehatannya akan tetapi tidak mengetahui komplikasi yang ditimbulkan dan pencegahan pada komplikasi CKD yang tepat. 2 dari 6 pasien mengatakan belum merasakan manfaat dari tindakan pencegahan CKD seperti minum air putih, mengendalikan gula darah dan tekanan darah serta melakukan aktivitas fisik , diet dan hanya bergantung dengan obat saja. 3 dari 6 pasien memiliki hambatan dalam melakukan tindakan pencegahan seperti tidak patuh minum air putih setiap harinya, jarang melakukan aktivitas atau gerakan sederhana untuk mencegah kram otot dengan alasan tidak atau waktu atau malas. Makan diet rendah garam karena makanan akan terasa hambar dan tidak enak.

Rumah Sakit Kumalasiwi terdapat ruang hemodialisa yang sudah aktif melayani pasien sejak tahun 2014. terdapat 10 bed untuk pasien menjalani terapi hemodialisa , terdapat 1 bed khusus untuk pasien isolasi. Jumlah perawat hemodialisa di Rumah Sakit Kumalasiwi sebanyak 7 orang dan 1 orang sedang menjalani cuti melahirkan, sehingga saat ini yang aktif melayani pasien sebanyak 6 perawat. Dari 7 perawat yang ada, baru 2 perawat yang sudah memiliki sertifikat pelatihan hemodialisa, sisanya merupakan lulusan ners dan belum memiliki sertifikat pelatihan hemodialisa. Hasil studi pendahuluan di Rumah Sakit Kumalasiwi kudu pada tanggal 20 Februari 2023 didapatkan hasil bahwa jumlah pasien CKD yang menjalano hemodialisa di RS ini sebanyak 34 pasien. Dalam sehari unit hemodialisa melayani 10-12 pasien dalam 2 kali sift yaitu sift pagi dan siang .

Wawancara dengan salah satu perawat berinisial H yang merupakan kepala ruang unit hemodialisa mengatakan bahwa di unit Hemodialisa perawat memang lebih banyak fokus di tindakan kepada pasien selama hemodialisa berlangsung. Terdapat beberapa perawat yang masih berpendidikan terakhir D3 perawat, sehingga mereka kurang merasa percaya diri dengan kemampuan yang dimilikinya jika memberikan edukasi kesehatan kepada pasien.

Hal ini menjadi pengingat bahwa sebagai petugas kesehatan untuk lebih memperhatikan kebutuhan pasien terhadap edukasi selama di rawat. Pasien sebagai orang yang awam terhadap masalah kesehatan membutuhkan informasi dan edukasi yang tepat untuk dapat menjawab setiap masalah dan ketidaktahuan sehubungan dengan penyakitnya karena dengan memberikan intervensi edukasi berbasis HBM diharapkan akan menunjukkan hasil dan pengaruh yang baik bagi penderita penyakit kronis serta dapat dijadikan sebagai referensi dalam upaya penanganan pasien dengan penyakit kronis. konsep HBM berorientasi terhadap penjelasan-penjelasan terkait prediksi kesehatan yang berfokus pada nilai keyakinan seseorang.

Perawat sebagai salah satu profesi kesehatan memiliki peran yang sangat besar karena memiliki waktu interaksi terlama dengan pasien di institusi kesehatan, khususnya dalam memberikan informasi yang penting untuk meningkatkan *self efficacy* dalam kepatuhan pasien CKD menjalani hemodialisa.

B. Rumusan Masalah

Gagal ginjal kronis (GGK) masih menjadi masalah kesehatan global dan nasional meskipun Pencegahan dan terapi hemodialisa dilakukan. WHO menetapkan GGK sebagai kedaruratan global bagi kemanusiaan karena ditemukan pada seluruh kelompok usia khususnya usia produktif. Angka morbiditas dan mortalitas meningkat setiap tahunnya karena faktor usia, gaya hidup, merokok, asupan cairan, kepatuhan berobat dan hemodialisa serta kepatuhan diet. Dampaknya antara lain ketergantungan mesin dialisis, ancaman kehilangan pekerjaan karena proses pengobatan yang cukup lama, berbagai macam komplikasi bahkan kematian, sehingga harapan hidup pasien menjadi rendah. Hal tersebut akan mempengaruhi efikasi diri dalam berperilaku sehat dan kepatuhan menjalani hemodialisa.

Kepatuhan pasien ini dipengaruhi oleh *Health Belief model* yang berakar pada teori kognitif seperti keyakinan dan sikap yang berkaitan dengan proses berpikir dalam pengambilan keputusan untuk bertindak dengan cara tertentu. Intervensi edukasi secara langsung memiliki manfaat besar bagi pasien CKD seperti menimbulkan keingintahuan, dapat memotivasi pasien secara langsung untuk tetap menjalankan terapi pengobatan yang dijalannya. Peran Perawat sebagai *educator* memberikan pendidikan kesehatan mengenai pembatasan cairan pada pasien hemodialisis dengan harapan dapat meningkatkan kesehatan.

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana Pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD .

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk Mengidentifikasi Pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan dan tingkat pekerjaan pada pasien CKD
- b. Mengidentifikasi gambaran efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol pada pasien CKD
- c. Mengidentisikasi perbedaan efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol pada pasien CKD
- d. Menganalisis pengaruh edukasi terstruktur terhadap efikasi diri

D. Manfaat Penelitian

Adapun manfaat yang diberikan melalui penelitian ini, yaitu :

1. Bagi Pasien

Hasil penelitian ini dapat dirasakan langsung oleh pasien CKD yang menjalani Hemodialisa karena mampu meningkatkan keyakinan diri untuk melakukan perilaku sehat dan patuh terhadap pengobatan serta terapi hemodialisa. Peningkatan efikasi diri diharapkan menjadi modal awal dalam mencapai keberhasilan pengobatan dan tercapainya peningkatan peran perawat sebagai *educator* .

2. Bagi Rumah Sakit atau Pusat Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan kajian lembaga pelayanan kesehatan dalam upaya mengelola dan mengambil kebijakan mengenai edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD.

3. Bagi Universitas Karya Husada Semarang

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan referensi, menambah informasi dan studi literatur mahasiswa khususnya tentang model edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD

4. Bagi Perawat atau Tenaga Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pemahaman perawat tentang edukasi kesehatan terstruktur dengan pendekatan *Health belief model* sesuai kebutuhan pasien serta dijadikan panduan bagi perawat diruang hemodialisa dalam bentuk Edukasi kesehatan terstruktur yang lebih sistematis ,Sehingga meningkatkan keyakinan diri dan kepatuhan kepatuhan dalam menjalani hemodialisa .

5. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat digunakan oleh peneliti selanjutnya sebagai data dasar untuk mengembangkan dan memodifikasi Edukasi terstruktur agar lebih efektif dalam meningkatkan status kesehatan fisik klien CKD yang menjalani Hemodialisa. Instrumen efikasi diri dapat digunakan oleh peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian serupa karena instrumen tersebut telah teruji validitas dan reliabilitasnya.

E. Originalitas Penelitian

Tabel 1.1 Originalitas Penelitian

No	Nama	judul penelitian	Desain	Hasil penelitian	Perbedaan
1.	Wayunah (Saefulloh & Nuraeni, 2016)	penerapan edukasi terstruktur meningkatkan <i>self efficacy</i> dan menurunkan idwg pasien hemodialisa di RSUD indramayu	<i>quasi experiment</i> dengan jenis <i>pretest-posttest with control group</i> .	Edukasi terstruktur berpengaruh dalam meningkatkan <i>self efficacy</i> dan menurunkan IDWG dengan <i>p value</i> 0,00	Tidak menggunakan pendekatan teori HBM , Instrumen berisi 10 pertanyaan tertutup dengan pilihan jawaban dari 0-10.
2.	Yayan Kurniawa, Sutri Yani (2021)	Efektifitas Pendidikan Kesehatan Berbasis <i>Health Belief Model</i> Terhadap Penyakit Kronis: <i>A Systematic Review</i>	Metode Studi ini merupakan sebuah tinjauan literatur primer yang dilakukan secara sistematis.	Pemberian intervensi edukasi HBM terhadap berbagai macam jenis penyakit kronis yakni <i>COPD</i> , <i>AHU</i> , <i>Pemphigus Vulgaris</i> , <i>GGK</i> , dan <i>DM tipe-2</i> menunjukkan perbaikan secara fisik, psikologis dan kecakapan hidup responden. edukasi HBM mampu memberikan perubahan baik pada aspek fisiologis, psikologis dan kecakapan hidup seseorang pada penyakit kronis.	Tidak mengukur efikasi diri pada pasien CKD Desain menggunakan tinjauan secara mendalam terhadap sebuah literatur yang dilakukan secara sistematis (<i>Systematic review</i>) dan setiap studi yang diambil yakni <i>RCTs</i> dan <i>Quasy Experiment Study</i>
3.	Fermata Sari, Raveinal, Esi Apriyanti (2020)	Pengaruh Edukasi Berdasarkan Teori Efikasi Diri terhadap Kepatuhan Pembatasan Cairan dan <i>Interdialytic Weight Gain</i> (IDWG) Pada Pasien Hemodialisis	Jenis penelitian adalah penelitian kuantitatif pre-eksperimental dengan desain <i>One-Group Pretest-Posttest Design</i> ,	pemberian edukasi berdasarkan teori efikasi diri memiliki dampak yang baik dalam peningkatan kepatuhan pasien hemodialisis. Hasil penelitian didapatkan perbedaan sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kepatuhan pembatasan cairan (<i>p-value</i> = 0,000), dan IDWG (<i>p-value</i> = 0,00).	Tidak menggunakan pendekatan teori HBM , Intervensi yang digunakan adalah edukasi berdasarkan teori efikasi diri. Instrumen dalam penelitian ini adalah kuesioner kepatuhan pembatasan cairan.

4.	Ramezani T, Sharifirad G, Gharlipour Z, Mohebi S. (2019)	Effect of Educational Intervention Based on Selfefficacy Theory on Adherence to Dietary and Fluids-intake Restriction in Hemodialysis Patients	Penelitian ini menggunakan <i>quasy experiment – preandpost test control group design</i> .	3 bulan setelah intervensi, rata-rata perawatan diri di bidang kesehatan mental pada kelompok eksperimen secara signifikan lebih tinggi daripada kelompok kontrol ($p < 0,001$). Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan program edukasi berdasarkan teori efikasi diri efektif secara positif sebagai promosi perawatan diri di bidang kesehatan mental pada pasien hemodialisis	peneliti membuat kuesioner yang valid dan reliabel tentang kepatuhan pembatasan asupan makanan dan cairan (masing-masing 8 dan 6 pertanyaan) dalam dua langkah (sebelum dan tiga bulan setelah pendidikan). Program pendidikan dilakukan untuk kelompok percobaan dalam 2 sesi setengah jam.
5.	Ying Wang <i>et al</i> 2017	Effect of a Health Belief Model-based Nursing Intervention on Chinese Patients with Moderate to Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Randomized Control Trial	Randomized Controlled Trial (RCT)	Penelitian ini menunjukkan adanya peningkatan secara signifikan pada tiap skor HBM dan COPD- <i>self efficacy scale</i> . Penelitian juga menemukan adanya peningkatan skor <i>dyspnea scale</i> , 6 menit berjalan dan ADL pada kelompok intervensi dengan signifikansi ($p < 0,005$)	Tidak mengukur efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani Hemodialisa, instrumen yang digunakan disusun oleh peneliti sendiri yang bernama HBS (<i>Health Belief Scale</i>) dan <i>Self-efficacy scale</i> yang terdiri dari 35 item, setiap item pertanyaan diukur nilai secara kualitatif dengan poin skala <i>likert</i> .
6	Estin Yuliasuti, Suhartini (2018)	Pemberian Pendidikan Manajemen Pembatasan Cairan pada Gangguan Perfusi Ginjal untuk Meningkatkan Efikasi Diri Pasien dan Keluarga	Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus.	Skor selfefficacy pada Tn. Y sebelum pendidikan adalah 105 dan 112 setelah pendidikan, sedangkan skor self-efficacy pada Tn. E sebelum pendidikan adalah 111 dan 113 setelah pendidikan. Edukasi manajemen restriksi cairan pada pasien dan keluarga dengan gangguan perfusi ginjal dapat meningkatkan self-efficacy pada pasien.	Tidak menggunakan pendekatan teori HBM. Karakter dari responden dalam studi kasus ini adalah pasien dengan gangguan ginjal masalah perfusi sebanyak 2 orang di puskesmas di Semarang.
7	Sri	Intervensi	Desain studi	Hasil studi dapat	Tidak

Purwanti Ariani, Syamsul Firdaus, Hiryadi (2020)	Edukasi Kesehatan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis	dengan menggunakan literature review dengan tahapan beberapa studi pustaka dari jurnal dan artikel terkait	disimpulkan bahwa intervensi edukasi offline maupun online memiliki manfaat yang berbeda tergantung tingkat keefektifannya sehingga penerapannya juga tergantung individu yang akan menerima intervensi edukasi tersebut	menggunakan pendekatan teori health belief model Kriteria inklusi pada studinini adalah jurnal dan artikel yang telah diduplikasi dengan rentang waktu 2015-2020 Pencarian beberapa literatur berdasar pada PRISMA checklist dengan menggunakan 4 database yaitu Scopus, Pubmed, Sciencedirect dan googlescholar. Jurnal dipilih sesuai dengan kriteria inklusimenggunakan JBI Critical Appraisal Tools.
--	---	--	--	--

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar *Chronic Kidney Disease* (CKD)

1. Definisi CKD

Chronic Kidney Disease (CKD) atau gagal ginjal kronik adalah gangguan fungsi ginjal yang progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal dalam mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan serta elektrolit sehingga menyebabkan uremia yaitu retensi urea dan sampah nitrogen lain dalam darah .²⁰

Menurut *Kidney Disease Outcome Quality Initiative* (KDOQI), CKD diartikan sebagai kerusakan ginjal atau laju filtrasi glomerulus (LFG) < 60 ml/menit/1.73 m² selama 3 bulan atau lebih. CKD juga memiliki dampak yang signifikan terhadap psikologi pasien dan keluarganya.²¹

Gagal ginjal kronik dapat berlanjut menjadi gagal ginjal terminal atau *end stage renal disease* dimana ginjal sudah tidak mampu lagi untuk mempertahankan substansi tubuh, sehingga membutuhkan penanganan lebih lanjut berupa tindakan dialisis sebagai terapi pengganti ginjal.

2. Klasifikasi CKD

CKD adalah gangguan yang mempengaruhi struktur dan fungsi ginjal melalui pemeriksaan glomerulus filtration rate (GFR).²² didasarkan pada dua parameter laboratorium yaitu eGFR dan albuminuria.²³

Tabel 2.1 Kategori CKD berdasarkan eGFR

Kategori Egfr	(mLmin/1.73m²)
Grade 1	≥ 90
Grade 2	60-89
Grade 3a	45-59
Grade 3b	30-40
Grade 4	15-29
Grade 5	<15

Sumber: Biljak *et.al.*, 2017²²

3. Etiologi CKD

Chronic Kidney Disease (CKD) disebabkan oleh beberapa penyakit yang secara permanen merusak nefron, penyakit hipertensi (36%), nefropati diabetika, glomerulopati, glomerulo nefritis, pielonefritis kronik, ginjal polikistik, infeksi kronis, penyakit vaskuler (nefrosklerosis), penyakit kolagen (luris sutemik), penyakit endokrin (diabetes). CKD sering kali menjadi penyakit komplikasi dari penyakit lainnya, sehingga merupakan penyakit sekunder.²⁴

4. Manifestasi Klinis

- 1) Tekanan Darah tinggi (Hipertensi)
- 2) Perubahan frekuensi dan jumlah BAK dalam sehari
- 3) Adanya darah dalam urine
- 4) Kelemahan dan sulit tidur
- 5) Kehilangan nafsu makan
- 6) Sakit kepala
- 7) Tidak dapat berkonsentrasi
- 8) Gatal
- 9) Sesak nafas
- 10) Mual muntah

5. Patofisiologi

Proses terjadinya CKD menggunakan dua sistem pendekatan. Pertama semua unit nefron terserang penyakit namun dalam stadium yang berbeda-beda, dan bagian-bagian spesifik dari nefron tersebut yang berkaitan dengan fungsi tertentu dapat benar-benar rusak atau berubah strukturnya. Uremia akan muncul bila bagian nefron yang rusak semakin banyak sehingga keseimbangan cairan dan elektrolit tidak dapat dipertahankan lagi. Patofisiologi CKD ini dapat diuraikan dari segi hipotesa nefrosis, meskipun penyakitnya terus berlanjut, namun jumlah cairan yang harus diekskresi oleh ginjal untuk mempertahankan homeostasis tidak berubah, walaupun jumlah nefron yang masih berfungsi sudah menurun banyak. Terjadi hiperfiltrasi pada nefron yang tersisa setelah mengalami

kehilangan nefron yang rusak. Meningkatnya tekanan glomerulus menyebabkan terjadinya hiperinfiltrasi. Hiperinfiltrasi glomerulus ini menyebabkan glomerulus beradaptasi pada akhirnya akan menyebabkan cedera pada glomerulus. Permeabilitas glomerulus yang abnormal merupakan hal yang umum terjadi pada gangguan glomerulus yang menyebabkan terjadinya proteinuria. Beberapa penelitian menyatakan bahwa proteinuria inilah yang menjadi faktor yang mendorong terjadinya penyakit tubulus interstisial. Meluasnya kerusakan primer dari tubulus interstisial merupakan faktor risiko primer terjadinya gagal ginjal.

6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Zuliani dkk, (2021) pemeriksaan penunjang pada penyakit CKD dapat dilakukan dengan pemeriksaan laboratorium²⁴:

- a. Laju endap darah : Akan meninggi jika diperberat oleh anemia, hipoalbuminemia, dan retikulosit yang rendah
- b. Ureum dan kreatinin : Ureum dan kreatinin meninggi. Perbandingan antara ureum dan kreatinin 20:1.
- c. Urinalisis : Proteinuria, diduga akibat gangguan pada glomerulus
- d. Urin 24 jam untuk memeriksa CCT (clean coal technology) dan protein total.
- e. Elektroforesis protein urin dan serum untuk melihat protein monoklon, kemungkinan adanya myeloma multiple.
- f. Antibody antinuklir (antinuclear antibody, untuk melihat adanya SLE
- g. Serologi Hepatitis B dan C, HIV, Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) : Berhubungan Sinar-X Abdomen Melihat gambaran batu radio atau nefrokalsinosis.
- h. USG ginjal Untuk melihat ginjal polikistik dan hidronefrosis, Ukuran ginjal biasanya normal pada nefropati diabetic.
- i. CT Scan Untuk melihat massa dan batu ginjal
- j. MRI Untuk diagnosis thrombosis vena ginjal.
- k. Angiografi untuk diagnosis stenosis arteri ginjal
- l. Voiding cystourethrogram (VCUG) Pemeriksaan standart

7. Penatalaksanaan CKD ²⁵

a) Hemodialisis

1) Definisi

Terapi hemodialisis merupakan suatu teknologi tinggi sebagai terapi pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa-sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hidrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat-zat lain melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisat pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan ultra filtrasi. ²⁶

2) Tujuan

Tujuan dari hemodialisis adalah untuk mengambil zat-zat nitrogen yang toksik dari dalam darah klien ke dializer tempat darah tersebut dibersihkan dan kemudian dikembalikan ketubuh klien. Ada tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis yaitu difusi, osmosis dan ultrafiltrasi. Bagi penderita penyakit ginjal kronis, hemodialisis akan mencegah kematian. Serta meningkatkan kualitas hidup klien. ²⁷

3) Indikasi Hemodialisis

Indikasi hemodialisis yaitu jika kadar kreatinin serum diatas 6 mg/100ml pada pria, 4 mg/100ml pada wanita dan glomerulo filtration rate (GFR) kurang dari 4 ml/menit. Terdapat komplikasi akut seperti oedem paru, hiperkalemia, asidosis metabolik berulang, dan nefropatik diabetik. Hemodialisis dimulai ketika bersihan kreatinin menurun dibawah 10 ml/menit, ini sebanding dengan kadar kreatinin serum 8-10 mg/dL. Pasien yang terdapat gejala uremia dianjurkan dilakukan hemodialisis. Indikasi Azotemia simptomatis berupa ensefalopati, dan toksin. Sedangkan indikasi khusus adalah perikarditis uremia, hiperkalemia, kelebihan cairan yang tidak responsif dengan diuretik (oedem pulmonum), dan asidosis yang tidak dapat diatasi. ²⁸

4) Kontra Indikasi Hemodialisis

Kontra indikasi dari hemodialisis yaitu hipotensi yang tidak responsive terhadap presor, penyakit stadium terminal, dan sindrom otak organik, tidak di dapatkan akses vaskuler pada hemodialisis, akses vaskuler sulit, instabilitas hemodinamik dan koagulasi, penyakit alzheimer, demensia multi infark, sindrom hepatorenal, sirosis hati lanjut dengan ensefalopati dan keganasan lanjut.²⁸

5) Dampak Hemodialisis

Terapi hemodialisis dilakukan dengan rutin dan memerlukan waktu yang cukup lama, oleh karena itu pasien yang menjalani terapi hemodialisis sering berdampak pada psikologis pasien. Pasien hemodialisis sering mengalami emosi negatif, seperti mudah marah, cemas, dan sedih serta perilaku penghindaran dan menutup diri.. Distres akan menimbulkan permasalahan seperti kecemasan, tremor, seizures, kelemahan pada tangan, nyeri telapak kaki, perubahan tingkah laku, penurunan konsentrasi, gangguan citra tubuh yang terjadi akibat adanya perubahan fungsi struktur tubuh pasien.²⁹ Gejala kecemasan yang muncul yaitu jantung berdebar lebih cepat sebelum tindakan hemodialisis, dan sulit tidur pada malam hari.³⁰ Pasien yang menjalani hemodialisis mengalami pengurangan aktivitas dan mengalami pengurangan kapasitas fungsional, kelemahan otot yang disebabkan adanya pengurangan aktivitas, atrofi otot, miopati otot, neuropati atau kombinasi

6) Tingkat keberhasilan terapi

Indikator keberhasilan pasien hemodialisa mengelola cairan adalah dengan mengontrol kenaikan berat badan. Peningkatan berat badan dalam waktu singkat dapat berarti peningkatan jumlah cairan dalam tubuh.³¹ Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa harus memperhatikan diet yang tepat. Pembatasan asupan cairan merupakan salah satu syarat diet pasien Gagal

Ginjal Kronik karena mempunyai peranan yang penting pada seluruh pasien penyakit ginjal kronis dengan stadium V, salah satunya adalah IDWG. Diperkirakan 50-70% pasien dialisis menunjukkan tanda dan gejala. Terdapat bukti yang menunjukkan bahwa status gizi yang buruk pada saat pasien memerlukan dialisis merupakan prediktor kuat peningkatan mortalitas pada masa dialisis. Kenaikan berat badan 1 kg sama dengan 1 liter air yang dikonsumsi pasien. Kenaikan berat badan antar sesi hemodialisis yang dianjurkan yaitu 2,5% sampai 3,5% dari berat badan kering untuk mencegah resiko terjadinya masalah kardiovaskuler. Pertambahan berat badan diantara dua sesi hemodialisis yang dapat di toleransi oleh tubuh adalah 1,0-1,5 kg.

7) Komplikasi

Hemodialisis merupakan intervensi untuk mengganti sebagian dari fungsi ginjal. Komplikasi yang sering terjadi pada penderita yang menjalani hemodialisis adalah gangguan hemodinamik. Tekanan darah umumnya menurun dengan dilakukannya ultrafiltrasi atau penarikan cairan saat hemodialisis. Hipotensi intradialitik terjadi pada 5-40% penderita yang menjalani hemodialisis regular, namun sekitar 5-15% dari responden hemodialisis tekanan darahnya justru meningkat. Kondisi ini disebut hipertensi intradialitik atau *intradialytic hypertension*.³²

b) Transplantasi Ginjal

Pasien harus diskriminasi untuk faktor-faktor yang dapat membahayakan keberhasilan transplantasi sebelum operasi. Perawatan pasca operasi dapat diperumit oleh kontrol glikemik, *gastroparesis*, penyembuhan malnutrisi, hipertensi, retensi urin.

8. Komplikasi

Komplikasi dari CKD antara lain adalah³³:

- 1) Hiperkalemi akibat penurunan sekresi asidosis metabolik, katabolisme, dan masukan diit berlebih.
- 2) Perikarditis, efusi perikardial, dan tamponad jantung akibat retensi

produk sampah uremik dan dialisis yang tidak adekuat.

- 3) Hipertensi akibat retensi cairan dan natrium serta malfungsi sistem renin angiotensin aldosteron.
- 4) Anemia akibat penurunan eritropoitin.
Anemia adalah suatu kondisi di mana jumlah sel darah merah (eritrosit) dalam tubuh menurun.²⁵
- 5) Penyakit tulang serta klasifikasi metabolik akibat retensi fosfat, kadar kalsium serum yang rendah, metabolisme vitamin D yang abnormal
- 6) Uremia akibat peningkatan kadar uream dalam tubuh.
- 7) Gagal jantung akibat peningkatan kerja jantung yang berlebihan..
Kerja jantung akan meningkat dan mengarah ke gagal jantung.²⁵
- 8) Malnutrisi karena anoreksia, mual, dan muntah. Penurunan laju filtrasi glomerulus dapat menyebabkan penurunan nafsu makan
- 9) Hiperparatiroid. Hiperkalemia, dan Hiperfosfatemia.

9. Pencegahan CKD

Pencegahan dan pengobatan komplikasi misalnya :

- a) Hipertensi : Dapat dikontrol dengan pembatasan natrium dan cairan, dapat juga diberikan obat anti hipertensi
- b) Hiperkalemia : Dapat mengakibatkan aritmia dan juga henti jantung. diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena,
- c) Anemia
Anemia pada pasien CKD diakibatkan karena adanya penurunan sekresi eritropoetin oleh ginjal. Pengobatannya bisa dengan pemberian hormon eritropoetin Rekombinan eritropoetin (r-EPO), asam folat, zat besi dan transfusi darah
- d) Asidosis
Asidosis ginjal biasanya diobati bila kadar $\text{HCO}_3^- < 15 \text{ mEq/L}$. Bila asidosis berat akan dikoreksi dengan pemberian Na HCO_3 (Natrium Bikarbonat) parenteral. Koreksi pH darah yang berlebihan dapat mempercepat timbulnya kejang.

B. KONSEP DASAR SELF EFFICACY

1. Definisi *Self Efficacy*

Self Efficacy adalah Kemampuan mengatasi suatu masalah atau tuntutan dipengaruhi dengan begitu besar oleh efikasi diri. Semakin tinggi efikasi diri maka kemampuan mengatasi masalah semakin baik. Efikasi diri merupakan keyakinan individu terhadap kemampuan dirinya untuk mencapai hasil yang diharapkan atau menghadapi masalah.³³ Menurut Bulechek (2013) efikasi diri merupakan kepercayaan diri individu terhadap kemampuannya untuk melaksanakan perilaku. Efikasi diri merupakan keyakinan individu untuk dapat mencapai tujuan, menghadapi masalah yang dimiliki yang dapat menghasilkan perubahan perilaku.³⁴ Efikasi diri mempengaruhi kinerja dan perilaku individu. Semakin tinggi efikasi menghasilkan kinerja yang semakin baik.

Pada *Self Efficacy*, individu akan melakukan pengamatan dari orang lain melalui proses kognitif kemudian merubah menjadi tindakan yang akan dilakukan, dengan motivasi. Edukasi berdasarkan *Self Efficacy* adalah edukasi yang diberikan dengan tahap pembentukan kognitif, motivasi, afektif dan selektif sehingga dapat membentuk keinginan dan kepercayaan diri individu.³⁵ Edukasi berdasarkan *Self Efficacy* merupakan kegiatan pembentukan kepercayaan diri seseorang sehingga membentuk efikasi diri pasien dengan hemodialisis.³⁶

Efikasi diri erat hubungannya dengan teori *Health Belief Model* (HBM). Teori HBM merupakan model konseptual untuk mengidentifikasi persepsi penerimaan individu terhadap kesehatan dinilai dari upaya pencegahan penyakit dan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Upaya tersebut dipengaruhi oleh kepercayaan, persepsi tentang penyakit, dan sarana prasarana.³⁷

2. Sumber *Self Efficacy*

Bandura menjelaskan bahwa terdapat empat komponen yang menjadi sumber utama dan membangun efikasi diri.^{33,38} Keempat komponen yang membentuk *Self Efficacy* tersebut diantaranya:

- a. *Mastery Experience* (Pengalaman keberhasilan dan pencapaian prestasi)

Individu yang pernah mencapai keberhasilan dapat meningkatkan penilaian terhadap efikasi dirinya sehingga meningkatkan ketekunan dalam berusaha mencapai keberhasilan dengan cara mengatasi kesulitan atau mengurangi kegagalan. Klien CKD yang menjalani Hemodialisis yang memiliki prestasi dan keberhasilan sebelumnya mampu meningkatkan keyakinan untuk mencapai kesembuhan dan meminimalisir hambatan yang ditemukan selama menjalani hemodialisis.

- b. *Vicarious experience* (Pengalaman dari orang lain)

Individu dapat mengobservasi perilaku orang lain dan belajar dari perilaku tersebut sehingga memberikan keyakinan bahwa dirinya juga dapat memiliki kemampuan yang sama dalam mencapai keberhasilan. klien CKD yang menjalani Hemodialisis yang sedang menjalani pengobatan agar memiliki keyakinan dan motivasi untuk dapat menjalani pengobatan sampai selesai.

