

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Analisis Univariat

a. Gambaran karakteristik responden dan homogenitas responden

Kesetaraan variabel antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi dilakukan melalui uji homogenitas yang meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, riwayat keluarga, indeks massa tubuh, dan tanda-tanda vital dapat dilihat pada tabel 4.1.

Tabel 4.1 dibawah ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan karakteristik responden antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi. Responden sebagian besar berjenis kelamin laki-laki dengan tingkat pendidikan rendah (SD-SMA), bekerja, tidak memiliki riwayat keluarga yang menderita *urolithiasis* dan memiliki Indeks Massa Tubuh (IMT) normal. Sebaran usia responden pada kelompok intervensi sebagian besar berusia > 46 tahun, sedangkan pada kelompok kontrol usia responden tersebar rata antara kelompok dewasa dan berusia > 46 tahun.

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden dan Homogenitas Responden Pada Kelompok Kontrol Dan Kelompok Intervensi Pasien *Urolithiasis* (n1=12, n2=12)

Karakteristik	Kelompok		Total n(%)	<i>p value</i> (CI 95%)
	Kontrol n(%)	Intervensi n(%)		
Jenis Kelamin				
Laki-laki	11 (92%)	10 (83%)	21 (88%)	0,23
Perempuan	1 (8%)	2 (17%)	3 (12%)	(0,98-1,27)
Tingkat Pendidikan				
Dasar-menengah	9 (75%)	10 (83%)	19 (79%)	0,34
Pendidikan tinggi	3 (25%)	2 (17%)	5 (21%)	(1,03-1,38)
Pekerjaan				
Bekerja	10 (83%)	10 (83%)	20 (83%)	1,00
Tidak bekerja	2 (17%)	2 (17%)	4 (17%)	(1,01-1,33)
Usia				
Dewasa (26-45 tahun)	6 (50%)	5 (42%)	11 (46%)	0,58
Lansia (> 46 tahun)	6 (50%)	7 (58%)	13 (54%)	(40,8-57,1)
Riwayat keluarga				
Ya	3 (25%)	4 (33%)	7 (29%)	0,40
Tidak	9 (75%)	8 (47%)	17 (71%)	(1,10-1,49)
Indeks Massa Tubuh				
Normal (18,5-25)	10 (83%)	8 (67%)	18 (75%)	0,07
Obesitas (>25,1)	2 (17%)	4 (33%)	6 (25%)	(1,06-1,44)

Sumber: Data Primer, 2016

b. Gambaran komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup pasien *urolithiasis* pada setiap domain sebelum dilakukan pendidikan kesehatan

Kesetaraan variabel komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup pasien pada setiap domain antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum dilakukan pendidikan kesehatan melalui uji homogenitas dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 dibawah ini menunjukkan hasil bahwa tidak terdapat perbedaan skor rata-rata komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup responden pada setiap domain antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi sebelum diberikan pendidikan kesehatan (*p value* > 0,05) kecuali domain peranan fisik. Responden sebagian besar memiliki skor rata-rata domain kualitas hidup

dibawah skor rata-rata normatif yaitu 50, kecuali kesehatan mental dan fungsi sosial.

Tabel 4.2 Distribusi Skor Rata-rata Domain Komponen Fisik dan Komponen Mental Kualitas Hidup Pasien dan Uji Homogenitas Pasien *Urolithiasis* Sebelum Dilakukan Pendidikan Kesehatan (n1=12, n2=12)

Kualitas Hidup	Kelompok		Total	95% CI	<i>P</i> value
	Kontrol	Intervensi			
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
Skor Fungsi Fisik (0-100)	49 ± 20,6	50 ± 18,5	49 ± 19,2	41,3-57,5	0,66
Skor Peranan Fisik (0-100)	0	4 ± 9,7	2 ± 7,1	0,9-5,1	0
Skor Peranan Emosi (0-100)	14 ± 22,2	28 ± 31,3	21 ± 27,6	9,2-32,5	0,60
Skor Vitalitas (0-100)	44 ± 8,7	47 ± 12,8	46 ± 10,9	41,0-50,2	0,25
Skor Kesehatan Mental (0-100)	56 ± 7,1	55 ± 13,1	56 ± 10,4	51,1-59,9	0,10
Skor Fungsi Sosial (0-100)	51 ± 18,8	68 ± 22,7	60 ± 22,2	50,2-68,9	0,37
Skor Rasa Nyeri (0-100)	18 ± 13,7	16 ± 10,1	17 ± 11,9	11,8-21,8	0,11
Skor Kesehatan Umum (0-100)	33 ± 5,3	32 ± 5,3	33 ± 5,3	30,3-34,7	1,00
Skor Komponen Fisik (0-100)	25±8,0	25±8,0	25 ± 7,8	21,9-28,5	0,97
Skor Komponen Mental (0-100)	41±10,4	50±14,6	45 ± 13,1	39,9-50,9	0,10