- c. *Verbal persuasion* (Bujukan secara lisan atau persuasi verbal)

Dampak dari sumber persuasi verbal memang terbatas, namun dalam kondisi yang tepat dimana rasa percaya orang yang memberikan dorongan atau persuasi yang bersifat realistis, persuasi dari orang lain dapat memengaruhi efikasi diri. Individu mendapatkan pengaruh dalam bentuk kalimat motivasi dari orang lain untuk meningkatkan keyakinan bahwa individu tersebut mampu mengatasi masalah-masalahnya. hambatan dan kesulitan selama menjalani pengobatan

- d. *Physiological and emotional state* (Keadaan psikologis atau emosional)

Keadaan psikologis atau emosional individu dapat mempengaruhi keyakinan individu terhadap keberhasilan dalam menghadapi masalah. Keyakinan akan keberhasilan yang tinggi mempengaruhi kemauan individu untuk melakukan aktivitas dalam mencapai apa

yang diinginkan. Masalah psikologis atau emosional sering ditemukan pada klien CKD. Penelitian yang dilakukan Indra Maulana (2020) menyebutkan bahwa pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa akan menjadi lemah, lelah dalam menjalani kehidupan sehari-hari, sedangkan secara psikologis dampak yang akan terjadi yaitu masalah tidur, kecemasan dan depresi.³⁹

3. Proses efikasi diri

Bandura (1997) menyatakan bahwa pembentukan efikasi diri terdiri dari beberapa proses di bawah ini:

a. Kognitif

Pemikiran dan keyakinan akan keberhasilan atau kesuksesan akan memicu individu untuk berusaha secara maksimal dalam mewujudkan tujuan yang ingin dicapai. Proses ini memastikan individu dapat memprediksi suatu hal yang akan terjadi. Klien CKD akan mencapai tingkat efikasi diri yang baik ketika memiliki pemahaman yang baik tentang penyakit CKD, keyakinan akan kemampuan menjalani pengobatan dan keberhasilan pengobatan.

b. Motivasi

Motivasi merupakan banyaknya usaha yang dilakukan oleh individu dalam mencapai keberhasilannya dan seberapa lama bertahan menghadapi kesulitan atau tantangan yang terjadi. Motivasi dipengaruhi oleh keyakinan dalam proses berpikir, harapan, dan nilai dari tujuan yang ingin dicapai. Klien CKD membutuhkan dukungan keluarga dalam meningkatkan motivasi diri selama menjalani Hemodialisa sehingga ketika menghadapi hambatan sudah memiliki mekanisme coping adaptif.

c. Afektif

Proses afektif mampu mengendalikan stress dan depresi sehingga dapat meningkatkan motivasi. Individu yang mampu mengontrol diri dapat meminimalisir gangguan pikiran terhadap berbagai ancaman dan kecemasan yang dihadapi. Klien CKD perlu memiliki sistem coping yang baik dalam menghadapi masalah sehingga tidak stress

dan depresi terhadap perubahan fisik, psikologis, dan sosial yang dialami selama menjalani pengobatan.

d. Selektif

Efikasi diri membentuk lingkungan yang kondusif dan dapat dipertahankan. Individu yang mampu mengelola kegiatan dan lingkungan yang baik maka individu tersebut lebih siap dengan berbagai macam kemungkinan yang terjadi. Produktivitas dalam kehidupan sehari-hari menjadi salah satu indikator efikasi yang baik. Klien CKD paru harus mampu menciptakan lingkungan yang mendukung untuk mencapai kesembuhan dan keberhasilan menjalani hemodialisis

4. Aspek-aspek Efikasi Diri

Bandura menjelaskan bahwa efikasi diri pada masing - masing individu memiliki tiga dimensi, yaitu :

a. Tingkat (*level*)

Dimensi tingkat atau level memiliki keterkaitan dengan level kesukaran tugas yang dirasa mampu oleh individu untuk dilaksanakan. Berdasarkan tingkat kesukarannya, efikasi diri bisa jadi terbatas hanya pada tugas yang mudah, sedang, atau mencakup tugas-tugas yang paling sukar, sesuai kapasitas yang dimiliki individu untuk mengatasi tuntutan perilaku yang diperlukan pada tiap tingkatannya. Berdasarkan dimensi tingkat individu akan memiliki kecenderungan untuk melakukan pemilihan terhadap tingkah laku yang individu rasa mampu untuk menjalankannya dan menghindari perilaku yang di luar kapasitasnya.

b. Kekuatan (*strength*)

Dimensi kekuatan memiliki keterkaitan dengan besarnya kekuatan dari keyakinan atau harapan individu terkait kompetensi yang dikuasainya. Harapan yang lemah akan mudah goyah terkait pengalaman yang tidak mendukung, sedangkan kuatnya harapan mendorong keteguhan individu dalam usahanya. Dimensi kekuatan juga memiliki keterkaitan dengan dimensi tingkat dimana semakin

sukar suatu tugas, semakin lemah keyakinan yang dimiliki oleh individu untuk mampu menyelesaikan tugas tersebut.

c. *Generalisasi (Generality)*

Dimensi generalisasi memiliki keterkaitan dengan keluasan perilaku yang diyakini individu untuk dapat dilakukan. Individu dapat berkeyakinan terkait kompetensi dirinya. Individu merasa yakin untuk dapat menyelesaikan suatu tugas terbatas pada aktivitas dan situasi tertentu atau bervariasi.

5. Klasifikasi Self-Efficacy

a. *Self-Efficacy* Tinggi

Ciri – ciri Individu yang memiliki *self-efficacy* tinggi :

- 1) Mampu menangani masalah yang hadapi secara efektif
- 2) Masalah merupakan tantangan yang harus dihadapi
- 3)ulet dalam usahanya menyelesaikan masalah
- 4) Percaya pada kemampuan yang dimilikinya
- 5) Tidak gampang putus asa ketika gagal

b. *Self-Efficacy* Rendah

Ciri – ciri Individu yang memiliki *self-efficacy* rendah :

- 1) Tidak yakin dapat menghadapi masalahnya
- 2) Cepat putus asa
- 3) Ragu pada kemampuan diri yang dimilikinya
- 4) Tidak suka mencari situasi yang baru
- 5) Aspirasi dan komitmen pada tugas lemah.⁴⁰

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi efikasi diri

Berikut ini beberapa faktor yang mempengaruhi efikasi diri terdiri dari :

a. Usia

Usia lebih tua memiliki waktu belajar sosial lebih lama dan pengalaman lebih banyak dalam mengatasi kesulitan dan tantangan dalam kehidupan sehingga efikasi diri yang terbentuk lebih baik .³³

b. Jenis kelamin

Laki-laki lebih dapat berusaha dan sering membanggakan dirinya dibandingkan perempuan yang terkadang tidak yakin dengan kemampuan yang dimiliki. Selain itu juga, beberapa bidang pekerjaan yang dikerjakan oleh laki-laki memiliki *self-efficacy* yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan.³³

c. Budaya

Budaya mempengaruhi *self-efficacy* melalui nilai (*values*), kepercayaan (*beliefs*), dalam proses pengaturan diri (*self regulatory process*) yang berfungsi sebagai sumber penilaian *self-efficacy* dan juga sebagai konsekuensi dari keyakinan akan *self-efficacy*. Melalui faktor budaya, seseorang yang pada dasarnya baik akan menjadi buruk dan jahat karena pengaruh kebudayaan

d. Status pernikahan

Individu yang hidup bersama dengan pasangannya memiliki adaptasi psikologis lebih baik sehingga efikasi dirinya akan meningkat.³³

e. Tingkat pendidikan

Tingkat pendidikan mempengaruhi kemampuan dalam mengolah informasi dan mampu memahami serta mengatur dirinya sendiri untuk melakukan perilaku sehat.⁴¹ Tingkat pendidikan yang tinggi ditandai dengan pengetahuan yang tinggi sehingga menyebabkan efikasi diri meningkat.⁴² Pengetahuan klien berhubungan dengan efikasi diri sehingga membentuk perilaku yang baik.⁴³

f. Sosial ekonomi

Sosial ekonomi berkaitan dengan penghasilan. Individu yang memiliki penghasilan akan memiliki keyakinan diri terhadap kemampuannya dalam mengatasi kesulitan dan tantangan dalam hidupnya.³³

g. Pekerjaan

tingkat pekerjaan berhubungan dengan aktualisasi diri dan mendorong individu lebih percaya diri dan bertanggung jawab dalam menyelesaikan tugas kesehatan sehingga efikasi dirinya meningkat.⁴¹

C. KONSEP DASAR EDUKASI TERSTRUKTUR

1. Definisi Edukasi Terstruktur

Edukasi adalah suatu proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dimana pembelajaran merupakan usaha untuk menambah pengetahuan baru, sikap, dan keterampilan lewat penguatan praktik dan pengalaman tertentu.⁴⁴ Edukasi kesehatan berdasarkan *Nursing Interventions Classification* (NIC) adalah mengembangkan dan menyediakan instruksi dan merupakan pengalaman belajar untuk memfasilitasi adaptasi terkontrol pada perilaku yang kondusif untuk hidup sehat pada individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.³⁴ Sedangkan kata terstruktur menurut kamus besar bahasa Indonesia adalah sudah dalam keadaan disusun dan diatur rapi.⁴⁵ Dari beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa edukasi terstruktur merupakan suatu proses interaktif dalam memberikan informasi-informasi kesehatan yang telah tersusun dengan baik dalam rangka meningkatkan pemahaman pasien untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal, mengatasi masalah kesehatan dan memperbaiki status kesehatan.

Edukasi terstruktur, yaitu dengan diberikan pendidikan kesehatan yang terprogram menggunakan media LCD, laptop, dan media cetak lainnya selama 60 menit.¹⁶ Terstruktur memiliki arti bahwa materi edukasi disiapkan dengan baik sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai. Memberikan edukasi yaitu merencanakan, mengimplementasikan dan mengevaluasi program edukasi yang dirancang untuk kebutuhan khusus pasien. Tindakan yang dapat dilakukan adalah menilai tingkat pengetahuan dan pemahaman pasien, perhatikan tingkat pendidikan pasien, perkuat kesiapan pasien untuk belajar tetapkan tujuan yang menguntungkan bagi pasien, identifikasi tujuan, sesuaikan pengajaran dengan kebutuhan pasien, pilih materi edukasi yang sesuai, sesuaikan isi pembelajaran dengan kemampuan atau ketidakmampuan kognitif, psikomotor dan afektif pasien, siapkan lingkungan yang kondusif, evaluasi pencapaian pasien terhadap tujuan dari edukasi tersebut, berikan

penguatan perilaku, berikan waktu untuk diskusi, sertakan keluarga atau orang terdekat.³⁴

Edukasi yang diberikan secara bertahap dengan ceramah, diskusi, *sharing*, dan diulang-ulang serta dilakukan review sebelum dilanjutkan ke materi berikutnya akan lebih cepat dan mudah untuk diterima responden. Kegiatan mengulang/*review* kembali akan membantu responden mengingat materi yang telah disampaikan sebelumnya, dikarenakan seseorang hanya akan mengingat informasi yang telah disampaikan hanya sampai 48 jam terakhir. Edukasi mampu merubah perilaku seseorang karena selain diberikan dengan metode ceramah secara langsung dengan pendekatan interpersonal, responden juga diberikan media seperti *leaflet*, *booklet* yang dapat membantu dalam proses belajar.⁴⁶

Edukasi kesehatan dilakukan 4 kali pertemuan dengan interval waktu satu minggu untuk merubah perilaku seseorang, dengan berbagai metode yang ada selama 60 menit.⁴⁷ Hasil penelitian mengatakan bahwa pendidikan kesehatan diberikan selama 4 kali pertemuan dalam sebulan mampu menimbulkan minat dan kesadaran responden.⁴⁶ Hasil penelitian Bastami Feteme, et al (2015) mengenai *pengaruh health education* terhadap pengetahuan, manfaat dalam pencegahan AIDS di kalangan pecandu narkoba menunjukkan bahwa pelatihan dan pendidikan kesehatan dapat meningkatkan pengetahuan dan *self-efficacy*.⁴⁸

2. Tujuan Edukasi dan Manfaat Edukasi Terstruktur

Edukasi tentang kesehatan mempunyai tujuan untuk membantu mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Intervensi edukasi secara langsung memiliki manfaat besar bagi pasien CKD seperti menimbulkan keingintahuan, dapat memotivasi pasien secara langsung untuk tetap menjalankan terapi pengobatan yang dijalannya. Edukasi merupakan komponen penting dalam menyediakan perawatan yang aman, berpusat pada pasien. Pasien lebih banyak tahu tentang kesehatannya dan ingin terlibat aktif dalam pemeliharaan kesehatan mereka.

Edukasi dapat dilakukan dengan lebih efektif jika menggunakan teori pembelajaran. Terdapat beberapa teori dan model untuk memberikan edukasi kepada pasien. Penggunaan teori yang sesuai dengan kebutuhan pasien akan membantu edukasi yang efektif. Salah satu teori pembelajaran yang bertujuan mengembangkan perilaku seperti yang diharapkan melalui pengembangan intervensi adalah teori *Health Belief Model* (HBM). Sedangkan Manfaat Edukasi adalah sebagai berikut:

- a. adanya peningkatan pengetahuan atau pemahaman
- b. pemberdayaan diri secara efektif dan percaya diri berpartisipasi dalam pengelolaan kesehatan
- c. peningkatan usaha perilaku sehat
- d. peningkatan outcome yaitu status kesehatan

3. Hambatan Edukasi

a. Hambatan Pasien

pendidikan termasuk sifat kompleks informasi penyakit ginjal, kesadaran awal yang rendah, melek kesehatan terbatas dan berhitung, terbatasnya ketersediaan informasi CKD, dan kurangnya kesiapan untuk belajar.

b. Hambatan Perawat

Untuk Perawat dan tenaga Medis lain, kurangnya waktu dan kepercayaan klinis . Kendala waktu, terutama yang bekerja di pelayanan primer, seringkali memiliki waktu yang sangat terbatas untuk menangani berbagai masalah pasien , Kurang percaya diri. Banyak penyedia mengungkapkan kurang percaya diri atau merasa bahwa mereka memiliki pelatihan yang tidak memadai dalam mengelola atau menjelaskan penyakit ginjal .

c. Hambatan Pada tingkat sistem

Hambatan tingkat sistem untuk pendidikan pasien bersifat multifaset dan mungkin berasal dari insentif yang terbatas untuk pendidikan, kurangnya dukungan keputusan, dan model perawatan interdisipliner yang tidak memadai.

4. Metode Edukasi

Proses edukasi kesehatan memerlukan metode yang tepat sehingga dicapai suatu hasil yang optimal. Metode pendidikan Edukasi yang bersifat individu digunakan untuk memotivasi perilaku baru.⁴⁹ Bentuk pendekatan ini antara lain:

- 1) Bimbingan dan penyuluhan (*Guidance and Councelling*), kontak antara perawat dengan pasien lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi pasien dibantu penyelesaiannya, akhirnya pasien tersebut dengan sukarela dan kesadaran penuh akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku)
- 2) Wawancara (*Interview*), digunakan untuk menggali informasi mengapa ia tidak tahu, apakah tertarik atau tidak terhadap perubahan.
- 3) Ceramah, biasa digunakan untuk kelompok besar, yang perlu diperhatikan adalah materi yang disampaikan harus dikuasai dan penyampaian menarik serta tidak membosankan. Pelaksana harus menguasai responden meliputi sikap, suara cukup keras dan jelas, pandangan tertuju kepada peserta, tidak boleh duduk, dan sebaiknya menggunakan alat bantu lihat Audio Visual Aid (AVA).
- 4) Diskusi, biasa dipakai untuk kelompok kecil, kelompok dapat bebas berpartisipasi dalam diskusi maka formasi duduk sehingga peserta dapat berhadap-hadapan atau saling memandang dan bebas mengeluarkan pendapat.
- 5) Curah pendapat (*Brain Storming*), metode ini merupakan modifikasi metode diskusi, akan tetapi disini peserta diberikan satu masalah dan kemudian dimintakan pendapat (curah pendapat)

5. Media Edukasi

Media adalah alat bantu untuk edukasi yang merupakan saluran (*channel*) untuk menyampaikan informasi kesehatan, menurut penelitian para ahli, mata adalah indera yang paling banyak menyalurkan pengetahuan ke dalam otak yaitu sekitar 75% sampai 87%, sedangkan melalui yang lainnya hanya sekitar 13% sampai 25%. Media dapat berupa media cetak

(*booklet, leaflet, flip chart*, poster, tulisan), media elektronik (televisi, radio, slide, film), media papan / *billboard*.

Media edukasi dapat berupa leaflet dan *booklet*. *Booklet* merupakan media penyampai pesan kesehatan dalam bentuk buku dengan kombinasi tulisan dan gambar. Kelebihan yang dimiliki media *booklet* yaitu informasi yang dituangkan lebih lengkap, lebih terperinci dan jelas serta bersifat edukatif. *Booklet* sebagai media edukasi ini bisa dibawa pulang, sehingga dapat dibaca berulang dan disimpan.

6. Proses Edukasi Kesehatan Terstruktur

Proses edukasi kesehatan terdiri dari 5 tahapan. Tahap pertama merupakan identifikasi kebutuhan belajar berkaitan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan perilaku yaitu faktor penyebab, penguat, dan pemungkin.⁵⁰ Tahap kedua yaitu penyusunan tujuan yang diharapkan akan dicapai melalui edukasi kesehatan yang disusun. Tahap ketiga yaitu pemilihan metode edukasi untuk memfasilitasi efisiensi dan suksesnya pendidikan kesehatan yang diberikan pada individu, keluarga dan masyarakat bisa dilihat dari tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan. Tahap keempat adalah pelaksanaan program edukasi dimana pertukaran informasi antara edukator dan orang yang menerima informasi. Tahap kelima adalah evaluasi proses edukasi untuk mengevaluasi capaian pembelajaran yang sudah dilaksanakan. Selama proses edukasi terstruktur pasien didorong agar bertanya dan diskusi, pada saat demonstrasi pasien diminta untuk mengikuti beberapa latihan yang akan diajarkan dan diharapkan akan dilakukan ulang pasien saat berada di rumah.⁵¹

D. KONSEP TEORI KEPERAWATAN HUMANISTIK

1. Definisi Keperawatan humanistik

Keperawatan adalah disiplin yang berbeda dengan kedokteran karena berfokus pada pasien daripada penyakit itu sendiri. Perawatan adalah inti dan fokus keperawatan, dan karenanya, untuk mempraktikkan lebih banyak humanisme untuk perawatan pasien dalam keperawatan. Karakteristik humanistik yang penting untuk memberikan perawatan berkualitas sering diabaikan. Humanistik Keperawatan merupakan interaksi yang saling subyektif antara perawat dan sabar serta merupakan respon terhadap situasi yang dituju dalam memfasilitasi pemulihan. Cirinya adalah empati, menghormati martabat manusia, otonomi pasien, ramah lingkungan, dan perawatan holistik. Humanistik pendekatan perawatan membantu mengenali nilai-nilai pribadi perawat, mengembangkan kemampuan profesional.

Perawat humanistik menghargai keperawatan sebagai situasi di mana kondisi yang diperlukan untuk aktualisasi manusia seperti itu ada dan terbuka untuk kemungkinan dalam perawat-pasien yang saling berbagi. Keperawatan humanistik membutuhkan keterlibatan eksistensial, yaitu kehadiran aktif dengan seluruh keberadaan perawat. Kehadiran yang terlibat ini bersifat pribadi dan profesional. Pengalaman perawat dengan manusia lain peristiwa puncak kehidupan: penciptaan, kelahiran, kemenangan, ketiadaan, kehilangan, pemisahan, kematian. Teori praktik keperawatan humanistik meminta perawat menjelaskan apa yang dia ketahui:

- a) perspektif dan respons unik perawat
- b) respons yang dapat diketahui orang lain
- c) panggilan dan respons timbal balik, antara, saat terjadi dalam situasi keperawatan.

2. Dasar Teori Humanistik

Keperawatan adalah respon terhadap situasi manusia. Makna keperawatan sebagai tindakan manusia yang hidup ada di dalam tindakan

itu sendiri. Oleh karena itu, untuk memahaminya perlu mempertimbangkan keperawatan sebagai fenomena yang terjadi misal usia pasien, patologi atau kecacatan, jenis dan tingkat bantuan yang dibutuhkan, durasi kebutuhan bantuan, lokasi pasien dan potensinya untuk mendapatkan dan menggunakan bantuan, dan persepsi perawat tentang kebutuhan dan kapasitasnya untuk menanggapi.

Teori praktik keperawatan humanistik mengemukakan bahwa perawat secara sadar dan dengan sengaja mendekati keperawatan sebagai pengalaman eksistensial. Kemudian, mereka berefleksi pada pengalaman dan secara fenomenologis menggambarkan panggilan yang mereka terima, mereka tanggapan, dan apa yang mereka ketahui dari kehadiran mereka di keperawatan. Fokus Teori Keperawatan Humanistik adalah penyediaan perawatan dan menghormati keunikan serta keputusan masing-masing individu. Teori ini dibangun dari pengalaman profesional yang berdasarkan pengalaman dalam keperawatan dan kemampuan manusia untuk beradaptasi dengan situasi baruserta berinteraksi satu sama lain.

Josephine Paterson and Loretta Zderad's mengenai teori *humanistic theory* ini akan menguraikan hubungan perawat dan pasien dalam pelayanan keperawatann. Perawat harus dan berespon terhadap kebutuhan dasar dari pasien. Tanggap terhadap kebutuhan yang diperlukan pasien merupakan inti dari teori humanistik. Perawat akan tanggap terhadap keadaan pasien saat mengelukan rasa sakit, kecemasan, keputusan, dan kesedihan, tertawa, sukacita, bahkan diam. Teori ini sangat menekankan bahwa perawat harus peduli akan pemenuhan kebutuhan pasien untuk mencapai kesehatan dengan memahami suasana lingkungan yang akan dirasakan oleh pasien dalam rentang proses kelahiran, kesakitan, kematian, ketidakmampuan dan kesehatan.

3. Kekuatan Dan Kelemahan Teori Humanistik

- a) Kekuatan: Teori ini menyediakan sebuah keunikan, pendekatan yang tidak biasa untuk mempelajari keperawatan., Fokus terhadap keperawatan yang kuat, Teori ini berkembang dari pengalaman

langsung dari perawat klinik dan merefleksikan perspektif keperawatan

- b) Kelemahan: Teori ini tidak bisa menjadi referensi yang digunakan untuk menyelesaikan masalah praktek klinik dengan cepat, Perawat harus membaca dengan baik tentang humanistik, filosofi penting, supaya mengerti bahasa dan penekanannya

4. Fase Keperawatan Humanistik

Dialog Keperawatan adalah saat perawat dan pasien berkumpul. Perawat menampilkan diri sebagai penolong yang siap membantu pasien. Perawat terbuka untuk memahami bagaimana perasaan pasien dengan maksud perbaikan. Keterbukaan adalah kualitas penting untuk dialog keperawatan humanistik. Paterson dan Zderad mengembangkan lima fase proses keperawatan:

- a) Persiapan Perawat Mengetahui Untuk Mengetahui: Pada tahap ini, perawat bertindak sebagai penyelidik yang bersedia mengambil risiko dan berpikiran terbuka.
- b) Perawat harus menjadi pengambil risiko dan bersedia mengalami apa pun. "Menerima keputusan untuk mendekati yang tidak diketahui secara terbuka". Perawat Mengetahui Orang Lain Secara Intuitif: Pada tahap ini, perawat mencoba untuk memahami yang lain, seperti dalam hubungan "Aku-Engkau", di mana perawat sebagai "Aku" tidak menumpangkan diri pada "Engkau" dari pasien.
- c) Perawat Mengenal Orang Lain Secara Ilmiah: Perawat sebagai pengamat harus mengamati dan menganalisis dari luar. Pada tahap ini, perawat beralih dari intuisi ke analisis. Analisis adalah memilah, membandingkan, mengkontraskan, menghubungkan, menafsirkan, dan mengkategorikan.
- d) Perawat Melengkapi Mensintesis Orang Lain yang Dikenal: Kemampuan perawat untuk mengembangkan atau melihat diri mereka sendiri sebagai sumber pengetahuan, untuk terus mengembangkan komunitas keperawatan melalui pendidikan, dan meningkatkan pemahaman tentang pengalaman belajar yang mereka miliki

- e) Sukses Dalam Perawat Dari Banyak Paradoks Satu: Pada tahap ini, perawat mengambil informasi yang diperoleh dan menerapkannya dalam pengaturan klinis praktis. Di sini perawat membawa dilema menuju resolusi.

5. Teori Humanistik Keperawatan dalam Metaparadigma

a) Manusia

Menurut teori humanistik Paterson dan Zderad Manusia dipandang dengan pengalaman hidup khusus. Sebagai medan energi, mereka lebih besar dan berbeda dari jumlah bagian-bagiannya dan tidak dapat diprediksi dari pengetahuan tentang bagian-bagiannya. Manusia dipandang sebagai makhluk yang holistik, istimewa, dinamis, sadar, dan multidimensi, mampu berpikir abstrak, kreatif, mampu bertanggung jawab. Bahasa, empati, kepedulian, dan pola komunikasi abstrak lainnya adalah aspek dari tingkat kompleksitas dan keragaman individu yang tinggi dan memungkinkan seseorang untuk meningkatkan pengetahuan tentang diri dan lingkungan. Orang-orang harus dihargai, dihormati, dipelihara, dan dipahami dengan hak untuk membuat pilihan berdasarkan informasi mengenai kesehatan mereka, termasuk keluarga dan masyarakat

b) Kesehatan

Menurut teori Keperawatan humanistik ada panggilan dari seseorang, keluarga, komunitas, atau dari kemanusiaan untuk bantuan dengan beberapa masalah yang berhubungan dengan kesehatan. Tindakan keperawatan selalu terkait dengan kualitas sehat-sakit dari kondisi manusia, atau pada dasarnya, dengan kelangsungan hidup pribadi manusia. Keperawatan berkaitan dengan kualitas hidup dan mati seseorang. "Kesehatan" dinilai sebagai kebutuhan untuk kelangsungan hidup dan sering diusulkan sebagai tujuan keperawatan. Sebenarnya, ada banyak contoh keperawatan yang dapat digambarkan sebagai "memulihkan kesehatan", "mempertahankan kesehatan", atau "mempromosikan kesehatan". Perawat terlibat dalam "pengajaran kesehatan" dan "pengawasan kesehatan." Di sisi lain, ada kasus di

mana kesehatan, dalam arti sempitnya sebagai kebebasan dari penyakit, tidak dilihat sebagai tujuan yang dapat dicapai, seperti yang dibuktikan, misalnya, dalam label yang diberikan kepada pasien seperti "terminal", "putus asa," dan "kronis".

Keperawatan, kemudian, sebagai respon manusia, berarti menghargai beberapa potensi manusia di luar konsep kesehatan yang sempit dianggap sebagai tidak adanya penyakit. Perhatian keperawatan tidak hanya pada kesejahteraan seseorang tetapi dengan lebih banyak keberadaannya, dengan membantunya menjadi lebih manusiawi dalam situasi hidupnya yang khusus.

c) Keperawatan

Paterson dan Zderad mendefinisikan keperawatan sebagai "pengalaman hidup antara manusia". Ini adalah hubungan yang berkembang, mempengaruhi, dan membantu di mana pasien dan perawat terlibat dalam dialog. Mereka menekankan pentingnya perawat menyadari dirinya sendiri dan klien sebagai manusia yang unik, dan memahami perspektif individu, identitas, pengalaman, kondisi, dan kebutuhan setiap pasien. Oleh karena itu, perawat harus memodifikasi responsnya dalam menawarkan kehadiran yang tulus.

Paterson dan Zderad menyebut ini sebagai "panggilan dan tanggapan timbal balik" yang dicapai melalui kesadaran akan pandangan dunia, nilai, pemahaman, dan tanggapan perawat sendiri, dan menanggapi tanggapan dan pengetahuan orang lain. Melalui pemahaman diri dan orang lain, perawat dapat terlibat dalam pertukaran pengalaman, pemahaman, dan keberadaan yang otentik dan terapeutik.

Keperawatan memiliki sifat kemanusiaan yang tidak dapat dipisahkan dari peran keperawatan. Keperawatan adalah "transaksi manusia", dan dengan demikian melibatkan semua keterbatasan manusia, emosi, dan potensi masing-masing pasien, sebagai pertukaran yang mempengaruhi perawat, yang pada gilirannya merespon melalui perspektif dan keberadaan otentiknya, yang pada

gilirannya mempengaruhi pasien. Misalnya, perawat mungkin mengalami memberikan perawatan, pasien dirawat. Namun, mereka berdua akan memiliki pengalaman memberi perhatian dan menerima perhatian melalui transaksi mereka dengan yang lain. Selain itu, semua yang dilakukan perawat secara fisik dibentuk oleh "karakternya yang berada dalam situasi tersebut". Jadi, sementara seorang perawat mungkin percaya bahwa dia telah memberikan edukasi kepada seorang pasien, dia telah melakukannya melalui karakter dan caranya sendiri yang unik pada saat itu. Keperawatan adalah dialog antar-manusia, transaksional, saling berhubungan untuk membantu dengan cara yang mengenali dan mengekspresikan kemanusiaan asli seseorang, dan menanggapi keunikan kemanusiaan pasien.

d) Lingkungan

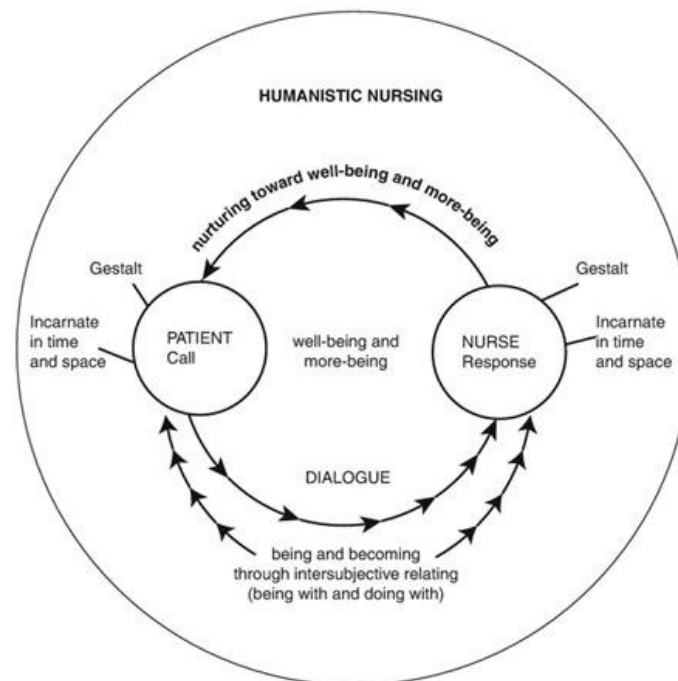
Menurut Patterson dan Zderad tahun 1978 lingkungan dapat dipahami sebagai ruang dan waktu di mana pengalaman keperawatan terjadi. Dari perspektif eksistensial, ini adalah ruang dan waktu yang dijalani oleh perawat dan pasien selama pengalaman. Misalnya, menunggu, diam, darurat, memposisikan pasien di tempat tidur, bergerak melalui ruang di kursi roda, berjalan dengan kruk, mondar-mandir, dapat dipertimbangkan dari sudut pandang ruang dan waktu yang dialami pasien, atau dari sudut pandang perawat, atau sebagai acara bersama. Eksplorasi semacam ini dapat memberikan wawasan berharga tentang fenomena keperawatan yang penting, seperti kehadiran, empati, kenyamanan, waktu. ”

Untuk memahami dialog keperawatan, seseorang harus menempatkan pengalaman dalam konteks waktu: waktu yang dijalani sebagai pasien dan perawat. Perawat dan pasien mungkin berinteraksi dalam rentang waktu aktual yang sama, tetapi waktunya mungkin terasa sangat berbeda bagi perawat dan klien. Pengalaman mereka tentang waktu unik untuk pemahaman mereka tentang situasi.

Ruang adalah persepsi hidup dari dunia sekitar perawat dan pasien. Ruang bisa berupa kamar rumah sakit, tempat tidur, ruang tunggu,

area kunjungan, atau ruang lain tempat interaksi berlangsung. Lingkungan fisik dapat meningkatkan atau menghambat dialog keperawatan berdasarkan seberapa nyaman perasaan peserta dan seberapa baik ruang mendorong komunikasi.

Tempat adalah komponen lain dari ruang, tetapi lebih personal; itu milik pasien atau perawat dan sangat subyektif. Ini berkaitan dengan "di mana saya merasa berada atau berada". Seseorang mungkin merasa tidak pada tempatnya atau mungkin merasa betah atau disambut di tempat itu. Perawat mungkin merasa nyaman di tempat itu sementara pasien tidak.



Bagan 2.1 Teori Humaniastik

E. KONSEP DASAR TEORI *HEALTH BELIEF MODEL*

1. Proses Edukasi Kesehatan Terstruktur pada pasien CKD yang menjalani Hemodialisa

Fermata sari (2020) melakukan penelitian Penelitian Yang dilaksanakan selama 6 minggu (10 Februari-21 Maret 2020). kepada 34 pasien hemodialysis didapatkan hasil bahwa pemberian edukasi berdasarkan teori efikasi diri memiliki dampak yang baik dalam peningkatan kepatuhan pasien hemodialisis terkait asupan cairannya. Edukasi yang diberikan dengan topik konsep penyakit ginjal kronik, hemodialisis, pembatasan cairan, cara mengontrol haus dan manajemen stress. Melalui proses edukasi ini subyek penelitian akan mengetahui apabila ketidak patuhan terhadap pembatasan cairan akan meningkatkan berat badan interdialitik yang merupakan faktor utama penyebab berbagai komplikasi.⁵³

Penelitian yang dilakukan Estin Yulianti (2018) intervensi yang diberikan berupa pendidikan kesehatan terprogram menggunakan media Microsoft power point pada notebook dengan durasi 60 menit, disertai materi yang berisi tentang konsep fluida manajemen restriksi pada gangguan perfusi ginjal. Media menampilkan gambar dan ilustrasi yang lebih jelas. Selain itu, responden adalah juga diberikan leaflet yang berisi informasi tentang konsep penyakit ginjal kronik, hemodialisis, penatalaksanaan nutrisi, pembatasan cairan, dan manajemen stres. *Self-efficacy* diukur dengan menggunakan kuesioner self-efficacy pada pasien dengan penyakit ginjal kronis yang terkandung 32 *self-efficacy* pernyataan dengan penilaian jawaban menggunakan skala Likert 1- 5 (1:tidak yakin sampai 5:sangat yakin). Nilai total yang diperoleh dengan menambahkan nilai setiap item pernyataan, sehingga rentang nilai yang diperoleh adalah 32- 160. Semakin tinggi nilai total, semakin baik efikasi diri pasien . Kuesioner pre-test diselesaikan 3 hari sebelum pendidikan dan untuk angket post-test diselesaikan hari itu setelah pendidikan dilakukan.⁵⁴

Sesi edukasi HBM diberikan kepada grup intervensi, sedangkan pada grup kontrol hanya menerima sesi edukasi seperti kuliah biasa (tanpa HBM). Instrument yang digunakan pada penelitian ini sebanyak 4 instrument berbentuk kuesioner karakteristik responden, kuesioner pengetahuan klien terhadap penyakit peritonitis yang tersusun atas 8 pertanyaan. Pada kuesioner kedua dan ketiga merupakan kuesioner yang memiliki kaitan erat karna mengacu pada aspek-aspek HBM bagaimana gambaran literasi klien tentang studi-studi terkait peritonitis. Pada kuesioner ini bentuk skoringnya dengan angka 1 untuk jawaban “ya” dan angka 0 untuk jawaban “tidak”. Ketiga kuesioner merupakan kuesioner hasil pengembangan dari Peneliti sendiri mengacu pada 5 substansi HBM yang terdiri dari 26 butir pertanyaan. Pada bagian pertama meliputi 5 pertanyaan terkait *perceived sensitivity*, 5 pertanyaan bagian kedua meliputi *threat severity*, bagian ketiga meliputi *perceived benefits*, bagian keempat meliputi 4 pertanyaan tentang *perceived barriers* dan bagian terakhir meliputi 7 pertanyaan tentang *self-efficacy*.¹⁸

Penelitian Ramezani (2018) pada 70 pasien CKD didapatkan hasil bahwa Intervensi edukasi berdasarkan *Self-efficacy Theory* berpengaruh terhadap kepatuhan diet dan pembatasan asupan cairan pada pasien hemodialisis.. Pengumpulan data dilakukan dengan kuesioner demografi, self-efficacy (SUPPH) dan peneliti membuat kuesioner yang valid dan reliabel tentang kepatuhan pembatasan asupan makanan dan cairan (masing- masing 8 dan 6 pertanyaan) dalam dua langkah (sebelum dan tiga bulan setelah pendidikan). Program pendidikan dilakukan untuk kelompok percobaan dalam dua sesi setengah jam. kuesioner yang diterapkan untuk menentukan efikasi diri yang terdiri dari 29 pertanyaan dengan skala pilihan 1-5 dari sangat setuju sampai sangat tidak setuju. Pertanyaan dirancang sebagai domain ganda, dan kisaran yang dapat diakses adalah skor 29 hingga 145.⁵⁵

2. Definisi dan Sejarah Teori *Health Belief Model* (HBM)

HBM yang dikembangkan oleh Becker dan Rosenstock pada tahun 1984 bertujuan untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan individu. Berdasarkan HBM, perubahan perilaku kesehatan berdampak pada 6 domain perilaku kesehatan; kerentanan yang dirasakan, keparahan yang dirasakan, manfaat yang dirasakan dari suatu tindakan, hambatan yang dirasakan, isyarat untuk bertindak dan *self-efficacy* menggunakan praktik yang dapat mencegah CKD, semuanya sebagai respons terhadap hambatan untuk menghindari penyakit, dan yang juga merespons hambatan yang mungkin muncul dan mempengaruhi kemampuan seseorang untuk bertindak.⁵⁶ Hochbaum pada tahun 1958, telah melakukan penelitian di Amerika Serikat (AS) menunjukkan bahwa HBM pada awalnya dikembangkan sebagai metode yang komprehensif untuk memahami dan memprediksi perilaku kesehatan preventif. Secara umum, HBM adalah titik awal untuk penelitian yang sistematis dan berbasis ilmiah tentang perilaku kesehatan.

Menurut *World Health Organization* (WHO) sehat atau *health* adalah suatu kondisi tubuh yang lengkap secara jasmani, mental, dan sosial, dan tidak hanya sekedar terbebas dari suatu penyakit dan ketidakmampuan atau kecacatan, sedangkan menurut UU No.36 tahun 2009 Tentang Kesehatan, kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi. *Belief* dalam bahasa Inggris artinya percaya atau keyakinan. Menurut peneliti *belief* adalah keyakinan terhadap sesuatu yang menimbulkan perilaku tertentu. Model adalah seseorang yang bisa dijadikan panutan atau contoh dalam perilaku, cita-cita dan tujuan hidup yang akan dicapai individu.

Teori HBM merupakan salah satu kerangka konsep ilmu keperawatan yang digunakan dalam proses pendidikan dan promosi kesehatan karena mampu mengidentifikasi motivasi yang dimiliki oleh individu untuk berperilaku sehat guna meningkatkan status kesehatan.

Teori HBM pada masalah kesehatan Pasien CKD yang menjalani Hemodialisa dirancang untuk mengidentifikasi keyakinan klien terhadap penyakit, persepsi tentang dampak dari penyakit yang dialami hambatan yang dirasakan selama menjalani pengobatan dan melakukan perilaku sehat, manfaat dari perilaku sehat yang dilakukan dan kepatuhan pengobatan, aspek yang dapat diubah, dan pemicu dalam melakukan perilaku sehat dan kepatuhan pengobatan.

Dari pengertian-pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa *health belief model* adalah model yang menspesifikasikan bagaimana individu secara kognitif menunjukkan perilaku sehat maupun usaha untuk menuju sehat dan sembuh dari suatu penyakit. *Health belief model* ini didasari oleh keyakinan atau kepercayaan individu tentang perilaku sehat maupun pengobatan tertentu yang bisa membuat diri individu tersebut sehat ataupun sembuh. HBM adalah sarana untuk mengidentifikasi potensi persepsi keseriusan, kerentanan, manfaat dan hambatan yang dapat menjelaskan kebutuhan untuk terlibat dalam perilaku tertentu untuk mencegah CKD dan memberikan isyarat untuk bertindak dengan memodifikasi variabel yang mempengaruhi perilaku kesehatan. Variabel yang memodifikasi adalah budaya, tingkat pendidikan, pengalaman masa lalu, keterampilan dan motivasi. Selain itu, pengalaman masa lalu dapat mempengaruhi persepsi mereka untuk membuat keputusan yang baik .

3. Konsep teori HBM

Tabel 2.2 Komponen teori HBM

<i>Concept</i>	<i>Definition</i>	<i>Application</i>
<i>Perceived susceptibility</i>	<i>Belief about the chances of experiencing a risk or getting a condition or disease</i>	<i>Define population(s) at risk, risk levels Personalize risk based on a person's characteristics or behavior Make perceived susceptibility more consistent with individual's actual risk</i>
<i>Perceived severity</i>	<i>Belief about how serious a condition and its sequelae are</i>	<i>Specify consequences of risks and conditions</i>
<i>Perceived benefits</i>	<i>Belief in efficacy of the advised action to reduce risk or seriousness of impact</i>	<i>Define action to take: how, where, when; clarify the positive effects to be expected</i>
<i>Perceived barriers</i>	<i>Belief about the tangible and psychological costs of the advised action</i>	<i>Identify and reduce perceived barriers through reassurance, correction of misinformation, incentives, assistance</i>
<i>Cues to action</i>	<i>Strategies to activate "readiness"</i>	<i>Provide how-to information, promote awareness, use appropriate reminder systems</i>
<i>Self-efficacy</i>	<i>Confidence in one's ability to take action</i>	<i>Provide training and guidance in performing recommended action Use progressive goal setting Give verbal reinforcement Demonstrate desired behaviors Reduce anxiety</i>

4. Konsep HBM terdiri dari enam subtopik, yaitu:

komponen *health belief*. Komponen *health belief* meliputi *perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, cues of action dan self efficacy*.. Diharapkan dengan dilakukannya edukasi berbasis *health belief model* ini dapat membangun nilai keyakinan serta meningkatkan kepekaan individu untuk berperilaku hidup sehat berdasarkan nilai- nilai yang terkandung dalam *Health Belief Model* dalam upaya memelihara serta meningkatkan kesehatannya sendiri, keluarga dan masyarakat.

Health Belief Model adalah model teori perubahan perilaku kesehatan dan model psikologis yang dapat digunakan untuk mempelajari dan mempromosikan peningkatan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada pemahaman seseorang bahwa seseorang akan mengambil tindakan yang berhubungan dengan kesehatannya melalui persepsi seseorang tentang kerentanan terhadap dirinya, persepsi tentang beratnya masalah kesehatan, persepsi manfaat dan hambatan untuk melakukan tindakan dan mempengaruhi seseorang untuk melakukan tindakan kesehatan. Teori ini merupakan teori perubahan perilaku pada level individu karena menitikberatkan pada pemahaman atau persepsi individu dalam proses perubahan perilaku khususnya perubahan perilaku kesehatan, tanpa mempedulikan apakah persepsinya tersebut sesuai atau tidak dengan realitas atau dengan pandangan orang lain tentang apa yang baik untuk individu tersebut.

Dalam teori *Health Belief Model* (HBM) menyatakan bahwa perilaku individu bergantung pada dua kondisi yaitu nilai yang ditempatkan individu pada hasil dan manfaat yang dirasakan berdasarkan dari hasil tindakan yang ditentukan (Erackel *et al.*,1984 dalam Stanley & Beare, 2006). Kerangka utama dalam perilaku yang berkaitan dengan kesehatan manusia seringkali menggunakan teori *Health Belief Model* dan telah mendorong penelitian perilaku kesehatan sejak tahun 1950-an. HBM dijadikan sebagai model yang menjelaskan pertimbangan seseorang sebelum seseorang berperilaku sehat. Sehingga HBM mempunyai

fungsi sebagai model pencegahan atau preventif.

Menurut Rosenstock (1966), perilaku peningkatan kesehatan dapat diramalkan melalui teori HBM yaitu didasarkan pada perilaku individu yang ditentukan oleh motif dan kepercayaan individu itu sendiri. HBM merupakan model kognitif yang dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan. Menurut teori HBM, individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehatan (*health beliefs*) yaitu ancaman yang dirasakan dari kesakitan atau kecelakaan (*perceived threat of injury or illness*) dan pertimbangan tentang manfaat atau keuntungan dan hambatan atau kerugian (*benefits and cost*). Model konsep HBM menurut Rosenstock dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. *Perceived Susceptibility* yaitu persepsi seseorang mengenai kepercayaan tentang kerentanan terhadap suatu penyakit. Seseorang yang mengetahui bahwa dia memiliki resiko terkena suatu penyakit akan memahami dan akan lebih waspada terhadap faktor-faktor yang akan memunculkan penyakit . Menurut teori HBM persepsi individu mengenai resiko penyakit akan menentukan perilaku kesehatan. Ketika Pasien CKD yakin bahwa rentan terhadap berbagai penyakit lainnya, mereka akan berusaha untuk mencegah munculnya penyakit lain dengan melakukan perilaku sehat dan patuh terhadap pengobatan. individu yang percaya bahwa mereka berisiko rendah mengidap suatu penyakit lebih mungkin untuk terlibat dalam perilaku yang tidak sehat, atau berisiko, dan individu yang merasakan risiko tinggi terkait masalah kesehatan tertentu lebih cenderung terlibat.
- b. *Perceived Severity* persepsi atau keyakinan seseorang mengenai keseriusan penyakit yang sedang diderita dan konsekuensi yang akan didapat akibat penyakit/kondisi tersebut. Menurut teori HBM semakin seseorang yakin tentang keparahan penyakitnya maka dia akan semakin terancam dan mencari bantuan untuk mengurangi keparahan penyakitnya. Salah satu komplikasi dari penyakit CKD

adalah Hiperkalemi akibat penurunan sekresi asidosis metabolik, kata bolisme, dan masukan diit berlebih. Perasaan mengenai keseriusan terhadap suatu penyakit, meliputi kegiatan evaluasi terhadap konsekuensi klinis dan medis (sebagai contoh, kematian, cacat, dan sakit) .

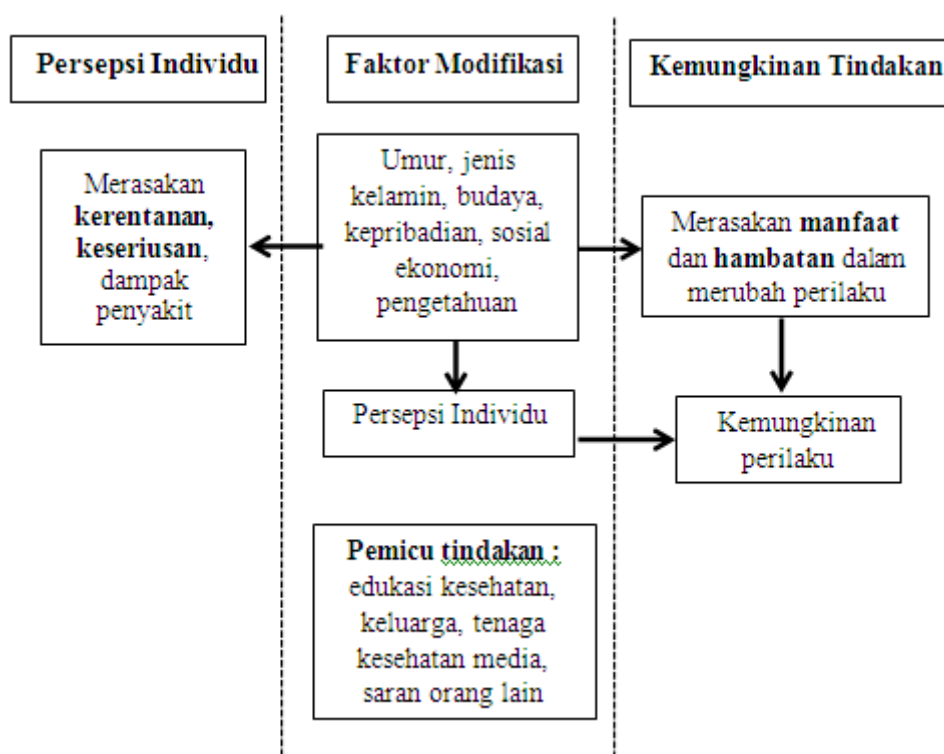
- c. *Perceived benefits*, keyakinan seseorang mengenai keefektifan tindakan yang disarankan untuk mengurangi resiko atau keseriusan dampak. Seseorang tidak akan menerima suatu tindakan perawatan kesehatan yang dianjurkan kecuali jika dia yakin terhadap perawatan kesehatan tersebut untuk mengurangi ancaman atau keparahan (*severity*) yang dideritanya. Tentukan tindakan yang akan diambil: bagaimana, di mana, kapan; mengklarifikasi efek positif yang diharapkan .Klien CKD akan mempraktikkan perilaku sehat dan patuh terhadap pengobatan jika mereka yakin bahwa hal tersebut dapat mencapai kesembuhan dan meningkatkan status kesehatan. Perilaku yang berhubungan dengan kesehatan juga dipengaruhi oleh manfaat yang dirasakan. Manfaat yang dirasakan merujuk pada penilaian individu dari manfaat melakukan atau tidak melakukan perilaku sehat. Jika seseorang percaya bahwa tindakan tertentu akan mengurangi kerentanan terhadap masalah kesehatan atau menurunkan keseriusannya, maka ia cenderung untuk melakukannya (terlepas dari fakta-fakta objektif mengenai efektivitas tindakan). Individu akan mempertimbangkan dan mengambil alternatif keputusan/ tindakan jika memang bermanfaat dapat mengurangi ancaman penyakit
- d. *Perceived Barriers* yaitu persepsi seseorang terhadap ancaman dari suatu penyakit yang dideritanya. Ancaman mendorong individu untuk melakukan tindakan preventif dan perawatan kesehatan yang dianjurkan. Namun di sisi lain ancaman yang terlalu besar atau koping individu yang maladaptif akan membuat seseorang akan merasa ketakutan. hambatan yang dihadapi pada saat mempraktikkan perilaku sehat. Salah satu hambatan yang dirasakan klien CKD saat

- menjalani hemodialisa adalah tingkat kepatuhan dan diit yang dijalani. pandangan terhadap aspek negatif yang menghalangi individu untuk melakukan tindakan kesehatan, misalnya bahaya, rasa sakit, biaya mahal dan pengalaman tidak menyenangkan
- e. *Cues to action* yaitu. strategi untuk mengaktivasi niat atau kesiapan untuk bertindak. Isyarat ini dapat bersifat internal dan eksternal. *Cues to action* merupakan stimulus (rangsangan) yang diperlukan untuk memicu terjadinya tindakan. Isyarat internal yaitu berasal dari dalam diri individu, misalnya gejala penyakit yang dirasakan. Isyarat eksternal yaitu berasal dari interaksi interpersonal, misalnya media massa, pesan, nasehat, anjuran atau konsultasi dengan petugas kesehatan. Perubahan perilaku yang dilakukan oleh seseorang dipengaruhi oleh isyarat untuk bertindak yang berasal dari internal dan eksternal persepsi ancaman yang serius atau risiko yang berpotensi menderita atau sudah menderita penyakit tersebut dan aspek sosiodemografis misalnya tingkat pendidikan, lingkungan tempat tinggal, pengasuhan dan pengawasan orang tua, pergaulan dengan teman, agama, suku, keadaan ekonomi, sosial, dan budaya
- f. *Self-efficacy* merupakan kepercayaan individu pada kemampuan untuk melakukan suatu hal. Efikasi diri diperlukan oleh gagal ginjal terminal yang menjalani hemodialisis untuk dapat melakukan manajemen diri yang baik. *Self-efficacy*, Rasa percaya diri dalam melakukan suatu tindakan. Keyakinan terhadap konsep sehat yang sesuai, seperti tingkat keparahan CKD yang diderita, potensi terhadap komplikasi, dan efektifitas pengobatan mampu memprediksikan kepatuhan dengan lebih baik. Pasien akan patuh jika penatalaksanaan terapi terkesan masuk akal, efektif, biaya yang dikeluarkan sesuai dengan manfaat yang didapatkan, merasa memiliki kemampuan untuk mengikuti program, dan ketika lingkungan mereka mendukung perilaku yang sesuai dengan program penatalaksanaan CKD.

Memberikan pelatihan dan bimbingan dalam melakukan tindakan yang direkomendasikan, gunakan penetapan tujuan progresif, Berikan penguatan verbal, Mendemonstrasikan perilaku yang diinginkan, untuk mengurangi kecemasan yang terjadi.

Health Belief Model didasarkan atas 3 faktor esensial;

- a. Kesiapan individu untuk merubah perilaku dalam rangka menghindari suatu penyakit atau memperkecil risiko kesehatan.
- b. Adanya dorongan dalam lingkungan individu yang membuatnya merubah perilaku.
- c. Perilaku itu sendiri.



Bagan 2.2 Komponen dan Hubungan Teori HBM

Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya penambahan pengetahuan baru, sikap, dan keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu.²⁰ Edukasi merupakan komponen esensial dalam keperawatan dan diarahkan pada kegiatan meningkatkan, mempertahankan, dan memulihkan status kesehatan, mencegah penyakit, dan membantu individu untuk mengatasi efek sisa dari penyakit.²⁰

Pada tatanan pelayanan keperawatan, edukasi merupakan bagian dari standar praktik keperawatan profesional. *The Joint Commision* (TJC 2006 dalam Potter & Perry, 2009) memberikan standar bagi edukasi pasien dan keluarga. Standar ini mewajibkan perawat dan tim kesehatan untuk menilai kebutuhan pembelajaran pasien dan menyediakan edukasi tentang berbagai topik. Pencapaian yang berhasil membutuhkan kolaborasi antar profesi kesehatan dan meningkatkan pemulihan pasien. Usaha edukasi harus menyertakan nilai psikososial, spiritual dan budaya yang dimiliki pasien.⁵⁷

Edukasi pasien sangat kompleks terdapat beberapa teori dan model untuk membimbing edukasi pasien. Penggunaan teori yang sesuai dengan kebutuhan pasien akan membantu edukasi yang efektif. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi perilaku kepatuhan pasien dari internal maupun eksternal. Kepatuhan dalam proses pengobatan atau terapi diawali oleh keyakinan seseorang akan keseriusan penyakitnya yang berujung pada tindakan untuk berobat walaupun dibayangi resiko atau efek samping dari tindakan tersebut.⁵⁸ Keyakinan pasien ini dalam ranah psikologi dikenal dengan istilah *health belief* yaitu persepsi seseorang tentang kerentanan dan kemujaraban pengobatan dapat mempengaruhi keputusan seseorang dalam perilaku terhadap kesehatannya.⁵⁹

Marteau, Weinman, & Pignone (Sarafino dan Smith, 2014) menyatakan gender dan sosiokultural juga mempengaruhi keyakinan untuk melakukan tindakan pengobatan.⁶⁰ Perempuan umumnya lebih banyak menggunakan layanan kesehatan daripada laki-laki. Sementara dari penelitian Baraz (Hidayati, Sitorus, dan Masfuri, 2014) didapatkan rata-rata jenis kelamin dari pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa laki-laki sebanyak 52,4% lebih banyak dibandingkan dengan perempuan yang hanya 47,6%.⁶¹

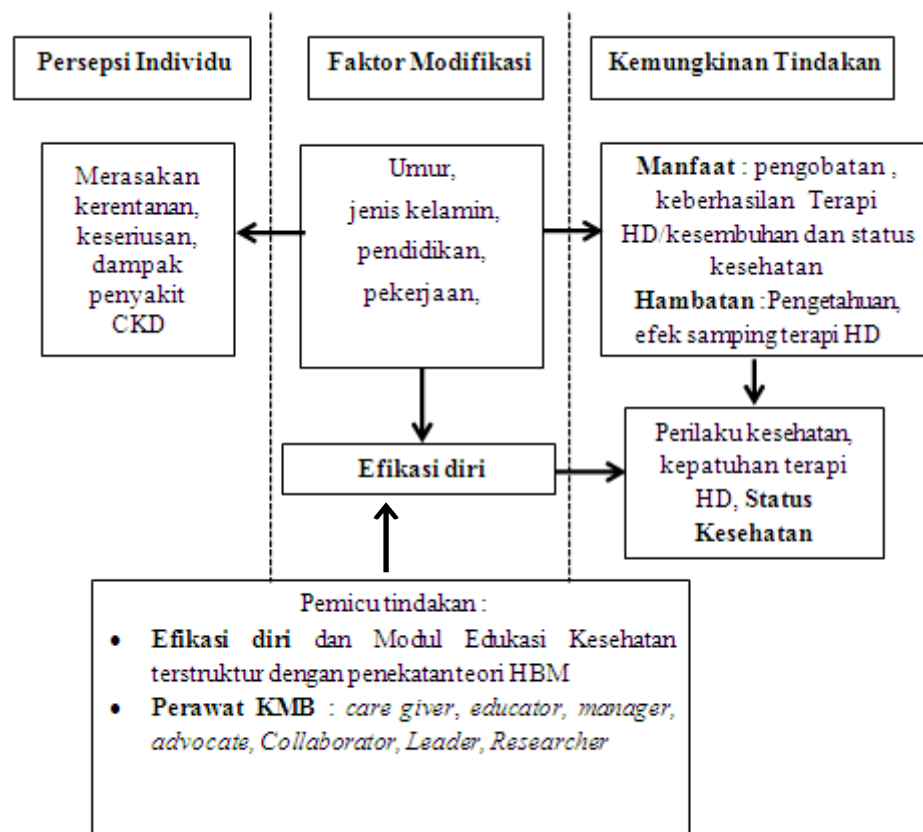
Health Belief Model memiliki konstruksi yang menyorot kepada nilai keyakinan dan kognitif seseorang, sehingga dalam intervensi yang diberikan secara tepat dan kontinuitas HBM mampu mempengaruhi perilaku seseorang kepada arah yang diinginkan oleh pemberi edukasi. White *et al*, (2016) menyatakan bahwa intervensi berbasis edukasi yang diterapkan pada setiap aspek kognitif seseorang dapat secara signifikan berefek positif terhadap perubahan perilaku.⁶²

F. PERAN PERAWAT

Keperawatan merupakan suatu bentuk pemberian asuhan keperawatan terhadap individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit (UU Keperawatan nomor 38 tahun 2014). perawat sebagai tenaga kesehatan profesional sangatlah diharapkan dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistik meliputi biopsikosial dan spiritual, guna meminimalkan penderita gagal ginjal kronik. Peran seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, secara holistik dengan menggunakan empat aspek meliputi peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam upaya promotif perawat berperan dengan cara memberikan pendidikan kesehatan meliputi pengertian, klasifikasi, penyebab, tanda dan gejala, komplikasi dan cara pencegahan dari penyakit gagal ginjal kronik sehingga dapat meningkatkan pengetahuan klien.

Menurut Potter & Perry (2015) mengatakan bahwa edukasi terdiri dari serangkaian tindakan secara sengaja dan sadar yang membantu individu mendapatkan pengetahuan baru, mengubah sikap, mengadopsi perilaku baru atau menampilkan keterampilan baru. Intervensi ini berkaitan dengan peran perawat, Perawat harus mampu mengoptimalkan peran dan fungsinya sebagai *caregiver* yang bermakna perawat mengintegrasikan perannya sebagai *educator, communicator, teacher, counselor, advocate* dan *leader* untuk mencegah, meminimalisir serta mengatasi masalah kecemasan melalui pemberian asuhan keperawatan yang holistik dan komprehensif sesuai dengan karakteristik penderita.⁶³

Sebagai pendidik (*educator*) Perawat berupaya memberikan pendidikan dan pelatihan kepada klien dan keluarganya dalam mengatasi masalah kesehatan dalam ranah keperawatan Peran *educator* adalah membantu pasien meningkatkan kesehatannya . Menurut Hapsari et al., masih banyak ditemui kurangnya peran perawat sebagai *educator*. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa perawat yang tergolong tidak baik sebagai *edukator* yakni sebesar 64% jika dibandingkan dengan peran perawat sebagai *educator* yang tergolong baik .²⁰



Bagan 2.3 Kerangka Teori

Sumber : Janz dan Becker (1984).³⁷ Bandura (1997).³³ Rosenstock (1974) dalam Corner dan Norman (2003).⁶⁴ Allender, Lorig et al (2013).⁶⁵ Rector dan Warner (2014), Kim dan Youn (2014).⁶⁶ Mason dan Singh (2015).⁶⁷ Abdullellah et al (2015).⁶⁸ Kastien-Hilka et al (2016).⁶⁹

G. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep mencakup teori, prinsip, atau konsep-konsep yang digunakan sebagai landasan untuk melakukan penelitian. Dalam kerangka konsep, dijelaskan hubungan antara variabel yang diteliti.

Variabel Independen

Edukasi kesehatan terstruktur

Variabel Dependen

Efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa

Bagan 2.4 kerangka konsep penelitian

H. Hipotesis Penelitian

Hipotesis terdiri dari dua jenis yaitu hipotesis kerja (H_a) dan hipotesis nol (H_0). Dalam penelitian ini, dibuat sebuah asumsi atau dugaan yang dijadikan dasar untuk melakukan pengujian terhadap variabel yang diteliti, yang dinyatakan sebagai hipotesis:

- 1) H_0 : Tidak ada pengaruh edukasi kesehatan terstruktur *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD pada kelompok intervensi dan kontrol
- 2) H_a : Ada pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD pada kelompok intervensi dan kontrol

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Desain Penelitian

Menurut Sastroasmoro dan Ismael (2014) desain penelitian adalah rancangan suatu penelitian yang disusun berfungsi menuntun peneliti untuk dapat memperoleh jawaban dari pertanyaan penelitian.⁷⁰ Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan rancangan quasi eksperimen yang bertujuan mengungkapkan pengaruh antara variabel independen terhadap variabel dependen dengan melibatkan kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Rancangan penelitian dengan *pre test* dan *post test* pada kelompok intervensi untuk mengetahui Pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD sedangkan kelompok kontrol diberi intervensi standar sesuai yang ada di rumah sakit.

Tabel 3.1 Bentuk Rancangan *Pre and Post Test Control Group*

Kelompok	Pre tes	Intervensi	Post tes
A	O ₁ —————	X —————>	O ₂
B	O ₃ —————	—————>	O ₄

Keterangan:

X : Pemberian Intervensi dengan Edukasi terstruktur

O₁ : Pengukuran nilai efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa sebagai kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi (*pre-test*)

O₂ : Pengukuran nilai efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa setelah dilakukan intervensi (*post-test*)

O₃ : Pengukuran nilai efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi

O₄ : Pengukuran nilai efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa sebagai kelompok kontrol setelah kelompok intervensi diberikan intervensi Edukasi terstruktur

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah total dari setiap elemen yang akan diteliti yang memiliki ciri sama, bisa berupa individu dari suatu kelompok, peristiwa, atau sesuatu yang akan diteliti.⁷¹ Populasi dalam penelitian adalah pasien CKD rawat jalan yang menjalani Hemodialisa di RS Aisyiyah Kudus dan Rumah Sakit Kumalasiwi sebanyak 68 pasien

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi atau bagian kecil dari anggota populasi yang diambil menurut prosedur tertentu sehingga dapat mewakili populasinya.⁷²

Kriteria inklusi adalah karakteristik atau persyaratan umum yang diharapkan.⁷⁶ kriteria inklusi yang ditentukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a) Pasien rawat jalan dengan kasus CKD yang menjalani Hemodialisa di RS Aisyiyah Kudus dan RS Kumalasiwi Kudus
- b) Pasien dalam kondisi tenang dan kooperatif
- c) Pasien dapat membaca dan menulis, mampu berkomunikasi dalam bahasa Indonesia
- d) Pasien dengan usia 19-65 tahun
- e) Pendidikan minimal SD
- f) Lama menjalani terapi Hemodialisa minimal 1 bulan

Kriteria eksklusi adalah suatu karakteristik dari populasi yang dapat menyebabkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi namun tidak dapat disertakan menjadi subjek penelitian.⁷³ Kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu:

- a) Pasien rawat inap dengan kasus CKD yang menjalani Hemodialisa di RS Aisyiyah Kudus dan RS Kumalasiwi Kudus
- b) Pasien yang tidak bisa mengikuti dengan lengkap semua kegiatan penelitian dari awal sampai akhir penelitian
- c) Pasien dengan penyakit penyulit atau komplikasi

C. Teknik pengambilan sampel

Menurut Handayani(2020)teknik pengambilan sampel adalah proses menyeleksi sejumlah elemen dari populasi yang diteliti untuk dijadikan sampel, dan memahami berbagai sifat atau karakter dari subjek yang dijadikan sampel, yang nantinya dapat dilakukan generalisasi dari elemen populasi.⁷⁴ Sampel dipilih dari anggota populasi yang dinilai sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditetapkan.⁷⁷ Teknik pengambilan yang digunakan pada penelitian ini adalah teknik *purposive sampling* yaitu pengambilan sampel yang dilakukan tidak berdasarkan strata, kelompok, atau acak, tetapi berdasarkan pertimbangan/tujuan tertentu. Cara ini lebih baik dibanding dengan teknik non random yang lain karena dilakukan berdasarkan pertimbangan dari pengalaman berbagai pihak . Pengambilan sampel dilakukan dengan menggunakan rumus minimal sampel size (Lemeshow, 1997) dan diperoleh sampel sebanyak:

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{d^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Keterangan :

n : Besar sampel minimal

N : Jumlah populasi

Z : Standar deviasi normal untuk 1,96 dengan CI 95%

d : Derajat ketepatan yang digunakan oleh 90% atau 0,1

p : Proporsi target populasi adalah 0,5

q : Proporsi tanpa atribut 1-p = 0,5

hasil perhitungan sampel minimal adalah sebagai berikut :

$$\begin{aligned} n &= \frac{1,96^2 \cdot 68 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,1^2(137 - 1) + 1,96 \cdot 0,5 \cdot 0,5} \\ &= 56 \text{ orang} \end{aligned}$$

Peneliti mengantisipasi kemungkinan subyek penelitian *dropped out* atau *loss to follow* dengan melakukan koreksi terhadap besar sampel dengan menambahkan sampel agar terpenuhi dengan rumus sebagai berikut:

$$n' = \frac{n}{1 - f}$$

$$n' = \frac{56}{1 - 0,1}$$

$n' = 62,2$ dibulatkan menjadi 62

Keterangan

n' = Besar sampel setelah dikoreksi

n = Besar sampel yang dihitung

f = Perkiraan proporsi *dropped out* (0,1)

Jadi didapatkan hasil untuk jumlah sampel yang pada penelitian ini sebanyak 31 pasien untuk masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pasien untuk kelompok intervensi di Rumah sakit aisyah Kudus sejumlah 14 pasien dan 17 pasien untuk kelompok kontrol, sedangkan pasien untuk kelompok intervensi di Rumah sakit Kumalasiwi berjumlah 20 pasien dan 11 pasien kelompok kontrol. Penentuan kelompok intervensi dan kontrol ini dipilih berdasarkan sift yang ada di 2 unit ruang hemodialisa di masing-masing rumah sakit. Pasien yang melakukan hemodialisa sift pagi adalah pasien untuk kelompok intervensi sedangkan pasien yang melakukan hemodialisa sift siang adalah pasien kelompok kontrol

D. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari - Maret 2023. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 19 Mei-9 Juni 2022 di Rumah sakit Aisyiyah Kudus dan tanggal 20 Januari 2023 di Rumah Sakit Kumalasiwi Kudus.