Sumber: Data Primer, 2016

- c. Gambaran komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup pasien *urolithiasis* pada setiap domain sesudah dilakukan pendidikan kesehatan
- Kesetaraan variabel komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup pasien pada setiap domain kelompok kontrol dan kelompok intervensi sesudah dilakukan intervensi melalui uji homogenitas dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Distribusi Skor Rata-rata Kualitas Hidup dan Homogenitas Pasien *Urolithiasis* Sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan (n1=12, n2=12)

Kualitas Hidup	Kelompok		Total Mean±SD	95% CI	p value
	Kontrol Mean±SD	Intervensi Mean±SD			
Skor Fungsi Fisik (0-100)	67± 13,7	77 ± 13,7	72 ± 14,4	66,0-78,2	0,56
Skor Peranan Fisik (0-100)	17±16,3	42 ± 28,9	29 ± 26,2	18,0-40,3	0,01
Skor Peranan Emosi (0-100)	31 ±22,3	75 ± 25,2	53 ± 32,5	39,1-66,6	0,36
Skor Vitalitas (0-100)	52 ± 6,2	58 ± 12,9	55 ± 10,4	50,6-59,4	0,10
Skor Kesehatan Mental (0-100)	59 ± 4,6	61 ± 10,5	60 ± 8,0	56,6-63,4	0,00
Skor Fungsi Sosial (0-100)	66 ± 10,8	79 ± 13,3	73 ± 13,8	66,7-78,4	0,11
Skor Rasa Nyeri (0-100)	39 ± 7,3	46 ± 2,9	42 ± 6,5	39,5-45,1	0,00
Skor Kesehatan Umum (0-100)	49 ± 6,8	48 ± 6,2	48 ± 6,4	45,4-50,8	0,77
Skor Komponen Fisik (0-100)	43 ± 5,9	53 ± 10	48 ± 9,5	43,9-52,0	0,14
Skor Komponen Mental (0-100)	52 ± 5,7	68 ± 12,9	60 ± 13,0	54,6-65,6	0,00

Sumber: Data Primer, 2016

Tabel 4.3 menunjukkan hasil bahwa tidak terdapat perbedaan skor rata-rata komponen fisik dan komponen mental pada domain kualitas hidup (p value > 0,05), kecuali pada domain peranan fisik, kesehatan mental, rasa nyeri dan komponen mental sesudah diberikan pendidikan kesehatan (p value < 0,05).

Responden sebagian besar memiliki skor rata-rata kualitas hidup diatas skor rata-rata normatif yaitu 50 setelah diberikan intervensi, kecuali pada domain peranan fisik, rasa nyeri, kesehatan umum dan nilai komponen fisik.

2. Analisis Bivariat

- a. Perbandingan skor rata-rata komponen fisik kualitas hidup pasien *urolithiasis* sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Perbandingan skor rata-rata komponen fisik kualitas hidup pasien *urolithiasis* sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4 Hasil Uji Beda Skor Rata-Rata Komponen Fisik Kualitas Hidup Pasien *Urolithiasis* Sebelum dan Sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi (n1=12, n2=12)

Kelompok	Sebelum Mean±SD	Sesudah Mean±SD	Z-Test	CI 95%	p value
Kelompok Kontrol	25±8,0	43±5,9	-3,06	(29,4 - 38,8)	0,002
Kelompok Intervensi	24±8,0	53±10,0	-3,06	(32,2 - 46,2)	0,002

Tabel 4.4 menunjukkan hasil uji statistik dengan menggunakan *wilcoxon sign rank test* adalah bahwa terdapat perbedaan secara signifikan skor rata-rata komponen fisik kualitas hidup pada pasien *urolithiasis* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi dengan $p\ value < 0,05$.

b. Perbandingan skor rata-rata komponen mental kualitas hidup pasien *urolithiasis* sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Perbandingan skor rata-rata komponen mental kualitas hidup pasien *urolithiasis* sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Hasil Uji Beda Skor Rata-Rata Komponen Mental Kualitas Hidup Pasien *Urolithiasis* Sebelum dan Sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan Pada Kelompok Kontrol dan Kelompok Intervensi (n1=12, n2=12)

Kelompok	Sebelum Mean±SD	Sesudah Mean±SD	Z-Test	CI 95%	p value
Kelompok Kontrol	41±10,8	52±5,7	-2,83	(46,1 - 55,2)	0,005
Kelompok Intervensi	50±14,6	68±12,9	-3,06	(52,0 - 66,0)	0,002

Tabel 4.5 menunjukkan hasil uji statistik dengan menggunakan *wilcoxon sign rank test* adalah bahwa terdapat perbedaan secara signifikan skor rata-rata komponen mental kualitas hidup pada pasien *urolithiasis* sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan baik pada kelompok kontrol maupun kelompok intervensi dengan $p\ value < 0,05$.