E. Tempat Penelitian

Terdapat 2 tempat dalam penelitian ini , yang pertama di unit Hemodialisa RS Aisyiyah Kudus Kudus yang beralamatkan di Jl. Hos Cokroaminoto No.248, Mlati Norowito, Kec. Kota Kudus, Kabupaten Kudus, Jawa Tengah 59319. Letak RS 'Aisyiyah Kudus, sangat mudah dijangkau karena letaknya strategis. RS 'Aisyiyah Kudus merupakan rumah sakit swasta tipe D yang memiliki fasilitas ruang Hemodialisa yang sudah berdiri sejak tahun 2017. Selanjutnya penelitian juga akan dilaksanakan di

RS Kumalasiwi Kudus yang memiliki tipe Rumah sakit yang sama dan jumlah bed yang sama dengan RS Aisyiyah Kudus. RS Kumalasiwi Mijen Kudus berlokasi di Jl .Jepara KM 6 Desa Mijen Kecamatan Kaliwungu Kabupaten Kudus Jawa Tengah. RS Kumalasiswi ini diresmikan pada tanggal 7 Juni 2012 dengan status tipe D dan mulai beroperasi pada tahun 2014. Unit Hemodialisa di RS Kumalasiwi mulai beroperasi sejak tahun 2015.

F. Definisi Operasional Variabel

Tabel 3.2 Definisi Operasional Variabel

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur & Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Variabel
1.	Edukasi kesehatan terstruktur	Pemberian Edukasi yang terprogram menggunakan media modul . Sedangkan kelompok kontrol diberikan edukasi sesuai standar di masing-masing RS. Edukasi yang diberikan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dalam mengelola penyakitnya dilakukan dalam 6 sesi dengan durasi waktu 60-90 menit per sesi terdiri dari materi inti, pemberian <i>feedback</i> . 6 sesi edukasi yang akan diberikan sesuai dengan 6 komponen teori HBM yaitu <i>perceieved susceptibility</i> , <i>perceieved severity</i> , <i>perceieved benefit</i> , <i>perceieved barriers</i> , <i>cus of action</i> dan <i>self efficacy</i> .	Modul Edukasi kesehatan terstruktur dengan pendekatan teori HBM	1 : tidak diberikan edukasi kesehatan terstruktur (kontrol) 2 : diberikan edukasi kesehatan terstruktur (intervensi)	Ordinal
2.	<i>Self efficacy</i>	Pernyataan keyakinan pasien CKD yang menjalani hemodialisa terkait kemampuan melakukan perawatan kesehatan mandiri meliputi aspek fisik seperti diet.Instrumen yang digunakan untuk pengukuran Self Efficacy menggunakan <i>the chronic kidney disease self-</i>	Kuesioner efikasi diri dengan 36 item pertanyaan. Pengukuran dengan skala Likert dengan nilai :	Mean : Sebelum 112,45 Sesudah 115,68 SD Sebelum 7,650 Sesudah 6,575	Interval

		<i>efficacy (CKD) instrument: development and psycometric evaluation yang dikembangkan oleh Lin et al</i>	1: tidak yakin 2 : kurang 3 : yakin 4: sangat yakin	Min – max sebelum : 99-124 Min – max sesudah : 101 -125	
Karakteristik Responden					
3.	Umur	Lama hidup responden berdasarkan tanggal lahir sampai dengan usia saat menjadi responden Kuesioner umur dalam tahun pada karakteristik demografi	Karakteristik responden umur dalam tahun pada karakteristik demografi	Umur dalam tahun dikategorikan menjadi 3 : 1: Dewasa awal (18- 40 tahun) 2:Dewasa Madya (41- 59 tahun) 3 : Dewasa lanjut (≥ 60 tahun)	Ordinal
4.	Jenis kelamin	Karakteristik biologis seksual yang dimiliki klien CKD	karakteristik demografi tentang jenis kelamin responden	1 : laki-laki 2 : perempuan	Nominal
5.	Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang sudah selesai ditempuh responden berdasarkan ijazah terakhir	karakteristik demografi tentang pendidikan responden	1: Tidak Sekolah 2: SD sederajat 3: SMP sederajat 4: SMA sederajat 5: PT	Ordinal
6.	Pekerjaan	Kegiatan atau mata pencaharian yang saat ini dijalani oleh klien TB paru dan mendapatkan upah atau gaji menurut berat ringannya kegiatan atau mata pencaharian tersebut	karakteristik responden tentang Pekerjaan responden	1 : Tidak bekerja 2 : bekerja	Ordinal

G. Instrumen Penelitian Alat Pengumpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat yang digunakan untuk melakukan kegiatan penelitian terutama sebagai pengukuran dan pengumpulan data berupa angket, seperangkat soal tes, dan lembar observasi. Pernyataan tersebut senada dengan pengertian instrumen penelitian menurut Sugiyono (2018) yang mengungkapkan bahwa instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati atau diteliti.⁷⁵ Menurut Arikunto (2018) instrumen penelitian adalah alat yang digunakan peneliti dalam mengumpulkan data agar pekerjaannya lebih mudah dan hasilnya lebih baik, lebih cermat, lengkap, dan sistematis sehingga lebih mudah diolah.⁷⁶ Instrumen yang digunakan pada penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai berikut :

Bagian awal merupakan karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan, kemudian Kuesioner *Self Efficacy* Alat ukur *self efficacy* pada pasien CKD yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah *the chronic kidney disease self-efficacy (CKD) instrument: development and psycometric evaluation* yang dikembangkan oleh Lin et al (2012).⁷⁷ Terdapat 68 pernyataan awal di dalam instrumen ini. Setelah dianalisis berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan oleh Lin et al, 10 pernyataan (termasuk pernyataan 1, 5, 6, 16, 27, 28, 30, 42, 65 dan 67) harus dieliminasi. Sehingga tersisa 58 pernyataan. 58 pernyataan tersebut kemudian diujikan kembali terhadap 594 responden yang menderita CKD sehingga menghasilkan 37 pernyataan yang dapat mewakili empat faktor analisis dalam CKD-SE. Kuesioner ini juga telah digunakan pada penelitian sebelumnya oleh mahasiswa keperawatan Universitas Padjajaran dan telah melalui uji reliabilitas pada 15 dengan kriteria responden yang sesuai sehingga didapatkan nilai *cronbach's alpha* 0,833-0,835. Modul perawat dan pasien yang digunakan untuk penelitian dilakukan uji expert oleh pakar dalam hal ini adalah pembimbing yang ahli dan berpengalaman dalam bidang keperawatan medikal bedah.

Hasil telaah terhadap modul dengan judul edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD didapatkan :

- a) Aspek Kelayakan isi : materi lengkap, kedalaman telah disesuaikan sesuai dengan audience (perawat dan pasien), contoh dan materi sesuai.
- b) Aspek Kelayakan bahasa : penggunaan kata tepat, penggunaan kalimat cukup efektif, cukup terbaca dan mudah dipahami.

Faktor analisis yang dimaksud antara lain (Lin et al., 2012):

a. *Autonomy/Otonomi*

Memiliki otonomi menyiratkan bahwa pasien memiliki kemampuan untuk mengambil keputusan dan melakukan tugas manajemen diri terkait dengan perencanaan dan implementasi pengobatan yang berhubungan dengan penyakitnya. Penerimaan pasien terhadap penyakitnya memungkinkannya untuk mengidentifikasi keinginan untuk mengelola penyakitnya dengan keyakinan diri secara bebas dan terbuka termasuk dalam hal merekomendasikan rejimen pengobatannya.

b. *Self integration/Integritas diri*

Untuk menjalani kehidupan yang seimbang pasien dengan CKD harus memiliki kemampuan dan keyakinan diri untuk mengintegrasikan penyakit mereka dengan kegiatan perawatan diri mereka ke dalam berbagai situasi misalnya dalam kegiatan sosial yang terjadi di kehidupan sehari-hari mereka, salah satunya dalam pengaturan diet. Hal ini dilakukan sebagai upaya mereka untuk membuat hidupnya lebih berarti agar mencapai kesehatan yang optimal.

c. *Problem solving/Pemecahan masalah*

Pasien dengan penyakit kronis sering menemui berbagai masalah yang berkaitan dengan penyakit, perawatan diri dan kehidupan pribadi mereka. Jika pasien CKD ingin mengelola hal tersebut secara efektif mereka harus secara aktif dan mempunyai keyakinan diri untuk mendapatkan pengetahuan serta keterampilan khusus tentang

penyakitnya agar dapat memecahkan masalah yang berkaitan dengan penyakitnya

d. *Seeking social support*/Pengupayaan dukungan sosial

Masalah emosional terbukti dapat membahayakan terhadap manajemen diri pada pasien penyakit kronis. Dengan demikian manajemen emosi merupakan komponen penting dalam manajemen diri pasien dengan penyakit kronis untuk mengatasi penyakit mereka. Oleh karena itu dibutuhkan kepercayaan diri pasien dalam mencari dukungan dari oranglain dalam mengatasi penyakitnya.

Untuk pernyataan tidak yakin diberi skor 1, untuk pernyataan kurang yakin diberi skor 2, untuk pernyataan yakin diberi skor 3 dan skor 4 diberikan untuk pernyataan sangat yakin. Tingkat *self efficacy* responden dikatakan tinggi apabila total skor lebih besar dari nilai mean dan dikatakan rendah jika totalskor lebih kecil dari nilai mean.

H. Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses atau kegiatan yang dilakukan peneliti untuk mengungkap atau menjangring berbagai fenomena, informasi atau kondisi lokasi penelitian sesuai dengan lingkup penelitian. Proses pengumpulan data pada penelitian ini dimulai oleh observasi peneliti terhadap fenomena tentang kasus CKD yang menjalani Hemodialisa di Rumah sakit Aisyiyah Kudus.

Hasil dari observasi peneliti menemukan fenomena yang kemudian peneliti mengajukan judul penyusunan proposal tesis kepada Pembimbing dan mendapatkan persetujuan dari pembimbing untuk memulai dengan penyusunan proposal, selanjutnya peneliti mengajukan surat ijin pengambilan studi pendahuluan di RS Aisyiyah kudus untuk pengambilan data awal pada bulan juni 2022 .Kemudian peneliti melakukan perhitungan sampel yang dibutuhkan dari populasi.

Sumber data yang dipakai dalam penelitian ini didapatkan melalui observasi langsung oleh peneliti terhadap kejadian CKD yang menjalani hemodialisa dan hasil wawancara terhadap perawat yang menangani pasien CKD yang menjalani hemodialisa serta data dari Rekam Medis

untuk memastikan bahwa pasien yang akan di teliti memang pasien CKD yang menjalani Hemodilisa.

1) Tahap Persiapan

a) Prosedur Administratif

Peneliti melakukan prosedur administratif dimulai dengan pengurusan ijin penelitian ke Rumah sakit Aisyiyah dan Kumalasiwi Kudus dengan meminta surat dari Universitas Karya Husada Semarang.

b) Menyiapkan instrumen yang akan digunakan dalam penelitian

c) Melakukan uji *expert* untuk modul perawat dan pasien

d) Mengidentifikasi responden penelitian berdasarkan kriteria yang sudah ditetapkan dan mengidentifikasi data sekunder dari sumber tempat penelitian

e) Setelah mendapatkan ijin dari kedua RS, peneliti melakukan uji Etik di kampus Universitas Karya Husada Semarang

f) Pemilihan Fasilitator

Penelitian dilakukan dengan melibatkan fasilitator. Peneliti menyeleksi beberapa fasilitator yang bertugas mengawasi dan memfasilitasi responden saat pelaksanaan penelitian. Fasilitator dalam penelitian ini merupakan seorang perawat dengan minimal pendidikan Ners. Setelah terpilih 2 fasilitator, peneliti memberikan arahan yang bertujuan untuk menyamakan persepsi mengenai kegiatan edukasi kesehatan terstruktur yang akan dilaksanakan., Peneliti menjelaskan tentang tugas-tugas fasilitator selama proses penelitian yaitu membantu mengarahkan responden ketika diberi edukasi, membantu responden dalam pengisian kuisisioner, dan membantu responden agar mengikuti penelitian sampai selesai.

2) Tahap Pelaksanaan

a) Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dilakukan penelitian, serta meminta kesediaan kepala Puskesmas untuk memberikan ijin untuk penelitian.

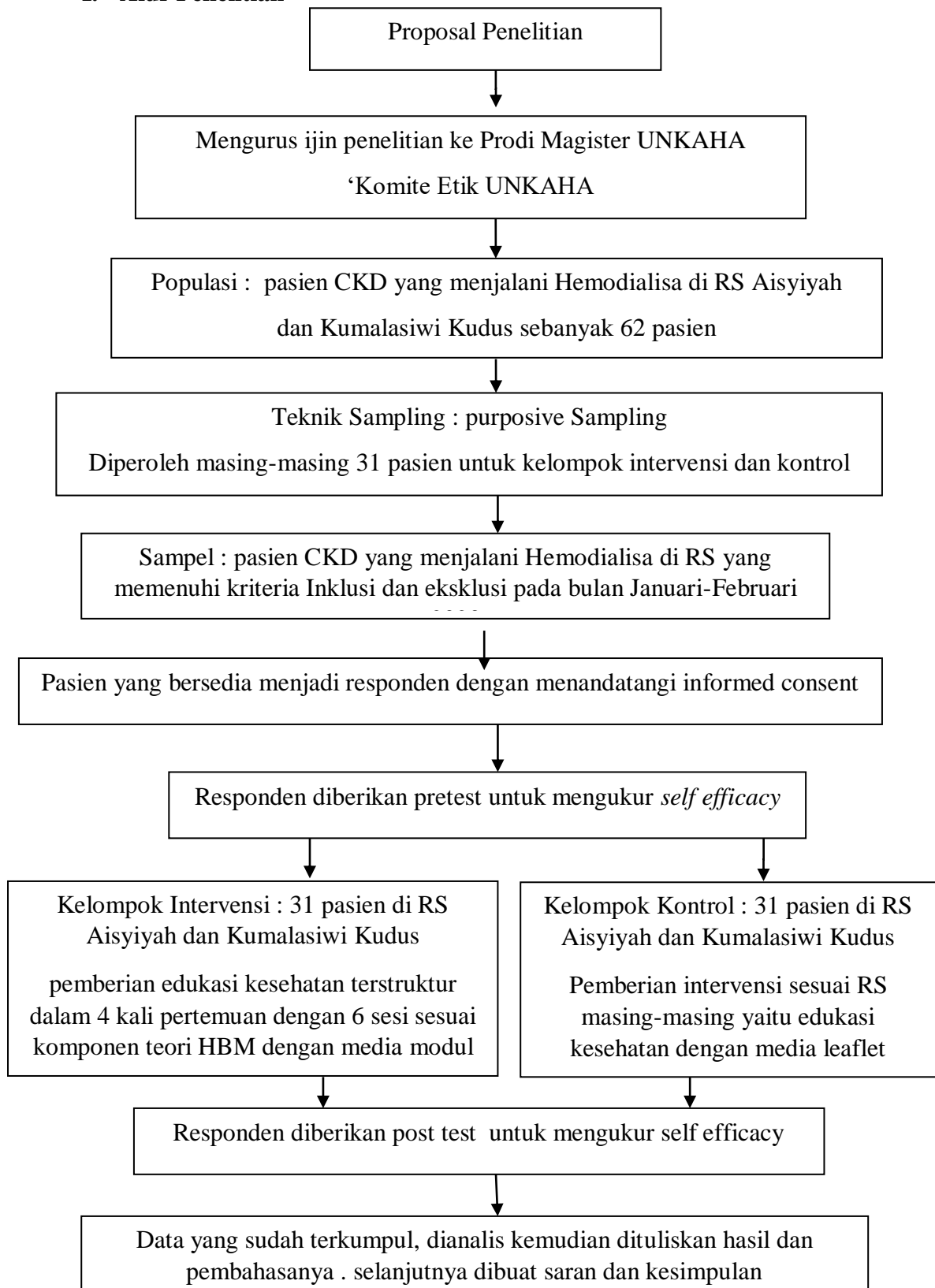
- b) Peneliti memastikan bahwa responden adalah pasien yang mempunyai diagnosa CKD dan menjalani terapi hemodialisa
 - c) Menyampaikan tujuan penelitian kepada pasien sebagai responden.
 - d) Memberikan formulir informed consent dan meminta tanda tangan bila bersedia mengikuti penelitian.
 - e) Melakukan kontrak waktu dengan responden untuk melakukan intervensi yaitu pemberian edukasi kesehatan terstruktur, yang terdiri dari 4 kali pertemuan
- 3) Pre test
- a) Pada tahap awal penelitian ini dilakukan pengukuran awal tentang self efficacy pada pasien CKD yang menjalani Hemodialisa yang dilakukan pada 62 responden yang terdiri dari 31 responden untuk kelompok intervensi dan 31 responden untuk kelompok kontrol di RS Aisyiyah Kudus dan RS Kumalasari Kudus
 - b) Peneliti sebagai penanggung jawab intervensi edukasi kesehatan terstruktur terbagi dalam 4 kali pertemuan dengan 6 sesi. Edukasi kesehatan terstruktur yang dilakukan berdasarkan materi yang sudah ada di buku panduan yang telah disusun oleh peneliti dan dikonsultasikan kepada pembimbing.
 - c) Pada saat intervensi edukasi kesehatan terstruktur berlangsung peneliti menggunakan pendekatan-pendekatan teori humanistik dengan tetap mengedepankan pasien yang memiliki aspek kemanusiaan, antara lain dengan penggunaan bahasa yang tepat dan mudah dipahami oleh pasien, menunjukkan sikap empati dan peduli, menggunakan pola komunikasi efektif dan peneliti akan selalu memperhatikan kondisi dan menghormati pasien .
 - d) Kelompok intervensi terdiri dari 31 responden Adapun 6 materi dalam 4 pertemuan adalah sebagai berikut:
 - (1) Sesi 1 tentang *Perceived susceptibility* (kerentanan yang dirasakan). Materi : Definisi, Etiologi, tanda gejala, faktor resiko dan pemeriksaan penunjang pada penyakit CKD

- (2) Sesi 2 tentang: *Perceived severity* (keparahan yang dirasakan).
Materi : Komplikasi, Pencegahan , penatalaksanaan dan Dampak penyakit CKD
- (3) Sesi 3 tentang : *Perceived Benefit* (Manfaat yang dirasakan).
Materi : Terapi Hemodialisa (Definisi, Tujuan,, Manfaat), Tujuan dan Manfaat Diet pada pasien CKD
- (4) Sesi 4 tentang : *Perceived Barrier*(Hambatan Yang Dirasakan). Materi : Hambatan atau masalah Yang Dirasakan : kepatuhan menjalani Hemodialisa, kecemasan dan fatigue, kram otot, kepatuhan menjalani diet
- (5) Sesi 5 tentang : *Cues to action* (Isyarat untuk bertindak).
Materi : Cara Melakukan diet seimbang untuk pasien CKD
- (6) Sesi 6 tentang : *Self efficacy* (Keyakinan pada kemampuan seseorang untuk mengambil tindakan). Materi : Memberikan pelatihan dan bimbingan dalam melakukan tindakan yang direkomendasikan : Stretching exercise, Imajinasi terbimbing , Relaksasi Nafas dalam, PMR (Progressive Muscle Relaxation)

g) *Post test*

Pengukuran akhir *self efficacy* pasien CKD yang menjalani hemodialisa dilakukan dengan menggunakan kuisioner yang sama dengan kuisioner pre test. peneliti juga mengkaji karakteristik Responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Setelah semua data-data terkumpul dengan lengkap, maka selanjutnya data-data tersebut diolah dan selanjutnya dianalisis, dan pada akhirnya akan diinterpretasikan.

I. Alur Penelitian



Bagan 3.1 Alur Penelitian

J. Pengolahan Data

Pengolahan data meliputi penyusunan data yang belum diolah sehingga tersusun suatu informasi yang benar terkait penelitian. Langkah pengolahan data, terdiri :

a) *Editing*

Dalam proses *Editing* Peneliti mengecek isian kuesioner yang telah diisi oleh responden meliputi kebenaran pengisian dan kelengkapan jawaban dari setiap pertanyaan yang tercantum dalam kuesioner. Isian kuesioner seluruh responden terisi lengkap.

b) *Coding*

Mencakup proses pemberian nomor pada data yang terbagi dalam kelompok-kelompok. Variabel diberikan kode tertentu dengan tujuan memudahkan analisa data, koding pada karakteristik umur terdiri dari 1 jika umur responden 18- 40 tahun dan 2 jika umur responden 41-60 tahun. Koding pada karakteristik jenis kelamin jika terdiri dari 1 pada responden laki-laki dan 2 pada responden perempuan. Koding pada karakteristik tingkat pendidikan terdiri dari 1: Tidak Sekolah , 2: SD sederajat , 3: SMP sederajat , 4: SMA sederajat dan 5: PT. Koding pada karakteristik pekerjaan terdiri dari 1 pada responden yang tidak atau belum bekerja dan 2 pada responden yang saat ini bekerja.

c) *Tabulating*

Tabulating merupakan tahapan dimana data dilakukan pengorganisasian agar memudahkan penjumlahan dan penyusunan data untuk dianalisis.

d) *Entry*

Entry data dilakukan proses input data yang sudah dilakukan tabulasi dari Microsoft excel secara lengkap ke dalam aplikasi SPSS untuk dianalisis dan diolah untuk mengetahui karakteristik responden, uji homogenitas, perbedaan efikasi diri antara kedua kelompok sesudah dan sebelum intervensi, serta untuk menganalisis Pengaruh edukasi

kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD

e) *Clearing*

Clearing merupakan tahap pengecekan kembali untuk melihat adanya kesalahan dalam memasukkan data sehingga data siap untuk dianalisis.

Tidak ditemukan kesalahan isian kuesioner.

K. Analisis Data

Teknik analisis data adalah cara pemetaan, penguraian, perhitungan, hingga pengkajian data yang telah terkumpul agar dapat menjawab rumusan masalah dan memperoleh kesimpulan dalam penelitian. Seperti yang diungkapkan oleh Sugiyono (2018) bahwa teknik analisis data adalah cara yang digunakan berkenaan dengan perhitungan untuk menjawab rumusan masalah dan pengujian hipotesis yang diajukan dalam penelitian.⁷⁵

Teknik analisis data kuantitatif menurut Sugiyono (2018) merupakan Kegiatan dalam analisis data adalah mengelompokkan data berdasarkan variabel dan jenis responden, mentabulasi data berdasarkan variabel dari seluruh responden, menyajikan data tiap variabel yang diteliti, melakukan perhitungan untuk menjawab rumusan masalah, dan melakukan perhitungan untuk menguji hipotesis yang telah diajukan.⁷⁵

a. Analisis univariat

Bertujuan untuk menganalisa variabel, disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan persentase. Variabel usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan disajikan dalam frekuensi dan persentase, sedangkan variabel efikasi diri disajikan dalam mean dan SD

Tabel 3.3 Analisa Univariat

No	Variabel	Skala	Analisis
1	Umur	Ordinal	Frekuensi dan Presentase
2	Jenis kelamin	Nominal	Frekuensi dan Presentase
3	Tingkat pendidikan	Ordinal	Frekuensi dan Presentase
4	Pekerjaan	Ordinal	Frekuensi dan Presentase
5	<i>Self efficacy</i>	Interval	Mean dan SD

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat bertujuan untuk membandingkan dan menganalisa hasil yang diperoleh dari *pre test* dan *post-test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Data dilakukan uji normalitas dengan *Shapiro-Wilk test* didapatkan nilai $p = 0,107$ ($p > 0,05$) sehingga data dapat diartikan berdistribusi normal. Analisis bivariat dilakukan setelah uji homogenitas karakteristik responden yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan, sebelum diberikan intervensi. Uji homogenitas pada variabel karakteristik responden menggunakan uji *Levene* didapatkan hasil $p = 0,210$ ($p > 0,05$) sehingga dapat diartikan bahwa data menunjukkan bahwa dua atau lebih kelompok sampel data diambil dari populasi yang memiliki varians yang sama. Selanjutnya uji hipotesis menggunakan *dependent sample t-test* untuk melihat perbedaan efikasi diri pada kedua kelompok sebelum dan sesudah pemberian intervensi dan dilakukan uji *independent sample t test* untuk melihat pengaruh Edukasi Terstruktur terhadap efikasi diri pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan derajat kemaknaan $p \leq 0.05$. Hasil pada penelitian ini didapatkan nilai $p = 0,00$ ($p \leq 0.05$) maka hipotesis (H_1) diterima menunjukkan bahwa ditemukan perbedaan yang signifikan pada kedua kelompok baik kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

L. Etika Penelitian

Secara prinsipnya, terdapat empat prinsip dalam melaksanakan penelitian yang harus diperhatikan yaitu:

a) Menghormati Harkat dan Martabat Manusia (*Respect for Human Dignity*)

Peneliti dalam melaksanakan penelitian ini memperhatikan hak dari responden dimana responden diberikan penjelasan oleh fasilitator terkait tujuan penelitian, prosedur, dan manfaat dari penelitian. Peneliti menghormati keputusan responden dengan responden diberikan otonomi dalam pemberian informasi atau tidak. Peneliti telah memberikan kesempatan kepada responden untuk bertanya

tentang hal-hal yang berkaitan dengan penelitian yang belum dimengerti. Responden yang bersedia mengikuti penelitian menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan peneliti. Sebelum kuesioner diisi oleh responden, perawat memberikan *informed consent* dan penjelasan terkait tujuan dari penelitian yang akan dilakukan kepada pasien.

b) Menghormati Privasi dan Kerahasiaan Subjek Penelitian (*Respect for Privacy and Confidentially*)

Peneliti menjaga kerahasiaan dari informasi terkait identitas subjek dalam penelitian. Nama responden dalam penelitian ini ditulis dalam bentuk inisial yang digunakan untuk menjaga privasi responden. Informasi yang didapatkan dari responden hanya digunakan untuk kepentingan penelitian dan tidak diketahui oleh orang lain

c) Keadilan dan Keterbukaan (*Respect for Justice and Inclusiveness*)

Peneliti menjangkau responden berdasarkan pada kriteria inklusi responden penelitian. Peneliti tidak membeda-bedakan latar belakang calon responden pada saat penjangkauan responden. Responden yang berpartisipasi pada penelitian ini memiliki karakteristik yang berbeda dari segi usia, jenis kelamin, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan. Peneliti bersikap jujur, tepat, cermat, hati-hati, dan profesional selama proses penelitian. Prinsip keadilan dalam proses penelitian Calon responden tidak mendapat paksaan dari peneliti.

d) Memperhatikan Manfaat dan Kerugian yang Ditimbulkan (*Balancing Harms and Benefits*)

Peneliti harus memberikan manfaat (*beneficence*) baik bagi responden, keluarga, dan perawat serta meminimalisir dampak yang dapat merugikan (*non-maleficence*). Manfaat yang didapatkan responden yaitu diberikannya Edukasi terstruktur kepada klien sehingga responden memiliki keyakinan untuk mempraktikkan perilaku sehat dan kepatuhan menjalani hemodialisa untuk mencapai kesembuhan dan status kesehatan fisik yang optimal.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Karakteristik pasien CKD yang menjalani Hemodialisa

Hasil analisis univariat karakteristik pasien CKD yang menjalani hemodialisa berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan bentuk frekuensi (f) dan proporsi (%) sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik pasien CKD yang menjalani hemodialisa Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di RS Aisyiyah dan RS Kumalasiwi Kudus Tahun 2023 (n=62)

Karakteristik Responden	Kelompok Intervensi		Kelompok Kontrol	
	f	%	f	%
Umur				
Dewasa awal (18-40 tahun)	9	29,0	1	3,2
Dewasa madya (41-60 tahun)	19	61,3	19	61,3
Dewasa Lanjut (< 60 tahun)	3	9,7	11	35,5
Jenis Kelamin				
Laki-laki	14	45,2	13	42
Perempuan	17	54,8	18	58
Pendidikan				
Tidak Sekolah	1	3,2	7	22,6
SD Sederajat	3	9,7	18	58,1
SMP Sederajat	14	45,2	4	12,9
SMA sederajat	8	25,8	1	3,2
PT	5	16,1	1	3,2
Pekerjaan				
Tidak Bekerja	21	67,7	28	90,3
Bekerja	10	32,3	3	9,7
Total	31	100	31	100

Tabel 4.1 menjelaskan bahwa sebagian besar pasien CKD yang menjalani hemodialisa pada kelompok intervensi berusia 41-60 tahun sebanyak 19 responden (61,3%), berjenis kelamin perempuan sebanyak 17 responden (54,8%), telah menyelesaikan pendidikan tingkat sekolah menengah setara SMP sebanyak 14 responden (45,2%), dan sebagian besar tidak bekerja sebanyak 21 responden (67,7%)

Tabel 4.1 juga menunjukkan bahwa sebagian besar pasien CKD yang menjalani hemodialisa pada kelompok kontrol berusia 41-60 tahun sebanyak 19 responden (61,3%), berjenis kelamin perempuan sebanyak 18 responden (58%), telah menyelesaikan pendidikan tingkat sekolah dasar (SD) sebanyak 18 responden (58,1%), dan sebagian besar tidak bekerja sebanyak 28 responden (90,3%).

Sebagian besar pasien CKD yang menjalani Hemodialisa berusia 41-60 tahun termasuk dalam kategori usia dewasa madya. Penelitian yang dilakukan oleh Yulianto (2017) didapatkan hasil bahwa penderita GGK yang banyak menjalani hemodialisis dengan rentang usia 46-65 tahun⁷⁸. Hasil ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Mailani & Andriani (2017) terhadap 78 responden di Instalasi Hemodialisa RSUD Dr. H. Abdul Moeloek didapatkan hasil sebanyak 48 orang (61,5%) berada pada kisaran umur 41- 60 tahun⁷⁹.