- c. Perbandingan skor rata-rata komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup pasien *urolithiasis* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi pada pasien *urolithiasis*

Perbandingan skor rata-rata komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup pasien *urolithiasis* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi pada pasien *urolithiasis* dapat dilihat pada tabel 4.6

Tabel 4.6 Hasil Uji Beda Skor Rata-Rata Komponen Fisik dan Komponen Mental Kualitas Hidup Pasien *Urolithiasis* pada Kelompok Kontrol Dan Kelompok Intervensi (n1=12, n2=12)

Kualitas Hidup	Kelompok		Z-Test	CI 95%	P value
	Kontrol Mean±SD	Intervensi Mean±SD			
Skor Komponen Fisik (0-100)	18+6,7	28+11,8	-2,08	18,2 - 27,2	0,037
Skor Komponen Mental (0-100)	11+9,7	19+8,4	-2,08	10,5 - 18,9	0,037

*Mann Whitney Test

Tabel 4.5 menunjukkan hasil uji statistik menggunakan *Mann Whitney Test* bahwa terdapat perbedaan secara signifikan skor rata-rata komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup pasien *urolithiasis* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan *p value* < 0,05.

B. Pembahasan

1. Latar Belakang Hasil Penelitian

Urolithiasis merupakan obstruksi benda padat pada saluran kemih karena adanya faktor presipitasi endapan dalam jumlah yang berlebihan, mempunyai kemungkinan untuk berulang bahkan timbul komplikasi. Keadaan ini menjadi masalah serius terhadap kesehatan pasien dan berdampak pada kualitas hidup

pasien (Lotan, *et al.*, 2013; Smeltzer&Bare, 2008; Tiselius, 2008; Vijaya, *et al.*, 2013). Penilaian kualitas hidup dilakukan dengan menggunakan instrumen SF-36 dan intervensi yang dapat diberikan salah satunya adalah pemberian pendidikan kesehatan sebagai bentuk pelayanan dan asuhan keperawatan. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu tindakan keperawatan yang dapat dilakukan kepada pasien dan keluarga agar memiliki pemahaman tentang proses penyakitnya, mengetahui cara pencegahan dan adaptasi, serta mengubah perilaku pasien dan keluarga ke arah yang lebih baik (Colella, *et al.*, 2005; Shyu, *et al.*, 2008)

2. Karakteristik Responden

1) Usia

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden berusia > 46 tahun dengan rata-rata usia 48,9 tahun. Penelitian yang dilakukan oleh Arafa & Rabah, (2010) tentang kualitas hidup pasien setelah tindakan pengeluaran batu di Saudi Arabia, didapatkan usia rata-rata responden adalah 45 tahun dengan standar deviasi 10,80, hasil ini tidak jauh berbeda dengan rata-rata responden pada penelitian ini.

Usia mempengaruhi kualitas hidup pasien. Pasien dengan usia sangat tua atau lansia pada umumnya memiliki kualitas hidup yang makin menurun dibanding dengan pasien usia muda atau produktif, hal ini berdampak pada menurunnya fungsi fisik dan peran fisik serta meningkatnya emosi pasien (Bosworth, 2001). Selain itu, Walter, *et al.*,

(2001) menyatakan bahwa seseorang dengan usia tua mempunyai rasa nyeri, masalah mobilitas, perawatan diri sendiri dan aktivitas yang lebih buruk. Perry & Potter, (2009) menyebutkan bahwa usia 40-65 tahun disebut sebagai tahap keberhasilan dimana waktu yang dimiliki untuk mempengaruhi diri secara maksimal, menimbang kemampuan diri sendiri, dan menilai diri sendiri sehingga pasien dapat memiliki pemberdayaan dan kualitas hidup yang baik.

Perubahan kualitas hidup seseorang terjadi diakibatkan karena kurangnya kemampuan seseorang untuk memahami diri dalam memenuhi kebutuhan secara fisik maupun emosional serta kemampuan untuk memenuhi tuntutan kegiatan dalam kehidupan secara normal dan berdampak pada penurunan kualitas hidup. Kemampuan seseorang dalam memahami diri diimbangi dengan bertambahnya usia dan tingkat kematangan atau pendewasaan dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi.

2) Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden yang mengalami *urolithiasis* adalah laki-laki dimana jenis kelamin merupakan faktor yang menunjukkan perbedaan karakteristik secara fisik dan biologis serta fungsi individu. Menurut Afifi (2007) dan Nazro & Memun (2004) perbedaan jenis kelamin dalam persepsi sejahtera (*wellbeing*) dapat terjadi walaupun tidak pada semua dimensi pengukuran kualitas hidup. Keadaan

ini lebih diakibatkan karena adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kejadian depresi.

3) Tingkat Pendidikan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pendidikan terbanyak pada responden adalah tingkat pendidikan dasar-menengah. Tingkat pendidikan merupakan indikator seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal dan umumnya berpengaruh terhadap kemampuan dalam mengelola informasi..

Individu dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki kualitas hidup yang lebih tinggi dibanding dengan yang berpendidikan rendah, begitupun sebaliknya (Klepac, 2009), dimana nilai yang rendah umumnya terletak pada komponen peran fisik dan peran mental (Abdurachim, 2007). Tingkat pendidikan seseorang dapat mendukung atau mempengaruhi tingkat pengetahuan, hal ini berarti semakin tinggi pendidikan seseorang maka pengetahuan akan semakin tinggi dan kualitas hidup meningkat.

4) Pekerjaan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden bekerja baik sebagai wiraswasta ataupun karyawan swasta. Bekerja merupakan salah satu aktivitas rutin dalam kehidupan sehari-hari yang dapat menghasilkan pendapatan berupa uang (Colella, *et al.*, 2005).

Pekerjaan mempengaruhi kualitas hidup seseorang dimana seorang pensiunan, tidak bekerja, dan tidak dapat bekerja lagi cenderung mempunyai kualitas hidup yang buruk (CDC, 2002). Seseorang yang

memiliki pekerjaan dan aktivitas diluar rumah umumnya akan menghasilkan pendapatan dan pemasukan untuk kelangsungan hidup mereka. Pendapatan yang dihasilkan menentukan tingkat sosial ekonomi seseorang yang dapat menuntut seseorang memiliki kebiasaan buruk. Kualitas hidup seseorang yang masih aktif bekerja tampak lebih lebih baik pada domain fisik, rasa nyeri, kesehatan umum dan komponen fisik (Abdurachim, 2007). Tingkat sosial ekonomi yang tinggi mendorong seseorang melakukan sesuatu sesuai keinginan termasuk kebiasaan atau gaya hidup yang kurang sehat.

5) Riwayat Keluarga

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 71% responden tidak memiliki riwayat keluarga yang menderita penyakit seperti responden. Colella, *et al.*, (2005) menyatakan bahwa sebesar 25% riwayat keluarga mempunyai kemungkinan membantu proses pembentukan batu saluran kemih pada pasien. Hasil penelitian ini kemungkinan dapat terjadi karena anggota keluarga sebelumnya dapat mengelola perilaku sehat yang adekuat dan mendapat dukungan keluarga serta dukungan sosial yang baik.

Dukungan sosial yang kurang berpengaruh terhadap menurunnya kesehatan mental, sementara pasien dengan dukungan sosial yang tinggi memiliki kesehatan mental yang lebih baik dan berdampak pada meningkatnya kualitas hidup pasien, dimana kesehatan mental dapat berhubungan dengan emosi seseorang (Basworth, 2001). Dukungan dari pasangan hidup, orang tua, anak-anak dan keluarga dekat dapat memberi

semangat dan kekuatan bagi pasien dalam mengambil setiap keputusan yang baik pada masalah kesehatannya serta dapat meningkatkan nilai kualitas hidup pasien pada komponen mental (Rahman,*et al.*, 2013)

6) Indeks Massa Tubuh

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki indeks massa tubuh yang normal (75%) dan obesitas sebesar 25%. Obesitas salah satu merupakan faktor resiko terbentuknya batu saluran kemih. Sejak lemak dalam tubuh bersifat hidrofobik, proporsi cairan tubuh akan menurun dan meningkatkan obesitas, dimana dapat menyebabkan terjadinya dehidrasi (Shamsuddeen, *et al.*, 2013). Penelitian yang dilakukan oleh Pradono, *et al.*, (2009) tentang gambaran kualitas hidup penduduk indonesia dan faktor yang mempengaruhi menyatakan bahwa seseorang yang memiliki indeks massa tubuh diatas normal dan memiliki resiko terjadinya penyakit memiliki nilai kualitas hidup yang rendah dan memiliki peluang untuk menurunkan kualitas hidup sebanyak 1,4 kali.

3. Gambaran Domain Kualitas Hidup

1) Fungsi Fisik

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, responden memiliki skor rata-rata domain fisik yang rendah. Hasil penelitian ini sesuai dengan Arafa & Rabah, (2010) tentang kualitas hidup pasien batu saluran kemih bahwa sebagian besar responden yang mengalami *urolithiasis* memiliki skor rata-rata kualitas hidup rendah, salah satunya adalah domain fungsi fisik.