Menurut badan pusat statistik provinsi jawa tengah pada tahun 2019 di kabupaten kodus rata-rata pada rentang usia 41-60 tahun sebesar 29,72 %, perempuan dengan usia 40-60 tahun sebanyak 30,3 %.⁸⁰ Faktor usia merupakan faktor yang tidak bisa diubah karena semakin bertambahnya usia maka semakin menurun fungsi organ tubuh, sehingga semakin bertambahnya usia maka semakin meningkatkan resiko mengalami penurunan fungsi organ ginjal. Penurunan fungsi ginjal adalah hal yang wajar seiring bertambahnya usia namun akan menjadi hal yang tidak wajar dengan faktor risiko tertentu.⁷

Usia dewasa banyak menderita GGK karena setelah umur 30 tahun mulai terjadi penurunan kemampuan ginjal dan pada usia 60 tahun kemampuan ginjal tinggal 50% dari umur 30 tahun, akibat berkurangnya populasi nefron dan tidak ada kemampuan regenerasi. Terjadi penebalan membrana basalis kapsiula Bowman dan terganggunya permeabilitas, perubahan degenerasi tubuli, perubahan vaskuler pembuluh darah kecil sampai hialinisasi arterioler dan hiperplasia intima arteri yang menyebabkan disfungsi endotel dan berlanjut pada pembentukan sitokin yang menyebabkan reabsorpsi natrium di tubulus ginjal.⁷⁹

Menurut Bandura (2015) faktor yang mempengaruhi efikasi diri adalah proses kognitif, proses motivasional, proses afektif dan proses seleksi.³³ Usia seseorang yang bertambah membuat perubahan pada aspek fisik psikologis, dan kejiwaan dan dalam aspek psikologi taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa. Proses seleksi atau pengalaman mempengaruhi kemampuan pasien dalam membentuk lingkungan dengan berbagai resiko yang sudah pernah dialaminya selama hemodialisis dan tetap bertahan dan menilai dirinya mampu untuk melewati dan tetap melaksanakan pengobatan. Menurut Mallappallil et al ,Usia menjadi salah satu faktor risiko terjadinya CKD, semakin tua usia seseorang maka risiko terjadinya CKD semakin besar, selain itu usia tua juga meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas penderita CKD. ⁸¹

Sebagian besar pasien CKD yang menjalani hemodialisa pada penelitian ini berjenis kelamin perempuan. Kondisi ini sejalan dengan penelitian ini yang dilakukan Astini (2014) bahwa responden mayoritas perempuan di RSUD Panembahan Senopati Bantul yaitu 22 responden perempuan dan 15 responden laki-laki.⁸² Dalam mengelola kepatuhan perempuan lebih patuh terutama dalam pengaturan obat.⁷

Hasil penelitian diatas dipengaruhi oleh Mayoritas penduduk di Kabupaten kudu pada tahun 2022 yang didominasi oleh perempuan yaitu sebanyak 429 229 jiwa dibandingkan jumlah penduduk laki-laki sebanyak 427 243 jiwa.⁸⁰ Sebagian besar pasien CKD yang menjalani hemodialisa di Kabupaten Kudus adalah perempuan, salah satu faktor penyebabnya adalah penyakit diabetes mellitus yang diderita sebelum terdiagnosa CKD. Karakteristik perempuan lebih memperhatikan keadaan kesehatan ditandai dengan jika ada keluhan segera melakukan pemeriksaan di fasilitas layanan kesehatan sehingga angka pencatatan penyakit lebih tinggi pada perempuan.⁸³

Perempuan lebih berpotensi mengalami penyakit gagal ginjal kronik dan hipertensi⁸². Ada beberapa faktor resiko terjadinya penyakit ginjal kronik pada perempuan lebih tinggi yaitu kehamilan yang disertai dengan pre eklamsia yang mana akan berujung pada gagal ginjal,

kemudian kanker servik juga menjadi faktor perempuan lebih rentan terkena gagal ginjal, diabetes melitus, infeksi saluran kemih, riwayat batu saluran kemih, dan obesitas. Pada perempuan prognosis gagal ginjal kronik berhubungan dengan kurangnya kemampuan untuk mengontrol gula darah, sedangkan pada laki-laki prognosis GJK berhubungan dengan kurangnya kemampuan untuk mengontrol proteinuria. Ketidakmampuan tersebut sebagian berupa kontrol intake makanan. Hal tersebut dikarenakan uretra yang pendek, bakteri akan lebih mungkin terbawa masuk ke kandung kemih hingga menyebabkan infeksi yang berpengaruh pada ginjal.

Sebagian besar pasien CKD yang menjalani hemodialisa dalam penelitian ini berpendidikan SD-SMP. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Mardjun (2014) yang dilakukan di RSUD Prof. Dr. H. Aluei Saboe Kota Gorontalo yang menyatakan bahwa responden yang menjalani hemodialisis berpendidikan rendah (SD-SMP) sebanyak 18 responden dan responden yang berpendidikan tinggi (SMA-PT) sebanyak 12.⁸⁴ Edukasi kesehatan terstruktur dapat digunakan sebagai strategi edukasi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan tentang penyakit, khususnya bagi penduduk yang berpendidikan rendah. Edukasi menciptakan hasil yang diinginkan karena melatih individu untuk memperoleh, mengevaluasi, dan menggunakan informasi yang berperan dalam menghadapi kesulitan untuk mengadopsi dan mempertahankan kesehatan. Untuk itu, edukasi kesehatan terstruktur disusun dengan memperhatikan pendidikan terakhir responden yang didapatkan dari studi literatur sebelum penelitian dilakukan.

Badan Pusat Statistik (BPS) Provinsi Jawa Tengah melaporkan, rata-rata lama sekolah masyarakat di Kabupaten Kudus mencapai 8,75 tahun pada 2020. Artinya, rata-rata penduduk Kabupaten Kudus yang berusia 25 tahun ke atas telah menempuh pendidikan selama 8,75 tahun atau hampir menamatkan kelas VIII SMP. Setelah lulus dari SD-SMP mayoritas penduduk di kabupaten Kudus bekerja di bagian buruh pabrik rokok, petani dan pedagang. Peneliti menyusun modul edukasi kesehatan terstruktur dengan bahasa yang mudah dimengerti disertai gambar dan

sudah dilakukan konsultasi dengan dosen pembimbing terkait konten modul yang akan digunakan agar pasien bisa menggunakan modul tersebut.

Keyakinan pasien tinggi karena tingkat pendidikan sudah tinggi dan sudah mendapat penjelasan dari dokter dan perawat, semakin tinggi pendidikan individu semakin cepat memperoleh pengertian ataupun memahami informasi yang diberikan tenaga kesehatan. Keyakinan individu terhadap kerentanan dirinya terhadap komplikasi penyakit (*perceived susceptibility*) pada pasien gagal ginjal. Pasien hemodialisa yang memiliki pendidikan tinggi memiliki peluang lebih tidak patuh menjalankan diet dibandingkan dengan pasien hemodialisa yang memiliki pendidikan rendah. Hal ini terjadi karena pasien hemodialisa yang memiliki pendidikan tinggi memiliki pengetahuan yang baik akan tetapi memiliki kesibukan yang berlebihan di luar rumah sehingga mereka tidak mematuhi diet yang ditentukan.

Penelitian yang dilakukan Wahyunah (2016) tentang penerapan edukasi terstruktur meningkatkan *self efficacy* dan menurunkan IDWG pasien hemodialisa di RSUD Indramayu didapatkan hasil 36,4% responden berpendidikan SMP.¹⁶ Beberapa penelitian menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan pasien gagal ginjal kronik dalam mempertahankan yaitu pengetahuan pasien, dukungan sosial, dan *self efficacy* berkaitan dengan rangkaian tindakan tertentu. Penelitian Hakiki (2015) menyebutkan bahwa klien hemodialisis dengan pendidikan yang tinggi memiliki kepatuhan yang lebih tinggi. Seseorang yang mempunyai latar belakang pendidikan yang tinggi mempunyai pengetahuan yang lebih tinggi terkait penyakit dan penanganannya.⁸⁵ Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Bosniawan (2018) yang mengatakan bahwa status pendidikan seseorang menjadi salah satu faktor penting dalam menentukan status kesehatan seseorang.⁸⁶

Semakin tinggi tingkat pendidikan maka kesadaran akan pentingnya kesehatan pun akan semakin tinggi. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya suatu tindakan, perilaku yang didasari pengetahuan akan lebih langgeng

daripada yang tidak didasari. Pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam pengambilan sebuah keputusan baik untuk dirinya maupun keluarganya. Responden yang memiliki pendidikan yang tinggi akan mengambil keputusan yang baik pula, salah satunya yaitu rutin untuk melakukan terapi hemodialisis dan patuh dalam pembatasan asupan cairan.

Karakteristik tingkat pekerjaan, sebagian besar responden tidak bekerja selama menjalani terapi hemodialisis. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Umayah (2016) “Hubungan Tingkat Pendidikan, Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Dalam Pembatasan Asupan Cairan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RSUD Kabupaten Sukaharjo” didapatkan hasil Pekerjaan responden berdasarkan pekerjaan pasien yang menjalani hemodialisa di Klinik Hemodialisa Apotik Berkat Pangkal Pinang yaitu sebanyak 4 responden bekerja (15.4%) dan 22 responden tidak bekerja (84.6%).⁸⁷

Data ketenagakerjaan, penduduk dibagi menjadi dua yaitu penduduk usia kerja dan bukan usia kerja. Menurut hasil Survei Angkatan Kerja Nasional (sakernas) pada bulan agustus 2015 jumlah PUK tercatat sebanyak 635.148 orang yang terdiri dari 308.755 laki-laki (48,61%) dan 326.393 perempuan (51,39%). Perempuan buruh pada umumnya memiliki tingkat pendidikan rendah, bekerja disektor pekerjaan yang tidak memerlukan pendidikan tinggi, ketrampilan dan keahlian khusus, serta berupah yang rendah. Salah satu pekerjaan yang dilakukan perempuan adalah sebagai buruh pabrik rokok dengan upah yang rendah, yaitu sebagai buruh mbatil, nggiling, dan nyontong. Bekerjanya perempuan di luar rumah berarti perempuan mempunyai peran ganda yaitu bekerja di sektor domestik sebagai pengurus rumah tangga dan di sektor publik sebagai buruh pabrik rokok. Peran ganda tersebut akhirnya juga menjadikan mereka harus menyanggah beban ganda yang lebih berat. Pada akhirnya pasien hemodialisa perempuan yang sudah tidak bekerja mengandalkan nafkah yang diberikan oleh suami dan anak-anak mereka.

Terapi hemodialisis tidak hanya memberikan dampak bagi kondisi fisik pasien juga dampak secara psikologis, ekonomi dan sosial. Keadaan

ketergantungan untuk menjalani hemodialisis, meminum obat seumur hidup serta menjalani diet makanan dan pembatasan cairan sehingga mengakibatkan penyesuaian diri terhadap kondisi sakit dapat mengakibatkan terjadinya perubahan dalam kehidupan pasien. Pasien harus menyesuaikan diri dengan kondisi perubahan pada fisiknya, seperti rasa mual, menggigil, muntah, sakit kepala, susah tidur, nyeri punggung, hipotensi, gatal – gatal hingga kram.

Kondisi fisik pasien yang terbatas dapat mengakibatkan produktivitas dan aktifitas pasien menjadi terhambat, seperti hambatan melakukan aktifitas sosial. Tidak jarang, pasien harus berhenti bekerja ketika dirinya dinyatakan memiliki penyakit CKD. Tidak bekerjanya seseorang yang mengalami CKD seringkali mendapatkan masalah perekonomian. Sebagian pasien sudah tidak memiliki kemampuan untuk melakukan suatu pekerjaan karena faktor usia dan tidak mempunyai kesempatan sehingga mereka lebih fokus dalam menjalani terapi hemodialisa. Umumnya pasien yang tidak bekerja mengatakan kegiatan yang dilakukan sehari-hari hanya menonton TV, tidur, dan makan.

Kehidupan sosial pasien yang menjalani hemodialisa juga terbatas, sebagian pasien sudah tidak mengikuti kegiatan sosial seperti pengajian ibu-ibu di hari tertentu, karena mereka merasa lebih cepat lelah. Berdasarkan wawancara dengan beberapa pasien, ada yang mengatakan bahwa sebenarnya masih ingin bekerja tetapi sudah tidak mampu lagi karena kondisinya. Ada juga responden yang tidak diperbolehkan bekerja oleh keluarganya karena keluarga merasa kasihan dengan kondisi pasien jika masih tetap bekerja.

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pasien CKD yang menjalani hemodialisa paling banyak yaitu pada perempuan pada tahap usia dewasa madya yang kebanyakan merupakan lulusan SD-SMP dan tidak bekerja karena penyakit gagal ginjal kronis yang diderita. Penyakit GJK yang diderita muncul karena faktor usia dan pola hidup yang tidak baik dalam jangka waktu lama kemudian menyebabkan perubahan fisik sehingga sebagian besar kehilangan pekerjaannya.

2. Uji Homogenitas Berdasarkan Karakteristik Responden

Tabel 4.2 Hasil Uji Homogenitas Variabel Karakteristik pasien CKD yang menjalani hemodialisa Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di RS Aisyiyah dan RS Kumalasiwi Kudus Tahun 2023 (n=62)

Levene Statistic	df1	df2	P value
1.608	1	60	.210

Berdasarkan tabel 4.2 dapat disimpulkan bahwa hasil pengukuran uji homogenitas pada kelompok intervensi dan kontrol dengan menggunakan uji *levene's*, didapatkan hasil dengan nilai $p=0,210$ ($p>0,05$) maknanya menunjukkan bahwa dua kelompok data diambil dari populasi yang memiliki varians yang sama.

3. Gambaran efikasi diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol

Hasil analisis univariat efikasi diri sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi dan kontrol disajikan dalam bentuk rerata (*mean*) dan Standar Deviasi (SD) karena data terdistribusi normal dengan nilai $p > 0,05$ dan derajat kesalahan 5% (95% CI) sebagai berikut:

Tabel 4.3 Distribusi Rerata Efikasi Diri Sebelum dan Sesudah Intervensi Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di RS Aisyiyah dan RS Kumalasiwi Kudus Tahun 2023 (n=62)

Efikasi Diri	Kelompok Intervensi				Kelompok Kontrol			
	Mean	SD	Min- Max	95% CI	Mean	SD	Min- Max	95% CI
Sebelum	112,45	7,650	99-124	109,65-115,26	91,45	6,722	80-110	88,99-93,92
Sesudah	115,68	6,575	101-125	113,27-118,89	92,45	6,428	83-108	90,09-94,81

Berdasarkan tabel 4.2, rerata efikasi diri sebelum diberikan intervensi pada kelompok intervensi sebesar 112,45 dengan SD 7,650 dan kelompok kontrol sebesar 91,45 dengan SD 6,722. Nilai efikasi diri minimal 99 dan maksimal 124. Rerata efikasi diri sesudah diberikan intervensi pada kelompok intervensi sebesar 115,68 dengan SD 6,575 dan kelompok kontrol sebesar 92,45 dengan SD 6,428. Nilai efikasi diri minimal 101 dan maksimal 125.

Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata efikasi diri pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi adalah antara 109,65 sampai dengan 115,26 sedangkan pada kelompok kontrol sebelum dilakukan intervensi menunjukkan 95% diyakini efikasi diri berkisar antara 88,99 sampai 93,92. Hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata efikasi diri pada kelompok intervensi sesudah diberikan intervensi adalah 113,27 sampai dengan 118,89. Sedangkan sesudah intervensi disimpulkan bahwa 95% diyakini bahwa rata-rata efikasi diri pada kelompok kontrol sebelum diberikan intervensi adalah 90,09 sampai dengan 94,81. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan efikasi diri pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum diberikan edukasi kesehatan terstruktur dan nilai efikasi diri antara kelompok intervensi dan kontrol sesudah diberikan edukasi kesehatan terstruktur.

Adanya peningkatan rerata efikasi diri responden sebelum dan sesudah intervensi pada kelompok intervensi disebabkan karena adanya proses intervensi edukasi kesehatan terstruktur. Informasi kesehatan yang diberikan oleh peneliti sebanyak empat kali pertemuan merupakan stimulus yang mempengaruhi proses berpikir responden yang dipersepsikan dalam bentuk pengetahuan. Penelitian yang dilakukan Jalilian et al. (2014) menggambarkan efikasi diri pada klien DM tipe 2 sebelum dan sesudah diberikan program promosi edukasi manajemen diri penyakit DM tipe 2 dengan pendekatan teori *Health Belief Model*. Rerata efikasi diri pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi sebesar 19,28 dengan SD 3,8 dan kelompok kontrol sebesar 19,41 dengan SD 3,89. Rerata efikasi diri sesudah diberikan intervensi pada kelompok intervensi sebesar 21,13 dengan SD 3,01 dan kelompok kontrol sebesar 19,55 dengan SD 3,35.⁸⁸ Berdasarkan penelitian ini dapat disimpulkan bahwa rerata efikasi diri sebelum diberikan intervensi pada kelompok kontrol lebih tinggi dibandingkan kelompok intervensi. Namun rerata efikasi diri sesudah intervensi pada kelompok intervensi lebih tinggi

daripada kelompok kontrol. Hal tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa.

Penelitian Maghfiroh (2016) menggambarkan efikasi diri pada klien asma sebelum dan sesudah diberikan edukasi manajemen diri. rerata efikasi diri sebelum diberikan intervensi pada kelompok intervensi sebesar 68,59 dengan SD 8,56 dan kelompok kontrol sebesar 69,06 dengan SD 6,85. Rerata efikasi diri sesudah intervensi pada kelompok intervensi sebesar 82,06 dengan SD 4,35 dan kelompok kontrol sebesar 71,88 dengan SD 6,37. Rerata efikasi diri pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum intervensi memiliki nilai yang hampir sama. Namun, rerata efikasi diri sesudah intervensi pada kelompok intervensi lebih besar dibandingkan dengan kelompok kontrol. Gambaran tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan peneliti pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa.⁸⁹

Efikasi diri dapat diartikan sebagai kepercayaan diri individu terhadap kemampuan dalam melaksanakan perilaku sehat.³³ Efikasi diri diperlukan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisis untuk dapat melakukan manajemen diri yang baik seperti melakukan aktivitas sehari-hari dan kepatuhan terhadap pengobatan. Efikasi diri dalam teori *Health Belief Model* (HBM) berarti persepsi individu terhadap keyakinan diri dalam melakukan perilaku sehat untuk mencapai status kesehatan yang optimal. Persepsi tersebut dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, budaya, kepribadian, sosial ekonomi, pengetahuan, dan pemicu tindakan seperti edukasi kesehatan, keluarga, tenaga kesehatan, media, dan saran dari orang lain

Self-efficacy merupakan hal penting bagi penderita gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa untuk menunjang kelangsungan hidupnya. Dengan adanya *self efficacy* yang kuat, pasien CKD mampu menjalani terapi hemodialisa dengan patuh dan yakin akan hasil dari proses tersebut. Hal ini didukung dengan adanya hasil penelitian yang dilakukan oleh Wulandari et al., (2019) menunjukkan bahwa peningkatan *self efficacy* berbanding lurus dengan tingkat kepatuhan pasien dalam menjalani hemodialisa. Semakin tinggi tingkat *self efficacy* pasien, maka

tingkat kepatuhannya juga tinggi.⁹⁰ Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa efikasi diri pasien CKD yang menjalani hemodialisa pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum diberikan edukasi kesehatan terstruktur memiliki nilai yang hampir sama. Hal tersebut dapat disebabkan oleh kelompok intervensi memiliki karakteristik yang sama.

Berdasarkan umur, mayoritas pasien CKD yang menjalani hemodialisa baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol berada pada rentang usia 41-60 tahun termasuk dalam usia dewasa madya. Bandura (1997) menjelaskan bahwa usia mempengaruhi efikasi diri, semakin bertambahnya usia maka semakin memiliki waktu lebih banyak untuk belajar sosial dan pengalaman dalam mengatasi masalah sehingga memiliki efikasi diri yang lebih baik.³³

Berdasarkan jenis kelamin, mayoritas pasien CKD yang menjalani hemodialisa baik kelompok intervensi dan kontrol adalah perempuan. Perempuan terkadang tidak yakin dengan kemampuan yang dimiliki sehingga mempengaruhi efikasi diri. Beberapa bidang pekerjaan yang dilakukan oleh perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki sehingga mempengaruhi pembentukan efikasi diri³³

Berdasarkan tingkat pendidikan, mayoritas pasien CKD yang menjalani hemodialisa baik pada kelompok intervensi dan kontrol telah menyelesaikan pendidikan formal SD-SMP. Kusuma dan Hidayati (2013) menyatakan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi kemampuan pasien dalam mengelola informasi sehingga memiliki keyakinan diri untuk berperilaku sehat.⁴⁴ Tingkat pendidikan membentuk efikasi diri karena efikasi diri dapat diperoleh dari proses belajar di pendidikan formal³³. Rias (2016) menjelaskan bahwa pengetahuan pasien berhubungan dengan efikasi diri dalam membentuk perilaku manajemen diri yang baik.⁴⁶

Berdasarkan tingkat pekerjaan sebagian besar pasien CKD yang menjalani hemodialisa tidak bekerja sehingga tidak memiliki pendapatan bulanan tetap. Pasien yang menjalani hemodialisa dalam jangka waktu panjang harus menghadapi berbagai masalah, seperti finansial dan kesulitan untuk bekerja. Sebagian besar pasien CKD yang menjalani

hemodialisa mendapatkan bantuan keuangan dari keluarga atau kerabat untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dan biaya selama menjalani terapi hemodialisa dan pengobatan. Selain itu juga, beberapa bidang pekerjaan yang dikerjakan oleh laki-laki memiliki *self-efficacy* yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan.³³ Individu yang memiliki penghasilan akan memiliki keyakinan diri terhadap kemampuannya dalam mengatasi kesulitan dan tantangan dalam hidupnya .³³

Efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan pada kelompok kontrol setelah diberikan edukasi kesehatan terstruktur, padahal antara kedua kelompok tersebut memiliki karakteristik yang sama. Hal tersebut dikarenakan kelompok intervensi mendapatkan edukasi kesehatan terstruktur dengan media modul panduan pasien sedangkan kelompok kontrol mendapatkan intervensi standar dari rumah sakit dalam bentuk edukasi kesehatan dan leaflet. Pasien yang mendapatkan edukasi kesehatan terstruktur diberikan pemahaman tentang konsep penyakit CKD, konsep hemodialisa, diet pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dan beberapa latihan yang bisa dilakukan untuk mencegah masalah pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa.

Pemahaman tentang penyakit yang meningkat akan membentuk efikasi diri dalam berperilaku sehat dan kepatuhan terapi hemodialisa . Intervensi yang dilakukan mampu meningkatkan keyakinan diri pasien sehingga memiliki mekanisme coping adaptif dalam menghadapi masalah selama menjalani terapi hemodialisa. Responden pada kelompok intervensi diberi edukasi kesehatan terstruktur agar memiliki keyakinan untuk berkomunikasi dengan dokter dan perawat, mencari dukungan selama menjalani terapi hemodialisa, mengungkapkan diagnosis penyakit, dan patuh terhadap terapi hemodialisa. Perbedaan intervensi yang diberikan pada kedua kelompok yang memiliki karakteristik sama akan mempengaruhi pembentukan efikasi diri pasien CKD yang menjalani hemodialisa.

4. Uji Normalitas Data

Tabel 4.4 Uji Normalitas Variabel Efikasi Diri pasien CKD yang menjalani Hemodialisa Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di RS Aisyiyah dan RS Kumalasiwi Kudus Tahun 2023 (n=62)

No	Variabel Dependen	Nilai <i>shapiro wilk</i>
1.	Efikasi Diri	0,107

Berdasarkan tabel 4.4 didapatkan bahwa hasil pengukuran uji normalitas menggunakan *shapiro wilk* variabel efikasi diri pada kelompok intervensi dan kontrol memiliki distribusi data yang normal $p = 0,107$ ($p > 0,05$), sehingga dapat dilakukan uji *paired sample t-test*.

5. Perbedaan efikasi diri sebelum dan sesudah pemberian Edukasi kesehatan terstruktur pada kelompok intervensi dan kontrol

Berdasarkan uji homogenitas karakteristik responden didapatkan hasil varian data yang homogen dengan nilai $p > 0,05$. Hasil analisis bivariat perbedaan efikasi diri pada kelompok intervensi dan kontrol disajikan dalam bentuk rerata (*mean*), Standar Deviasi (SD), beda rerata (*Mean Different*), dan nilai p sebagai berikut :

Tabel 4.5 Analisis Perbedaan Efikasi Diri Sebelum dan Sesudah Pemberian Edukasi kesehatan terstruktur pada Kelompok Intervensi dan Kontrol di RS Aisyiyah dan RS Kumalasiwi Kudus Tahun 2023 (n=62)

Kelompok	Mean	SD	P value	N
Intervensi				
Sebelum	112,45	7,650	0,00	31
Sesudah	115,68	6,575		
Kontrol				
Sebelum	91,45	6,722	0,046	31
Sesudah	92,45	6,428		

Tabel 4.3 menjelaskan bahwa adanya peningkatan yang signifikan rerata efikasi diri sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan

terstruktur pada kelompok intervensi. Hasil analisis menggunakan *paired t-test* didapatkan bahwa nilai $p = 0,00$ ($p < 0,05$). Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang efikasi diri pada responden kelompok intervensi sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan terstruktur.

Pada kelompok kontrol menunjukkan peningkatan rerata efikasi diri sebelum dan sesudah diberikan intervensi standar dari rumah sakit dalam bentuk edukasi kesehatan dan media leaflet. Hasil analisis menggunakan *pair t-test* didapatkan bahwa nilai $p = 0,000$ ($p > 0,05$). Hal tersebut dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan efikasi diri pada responden kelompok kontrol sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan dan leaflet.

Terdapat perbedaan rerata efikasi diri sebelum dan sesudah diberikan edukasi kesehatan terstruktur pada kelompok intervensi dan kontrol. Perbedaan tersebut ditandai dengan rerata efikasi diri pada kelompok intervensi sebelum intervensi sebesar 112,45 dan sesudah intervensi sebesar 115,68. Perbedaan tersebut dinyatakan signifikan dengan nilai $p = 0,00$ ($p < 0,05$). Efikasi diri pada kelompok kontrol juga memiliki perbedaan rerata sebelum intervensi sebesar 91,45 dan sesudah intervensi sebesar 92,45. Perbedaan tersebut sangat signifikan ditandai dengan nilai $p = 0,046$ ($p > 0,05$).

Penelitian ini sejalan dengan Wahyunah (2016) yang didapatkan hasil self efficacy pada kelompok intervensi sebelum dilakukan edukasi terstruktur adalah 70,14, dan self efficacy sesudah dilakukan edukasi terstruktur adalah 80,14. Maka dapat dilihat ada peningkatan nilai self efficacy sebanyak 10 poin dan self efficacy pada kelompok kontrol sebelum dilakukan edukasi terstruktur adalah 67,06, sedangkan self efficacy sesudah dilakukan edukasi terstruktur adalah 74,25. Maka dapat dilihat ada peningkatan nilai self efficacy sebanyak 7,19 poin. Hasil uji statistik variabel self efficacy pada kelompok kontrol di dapatkan rata-rata nilai self efficacy sebelum dilakukan pemberian edukasi terstruktur sebesar 67,06 poin, dan setelah dilakukan edukasi terstruktur diperoleh

rata-rata nilai self efficacy sebesar 74,25 poin. Berdasarkan hasil tersebut terdapat perbedaan poin antara sebelum dan sesudah dilakukan edukasi terstruktur sebesar 7,19 poin. Hasil analisis menggunakan paired ttest didapatkan p value 0,03 sehingga membuktikan bahwa pemberian edukasi terstruktur meningkatkan kemampuan yang bermakna dalam keyakinan diri pasien untuk mengontrol intake cairan antar waktu dialisis.¹⁷

Penelitian yang sejalan juga dilakukan Fermata Sari, Raveinal, Esi Apriyanti (2020) Pada Pasien Hemodialisis didapatkan hasil bahwa pemberian edukasi berdasarkan teori efikasi diri memiliki dampak yang baik dalam peningkatan kepatuhan pasien hemodialisis. Hasil penelitian didapatkan perbedaan sebelum dan sesudah diberikan intervensi pada kepatuhan pembatasan cairan ($p\text{-value} = 0,000$), dan IDWG ($p\text{-value} = 0,00$).⁵⁵

Kepatuhan pasien CKD yang menjalani hemodialisa dipengaruhi oleh beberapa faktor salah satunya adalah efikasi diri, efikasi diri yaitu kemampuan diri pasien dalam melaksanakan diet dan terapi untuk mencapai hasil yang diinginkan individu dalam menghadapi kondisinya. Agar kesembuhan pasien terwujud, perlu penerapan efikasi diri dalam melaksanakan diet kepatuhan pembatasan intake cairan. Semakin tinggi *self-efficacy* maka semakin patuh seseorang dalam menjalani terapi hemodialisa. Hemodialisis berlangsung seumur hidup, orang yang menjalani terapi hemodialisa mereka mengalami perubahan fisik dan psikis. Kepercayaan diri pasien maka diperlukan efikasi diri dalam diri pasien itu sendiri.

Perbedaan nilai pada kelompok intervensi dan kontrol disebabkan oleh perbedaan intervensi yang diberikan kepada kelompok intervensi dan kontrol. Kelompok intervensi mendapatkan edukasi kesehatan terstruktur dengan pendekatan teori *Health Belief Model* sebanyak 4 sesi dengan 6 materi dapat menjadi pemicu munculnya perilaku sehat dan patuh terhadap terapi dan mengelola penyakitnya. Penggunaan media dan modul panduan pasien yang diberikan kepada kelompok intervensi juga memberikan gambaran yang lebih jelas dan aplikatif tentang penyakit CKD dan

hemodialisa serta beberapa latihan yang dapat diaplikasikan di rumah secara mandiri dengan pendampingan keluarga sehingga memicu perilaku sehat pada kelompok intervensi dibandingkan media leaflet dari rumah sakit yang diberikan kepada kelompok kontrol yang hanya berupa tulisan dan gambar yang harus dipahami sendiri oleh pasien CKD yang menjalani hemodialisa.

Kedua kelompok baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol mempunyai perbedaan yang bermakna efikasi diri antara sebelum dan sesudah intervensi. Namun, perbedaan rerata pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini berkaitan dengan intervensi edukasi kesehatan terstruktur yang diberikan kepada kelompok intervensi, dimana edukasi kesehatan pada kelompok intervensi memberikan intensitas pertemuan yang lebih sering dibandingkan dengan kelompok kontrol. Setiap kali pertemuan, responden mendapatkan pengetahuan baru yang kemudian di evaluasi di akhir sesi. pada pertemuan selanjutnya akan divalidasi mengenai pengetahuan yang sudah didapatkan di pertemuan sebelumnya. Dengan peningkatan pengetahuan responden, perlahan-lahan persepsi negatif akan berubah ke arah positif. Persepsi dapat diubah melalui peningkatan pengetahuan dengan edukasi kesehatan. Artinya semakin sering pasien terpapar informasi, semakin berkurang persepsi negatifnya dan berubah ke persepsi positif.

Terdapat perbedaan pendekatan yang diberikan antara pemberian edukasi kesehatan terstruktur dengan intervensi edukasi kesehatan pada klien penyakit kronis lainnya. Pemberian edukasi merupakan sumber efikasi persuasi sosial, dimana penyampaian informasi yang disampaikan secara verbal oleh seseorang yang berpengaruh biasanya digunakan untuk meyakinkan seseorang bahwa mampu melakukan suatu tugas dengan baik.³³ Proses edukasi dalam bentuk afektif dan proses motivasi untuk mempraktekkannya. Intervensi yang dilakukan peneliti tidak hanya sebatas pemberian materi sekali pertemuan tentang penyakit CKD , akan tetapi

pemberian intervensi ini dilakukan terstruktur yaitu berurutan sesuai dengan 6 komponen teori HBM.

Perawat sebagai *educator* dalam hal ini juga memperhatikan beberapa aspek yang ada di pasien. Aspek-aspek tersebut antara lain tetap memperhatikan kondisi pasien dan memperbolehkan pasien didampingi keluarga pasien saat diberikan intervensi selama terapi hemodialisa berlangsung. Sehingga, pasien CKD merasa diperhatikan dan mendapatkan dukungan dari keluarga. Perawat di unit hemodialisa hampir 4-5 jam sehari melakukan pelayanan ke pasien, yang dimulai dari assesmen awal sebelum dipasang alat untuk hemodialisa sampai dengan persiapan pulang setelah menjalani hemodialisa juga secara tidak langsung telah memberikan edukasi ke pasien. Perawat harus memiliki pengetahuan yang baik, cara komunikasi terapeutik dan selalu menunjukkan sikap empati dan *caring* sehingga dengan mudah membuat pasien percaya kemudian merubah persepsi tentang penyakitnya. Perawat juga disediakan fasilitas leaflet dari rumah sakit sekaligus diberikan modul dari peneliti untuk menambah penguatan materi yang akan digunakan untuk edukasi kesehatan kepada pasien.

Pasien CKD yang sudah menjalani terapi hemodialisa lebih lama akan memiliki efikasi diri yg baik dibandingkan dengan pasien hemodialisa awal yang belum bisa menerima keadaan dan memiliki keyakinan diri yang baik. penelitian Asmarani (2012) didapatkan hasil bahwa pasien CKD dengan hemodialisa jangka panjang, mereka telah berada pada tahap resolusi sehingga sudah terbiasa dan mulai dapat menerima kenyataan serta dapat menerapkan coping adaptif.

. Intervensi Setelah perilaku terbentuk diharapkan pasien bisa patuh menjalani hemodialisanya sekaligus patuh terhadap diet dan pembatasan cairan. Keyakinan diri dapat meningkatkan kemampuan diri dalam mengelola sendiri penyakit kronis, seseorang lebih cenderung terlibat dalam kepatuhan, sehingga hasil kesehatan cenderung membaik dan dapat meningkatkan kualitas hidup. Bandura (1997) berpendapat bahwa tinggi rendahnya efikasi diri seseorang dalam tiap tugas sangat bervariasi. Hal ini

disebabkan oleh adanya beberapa faktor yang berpengaruh dalam mempersepsikan kemampuan diri individu. Beberapa faktor yang mempengaruhi efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa di RS Aisyiyah dan Kumalasiwi Kudus antara lain adalah Usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan dan pengalaman dari pasien itu sendiri.

6. Pengaruh Edukasi kesehatan Terstruktur terhadap efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa

Hasil analisis bivariat pengaruh edukasi kesehatan terstruktur terhadap efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa disajikan dalam bentuk rerata (*mean*), Standar Deviasi (SD), dan nilai p sebagai berikut :

Tabel 4.6 Analisis Pengaruh Edukasi kesehatan Terstruktur terhadap efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa antara kelompok Intervensi dan kontrol di RS Aisyiyah dan RS Kumalasiwi Kudus Tahun 2023 (n=62)

Kelompok	Mean	SD	Nilai p
Intervensi	115,68	6,575	0,000
Kontrol	92,45	6,428	

Berdasarkan tabel 4.4 didapatkan bahwa rerata efikasi diri pada responden kelompok intervensi sesudah diberikan edukasi kesehatan terstruktur dengan media modul panduan pasien adalah 115,68 dengan SD 6,575 . Pada responden kelompok kontrol sesudah diberikan intervensi standar dari rumah sakit dalam bentuk edukasi kesehatan dan leaflet adalah 92,45 dengan SD 6,729. Hasil analisis menggunakan *independent t-test* didapatkan bahwa adanya pengaruh yang signifikan edukasi kesehatan terstruktur terhadap efikasi diri pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,005$).

Terdapat perbedaan pengaruh intervensi yang diberikan kepada kelompok intervensi dalam bentuk diberikan edukasi kesehatan terstruktur dengan pemberian modul panduan pasien dan intervensi standar dari

rumah sakit dalam bentuk edukasi kesehatan dengan leaflet pada kelompok kontrol terhadap efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa. Rerata efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa pada kelompok intervensi sesudah intervensi sebesar 115,68 dengan standar deviasi 6,575 lebih besar dibandingkan kelompok kontrol sesudah intervensi sebesar 92,45 dengan standar deviasi 6,428 Terdapat pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dengan nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$).

Penelitian yang dilakukan oleh Ying wang (2017) menunjukkan adanya peningkatan nilai HBM dan efikasi diri pada kelompok intervensi yang dilakukan selama 3 bulan. Instrumen yang digunakan Peneliti merupakan instrument yang disusun oleh peneliti sendiri yang bernama HBS (*Health Belief Scale*) dan *Self-efficacy scale* yang terdiri dari 35 item, pertanyaan yang diukur nilai secara kualitatif dengan poin skala *likert*.¹⁵ Penelitian ini sejalan dengan penelitian Fatemeh attari (2018) melakukan edukasi berbasis HBM terhadap 60 responden dengan *peritoneal dialysis*, pemberian edukasi ini dilakukan selama 2 bulan dan menemukan adanya peningkatan setiap variabel penelitian (Komponen HBM), hasil ini dengan melihat nilai *post-test* antara grup intervensi dan grup kontrol dengan signifikansi peningkatan ($p < 0.05$).

Peningkatan rerata nilai efikasi diri yang bermakna pada kelompok intervensi dalam penelitian ini dipengaruhi oleh pemberian intervensi edukasi kesehatan terstruktur. Dalam proses edukasi terdapat proses pembelajaran yang memfasilitasi pertukaran informasi dan penambahan pengetahuan. Pasien CKD dengan hemodialisa merupakan penyakit *long terminal*, jadi tetap harus memperhatikan aspek kemanusiaanya, dalam hal ini peneliti dihubungkan dengan teori humanistik.

Peningkatan rerata efikasi diri dalam kepatuhan menjalani terapi hemodialisa responden berhubungan dengan peningkatan pengetahuan berdasarkan kognitif (sumber informasi), perasaan, dan perilaku sebelumnya. Penelitian yang dilakukan Khunti, et al. (2012) tentang

edukasi kesehatan terstruktur terhadap klien DM tipe 2 dengan kelompok kontrol yang menerima edukasi kesehatan biasa. Intervensi edukasi kesehatan diberikan selama 6 jam dalam satu hari penuh atau dua hari dengan jumlah waktu yang sama. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa edukasi kesehatan terstruktur lebih signifikan dalam mempengaruhi keyakinan dan kesiapan tentang penyakit berkaitan dengan interval dan waktu kontak program yang lebih lama. Hal ini sejalan dengan penelitian ini, dimana kelompok intervensi diberikan edukasi kesehatan terstruktur dengan waktu pertemuan lebih lama dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya diberi edukasi kesehatan selama 30 menit. Dapat disimpulkan bahwa interval dan waktu pertemuan edukasi kesehatan berpengaruh terhadap efikasi diri dalam kepatuhan pasien CKD yang menjalani hemodialisa.

Penelitian yang dilakukan Wulandari (2019) menunjukkan semakin baik *self efficacy* yang dimiliki pasien semakin patuh dalam menjalani hemodialisa. Kurangnya *Self Efficacy* yang dimiliki pasien memiliki kecenderungan harga diri rendah⁹⁰. Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Yayan K (2021) tentang Efektifitas Pendidikan Kesehatan Berbasis *Health Belief Model* Terhadap Penyakit Kronis seperti CKD, COPD menunjukan bahwa edukasi HBM mampu memberikan perubahan baik pada aspek fisiologis, psikologis dan kecakapan hidup seseorang pada penyakit kronis .¹⁷ Penelitian yang dilakukan White *et al*, (2016) menyatakan bahwa intervensi berbasis edukasi yang diterapkan pada setiap aspek kognitif seseorang dapat secara signifikan berefek positif terhadap perubahan perilaku.⁶²

Pelayanan keperawatan di rumah sakit merupakan salah satu pelayanan utama yang memiliki daya ungkit terbesar terhadap mutu pelayanan dan citra rumah sakit. Perawat memiliki interaksi yang paling luas dengan pasien, karena keterlibatannya pada hampir seluruh aktivitas pelayanan di rumah sakit. Kontak keakraban dalam aktivitas perawatan adalah elemen utama keunikan pelayanan keperawatan yang senantiasa di persiapkan dan menjadi pengalaman berharga bagi pasien yang

menentukan kualitas. Perawat sebagai *educator* memiliki peran yang sangat penting dalam pemberian edukasi kesehatan .

Perawat sebagai *educator* dilatih terlebih dahulu untuk bisa melaksanakan edukasi kesehatan terstruktur pendekatan HBM ini secara komunikatif dan menarik perhatian responden Empat prinsip digunakan oleh perawat *educator* dalam menghadapi responden, meliputi: menyebut nama responden berulang (untuk menghargai responden dan membuat responden merasa menjadi orang yang penting dalam pelaksanaan edukasi ini), tersenyum, selalu menanyakan kepada responden apakah yang disampaikan oleh perawat edukator dapat dimengerti (di setiap poin bahasan), dan memberikan pujian saat responden memperlihatkan antusiasme dan ekspresi memahami materi yang disampaikan.

Pemberian edukasi kesehatan terstruktur yang dilakukan juga menggunakan pendekatan-pendekatan sisi humanistik yang dimiliki oleh pasien, Manusia dipandang sebagai makhluk yang holistik, istimewa, dinamis, sadar, dan multidimensi, mampu berpikir abstrak, kreatif, mampu bertanggung jawab. Beberapa sisi yang dipakai dalam pemberian intervensi edukasi kesehatan terstruktur adalah penggunaan bahasa yang mudah dipahami dan dimengerti oleh pasien, sikap empati dan kepedulian sehingga pasien merasa nyaman dan tertarik ketika diberi intervensi. Pola komunikasi yang digunakan juga interaktif dan tidak membuat pasien merasa bosan.

Edukasi merupakan proses interaktif yang mendorong terjadinya pembelajaran, dan pembelajaran merupakan upaya penambahan pengetahuan baru, sikap, dan keterampilan melalui penguatan praktik dan pengalaman tertentu . Edukasi merupakan suatu upaya untuk memberikan informasi yang diharapkan meningkatkan pengetahuan pasien dan akan meningkatkan *self-efficacy* pasien. Selanjutnya dengan *self-efficacy* yang baik akan mampu meningkatkan aktifitas latihan pasien pada postoperasi. Hal ini bisa terjadi karena *Self-efficacy* merupakan mediator antara pengetahuan dan tindakan. . Melalui beberapa penelitian, kerangka *self-efficacy* telah muncul sebagai model untuk menjelaskan dan mediasi

perubahan perilaku yang dinamis, termasuk perilaku yang berkaitan dengan mengelola kondisi kesehatan kronis dan mempromosikan gaya hidup sehat. Sehingga diharapkan dengan *self-efficacy* yang baik pasien lebih percaya diri dalam melakukan latihan pemulihan dan melakukan aktivitas hidupnya.³³

Intervensi edukasi kesehatan terstruktur diberikan berdasarkan pendekatan teori *Health Belief Model* (HBM). Teori HBM merupakan model konseptual untuk mengidentifikasi persepsi individu tentang penerimaannya terhadap kesehatan. Persepsi tersebut dinilai dari keinginan individu untuk menghindari kesakitan dan usaha yang ditunjukkan untuk menghindari kesakitan tersebut melalui perilaku sehat. Intervensi edukasi kesehatan terstruktur pada teori HBM termasuk dalam pemicu tindakan yang dapat memodifikasi persepsi individu tentang keyakinan diri terhadap kemampuan untuk berperilaku sehat dan patuh terhadap pengobatan. Luaran dari perilaku tersebut adalah pencapaian status kesehatan fisik yang optimal.

Edukasi berbasis HBM memiliki strategi bagaimana cara menyentuh kognitif seseorang yang terkandung pada setiap konstruk persepsi didalamnya (*construct perceived*), hal ini bermakna bahwa setiap konstruksinya akan membuat respondennya akan disematkan sebuah gambaran diri (*self image*) tertentu sehingga akan timbul inisiatif mendalam pada diri responden untuk mengubah perilakunya sesuai dengan bagaimana yang diinginkan oleh pemberi edukasi.

Pasien hemodialisa yang memiliki persepsi keseriusan yang baik, memiliki penerimaan diri yang baik. Pasien tau bahwa penyakit gagal ginjal kronis adalah penyakit yang serius. Sehingga perlu dilakukan terapi sesuai jadwal, agar tidak memperparah kondisi ginjalnya. Pemikiran yang realistis dan ada tidaknya identifikasi seseorang masuk dalam persepsi keseriusan. Pasien hemodialisa dengan persepsi kerentanan yang baik, akan merasa bahwa sangat penting mematuhi instruksi dokter terkait penyakitnya. Mengerti bahwa dirinya rentan tanpa adanya rasa minder, akan meningkatkan kepatuhan regimen medis. Adanya pemahaman

tentang diri sendiri, pola asuh masa kecil dan perspektif diri masuk dalam persepsi kerentanan.

Pasien gagal ginjal tidak mudah dan membutuhkan proses dan waktu untuk menerima keadaan dirinya yang menderita gagal ginjal. Keterbatasan penyandang gagal ginjal dalam segi fisik membuat mereka terbatas dalam melakukan aktivitas yang berhubungan dengan diri sendiri maupun aktivitas sosial. Hal tersebut tergantung dari kondisi fisik yang masih mampu dicapai. Nantinya mempengaruhi dimensi otonomi dan penguasaan lingkungan yang mereka lakukan. Pasien gagal ginjal akan mengarahkan aktivitasnya untuk tujuan hidup ketika mereka yakin mereka mampu mencapainya dan sebaliknya. Dengan keyakinan itu pula penyandang gagal ginjal dapat mengembangkan diri mereka secara personal .

Edukasi kesehatan terstruktur dengan pendekatan teori HBM dan aspek humanisme atau kemanusiaan pasien yang dilakukan peneliti merupakan proses menyampaikan informasi melalui edukasi kesehatan terstruktur yang dilakukan secara sistematis , urut, dan terperinci serta menanamkan keyakinan pada pasien yang akhirnya akan terbentuk suatu persepsi individu. Edukasi kesehatan terstruktur membutuhkan suatu pendekatan yang tepat untuk menyentuh ranah kesadaran pasien sehingga akan patuh menjalani terapi hemodialisanya.

7. Keterbatasan Penelitian

Proses edukasi kesehatan terstruktur yang sudah dilakukan peneliti yang diberikan dalam 4 kali pertemuan dengan 6 materi sesuai komponen dalam teori *health belief model*. Peran peneliti yang berfungsi sebagai *educator* dalam penelitian ini sangat mempengaruhi hasil penelitian. Selama proses penelitian, peneliti dibantu oleh 2 orang fasilitator. Hambatan selama proses penelitian berupa waktu penelitian yang lebih lama dari jadwal yang sudah ditentukan. Upaya yang dilakukan Peneliti dalam mengantisipasi hambatan yang sekiranya ada antara lain; sebelum melakukan edukasi, peneliti sudah melakukan uji coba terhadap kemampuan fasilitator dalam memberikan edukasi kepada pasien termasuk informasi tentang CKD dan hemodialisa. Hambatan pada fasilitator yang paling sering terjadi dalam pemberian edukasi pasien CKD adalah kurang percaya diri. Mereka merasa bahwa mereka memiliki belum punya kemampuan yang memadai dalam menjelaskan penyakit ginjal. Perawat yang sudah dipilih menjadi fasilitator harus tetap bekerja sesuai tugasnya masing-masing disamping diberikan tugas tambahan sebagai fasilitator. Rumah sakit tempat penelitian ini dilakukan juga belum memiliki perawat khusus yang menjadi *educator*. Hal ini berkaitan dengan insentif dari Rumah sakit yang akan diberikan kepada perawat sebagai *educator*.

8. Implikasi Keperawatan

Edukasi kesehatan terstruktur ini efektif menggunakan media dan metode yang menarik. Waktu yang digunakan juga efisien karena edukasi kesehatan terstruktur berlangsung dalam 4 pertemuan dengan 6 materi selama 60-90 menit, disertai pre dan post test serta evaluasi setiap selesai untuk per sesinya. Edukasi kesehatan terstruktur sudah terbukti dapat meningkatkan efikasi diri dalam kepatuhan pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa. Salah satu strategi intervensi yang dilakukan yaitu dengan melakukan pemberian edukasi kesehatan terstruktur dengan menggunakan pendekatan aspek kemanusiaan pasien. Edukasi kesehatan

terstruktur ini juga tidak dipungut biaya apapun karena masing-masing pasien nantinya akan mendapatkan 1 modul untuk dibawa pulang kerumah setelah selesai dilakukan *post test* terakhir.

Beberapa bentuk latihan juga dimasukkan ke dalam modul sebagai inovasi terkini berupa edukasi kesehatan yang lebih inovatif. Untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap keyakinan pasien. Peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian dengan, mengikutsertakan keluarga terkait dukungan keluarga dan penggunaan media edukasi kesehatan terstruktur lainnya seperti lembar balik dan video. Peran perawat sebagai *educator* dapat diaplikasikan dengan pemberian edukasi kesehatan terstruktur. Intervensi ini dapat diintegrasikan pada program pelayanan terapi hemodialisa di Unit hemodialisa. Perawat tidak hanya memberikan edukasi kesehatan secara lisan namun tetap memperhatikan aspek-aspek kemanusiaan karena pasien CKD yang menjalani hemodialisa merupakan kasus *long terminal*.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Kesimpulan dari hasil penelitian yang telah dilakukan sebagai berikut:

- 1) Hasil Karakteristik responden didapatkan hasil bahwa sebagian sebagian besar pasien CKD yang menjalani hemodialisa berusia 41-60 tahun yang merupakan usia dewasa madya, sebagian besar berjenis kelamin perempuan, sebagian besar merupakan lulusan sekolah SD-SMP dan sebagian besar tidak bekerja.
- 2) Nilai rerata efikasi diri sebelum intervensi antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki nilai berbeda, namun rerata efikasi diri sesudah intervensi pada kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan kelompok kontrol. Nilai rerata efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa pada kelompok intervensi sebelum diberikan intervensi edukasi kesehatan struktur memiliki nilai 112,45 dengan SD 7,650 kemudian meningkat setelah diberikan intervensi edukasi kesehatan struktur menjadi 115,68 dengan SD 6,575 ($P = 0.000$). Nilai rerata efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa pada kelompok kontrol sebelum diberikan intervensi edukasi kesehatan struktur memiliki nilai 91,45 dengan SD 6,772 kemudian meningkat setelah diberikan intervensi edukasi kesehatan struktur menjadi 92,45 dengan SD 6,428 ($P = 0.046$).
- 3) Terdapat perbedaan yang bermakna efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa sebelum dan sesudah intervensi. Hasil analisis menggunakan *paired t-test* didapatkan bahwa nilai $p = 0,046$ ($p < 0,05$) pada responden kelompok intervensi dan nilai $p = 0,000$ ($p > 0,05$) pada kelompok kontrol.
- 4) Edukasi kesehatan terstruktur berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan efikasi diri pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa dengan ($p\ value = 0,000 < 0,05$)

B. Saran

1) Bagi perawat atau tim kesehatan lainnya

Perawat agar dapat meningkatkan pemahaman tentang edukasi kesehatan terstruktur dengan pendekatan *Health belief model* sesuai kebutuhan pasien serta dijadikan panduan bagi perawat di unit hemodialisa dalam bentuk edukasi kesehatan terstruktur yang lebih sistematis, sehingga dapat membantu pasien meningkatkan keyakinan diri dan kepatuhan dalam menjalani hemodialisa. Edukasi perlu dilakukan dengan memperbanyak metode dan media yang digunakan sehingga pasien akan lebih tertarik dan diharapkan mampu meningkatkan mutu pelayanan pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas.

2) Bagi Rumah Sakit atau Pusat Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit agar menyediakan fasilitas untuk pelaksanaan edukasi kesehatan terstruktur sehingga perawat pelaksana yang akan memberikan edukasi kesehatan terstruktur dapat lebih maksimal lagi serta dijadikan sebagai bahan kajian lembaga pelayanan kesehatan dalam upaya mengelola dan mengambil kebijakan mengenai edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD.

3) Bagi Universitas Karya Husada Semarang

Penelitian ini dapat menjadi bahan referensi, menambah informasi dan studi literatur mahasiswa khususnya tentang model edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD.

4) Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar untuk mengembangkan variabel-variabel lain dari efikasi diri untuk dijadikan penelitian lain sampai ke tahap uji multivariat. Instrumen efikasi diri dapat digunakan oleh peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian serupa karena instrumen tersebut telah teruji validitas dan reliabilitasnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes RI. (2018). Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
2. Bare BG., Smeltzer SC (2010). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta :EGC.
3. World Health Organization. Chronic Kidney Disease, 2019. World Health Organization, 2019
4. Carrero,J.J.,Hecking.M.,Chesnaye,N.C.,and Jager,K.J.,2018.Sex and Gender Disparities in the Epidemiology and Outcomes of Chronic Kidney Disease. *Nature Reviews Nephrology*, [e-Journal] 13 (7),993-1001.
5. PERNEFRI. 2017. 10th Report of Indonesian Renal Registry 2017
6. PERNEFRI. 11th Report of Indonesian Renal Registry 2018. *Irr.* 2018;1–46
7. Pranandari, R., & Supadmi, W. (2015). Faktor Risiko Gagal Ginjal Kronik Di Unit Hemodialisis Rsud Wates. *Majalah Farmaseutik*, 11(2), 316–320.
8. Rostanti, A., Bawotong, J., & Onibala, F. (2016). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan menjalani terapi hemodialisa pada penyakit ginjal kronik di ruangan dahlia dan melati RSUP Prof. Dr. R. D Kandou Manado [Factors related to adherence to hemodialysis therapy for chronic kidney disease in the Dahlia and Melati rooms of Prof. Dr. R. D. Kandou Central Genaeral Hospital Manado]. *Journal Keperawatan*, 4(2), 1–6.
9. Guerra, VG (2020). Faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup dan kepatuhan dialisis. [Disertasi doktoral, The University of Texas Rio Grande Valley]. Edinburgh.
10. Gokoel, S., Gombert-Handoko, KB, Zwart, TC, van der Boog, P., Moes, D., & de Fijter, JW (2020). Pengobatan ketidakpatuhan setelah transplantasi ginjal: Penilaian kritis dan tinjauan sistematis. *Ulasan Transplantasi (Orlando, Fla.)*, 34(1), 100511
11. Sukarwanto, & M., P. G. (2014). Faktor perilaku dengan kepatuhan menjalani hemodialisa teori Lawrence Green [Behavioral factors compliance of hemodialisa based LawrenceGreen theory]. *Journals of Ners Community*, 5(1), 63–69.
12. Tzanakaki E, Boudouri V, Stavropoula A, Stylianou K, Rovithis M, Zidianakis Z. Causes and complication of chronic kydney desease in pasien on dialysis. *Heal. Sci. J.* 2014.
13. Atyanta, A., Hanum, F., & Amurwaningsih, M. (2015). Hubungan Tingkat. Pengetahuan Ibu Tentang Karies dan Peran Ibu Karies Dan Peran Ibu Dalam Mencegah Karies Pada Anak Tunagrahita (Studi Terhadap Orang Tua Dari Anak Tunagrahita Slb Negeri Semarang)
14. Rahman, M. T. S. A., Kaunang, T. M. D., Elim, C. (2016). Hubungan Antara LamaMenjalani Hemodialisis Dengan Kualitas Hidup Pasien Yang Menjalani Hemodialisis Di Unit Melodialisis RSUP. Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *Jurnal e-Clinic (e-Cl)*, 2(1). Pp 36-40
15. Ying W (2017) Effect of a Health Belief Model-based Nursing Intervention on Chinese Patients with Moderate to Severe Chronic

- Obstructive Pulmonary Disease: a Randomized Controlled Trial. *J Clin Nurs*. 2013;23:1342-1353. doi:10.1111/jocn.12394
16. Wayunah, Saefulloh, Wiwin. 2016. Penerapan Edukasi Terstruktur Meningkatkan Self Efficacy Dan Menurunkan IDWG Pasien Hemodialisa Di RSUD Indramayu. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. Vol.2 No. 1
 17. Yayan Kurniawa, Sutri Yani (2021). Efektifitas Pendidikan Kesehatan Berbasis *Health Belief Model* Terhadap Penyakit Kronis: A Systematic Review
 18. Fatimeh (2018) The Effect of Health Belief Model Based Training on Behaviours Preventing Peritonitis in Patients on Peritoneal Dialysis. *International Journal of Preventif Medicine* vol 9: 1-7. Isfan University, Isfan, Iran
 19. Hapsari, Raditya W, 2013. Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator Dengan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Aman Pada Pasiendi Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum dr.H. Koesnadi Bondowoso. Jember. Skripsi Program studi Ilmu Keperawatan Jember.
 20. Smeltzer and Bare, (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*, Jakarta : EGC
 21. Becherucci F, Roperto RM, Materassi M, Romagnani P. 2016. Chronic Kidney Disease in Children. *Clinical Kidney Journal*, vol.9, no.4, 583-591.
 22. Biljak, V. R. et al. (2017) 'The role of laboratory testing in detection and classification of chronic kidney disease: national recommendations', *Biochemia Medica*, 27(1), pp. 153–176
 23. Susianti, H. (2019). *Memahami Interpretasi Pemeriksaan Laboratorium Penyakit Gagal Ginjal Kronis*. UB Press.
 24. Zuliani, Z., Malinti, E., Faridah, U., Sinaga, R. R., Rahmi, U., Malisa, N., Mandias, R., Frisca, S., Matongka, Y. H., Suwanto, T., & others. (2021). *Gangguan Pada Sistem Perkemihan*. Yayasan Kita Menulis.
 25. Dwi Nurbadriyah, W. 2021. *Asuhan Keperawatan Penyakit Ginjal Kronis Dengan Pendekatan 3s (Sdki, Slki, Siki)*. Malang: Literasi Nusantara.
 26. Brunner & Suddarth, (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 volume 2*. Jakarta EGC
 27. Pardede. *Gangguan gastrointestinal pada penyakit ginjal kronis*. *CDK* - 195. 2012;39(7): 501-7.
 28. Nuari, N. A., & Widayati, D. (2017). *Gangguan pada Sistem Perkemihan dan Penatalaksanaan Keperawatan*. Yogyakarta: Deepublisher.
 29. Wahyuni, A., Lawati, U. Z., & Gusti, E. (2019). Korelasi Lama Menjalani Hemodialisa Dengan Pruritus Pada Pasien Hemodialisa. *Jurnal Endurance*, 4(1), 117. <https://doi.org/10.22216/Jen.V4i1.3845>
 30. Anita, D. C., & Novitasari, D. (2017). Kepatuhan Pembatasan Asupan Cairan Terhadap Lama Menjalani Hemodialisa. In *Prosiding Seminar Nasional & Internasional (Vol. 1, No. 1)*. 2014
 31. Bayhakki, Hasneli Y (2017). Hubungan Lama Menjalani Hemodialisis dengan Interdialytic Weight Gain (IDWG) pada Pasien Hemodialisis. *JKP*– Vol. 5 No. 3 Desember 2017: 242-248
 32. Agarwal, R., Alborzi, P., Satyan, S., & Light, R. P. (2010). Dry-weight reduction in hypertensive hemodialysis patients (DRIP): A randomized

- controlled trial, 53(3), 500–507.
<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.108.125674>. Dry-weight
33. Bandura A. Self-efficacy the exercise of control. Newyork: W.H. Freeman and Company; 1997. 610 p
 34. Bulechek, G. M. et al. (2013) Nursing Intervention Classification (NIC). 6th edn. Jakarta: Elsevier
 35. Seyyedrasooli A, Parvan K, Valizadeh L, Rahmani A, Zare M, Izadi T. Self-efficacy in foot-care and effect of training: a single-blinded randomized controlled clinical trial. *Int. J. community based Nurs. Midwifery*. 2015;3(2):141–9.
 36. Umeh K, Jones L. Mutually Dependent Health Beliefs Associated With Breast Self-examination in British Female University Students. *Journal of American College Health*. 2010;59(2):126-131.
 37. Janz, N.K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Dekade Later. *Health Education Quartely*, Vol 11 (1), 1-47.
 38. Hodges CB. Self-Efficacy in instructional technology contexts. Switzerlan: Springer; 2018.
 39. Maulana I , Shalahuddin I Hermawaty T. Faktor Yang Berhubungan dengan Tingkat Depresi pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Tindakan Hemodialisa . *Holistik J Kasehat*, 2020;14(1): (101)-9
 40. Mellisyah Arrianti, “Keyakinan Diri (Self Efficacy) dan Intensi Perilaku Mencontek Pada Saat Ujian(Studi Kasus Pada Sekelompok Mahasiswa Jurusan BPI)”, Skripsi, (Palembang : Universitas Islam Negeri Raden Fatah Palembang, 2017), h. 31-34.
 41. Kusuma, H. & Hidayati, W. (2013). Hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pada pasien diabetes mellitus tipe 2 di persadia salatiga. *Jurnal Keperawatan Medikal bedah*. 1 (2) : 132-141.
 42. Herawati, E., Purwanti, O.S. & Teguh, S. (2015). Hubungan antara pengetahuan dengan efikasi diri penderita tuberkulosis paru di balai kesehatan paru masyarakat Surakarta.
 43. Rias, Y.A. (2016). Hubungan pengetahuan dan keyakinan dengan efikasi diri penyandang diabetic foot ulcer. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*. 1(1) : 13-17.
 44. Susiyanti. 2016. Pengaruh Edukasi Terstruktur Terhadap Pemilihan Kontrasepsi Pada Ibu Menyusui 0-6 Bulan. *Jurnal Keperawatan dan Kebidanan*
 45. Badan Pengembangan dan Pembinaan Bahasa, Kemendikbud RI. 2016: KBBI daring, <http://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/massa>, (accesed November 22, 2016)
 46. Atyanti Isworo, dkk. 2017. Edukasi Terstruktur Untuk Meningkatkan Perilaku Dukungan Keluarga Pasien Diabetes. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*. Vol. X No. 2
 47. Mardhiah Ainal, Asnawi , dan Hermansyah. 2015. Pendidikan Kesehatan Dalam Peningkatan Pengetahuan, Sikap Dan Keterampilan Keluarga Dengan Hipertensi - Pilot Study. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. ISSN: 2338-6371
 48. Bastami Fatemeh, Firoozeh & Akbar. 2015. Effect Of Educational Intervention On Knowledge, Perceived Benefits, Barriers And

- Self-Efficacy Regarding AIDS Preventive Behaviors Among Drug Addicts. *Journal of Education and Health Promotion*
49. Notoatmodjo, S. *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. (Rineka Cipta, 2007).
 50. Stanhope, M., & Lancaster. J. (2016). *Public health nursing: Population-centered health care in the community*. 9 th ed. St. Louis: Mosby Elsevier
 51. Nies, M. A., & McEwen, M. (2015). *Community/Public health nursing: Promoting the health of population*, 6th ed. Canada: Saunder Elsevier
 52. Zderad, L. T. (1978). From here-and-now to theory: Reflections on "how". In *Theory development: What, why, how* (pp. 35-48). *New York: National League for Nursing*.
 53. Fermata Sari, Raveinal, Esi Apriyanti (2020) Pengaruh Edukasi Berdasarkan Teori Efikasi Diri Terhadap Kepatuhan Pembatasan Cairan dan *Interdialytic Weight Gain* (IDWG) Pada Pasien Hemodialisis. *Jurnal Penelitian Kesehatan* .Vol 11 (2020): Nomor Khusus November-Desember 2020.
 54. Estin Yuliasuti, Suhartini (2018) Pemberian Pendidikan Manajemen Pembatasan Cairan pada Gangguan Perfusi Ginjal untuk Meningkatkan Efikasi Diri Pasien dan Keluarga
 55. Ramezani T, Sharifirad G, Gharlipour Z, Mohebi S. Effect of Educational Intervention Based on Selfefficacy Theory on Adherence to Dietary and Fluids-intake Restriction in Hemodialysis Patients. *Heal. Educ. Heal. Promot.* 2019;6(1):31–38.
 56. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education*
 57. A Potter, & Perry, A. G. 2009. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*, edisi 2, Volume.2. Jakarta: EGC
 58. Lailatushifah, S.N.F. (2012). Kepatuhan pasien yang menderita penyakit kronis dalam mengonsumsi obat harian. *Jurnal psikologi Mercubuana*
 59. Setiyaningsih, R., Tamtomo, D., & Suryani, N. (2016). Health Belief Model: Determinants of Hypertension Prevention Behavior in Adults at Community Health Center, Sukoharjo, Central Java. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 01(03), 160– 170.
 60. Sarafino and Smith. (2014). *Health psychology: biopsychosocial interactions eighth edition*. United States of America: Wiley.
 61. Baraz, Parvadeh, S, et al, 2009. Dietary and Fluid Compliance: An Educational for Patients Having Haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing*.
 62. White SL, Polkinghorne KR, Atkins RC, Chadban SJ. Comparison of the prevalence and mortality risk of CKD in Australia using the CKD Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) and Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) Study GFR estimating equations: the AusDiab (Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle) Study. *American Journal of Kidney Diseases*. 2010; 55(4):660–70. doi: 10.1053/j.ajkd.2009.12.011.
 63. A Potter, & Perry, A. G. 2015. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC
 64. Conner, M., & Norman, P. (2003). *The Health Belief Model*. Buckingham: Open University Press

65. Allender, J., Rector, C., & Warner, K. (2014). *Community & public health nursing*, 8th edition. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins
66. Kim, S.H. & Youn, C.H. (2014). Efficacy of chronic disease self-management program in older Korean adults with low and high health literacy. *Asian Nursing Research*. 9 (2015) : 42-46.
67. Mason, P. H., Sing, P., Nhung, D. ., Ho, J., Nguyen, T. ., Fox, G., & Marks, G. . (2015). Coping Self Efficacy for Tuberculosis Treatment in Ca Mau, Vietnam. In Conference: 5th Conference of The Union Asia Pacific Region, At Sydney, Australia (p. 75). Sydney.
68. Abdulelah, J. et al. (2015). Development and psychometric properties of a tuberculosis-specific multidimensional health-related quality of life measure for patients with pulmonary tuberculosis. *Value in health regional issues*. 6C (2015) : 53-59.
69. Kastien-Hilka, T. et al. (2016). How to evaluate health-related quality of life and its association with medication adherence in pulmonary TB – designing a prospective observational study in south Africa
70. Sastroasmoro, S. & Ismael, S. (2014). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis edisi 5*. Jakarta : Sagung Seto
71. Handayani, R. (2020). *Metodologi Penelitian Sosial*. In Jakarta: Bumi Aksara (Cetakan 1, Issue April). Trussmedia Grafika. [https://difarepositories.uinsuka.ac.id/152/1/metodologi penelitian sosial.pdf](https://difarepositories.uinsuka.ac.id/152/1/metodologi_penelitian_sosial.pdf). ISBN : 978-623-909-843-8
72. Siyoto, Sandu dan Ali Sodik. 2015. *Dasar Metodologi Penelitian*. Yogyakarta: Literasi Media Publishing
73. Sani K, F. (2018). *Metodologi Penelitian Farmasi Komunitas dan Eksperimental*. Jakarta : Depublish Publisher
74. Dwidiyanti M. *Penelitian quasi experiment dalam keperawatan*. Semarang: UNDIP Press; 2018.
75. Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Kuantitatif*. Bandung: Alfabeta.
76. Arikunto, S. 2018. *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta
77. Yen C, Lin HL, Lin YK, Chen CW, Cheng YC, Lee WC, Wu TC. Urinary Tract Infection in Patient with Chronic Kidney Disease. *Turk J Med Sci*. 2014;44:145-9. doi:10.3906/sag-1303-51.
78. Yulianto, D. Dkk. 2017. Analisis Ketahanan Hidup Pasien Penyakit Ginjal Kronis Dengan Hemodialisis di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *FKM Unair. Jurnal*.
79. Maelani, F. Dkk. 2017. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Diet Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis. *STIKes YPAK Padang. Jurnal*.
80. Badan pusat statistik Kabupaten Kudus
81. Mallappallil, M., Friedman, E. A., Delano, B.G., McFarlane, S.I., Salifu, M.O. 2014. Chronic Kidney Disease In The Elderly: Evaluation And Management. *Clinical Practice*, 11(5): 525–35.
82. Astini 2014: Astuti A. Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Depresi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUD Panembahan Senopati Bantul. Tidak Diterbitkan. Tugas Akhir.