Domain fungsi fisik menggambarkan pembatasan aktivitas fisik pasien karena masalah kesehatan yang ada. Kemampuan individu untuk melakukan aktivitas fisik dipengaruhi oleh kesehatan fisik dimana merupakan indikator seseorang berada dalam keadaan bebas dari sakit (Nursalam, 2014). Berdasarkan hasil rekapitulasi kuesioner penelitian didapatkan informasi bahwa responden sering melakukan aktivitas fisik yang kurang seperti dengan posisi duduk dalam waktu yang lama (sopir, buruh pabrik dan wirausaha kerupuk). Aktivitas fisik merupakan salah satu kegiatan yang dapat menggambarkan kualitas hidup pasien secara fisik.

2) Peranan Fisik

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebelum dilakukan pendidikan kesehatan, responden memiliki skor rata-rata domain peranan fisik sangat rendah. Domain peranan fisik menggambarkan pembatasan aktivitas sehari-hari karena masalah fisik. Rendahnya skor peranan fisik dapat disebabkan karena pasien merasa bahwa selama mereka mengalami sakit,

mereka memiliki keterbatasan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehingga mereka mengurangi jumlah jam kerja dan membatasi aktivitas. Hasil yang didapatkan dari terbatasnya aktivitas yang dilakukan akan berdampak pada sedikitnya jumlah pekerjaan yang bisa diselesaikan.

Hal ini sesuai dengan penelitian Rohmah, *et al.*, (2012) tentang kualitas hidup lanjut usia bahwa keterbatasan fisik merupakan kondisi kesehatan fisik yang secara keseluruhan mengalami kemunduran yang dapat disebabkan karena bertambahnya usia, gejala penyakit yang diderita, serta adanya perubahan baik secara fisiologis, psikologis dan mental. Peranan fisik yang dapat berfungsi dengan baik memungkinkan seseorang untuk mencapai hidup yang berkualitas. Namun, ketidaksiapan seseorang menghadapi perubahan tersebut dapat berdampak pada rendahnya pencapaian kualitas hidupnya.

3) Peranan Emosi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa skor rata-rata domain peranan emosi yang dimiliki sebagian besar responden adalah rendah. Domain peranan emosi menggambarkan pembatasan aktivitas sehari-hari karena masalah emosi. Domain peranan emosi juga berkaitan dengan perasaan pasien untuk melakukan aktivitas yang dipengaruhi oleh perasaan atau emosi seperti mengurangi jumlah waktu dalam melakukan aktivitas, mengerjakan pekerjaan yang lebih sedikit dari yang diinginkan atau bahkan tidak melakukan aktivitas (Ware, 2000).

Peranan emosi seseorang dapat dipengaruhi oleh fungsi seseorang secara emosional. Fungsi emosional dan kesehatan mental yang baik merupakan salah satu penyebab tingginya nilai kualitas mental seseorang walaupun memiliki nilai komponen fisik yang rendah. Menurut Bolhke, *et al.*, (2008) fungsi emosional dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti adaptasi dan motivasi. Rahman, *et al.*, (2013) menyatakan peningkatan skor komponen mental pada pasien akan meningkat setelah satu bulan pasien dinyatakan sakit. Hal ini terjadi karena adanya proses adaptasi yang dialami pasien. Faktor psikologis pasien yang menjadi penyebab meningkatnya komponen mental kualitas hidup yang mampu menerima kenyataan akan penyakit yang diderita. Selain itu, motivasi yang merupakan suatu kekuatan mental seseorang untuk melakukan kegiatan dalam memenuhi harapan dan tujuan juga menjadi faktor yang mempengaruhi komponen mental seseorang (Nursalam & Efendy, 2012).

4) Vitalitas

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden memiliki skor rata-rata domain vitalitas yang rendah. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Modersitzki, *et al.*, (2014) bahwa pada awal penilaian skor rata-rata vitalitas responden berada dibawah skor rata-rata normatif, dan akan meningkat setelah 1 bulan dilakukan intervensi.

Domain vitalitas menggambarkan perasaan pasien saat ini yang berkaitan dengan perasaan semangat, perasaan penuh energi, perasaan jenuh atau bosan dan perasaan capek atau lelah. Perasaan seseorang dapat

mempengaruhi adanya perubahan mood atau afek dan interaksi sosial dengan keluarga dan orang sekitar (Smeltzer & Bare, 2008). Kelainan afektif pada seseorang akan tampak pada wajah dan sikap seseorang seperti sedih dan sering menangis, sedangkan perubahan kognitif yang terjadi karena kehilangan motivasi, semangat, inisiatif dan menjadi apatis.

5) Kesehatan Mental

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesehatan mental memiliki skor rata-rata diatas skor rata-rata normatif. Hal ini serupa dengan penelitian Hopman, *et al.*, (2009) tentang hubungan antara penyakit, usia dan kesehatan fisik dan kesehatan mental menyatakan bahwa komponen mental pada pasien dengan penyakit ginjal seperti kesehatan mental memiliki skor yang cenderung normal. Kesehatan mental merupakan salah satu penyebab tingginya nilai kualitas mental seseorang walaupun memiliki nilai komponen fisik yang rendah (Rahman, *et al.*, 2013).

Kesehatan mental yang baik akan membentuk kecerdasan emosional yang baik dan meningkatkan nilai spiritual dalam diri. Hal ini sesuai dengan Rohmah, *et al.*, (2012) bahwa seseorang yang memiliki kecerdasan emosional tinggi akan mampu menguasai diri, mengelola emosi, memotivasi diri dan mengarahkan dirinya untuk lebih produktif dalam berbagai hal yang dikerjakan. Apabila kecerdasan emosionalnya rendah maka orang akan menjadi cemas, menyendiri, sering takut, merasa tidak dicintai, merasa gugup, sedih dan cenderung mudah terkena depresi. Jika

seseorang mampu mencapai nilai kesehatan mental yang baik akan berpengaruh pada peningkatan kualitas hidupnya.

6) Fungsi Sosial

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden memiliki skor rata-rata domain fungsi sosial diatas skor rata-rata normatif. Hasil penelitian ini sesuai dengan Arafah & Rabah, (2010) bahwa pasien *urolithiasis* umumnya memiliki skor fungsi sosial yang tinggi.

Fungsi sosial menggambarkan tentang seberapa sering masalah kesehatan fisik dan perasaan emosi mempengaruhi aktivitas sosial. Skor kualitas hidup merupakan indikasi level fungsi sosial pada kesehatan mental. Hal ini penting dalam mendukung hubungan sosial (*social belonging*) dan hubungan komunitas (*community belonging*) yang merupakan ikatan yang dimiliki oleh seseorang dengan lingkungan sosialnya, diantaranya senang berkumpul dengan teman-teman, mempunyai hubungan sosial, aktif serta tidak mengalami kesulitan dalam hubungan sosial. Aktivitas spiritualitas dan sosial akan memberikan nilai tertinggi untuk menemukan kebermanaan dan rasa harga dirinya (Annisa, 2013; Rohmah, 2012).

7) Rasa Nyeri

Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden memiliki skor rata-rata domain nyeri yang rendah, rasa nyeri merupakan skor rata-rata terendah kedua setelah peranan fisik. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Chang, *et al.*, (2014); McCarberg, *et al.*, (2008) menyatakan nyeri yang

timbul pada seseorang dapat berdampak negatif pada aktivitas dan kegiatan fisik lain. Nyeri yang kronik dapat berdampak langsung pada kesehatan mental pasien, gangguan tidur, pekerjaan dan hubungan personal. Dampak nyeri pada kualitas hidup pasien dan kebutuhan yang tidak terpenuhi disebabkan karena kontrol nyeri yang tidak adekuat, dosis obat dan efek sampingnya yang berhubungan peningkatan dosis obat sebagai pengaruh negatif pada pengobatan pasien. Gejala yang tidak diatasi dengan segera akan berkembang dan mengganggu kesehatan pasien bahkan memperburuk keadaan pasien yang berdampak pada kualitas hidup pasien.

4. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Komponen Fisik Kualitas Hidup Pasien *Urolithiasis*

Edukasi perawat berpengaruh terhadap peningkatan komponen fisik kualitas hidup pada pasien. Hal ini terjadi karena adanya pemberian edukasi tentang pencegahan *urolithiasis* sehingga meningkatkan pengetahuan responden tentang aktivitas rutin, mengkonsumsi makanan yang sehat dan menjaga pola diet, serta mengkonsumsi banyak cairan minimal 2 liter per hari sebagai bentuk pencegahan terjadinya *urolithiasis* berulang. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terdapat skor rata-rata komponen fisik kualitas hidup yang meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan.