- Yogyakarta: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta; 2014.
83. Panjaitan, F. (2012). *Characteristic of adult hospitalized patients with pulmonary tuberculosis in dr. sudarso general hospital Pontianak period Septemhernovember2010*. <http://jurnal.untan.ac.id/index.php/jfk/article/download/1758/1699>
 84. Mardjun, F. (2014). Factor yang berhubungan dengan kepatuhan pematasan cairan pada pasien gagal ginjal kronis di ruang hemodialisa RSUD Prod.dr. H. Aloei Soboe Kota Gorontalo. Universitas Negri Gorontalo. Gorontalo.
 85. Hakiki, A.F., Ruhyana. 2015. Analisis Factor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Asupan Cairan Dan Nutrisi Pada Klien Hemodialisis Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Yogyakarta: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta.
 86. Bosniawan, A.M. (2018). Faktor-Faktor Determinan yang Berpengaruh pada Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Di RSUD Sukoharjo
 87. Umayah E. Hubungan Tingkat Pendidikan, Pengetahuan dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan dalam Pembatasan Asupan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik (GGK) yang Menjalani Hemodialisa (HD) Rawat Jalan di RSUD Kabupaten Sukoharjo. Skripsi, Universitas Muhamadiyah Surakarta; 2016.
 88. Jalilian, F. et al. (2014). Effectiveness of self-management promotion educational program among diabetic patients based on health belief model. *Journal of Education and Health Promotion*. 3 (2014) : 75-79. <http://search.proquest.com/nahs/docview/1701923909/fulltextPDF/9F5A2C565B08478FPQ/28?accountid=17242>
 89. Maghfiroh, I.L. (2016). *Pengaruh edukasi manajemen diri terhadap self-efficacy, perilaku manajemen diri, dan kualitas hidup pasien asma di rumah sakit paru dr. rotinsulu bandung*. <http://jurnal.stikesmuhla.ac.id/wpcontent/uploads/2016/12/71-81-Isni-Lailatul-M.pdf>
 90. Alisa, F., & Wulandari, C. (2019). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kepatuhan Pasien Penyakit Ginjal Kronik (PGK) yang Menjalani Hemodialisa di RSUP Dr. M. Djamil Padang. *Jurnal Kesehatan Mercusuar*, 2(2), 58–71. <https://doi.org/10.36984/jkm.v2i2.63>

LAMPIRAN

Lampiran 1 Surat Permohonan Menjadi Responden

Kepada Yth :

Pasien Rawat Jalan CKD yang menjalani Hemodialisa

Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan dibawah ini adalah mahasiswa Magister Keperawatan dari Universitas Karya Husada Semarang :

Nama : Faridha Alfiatur Rohmaniah

NIM : 2010026

Alamat : Ds. Ketileng singolelo RT 01 RW 03 Kec Welahan Kab Jepara

Bermaksud mengadakan penelitian dengan judul " Pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD ". Untuk melaksanakan kegiatan tersebut, saya mohon kepada Pasien Rawat Jalan CKD yang menjalani Hemodialisis untuk berpartisipasi dengan mengikuti kegiatan penelitian tersebut. Dalam pengambilan data, peneliti menggunakan etika penelitian yaitu peneliti menjaga kerahasiaan responden, menjamin keamanan selama proses penelitian berlangsung, dan pasien boleh keluar atau mengundurkan diri jika merasa kurang nyaman dengan proses penelitian. Atas perhatian dan kesediaannya, peneliti mengucapkan terimakasih.

Hormat Saya

Faridha Alfiatur Rohmaniah

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Menjadi Responden

SURAT PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjad iresponden pada penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Faridha Alfiatur Rohmaniah

NIM : 2010026

Alamat : Ds. Ketileng singolelo RT 01 RW 03 Kec Welahan Kab Jepara

Judul : Pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health belief model* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD

saya akan mengikuit proses penelitian dan memberikan jawaban sejujur-jujurnya jika diberikan pertanyaan demi kepentingan penelitian. Dengan ketentuan jawaban yang diberikanakan dirahasiakan dan hanya semata- mata untuk kepentingan ilmu pengetahuan. Demekian surat pernyataan ini dibuat.

Responden

Lampiran 3 Kuesioner Penelitian

KUESIONER PENELITIAN

PENGARUH EDUKASI KESEHATAN TERSTRUKTUR PENDEKATAN HEALTH BELIEF MODEL TERHADAP EFIKASI DIRI DALAM KEPATUHAN MENJALANI HEMODIALISA PADA PASIEN CKD

Petunjuk Pengisian

1. Kuesioner yang akan diberikan kepada Bapak/Ibu/Sdr/i terdiri dari karakteristik responden dan kuesioner A tentang *Self Efficacy* pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa
2. Bapak/Ibu/Sdr/i memilih salah satu jawaban yang paling sesuai dengan keadaan responden dengan mengisi atau melingkari angka pilihan pada kuesioner karakteristik responden dan menuliskan tanda *checklist* (√) pada kolom jawaban yang tersedia
3. Kuesioner A mengidentifikasi keyakinan dalam melakukan perilaku kesehatan dan kepatuhan terhadap pengobatan terdiri dari 37 pernyataan dengan pilihan jawaban sama sekali tidak yakin, kurang yakin, yakin dan sangat yakin.
4. Bapak/Ibu/Sdr/i diharapkan mengisi seluruh pertanyaan yang tersedia dan peneliti akan mengecek kelengkapan jawaban setelah Bapak/Ibu/Sdr/i selesai mengisi kuesioner.
5. Informasi jawaban kuesioner yang didapatkan semata-mata hanya untuk kepentingan penelitian dan peneliti menjamin kerahasiannya.
6. Jika ada yang tidak dimengerti, Bapak/Ibu/Sdr/i hanya diperbolehkan bertanya kepada peneliti.

KARAKTERISTIK RESPONDEN

(Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan data diri Bapak/Ibu/Sdr/i dengan cara mengisi atau melingkari angka pilihan)

1. Umur	Tahun	
2. Jenis kelamin	1. Laki-laki	2. Perempuan
3. Status pernikahan	0. Tidak/belum menikah 1. Menikah 2. Janda/duda	
4. Tingkat pendidikan	1. Tidak Sekolah 2. SD/ sederajat 3. SMP/ sederajat	4. SMA/ sederajat 5. PT
5. Pekerjaan	1. Tidak bekerja 2. Bekerja	
6. lamanya menjalani hemodialisa		

KUESIONER A

Kuesioner A mengidentifikasi keyakinan dalam melakukan perilaku kesehatan dan kepatuhan terhadap pengobatan. Pilihlah salah satu jawaban sesuai dengan keadaan diri Bapak/Ibu/Sdr/i dengan cara menuliskan tanda *checklist* (√) pada kolom jawaban yang tersedia.

No.	Pernyataan	Tidak Yakin (1)	Kurang yakin (2)	Yakin (3)	Sangat Yakin (4)
A. Otonomi					
1.	Saya dapat menerima penyakit Gagal ginjal kronis				
2.	Saya merasa nyaman memberi tahu dokter bahwa saya menderita penyakit Gagal ginjal kronis				
3.	Saya dapat menghadapi tantangan hidup dengan penyakit Gagal ginjal kronis				
4.	Saya merasa nyaman memberi tahu orang lain bahwa saya menderita penyakit Gagal ginjal kronis				

5.	Saya dapat melakukan apapun yang diperlukan agar pertanyaan saya tentang penyakit Gagal ginjal kronis saya terjawab				
6.	Saya merasa nyaman menghubungi dokter saya kapan saja dengan pertanyaan tentang pengobatan saya				
7.	Saya dapat dengan nyaman menanyakan kondisi penyakit saya saat ini				
8.	Saya dapat secara aktif berbagi pengalaman saya mengelola penyakit Gagal ginjal kronis dengan pasien lain				
	B. Intregitas Diri				
9.	Saya dapat mengatur pola makan saya dalam berbagai situasi sosial agar tidak menambah beban kerja ginjal saya				
10.	Saya dapat mematuhi rekomendasi rencana diet saya bahkan ketika saya makan diluar				
11.	Saya dapat memilih makanan yang sesuai selama kegiatan sosial				
12.	Saya dapat menyesuaikan manajemen diri penyakit gagal ginjal kronis saya sesuai dengan situasi baru				
13.	Saya dapat melakukan perubahan pola makan jika disarankan oleh penyedia saya				
14.	Saya dapat mengelola penyakit gagal ginjal kronis saya agar tetap sehat				
15.	Saya dapat berpartisipasi dalam kegiatan sosial yang sesuai				
	C. Pemecahan Masalah				
16.	Saya tidak dapat memahami arti dari data laboratorium yang relevan				
17.	Saya dapat mencari informasi yang menjelaskan tanda dan gejala terkait penyakit gagal ginjal kronis				
18.	Saya dapat informasi tentang penyakit ginjal dari berbagi sumber				
19.	Saya dapat secara aktif memahami faktor resiko yang terkait dengan penyakit gagal				

	ginjal kronis				
20	Saya dapat menemukan sumber daya yang diperlukan untuk mengontrol penyakit gagal ginjal kronis saya dengan lebih baik				
21	Saya dapat secara aktif mencari tindakan pencegahan yang diperlukan untuk mencegah penyakit gagal ginjal kronis saya memburuk				
	D. Upaya Dukungan Sosial				
22	Saya dapat mencari bantuan ketika saya merasa stress				
23	Saya dapat mendiskusikan pertanyaan dan kekhawatiran saya tentang gagal ginjal kronis dengan keluarga dan atau teman saya				
24	Saya dapat meminta bantuan keluarga atau teman ketika saya merasa tidak berdaya atau frustrasi				
25	Saya dapat secara aktif mendiskusikan rencana pengobatan saya dengan keluarga dan atau teman saya untuk mendapatkan dukungan mereka				
	E. <i>Perceived Susceptibility</i>				
26	Saya menyadari bahwa saya menderita penyakit gagal ginjal kronis				
27	Saya merasakan adanya akibat yang besar penyakit gagal ginjal kronis yang saya derita apabila tidak mematuhi anjuran dokter				
	F. <i>Perceivedseverity</i>				
28	Saya meyakini bahwa penyakit gagal ginjal kronis merupakan penyakit yang serius dan berbahaya				
28	Saya meyakini keseriusan dari penyakit gagal ginjal kronis yang saya derita dapat dilihat dari efek samping secara medis				

	G. Perceived benefit				
29	Saya meyakini bahwa ketika saya menjaga kondisi kesehatan tubuhnya dengan melakukan pengobatan dapat memberikan manfaat secara fisik				
30	Saya meyakini bahwa dengan mematuhi terapi hemodialisa, saya memiliki peluang untuk memperpanjang hidup				
	H. Perceived barrier				
31	Saya merasakan adanya hambatan dalam melakukan pengobatan yang saya jalani				
32	Saya merasakan adanya hambatan secara psikologis jika mematuhi terapi hemodialisa				
33	Saya merasakan adanya kerugian secara ekonomi jika mematuhi terapi hemodialisa				
34	Saya merasakan adanya kerugian secara sosial jika mematuhi terapi hemodialisa				
	I. Cues to action				
35	Saya meyakini adanya hal dalam diri yang mendorong untuk melakukan terapi hemodialisa				
36	Saya meyakini adanya hal dari luar diri yang mendorong untuk melakukan terapi hemodialisa				
	J. Self efficacy				
37	Saya memiliki keyakinan untuk mampu mengikuti terapi pengobatan dan hemodialisa dengan patuh				

Lampiran 4 Data Responden

KELOMPOK INTERVENSI

Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	pekerjaan	Pretest	Postest
45	Laki-laki	SMP	Bekerja	123	124
52	Perempuan	SMP	Tidak bekerja	120	121
39	Laki-laki	SD	Tidak bekerja	99	101
62	Laki-laki	SMP	Tidak bekerja	115	117
48	Perempuan	SMA	Tidak bekerja	123	122
43	Laki-laki	SMP	Tidak bekerja	105	120
51	Perempuan	SMA	Tidak bekerja	112	117
36	Perempuan	SMA	Bekerja	105	120
40	Perempuan	SMA	Tidak bekerja	102	108
38	Laki-laki	SMP	Tidak bekerja	109	112
41	Perempuan	SMP	Tidak bekerja	116	118
43	Perempuan	SMP	Tidak bekerja	109	111
54	Perempuan	SD	Tidak bekerja	108	111
52	Laki-laki	SMA	Bekerja	120	122
42	Perempuan	SMP	Bekerja	100	108
64	Laki-laki	SD	Tidak bekerja	103	114
47	Laki-laki	SMP	Tidak bekerja	102	106
50	Perempuan	SMP	Tidak bekerja	118	119
41	Laki-laki	PT	Tidak bekerja	121	122
33	Perempuan	SMA	Bekerja	117	119
40	Perempuan	SMP	Tidak bekerja	115	117
53	Perempuan	SMP	Tidak bekerja	111	113
47	Perempuan	PT	Bekerja	108	109
42	Perempuan	SMP	Tidak bekerja	103	101
33	Laki-laki	PT	Bekerja	122	123
30	Perempuan	SMA	Tidak bekerja	112	113
47	Laki-laki	SMA	Bekerja	124	125
65	Laki-laki	tidak sekolah	Tidak bekerja	119	123
38	Laki-laki	SMP	Bekerja	109	112
50	Laki-laki	PT	Bekerja	115	116
52	Perempuan	PT	Tidak bekerja	121	122

KELOMPOK KONTROL

Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Pretest	Postest
58	Perempuan	SMP	Tidak bekerja	94	92
66	Perempuan	SD	Tidak bekerja	94	96
60	Perempuan	tidak sekolah	Tidak bekerja	85	87
52	Laki-laki	SMP	Tidak bekerja	101	103
58	Laki-laki	SD	Tidak bekerja	87	89
46	Laki-laki	SD	Tidak bekerja	88	86
49	Laki-laki	SD	Bekerja	96	99
53	Laki-laki	SD	Tidak bekerja	89	88
65	Perempuan	tidak sekolah	Bekerja	92	93
48	Laki-laki	tidak sekolah	Tidak bekerja	90	94
67	Perempuan	tidak sekolah	Tidak bekerja	96	99
64	Perempuan	SD	Bekerja	102	104
74	Perempuan	tidak sekolah	Tidak bekerja	86	89
62	Perempuan	SD	Tidak bekerja	85	87
57	Laki-laki	SMA	Tidak bekerja	110	108
50	Perempuan	SMP	Tidak bekerja	99	102
59	Laki-laki	PT	Tidak bekerja	95	86
54	Perempuan	SD	Tidak bekerja	84	90
62	Perempuan	SD	Tidak bekerja	87	86
62	Perempuan	SD	Tidak bekerja	83	85
57	Perempuan	tidak sekolah	Tidak bekerja	80	83
73	Laki-laki	SD	Tidak bekerja	81	83
50	Perempuan	tidak sekolah	Tidak bekerja	93	94
40	Perempuan	SD	Tidak bekerja	90	91
67	Laki-laki	SD	Tidak bekerja	92	93
63	Laki-laki	SD	Tidak bekerja	94	95
60	Laki-laki	SD	Tidak bekerja	99	96
55	Perempuan	SD	Tidak bekerja	87	89
58	Laki-laki	SD	Tidak bekerja	88	89
55	Perempuan	SMP	Tidak bekerja	90	91
47	Perempuan	SD	Tidak bekerja	98	99

Lampiran 5 Output SPSS

Karakteristik Responden

Usia Kelompok Intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-40 tahun	9	29.0	29.0	29.0
	41-60 tahun	19	61.3	61.3	90.3
	> 60 tahun	3	9.7	9.7	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Jenis Kelamin Kelompok Intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	14	45.2	45.2	45.2
	Perempuan	17	54.8	54.8	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Pendidikan Kelompok Intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidaksekolah	1	3.2	3.2	3.2
	SD/ sederajat	3	9.7	9.7	12.9
	SMP/ sederajat	14	45.2	45.2	58.1
	SMA/ sederajat	8	25.8	25.8	83.9
	Perguruan Tinggi	5	16.1	16.1	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Pekerjaan Kelompok Intervensi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidakbekerja	21	67.7	67.7	67.7
	Bekerja	10	32.3	32.3	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Usia Kelompok Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-40 tahun	1	3.2	3.2	3.2
	41-60 tahun	19	61.3	61.3	64.5
	> 60 tahun	11	35.5	35.5	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Jenis Kelamin Kelompok Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-laki	13	41.9	41.9	41.9
	Perempuan	18	58.1	58.1	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Pendidikan Kelompok Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidaksekolah	7	22.6	22.6	22.6
	SD/ sederajat	18	58.1	58.1	80.6
	SMP/ sederajat	4	12.9	12.9	93.5
	SMA/ sederajat	1	3.2	3.2	96.8
	Perguruan Tinggi	1	3.2	3.2	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Pekerjaan Kelompok Kontrol

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidakbekerja	28	90.3	90.3	90.3
	Bekerja	3	9.7	9.7	100.0
	Total	31	100.0	100.0	

Descriptives

		Kelompok	Statistic	Std. Error	
Pretest	Intervensi	Mean	112.45	1.374	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	109.65	
			Upper Bound	115.26	
		5% Trimmed Mean	112.56		
		Median	112.00		
		Variance	58.523		
		Std. Deviation	7.650		
		Minimum	99		
		Maximum	124		
		Range	25		
		Interquartile Range	15		
		Skewness	-.156	.421	
		Kurtosis	-1.238	.821	
		Kontrol	Mean	91.45	1.207

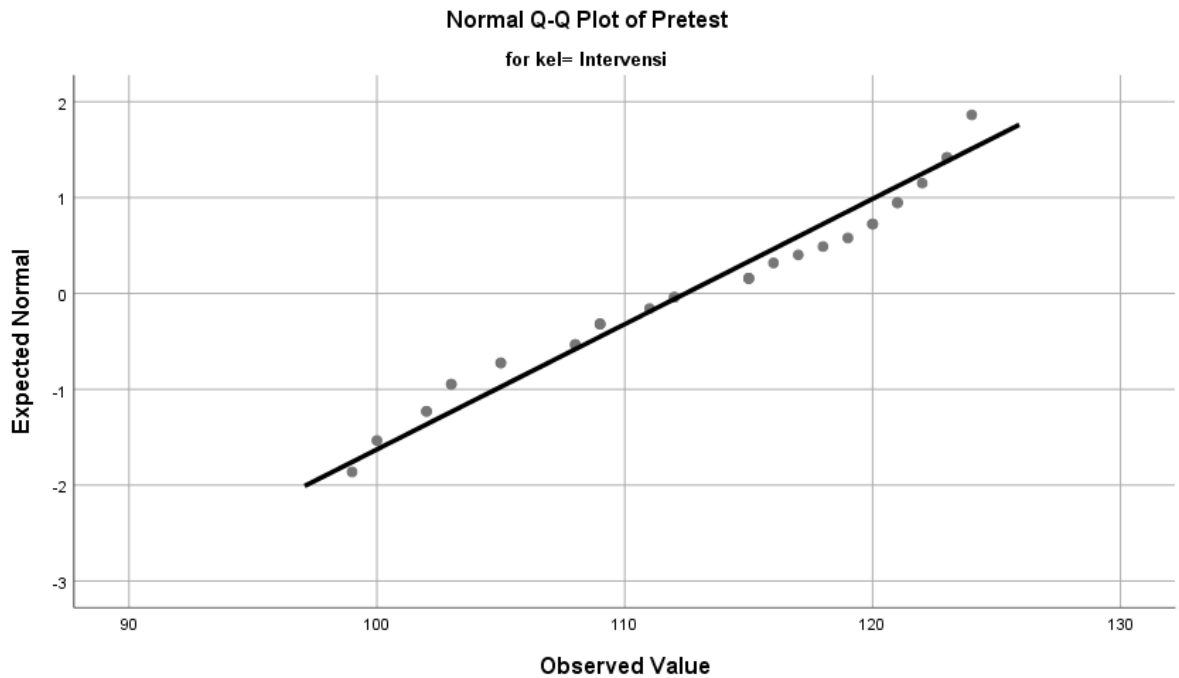
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	88.99	
		Mean	Upper Bound	93.92	
		5% Trimmed Mean		91.20	
		Median		90.00	
		Variance		45.189	
		Std. Deviation		6.722	
		Minimum		80	
		Maximum		110	
		Range		30	
		Interquartile Range		9	
		Skewness		.601	.421
		Kurtosis		.498	.821
Posttest	Intervensi	Mean		115.68	1.181
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	113.27	
		Mean	Upper Bound	118.09	
		5% Trimmed Mean		115.99	
		Median		117.00	
		Variance		43.226	
		Std. Deviation		6.575	
		Minimum		101	
		Maximum		125	
		Range		24	
		Interquartile Range		11	
		Skewness		-.651	.421
		Kurtosis		-.312	.821
	Kontrol	Mean		92.45	1.155
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	90.09	
		Mean	Upper Bound	94.81	
		5% Trimmed Mean		92.19	
		Median		91.00	
		Variance		41.323	
		Std. Deviation		6.428	
		Minimum		83	
		Maximum		108	
		Range		25	
		Interquartile Range		9	
		Skewness		.643	.421
		Kurtosis		-.229	.821

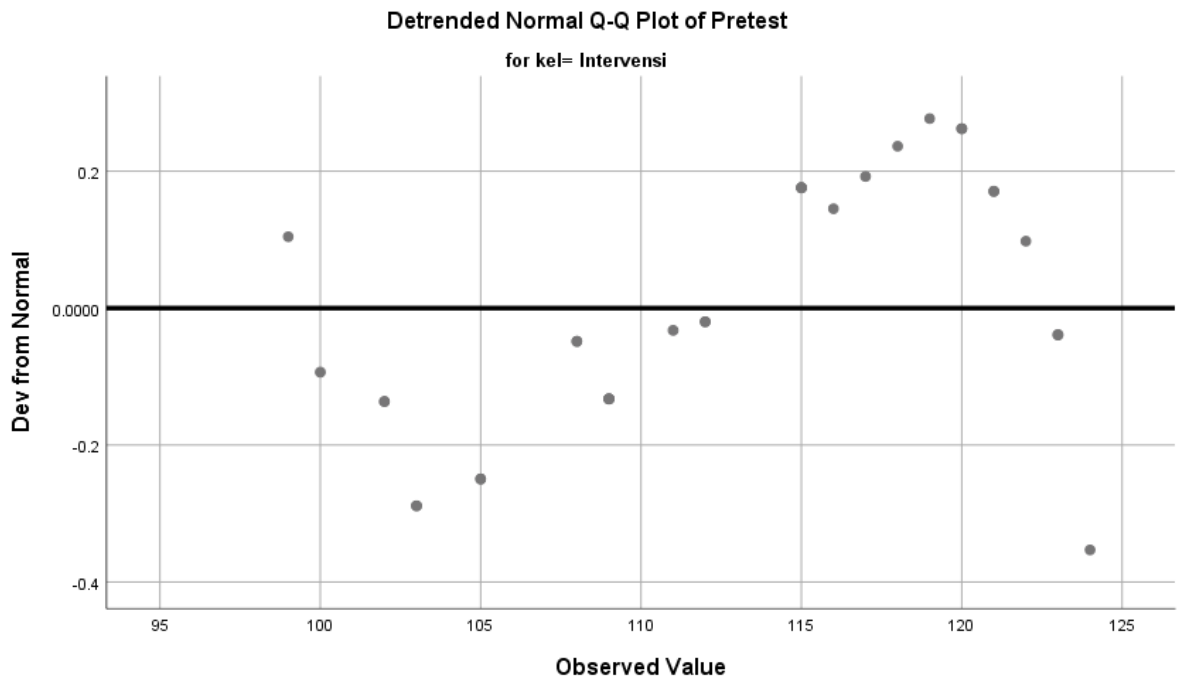
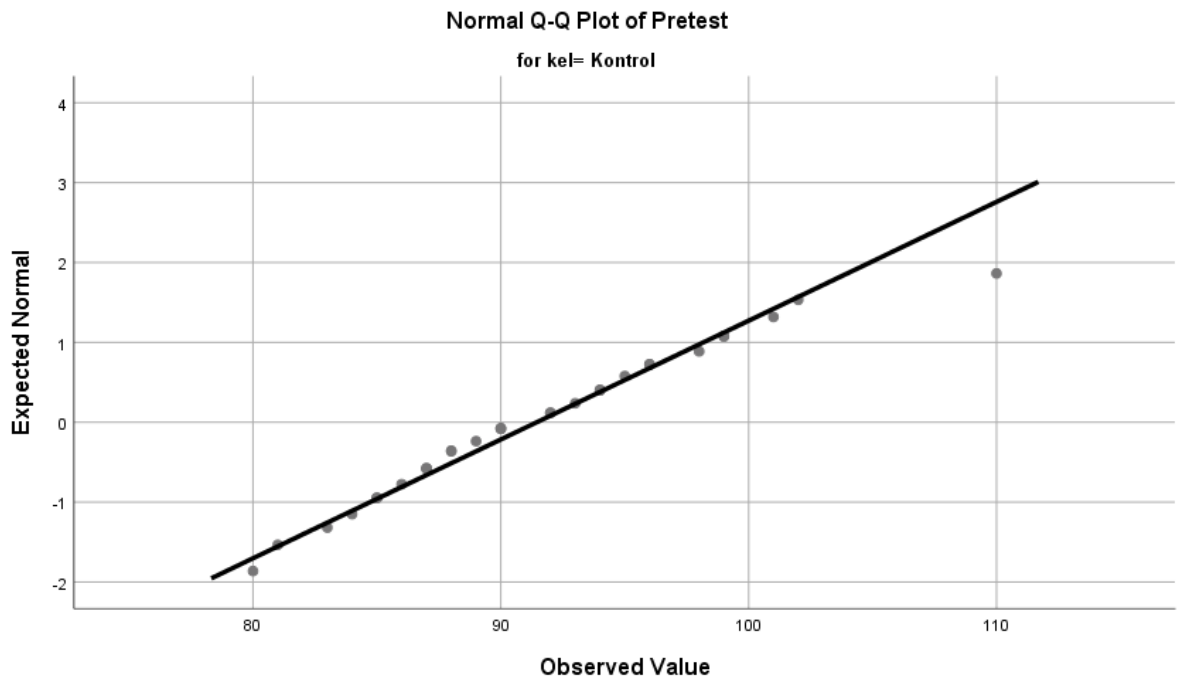
Tests of Normality