Komponen fisik kualitas hidup pada penelitian ini khususnya pada domain peranan fisik, rasa nyeri dan kesehatan umum memiliki skor yang rendah meskipun terjadi peningkatan setelah diberi pendidikan kesehatan sebanyak 25%, hal ini sesuai dengan Modersitzki, *et al.*, (2014) dan Penniston (2007) yang menyatakan bahwa sebagian besar pasien dengan *urolithiasis* memiliki kualitas hidup lebih rendah pada domain fungsi fisik, peranan fisik, rasa nyeri dan kesehatan umum sebelum diberikan intervensi dan meningkat setelah diberi intervensi selama satu bulan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan Mazloomymahmoodabad, *et al.*, (2014), bahwa setelah mendapatkan intervensi berupa pendidikan kesehatan, komponen fisik kualitas hidup pasien meningkat 12%. Penelitian ini menjelaskan bahwa beberapa peneliti lain menyatakan bahwa pasien yang diberikan pendidikan kesehatan menunjukkan adanya peningkatan kualitas hidup yang lebih tinggi dibanding pasien yang tidak diberi pendidikan kesehatan. peningkatan terjadi pada tingkat pemahaman pasien tentang penyakit, kepatuhan pasien, penurunan angka kekambuhan serta kemampuan pasien untuk merawat dirinya. Bahadori, *et al.*, (2014) dan Sharifirad, *et al.*, (2013) menyatakan bahwa implementasi pendidikan kesehatan merupakan salah satu program dalam meningkatkan kemandirian pasien dan berdampak positif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien.

Hasil penelitian Shamsuddeen, *et al.*, (2013) juga mendukung hasil penelitian ini yang mengungkapkan bahwa kurangnya pengetahuan pada pasien tentang pentingnya meningkatkan aktivitas fisik menjadi salah satu

hambatan bagi pasien dalam pencegahan dan penyebab menurunnya kualitas hidup pasien *urolithiasis*. Pelaksanaan pendidikan kesehatan pada penelitian ini diberikan secara bertahap yang berfokus pada konsep penyakit dan pencegahan yang dapat dilakukan pasien. Pemberian informasi yang berkaitan dengan pencegahan salah satunya adalah melakukan aktivitas fisik secara rutin dan teratur. Colella, *et al.*, (2005) dan Mohammed, *et al.*, (2011) mengungkapkan bahwa pendidikan kesehatan yang dilakukan pada pasien dengan *urolithiasis* yang menjalani operasi salah satunya tentang pencegahan terjadinya *urolithiasis* berulang sangat penting dilakukan untuk memperbaiki pengetahuan pasien tentang penyebab, faktor resiko pembentuk batu dan pencegahan berulang serta perawatan setelah serangan, dan perubahan perilaku sehat pasien yang sangat beresiko terjadinya kekambuhan dan komplikasi gagal ginjal dan hidronefrosis.

Pendidikan kesehatan diperlukan bagi pasien *urolithiasis* karena penyakit ini berkaitan dengan perilaku seseorang untuk berubah. Kepatuhan dalam pengelolaan diet, aktivitas dan cairan, serta manajemen nyeri sangat penting dilakukan pada kegiatan pelayanan kesehatan. Usaha untuk mendapatkan hasil yang optimal dibutuhkan kepatuhan dalam melakukan perilaku sehat sehingga dapat tercapai pengendalian kesehatan dan komplikasi *urolithiasis* dapat diminimalkan (Colella, *et al.*, 2005; Moe, 2006; Okhunov, *et al.*, 2011).

Efektivitas penggunaan suatu metode dapat terjadi apabila kesesuaian antara metode dengan semua komponen pengajaran atau dengan kata lain pemilihan dan penentuan metode yang tepat mutlak untuk tercapainya tujuan

secara efektif (Suliha, *et al.*, 2002). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok yang mendapatkan pendidikan kesehatan melalui metode diskusi dan curah pendapat lebih berpengaruh dalam meningkatkan kualitas hidup. Hal ini dapat terjadi karena adanya keaktifan dari responden, adanya suasana yang saling menghormati dan menghargai, adanya suasana percaya diri dan mempercayai orang lain, dan keterbukaan. Hal ini didukung oleh proses belajar berprinsip pada penemuan diri sendiri dan keterbukaan, suasana belajar yang mengakui adanya kekhasan pribadi, suasana yang membenarkan adanya perbedaan, adanya suasana yang memperbolehkan adanya keraguan dan berbuat kesalahan serta adanya evaluasi secara bersama dan evaluasi individu (Sukardjo, 2007).