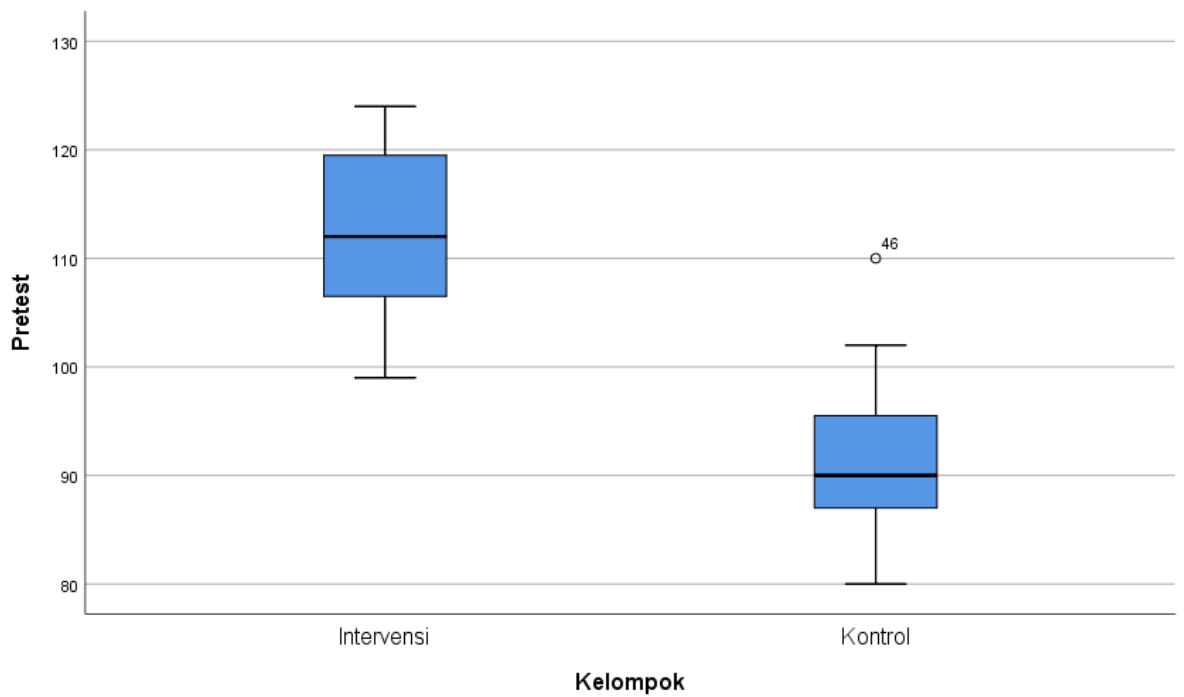
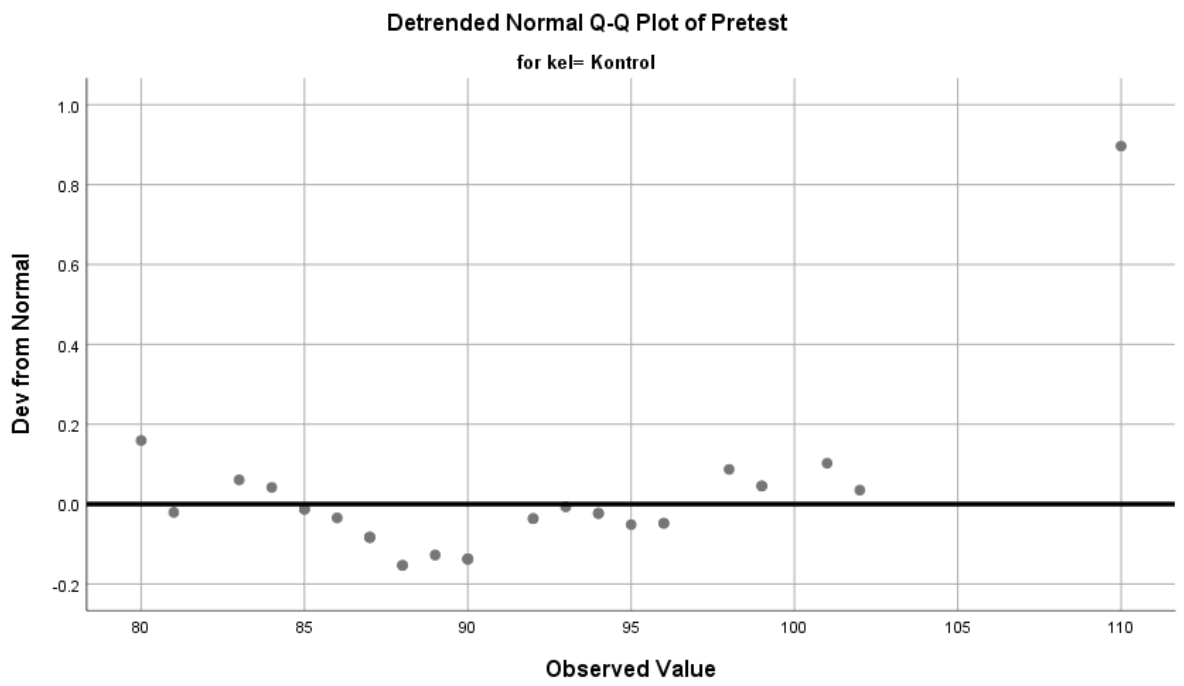
	Kelompok	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Pretest	Intervensi	.114	31	.200*	.944	31	.107
	Kontrol	.102	31	.200*	.973	31	.601
Posttest	Intervensi	.128	31	.200*	.938	31	.072
	Kontrol	.124	31	.200*	.952	31	.182

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction







Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Pretest Intervensi - Posttest Intervensi	-3.226	3.998	.718	-4.692	-1.759	-4.493	30	.000
Pair 2	Pretest Kontrol - Posttest Kontrol	-1.000	2.671	.480	-1.980	-.020	2.085	30	.046

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Pretest Intervensi	112.45	31	7.650	1.374
	Posttest Intervensi	115.68	31	6.575	1.181
Pair 2	Pretest Kontrol	91.45	31	6.722	1.207
	Posttest Kontrol	92.45	31	6.428	1.155

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	PretestIntervensi&PosttestIntervensi	31	.853	.000
Pair 2	PretestKontrol&PosttestKontrol	31	.918	.000

Test of Homogeneity of Variances

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Pretest	Based on Mean	1.608	1	60	.210
	Based on Median	1.530	1	60	.221
	Based on Median and with adjusted df	1.530	1	59.032	.221
	Based on trimmed mean	1.631	1	60	.206

ANOVA

Pretest

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	6835.500	1	6835.500	131.817	.000
Within Groups	3111.355	60	51.856		
Total	9946.855	61			

Lampiran 6 Surat Ijin Studi Pendahuluan Pengambilan Data Awal

		YAYASAN PERTI KARYA HUSADA SEMARANG UNIVERSITAS KARYA HUSADA SEMARANG Kampus I : Jl. Kumpul R. Soekanto No. 46 Semarang, Telp/Fax (024) 6724581 Email : info@unkaha.ac.id Kampus II : Jl Raya Pati-Kudus KM.6 Margorejo Pati Jl. Karangrayung Km. 3 Ds. Kemloko Grobogan	<small>AHLI-03813.50.30.2014 SIKES-03813.50.30.2014</small> www.unkaha.ac.id <i>Berdampak, Bermamfaat</i> MENDUNIA
Nomor : 48 /BAAK/S2KEP/SA/VI/2022		08 Juni 2022	
Lampiran : -			
Perihal : Pengambilan Data Awal			
Kepada : Yth. Direktur RS Aisyiyah Di TEMPAT			
Dengan hormat,			
Sehubungan dengan rencana kegiatan penelitian Tesis yang dilakukan oleh Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan - Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan Universitas Karya Husada Semarang, maka kami mohon ijin agar Mahasiswa kami diperkenankan untuk melakukan Pengambilan Data Awal. Adapun Mahasiswa tersebut:			
Nama	:	Faridha Alfiatur Rohmaniah	
NIM	:	2010026	
Prodi	:	Magister Keperawatan	
Judul	:	Efektivitas Pemberian Model Edukasi Terstruktur Pendekatan HBM Terhadap Self Efficacy Pada Pasien CKD Yang Menjalani HD.	
Demikian kiranya surat ini dibuat, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.			
 Dr. Ns. Ferry Agusman MM, M.Kep, Sp.Kom. NIK : 197308101999121058			
			
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KESEHATAN <ul style="list-style-type: none">• Prodi Magister Keperawatan• Prodi Profesi Ners• Prodi Profesi Bidan• Prodi S1 Keperawatan		FAKULTAS HUMANIORA DAN INFORMATIKA <ul style="list-style-type: none">• Prodi Sarjana Terapan Kebidanan• Prodi S1 Sains Biomedis• Prodi D III Keperawatan• PSDKU Prodi D III Kebidanan• Prodi Sarjana Hukum• Prodi Sarjana Informatika• Prodi Sarjana Manajemen	
<small>Unkaha TV unkaha_smg / pmb_unkaha Pmb Unkaha / Unkaha unkaha_smg / pmb_unkaha</small>			



YAYASAN PERTI KARYA HUSADA SEMARANG
UNIVERSITAS KARYA HUSADA SEMARANG

Kampus I :
Jl. Kompol R. Soekanto No. 46 Semarang, Telp/Fax (024) 6724581 | Email : info@unkaha.ac.id
Kampus II :
Jl. Raya Pati-Kudus KM.6 Margorejo Pati Jl. Karangrayung Km. 3 Ds. Kemloko Grobogan

AHU-K3913.50.10.2014
SK 18/MENHUKB-ID-RESEK/NO.108/2021
www.unkaha.ac.id
Berdampak, Bermanfaat,
MENDUNIA

Nomor : 30 /BAAK/S2KEP/SA/II/2023
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Survey Awal dan pengambilan Data Awal

2 Februari 2023

Kepada : **Yth. Direktur RS Kumalasiwi Kudus**
Di
TEMPAT

Dengan hormat,

Sehubungan dengan rencana kegiatan penelitian yang dilakukan oleh Tim peneliti dari FIKKES Universitas Karya Husada Semarang, maka kami mohon ijin agar Tim kami diperkenankan untuk melakukan Survey Awal dan pengambilan Data Awal. Adapun anggota Tim tersebut:

- Nama : 1. Faridha Alfiatur Rohmaniah
2. Dr. Ns. Fery Mendrofa, SKM, M.Kep, Sp.Kom.
- Prodi : Magister Keperawatan
- Judul : Pengaruh Edukasi Kesehatan Terstruktur Pendekatan Health Belief Model terhadap Efikasi Diri Dalam Kepatuhan Menjalani Hemodialisa Pada Pasien CKD

Demikian kiranya surat ini dibuat, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Dr. Ns. Fery Agusman MM, M.Kep, Sp.Kom.
NIK : 197308101999121058



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KESEHATAN
• Prodi Magister Keperawatan • Prodi Sarjana Terapan Kebidanan
• Prodi Profesi Ners • Prodi S1 Sains Biomedis
• Prodi Profesi Bidan • Prodi D III Keperawatan
• Prodi S1 Keperawatan • PSDKU Prodi D III Kebidanan

FAKULTAS HUMANIORA DAN INFORMATIKA
• Prodi Sarjana Hukum
• Prodi Sarjana Informatika
• Prodi Sarjana Manajemen

Unkaha TV unkaha-smg / pmb.unkaha Pmb Unkaha / Unkaha unkaha-smg / pmb.unkaha

Lampiran 7 Surat Balasan Pengambilan Data Awal



PIMPINAN DAERAH 'AISYIYAH MAJELIS KESEHATAN KABUPATEN KUDUS
RUMAH SAKIT 'AISYIYAH KUDUS
Alamat : Jl. H.O.S. Cokroaminoto No. 248 Kudus 59319 Telp. (0291) 437780
Fax. (0291) 434901, E-mail : rsa_kudus@yahoo.com, website : www.rsaisyiyahkudus.com
(Islamic, Smile and Care)

Nomor : 1136/PDA/E-RS/08/VII/2022
Hal : Balasan Pengambilan Data Awal

05 Dzulhijjah 1443 H
04 Juli 2022 M

Kepada
Yth. Rektor Universitas Karya Husada Semarang
Jl. Kempl R. Soekanto No. 46 Semarang
Di tempat

Assalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Ba'da salam, semoga Allah senantiasa memberikan Rahmat dan Ridlo-Nya kepada kita sekalian. Amin.

Menanggapi surat dari Universitas Karya Husada Semarang, Nomor : 48/BAAK/S2KEP/SA/VI/2022, perihal : Permohonan Pengambilan Data Awal, dengan mahasiswa :

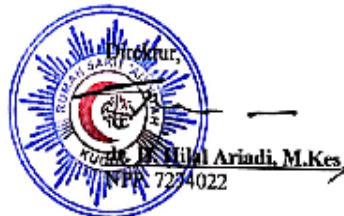
Nama : Faridha Alfiatur Rohmaniah
NIM : 2010026
Prodi : Magister Keperawatan
Judul : "Efektivitas Pemberian Model Edukasi Terstruktur Pendekatan HBM Terhadap Self Efficacy Pada Pasien CKD Yang Menjalani HD"

Dengan ini kami sampaikan bahwa permohonan tersebut disetujui untuk dilakukan dengan ketentuan :

1. Mahasiswa tersebut patuh peraturan yang berlaku di RS 'Aisyiyah Kudus.
2. Mahasiswa tersebut bersedia untuk membayar biaya administrasi untuk melakukan Pengambilan Data Awal.
3. Mahasiswa tersebut melakukan koordinasi dengan Kepala Ruang atau unit terkait mengetabui Sub Bagian Diklat RS 'Aisyiyah.
4. Apabila mahasiswa tersebut melakukan interview harus dengan persetujuan pasien (dibuktikan dengan Lembar Persetujuan).
5. Mahasiswa wajib memberikan Salinan laporan akhir kepada Rumah Sakit 'Aisyiyah Kudus.

Demikian surat ini kami sampaikan. Atas perhatian dan kerja samanya, kami mengucapkan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh



Dipindai dengan CamScanner



RUMAH SAKIT UMUM KUMALA SIWI MIJEN

Kudus, 16 Februari 2023

Yang terhormat:

Rektor Universitas Karya Husada Semarang

Up. Fakultas Ilmu Keperawatan dan Kesehatan

Program Studi Magister Keperawatan

di tempat

Nomor : 002/PBT/DIR/RSUKS/KDS/II/2023
Sifat : Penting
Lampiran : - lembar
Hal : Jawaban Permohonan Survey Awal dan
Pengambilan Data Awal

Menindaklanjuti surat dari Universitas Karya Husada Semarang Nomor 30/BAAK/S2KEP/SA/II/2023 perihal Permohonan Survey Awal dan Pengambilan Data Awal, dengan ini kami sampaikan bahwa RSU Kumala Siwi Mijen menyetujui pelaksanaan survey awal dan pengambilan data awal Tim Peneliti dari FIKKES Universitas Karya Husada Semarang sebagai berikut:

Program Studi	Jumlah Tim	Waktu Pelaksanaan	Tarif
Magister Keperawatan	1 tim	Februari s/d April 2023	Rp. 215.000,- (jumlah responden 32 orang)

Selanjutnya sebagai syarat tertib administrasi, mohon dapat mengirimkan dokumen salinan hasil penelitian kepada RSU Kumala Siwi Mijen.

Demikian surat pemberitahuan ini kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasama yang diberikan kami ucapkan terimakasih.

Hormat kami,

Direktur

dr. Dian Norma Damawati

Lampiran 8 : Surat ijin penelitian



**UN
KAHA**

**YAYASAN PERTI KARYA HUSADA SEMARANG
UNIVERSITAS KARYA HUSADA SEMARANG**

Kampus I :
Jl. Kumpul R. Soekanto No. 46 Semarang, Telp/Fax (024) 6724581 | Email : info@unkaha.ac.id
Kampus II :
Jl Raya Pati-Kudus KM.6 Margorejo Pati | Jl. Karangrayung Km. 3 Ds. Kemloko Grobogan

AHLI-3383.50.10.2014
SK.KEPENDIDIKAN-PIBTEK NOMOR 236/E/O/2021
www.unkaha.ac.id

Berdampak, Bermamfaat,
MENDUNIA

Nomor : 31 /BAAK/S2KEP/SA/II/2023
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Penelitian

2 Februari 2023

**Kepada : Yth. Direktur RS Aisyiyah Kudus
Di
TEMPAT**

Dengan hormat,

Sehubungan dengan rencana kegiatan penelitian yang dilakukan oleh Tim peneliti dari FIKKES Universitas Karya Husada Semarang, maka kami mohon ijin agar Tim kami diperkenankan untuk melakukan Penelitian. Adapun anggota Tim tersebut:

- Nama : 1. Faridha Alfiatur Rohmaniah
2. Dr. Ns. Fery Mendrofa, SKM, M.Kep, Sp.Kom.
- Prodi : Magister Keperawatan
- Judul : Pengaruh Edukasi Kesehatan Terstruktur Pendekatan Health Belief Model terhadap Efikasi Diri Dalam Kepatuhan Menjalani Hemodialisa Pada Pasien CKD

Demikian kiranya surat ini dibuat, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Dr. Ns. Fery Agusman MM. M.Kep. Sp.Kom.
NIK: 197308101999121058



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KESEHATAN

- Prodi Magister Keperawatan
- Prodi Profesi Ners
- Prodi Profesi Bidan
- Prodi S1 Keperawatan

- Prodi Sarjana Terapan Kebidanan
- Prodi S1 Sains Biomedis
- Prodi D III Keperawatan
- PSDKU Prodi D III Kebidanan

FAKULTAS HUMANDARA DAN INFORMATIKA

- Prodi Sarjana Hukum
- Prodi Sarjana Informatika
- Prodi Sarjana Manajemen



**UN
KAHA**

**YAYASAN PERTI KARYA HUSADA SEMARANG
UNIVERSITAS KARYA HUSADA SEMARANG**

Kampus I :
Jl. Kumpul R. Soekanto No. 46 Semarang, Telp/Fax (024) 6724581 | Email : info@unkaha.ac.id
Kampus II :
Jl Raya Pati-Kudus KM.6 Margorejo Pati Mini Hospital Enggal Waras :
Jl. Karangrayung Km. 3 Ds. Kemloko Grobogan

AHLI-03813 60 10 2014
SK KEMENDIKBUD-RI/STK/NO.40/8/2018/2021
www.unkaha.ac.id

*Berdampak, Bermamfaat,
MENDUNIA*

Nomor : ~~37~~ /BAAK/S2KEP/SA/II/2023
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Penelitian

2 Februari 2023

**Kepada : Yth. Direktur RS Kumalasiwi Kudus
Di
TEMPAT**

Dengan hormat,

Sehubungan dengan rencana kegiatan penelitian yang dilakukan oleh Tim peneliti dari FIKKES Universitas Karya Husada Semarang, maka kami mohon ijin agar Tim kami diperkenankan untuk melakukan Penelitian. Adapun anggota Tim tersebut:

- Nama : 1. Faridha Alfiaatur Rohmaniah
2. Dr. Ns. Fery Mendrofa, SKM, M.Kep, Sp.Kom.
- Prodi : Magister Keperawatan
- Judul : Pengaruh Edukasi Kesehatan Terstruktur Pendekatan Health Belief Model terhadap Efikasi Diri Dalam Kepatuhan Menjalani Hemodialisa Pada Pasien CKD

Demikian kiranya surat ini dibuat, atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Dr. Ns. Fery Agusman, MM, M.Kep, Sp.Kom. b
NIK : 197308101999121058



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KESEHATAN	FAKULTAS HUMANISIA DAN INFORMATIKA
• Prodi Magister Keperawatan	• Prodi Sarjana Terapan Kebidanan
• Prodi Profesi Ners	• Prodi S1 Sains Biomedis
• Prodi Profesi Bidan	• Prodi D III Keperawatan
• Prodi S1 Keperawatan	• PSDKU Prodi D III Kebidanan
	• Prodi Sarjana Hukum
	• Prodi Sarjana Informatika
	• Prodi Sarjana Manajemen

Unkaha TV unkaha_smg / pmb_unkaha Pmb Unkaha / Unkaha unkaha_smg / pmb_unkaha

Lampiran 8 Surat Balasan Penelitian



PIMPINAN DAERAH 'AISYIYAH MAJELIS KESEHATAN KABUPATEN KUDUS
RUMAH SAKIT 'AISYIYAH KUDUS
Alamat : Jl. H.O.S. Cokroaminoto No. 248 Kudus 59319 Telp. (0291) 437780
Fax. (0291) 434901, E-mail : rsa_kudus@yahoo.com, website : www.rsaisyiyah.com
(Islamic, Smile and Care)

Nomor : 264/PDA/E-RS/08/II/2023
Hal : Balasan Ijin Penelitian

18 Rajab 1444 H
09 Februari 2023 M

Kepada
Yth. Rektor Universitas Karya Husada Semarang
Jl. R. Soekanto No. 46 Semarang
Di Tempat

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Ba'da salam, semoga Allah senantiasa memberikan Rahmat dan Ridlo-Nya kepada kita sekalian. Amin.

Menanggapi surat dari Universitas Karya Husada Semarang Nomor : 31/BAAK/S2KEP/SA/II/2023 perihal : Permohonan Ijin Penelitian untuk mahasiswa :

Nama : Faridha Alfiatur Rohmaniah
Prodi : Magister Keperawatan
Judul : Pengaruh Edukasi Kesehatan Terstruktur Pendekatan Health Belief Model terhadap Efikasi Diri Dalam Kepatuhan Menjalani Hemodialisa Pada Pasien CKD.

Dengan ini kami sampaikan bahwa permohonan tersebut disetujui untuk dilakukan dengan ketentuan :

1. Mahasiswa tersebut patuh peraturan yang berlaku di RS 'Aisyiyah Kudus.
2. Mahasiswa tersebut bersedia untuk membayar biaya administrasi untuk melakukan Penelitian.
3. Mahasiswa tersebut melakukan koordinasi dengan Kepala Ruang atau unit terkait mengetahui TIM KORDIK RS 'Aisyiyah.
4. Apabila mahasiswa tersebut melakukan interview harus dengan persetujuan pasien (dibuktikan dengan Lembar Persetujuan).
5. Mahasiswa wajib memberikan Salinan laporan akhir kepada Rumah Sakit 'Aisyiyah Kudus.

Demikian surat ini kami sampaikan. Atas perhatian dan kerja samanya, kami mengucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Direktur

dr. H. Najib Budhiwardoyo, Sp. OG
KPP. 7271071



RUMAH SAKIT UMUM KUMALA SIWI MIJEN

SURAT KETERANGAN

NO: 001/S-KET/RSUKS/KDS/IV/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Dian Norma Damawati
NIK : 20170510028
Jabatan : Direktur

Dengan ini kami dari RSU Kumala Siwi Mijen, menerangkan bahwa :

Nama : Faridha Alfiatur Rohmaniah
Tempat, tgl lahir : Jepara, 13 September 1995
Pendidikan : S2 Magister Keperawatan

Adalah Mahasiswi S2 Magister Keperawatan Universitas Karya Husada Semarang yang telah melakukan penelitian di RSU Kumala Siwi Mijen dengan judul "Pengaruh Edukasi Kesehatan Terstruktur Pendekatan Health Belief Model terhadap Efikasi Diri Dalam Kepatuhan Menjalani Hemodialisa Pada Pasien CKD" dari bulan Februari - Maret 2023

Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat digunakan sebagaimana perlunya.


Kudus, 01 April 2023

DIREKTUR

dr. Dian Norma Damawati

NIK: 20170510028

Lampiran 9 Surat Uji Etik



**UN
KAHA**

YAYASAN PERTI KARYA HUSADA SEMARANG
UNIVERSITAS KARYA HUSADA SEMARANG

Kampus I :
Jl. Kumpul R. Soekanto No. 46 Semarang, Telp/Fax (024) 6724581 | Email : info@unkaha.ac.id

Kampus II :
Jl. Raya Pati-Kudus KM.6 Margorejo Pati Mini Hospital Enggal Waras :
Jl. Karangrayung Km. 3 Ds. Kemloko Grobogan

AMU-08876-EG-18-2016
SK. KEMENDIKBUD-RISETEK NOMOR 328/E/O/2021
www.unkaha.ac.id

Berdampak, Bermutu, Bermendunia
MENDUNIA

KOMISI ETIK PENELITIAN
UNIVERSITAS KARYA HUSADA SEMARANG
THE RESEARCH ETHICAL COMMITTEE
UNIVERSITAS KARYA HUSADA SEMARANG

SURAT KETERANGAN
ETHICAL APPROVAL

Nomor : 169/KEP/UNKAHA/SLE/III /2023

Komisi Etik Penelitian Universitas Karya Husada Semarang, dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian, telah mengkaji dengan teliti penelitian dengan judul:
The Research Ethical Committee of Universitas Karya Husada Semarang, with regards of the protection of human rights and welfare in research, has carefully reviewed the research protocol entitled:

Pengaruh Edukasi Kesehatan Terstruktur Pendekatan Teori Health Belief Model Terhadap Self Efficacy Pada Pasien Ckd Yang Menjalani Hemodialisa

Nama peneliti utama : Faridha Alfiatur Rohmaniah
Principal Investigator


Nama institusi : S2 Keperawatan Universitas Karya Husada Semarang
Name of the institution

Dan dinyatakan layak untuk dilaksanakan.
And been approved for the implementation.

Semarang, 9 Maret 2023



Dr. Ns. Fery Agusman MM, M.Kep., Sp.Kom.
NIK. 197308101999121058



Ns. Umi Hami M.Kep., Sp.Kep.Kom.
NIK. 198607142014042146

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN DAN KESEHATAN

- Prodi Magister Keperawatan
- Prodi Profesi Ners
- Prodi Profesi Bidan
- Prodi S1 Keperawatan

FAKULTAS ILMU HUKUM DAN INFORMATIKA

- Prodi Sarjana Terapan Kebidanan
- Prodi S1 Sains Biomedis
- Prodi D III Keperawatan
- PSONU Prodi D III Kebidanan

FAKULTAS ILMU HUKUM DAN INFORMATIKA

- Prodi Sarjana Hukum
- Prodi Sarjana Informatika
- Prodi Sarjana Manajemen

unkaha | unkaha.smg | patb.unkaha | prob.bakaha | unkaha | unka@msg | ems.unkaha

Lampiran 10 Uji *Expert*

HASIL UJIAN EXPERT

NAMA : Faridha Alfiatur Rohmaniah.,S.Kep.,Ners
NIM : 2010026
PRODI : Magister Keperawatan
JUDUL : Pengaruh edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health beliefmodel* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD
PENGUJI EXPERT : Diana Tri Lestari.,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep MB

HASIL :

Hasil telaah terhadap modul dengan judul edukasi kesehatan terstruktur pendekatan *health beliefmodel* terhadap efikasi diri dalam kepatuhan menjalani hemodialisa pada pasien CKD didapatkan :

- c) Aspek Kelayakan isi : materi lengkap, kedalaman telah disesuaikan sesuai dengan audience (perawat dan pasien), contoh dan materi sesuai.
- d) Aspek Kelayakan bahasa : penggunaan kata tepat, penggunaan kalimat cukup efektif, cukup terbaca dan mudah dipahami.

PENGUJI EXPERT



(Diana Tri Lestari.,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep MB)

Lampiran 11 Dokumentasi Penelitian



(Gambar 1 Apersepsi kegiatan penelitian)



(Gambar 2 Apersepsi dengan perawat di unit Hemodialisa dan pengambilan data Awal)



(Gambar 3 pretest Responden)



(Gambar 4 Pemberian Intervensi Kelompok Kontrol)



(Gambar 5 Pemberian Intervensi Kelompok Intervensi minggu 1)



(Gambar 6 Pemberian Intervensi Kelompok Intervensi minggu 2)



(Gambar 7 Pemberian Postest Kelompok Kontrol)



(Gambar 8 Pemberian Postest Kelompok Intervensi)


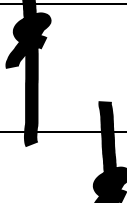
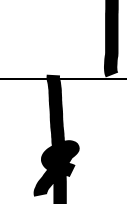





Lampiran 11 Lembar Konsultasi Dosen Pembimbing

PEMBIMBING I : Dr. Ns. Fery Agusman MM, M.Kep Sp. Kom

Nama : Faridha Alfiatur Rohmaniah

Nim : 2010026

Prodi : Magister Keperawatan

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	MASUKAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1	Rabu, 22 september 2021	Tema dan judul tesis	Collecting jurnal untuk pendukung tema dan Judul Pahami teori Health promotion model Nola J Pender	
2	Kamis, 7 Oktober 2021	Tema dan judul tesis	ACC tema besar	
3	Jum'at , 28 Januari 2022	Tema dan judul tesis	ACC Judul dan tema Lanjut pembuatan BAB 1 Gunakan teori Health Belief Model	
4	Jum'at, 25 Maret 2022	Tema dan judul tesis	Gunakan jurnal yang mendukung tentang Edukasi berdasarkan teori HBM	
5	Selasa, 8 Nopember 2022	BAB I BAB II BAB III	Revisi BAB 1 latar belakang Lanjut membuat modul panduan	
6	Selasa, 15 Nopember 2022	BAB I BAB II BAB III Modul panduan	BAB 1 dan BAB 2 tambahkan referensi yang sesuai dengan masukan Tambahkan referensi untuk modul	
7	Rabu, 30 Nopember 2022	BAB I BAB II BAB III Modul panduan	BAB 123 Modul : tambahkan 6 komponen dari teori HBM	
8	Senin, 12	BAB I	BAB 123 dicek kembali,	




	Desember 2022	BAB II BAB III Modul panduan	dilengkapi dari bagian awal sampai kuesioner Self Efficacy Modul : ACC sambil dicekkan untuk turnitin dan ISBN HAKI	
9	Sabtu, 17 Desember 2022	BAB I BAB II BAB III	BAB 123 ditambahkan di BAB 3 kuesioner diadopsi dari Lin et al	
10	10 Januari 2023	BAB 123	ACC BAB 123 Persiapkan untuk Ujian Proposal	
11	Jum'at, 24 Maret 2023	BAB 1-5	Perbaiki untuk pembahasan disetiap niai yang muncul	
12	Kamis, 30 Maret 2023	BAB 4 dan 5	Pembahasan lebih ditekankan pada 5 M (man, methode, mechine, money dan materials)	
13	Sabtu, 1 April 2023	BAB 4 dan 5	Tambahkan implikasi keperawatan	
14	Selasa, 4 April 2023	BAB 4 dan 5	ACC, lanjut ke tahap berikutnya	


PEMBIMBING II : Ns Widyarningsih S.Kep.,MAN




Nama : Faridha Alfiatur Rohmaniah

Nim : 2010026









Prodi : Magister Keperawatan

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTASI	MASUKAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1	Senin, 14 Maret 2022	Tema dan judul tesis	Cari intervensi pada pasien CKD yang menjalani hemodialisa	
2	Jum'at, 25 Maret 2022	Tema dan judul tesis	ACC tema dan judul tesis	
3	Sabtu, 17 Desember 2022	BAB I	<ul style="list-style-type: none">- Jenis font disesuaikan panduan- gunakan data insiden terbaru terkait dengan penyakit kronik- penulisan sitasi gunakan format superscript. sesuaikan untuk yang lainnya- penyusunan kalimat disetiap paragraf sesuaikan dengan tujuan dari paragraf tersebut- tambahkan data terkait dengan masalah yang dihadapi pasien GGK selama masa perawatan rutin	

			<p>dimana didalamnya ada kaitannya dengan ketidakpatuhan</p> <ul style="list-style-type: none"> - tambahkan penelitian lain yang mendukung - Dalam originalitas penelitian perbedaan disini juga disebutkan kaitannya dengan metode penelitiannya misalnya desain penelitiannya, perbedaan pada independen atau dependen variabelnya instrumen penelitiannya, dll 	
4	Kamis, 5 Januari 2023	BAB II	<ul style="list-style-type: none"> - lebih baik fokus pada pencegahan komplikasi CKD. karena populasinya adalah pasien CKD - tambahkan instrumen untuk mengukur self efficacy dan interpretasi hasilnya - tambahkan juga evaluasi edukasinya meliputi apa saja domain yang dievaluasi, caranya serta kapan waktu evaluasinya - bagaimana metode edukasi terstruktur berbasis HBM? 	

5	Sabtu, 14 Januari 2023	BAB III	<ul style="list-style-type: none"> - jumlah populasi sudah sesuai? - bagaimana dengan pendidikan, pekerjaan, jenis kelamin? karena dikerangka teori termasuk faktor modifikasi - gunakan purposive sampling - cantumkan skor di DOV SE 	
6	Rabu, 18 Januari 2023	BAB I BAB II BAB III	ACC	
7	Rabu, 22 Maret 2023	BAB 1-5	<p>Kirimkan data mentah SPSS dan hasil uji SPSSnya, Untuk pembahasan tekankan arti atau makna dari setiap nilai yang didapat Dalam menggunakan penelitian sebelumnya untuk mendukung hasil dari temuan penelitian sekarang, tekankan pada hasil apa yang memiliki hasil yang sama</p> <p>Perdalam pembahasan</p>	
8	Selasa, 28 Maret 2028	BAB 4 dan 5	ACC	
			Silahkan lanjut ke tahap selanjutnya	

Co PEMBIMBING II : Ns. Julvaina Eka P.U., M.Kep
 Nama : Faridha Alfiatur Rohmaniah
 Nim : 2010026
 Prodi : Magister Keperawatan

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI KONSULTAS I	MASUKAN PEMBIMBING	TANDA TANGAN PEMBIMBING
1	Senin, 14 Februari 2022	Tema dan judul tesis	Dibuat sesuai masukan dari pembimbing 1	
2	Selasa, 19 April 2022	Tema dan judul tesis	Cari jurnal yang mendukung	
3	Kamis, 31 Maret 2022	Tema dan judul tesis	ACC tema dan judul tesis	
4	Jum'at, 27 Mei 2022	BAB I	Cek penggunaan referensi Cek penelitian yang mendukung	
5	Rabu, 21 Desember 2022	BAB I BAB II BAB III	Perbaiki font Revisi DOV	
6	Kamis, 12 Januari 2023	BAB I BAB II BAB III	ACC Siapkan untuk ujian proposal	
7	Jum'at 24 Maret 2023	BAB 1-V	Revisi penulisan Hapus untuk hasil nilai yang tidak dibahas	
8	Kamis, 30 Maret 2023	BAB 1-V	BAB 5 implikasi dijadikan 1, Lampiran di cek lagi	
9	Sabtu 1 April 2023	BAB 1-5 Modul panduan	ACC lanjut siapkan untuk ujian hasil	