Pendidikan kesehatan yang berkenaan dengan komponen fisik kualitas hidup adalah kesehatan fisik. Kesehatan fisik yaitu keadaan baik artinya bebas dari sakit pada seluruh tubuh dan bagian-bagian lainnya. Kesehatan fisik dapat mempengaruhi kemampuan individu untuk melakukan aktivitas. Keaktifan responden dalam usaha meningkatkan perubahan gaya hidup tampak pada kemauan pasien untuk melakukan kontrol sesuai jadwal yang telah ditentukan. Kegiatan dalam melakukan kontrol ulang adalah bentuk kesadaran pasien akan pentingnya kesehatan dan dapat digunakan sebagai sarana diskusi berkaitan dengan penyakit yang dideritanya sehingga responden mendapatkan informasi yang lebih lengkap lagi. Kegiatan ini membutuhkan peran serta petugas kesehatan dalam meningkatkan kualitas kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

5. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Komponen Mental Kualitas Hidup Pasien *Urolithiasis*

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada kedua kelompok didapatkan nilai bermakna ($p \text{ value} < 0,05$) yaitu pada kelompok kontrol $p \text{ value}$ 0,005 dan pada kelompok intervensi $p \text{ value}$ 0,002. Hasil ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan skor komponen mental kualitas hidup sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan pada kedua kelompok. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi terdapat skor rata-rata komponen mental kualitas hidup yang meningkat setelah diberikan pendidikan kesehatan. Hal ini kemungkinan terjadi karena edukasi yang diberikan pada tahap kedua yaitu tentang pencegahan *urolithiasis* salah satunya adalah menghindari stres dan adanya dukungan dari keluarga yang memberikan motivasi kepada pasien untuk memiliki perilaku sehat dan membantu pasien dalam menyiapkan diet yang akan dikonsumsi oleh pasien.

Komponen mental kualitas hidup terdiri dari peranan emosi, vitalitas, fungsi sosial dan kesehatan emosi. Komponen mental pada penelitian ini memiliki nilai cenderung normal pada setiap domain setelah diberi pendidikan kesehatan dengan peningkatan sebanyak 12% dari sebelum diberi pendidikan kesehatan, hal ini sesuai dengan penelitian yang menyatakan bahwa mayoritas pasien dengan *urolithiasis* memiliki skor komponen mental kualitas hidup cenderung normal setelah diberi intervensi (Arafa & Rabah, 2010; Modersitzki, *et al.*, 2014; Penniston, 2007).

Hasil penelitian Mazloomymahmoodabad, *et al.*, (2014) dan Sharifirad, *et al.*, (2013) mendukung penelitian ini bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga meningkatkan komponen mental kualitas hidup pasien sebesar 13%. Peningkatan terjadi umumnya karena dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti kemauan, motivasi dan proses adaptasi yang dialami pasien. Hal ini pun didukung oleh Rahman, *et al.*, (2013) bahwa dukungan dari pasangan hidup, orang tua, anak dan keluarga dekat dapat memberi semangat dan kekuatan bagi pasien dalam mengambil setiap keputusan yang baik pada masalah kesehatannya serta meningkatkan nilai kualitas hidup pasien pada komponen mental kualitas hidup.

Hasil penelitian Hopman, *et al.*, (2009) juga mendukung hasil penelitian ini yang mengungkapkan bahwa kualitas hidup pasien didapatkan skor komponen fisik lebih rendah dibanding skor komponen mental yang cenderung normal. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan kepada responden dapat merubah tidak hanya pada aspek biologis, fisik, namun dapat juga merubah aspek kejiwaan dan sosial responden dan memberikan pengaruh pada seluruh aspek kehidupan termasuk masalah kesehatan dan keterbatasan.

Pendidikan yang diberikan merupakan suatu proses pengembangan kemampuan, keterampilan, menambah pengetahuan dan meningkatkan kualifikasi keprofesionalan. Pendidikan kesehatan, perubahan perilaku dan kualitas hidup dapat berhubungan satu sama lain. Menurut Notoadmodjo, (2010) dalam meningkatkan pemahaman yang baik bagi sasaran didik

dipengaruhi oleh beberapa faktor yang salah satunya adalah media pendidikan kesehatan. Media pendidikan kesehatan merupakan alat bantu proses pendidikan. Media memiliki manfaat untuk merangsang minat sasaran pendidikan, mengatasi keterbatasan waktu, tempat, bahasa dan daya indera dari sasaran pendidikan, mengatasi sikap pasif sasaran pendidikan dan dapat merangsang pengalaman serta menimbulkan persepsi yang sama, mendorong keinginan sasaran untuk mengetahui, mendalami, dan akhirnya memberikan pengertian yang lebih baik serta merangsang untuk meneruskan pesan-esan kepada orang lain (Suiraoaka & Supariasa, 2012)

Penelitian ini, pendidikan kesehatan diberikan dengan media *leaflet*. *Leaflet* yang diberikan berisikan tentang konsep penyakit dan pencegahan yang dapat dilakukan oleh responden salah satunya adalah menghindari stress dan pentingnya dukungan keluarga. *Leaflet* diberikan saat melakukan interaksi ke pasien dan *leaflet* digunakan sebagai panduan pasien dalam mencari informasi singkat tentang *urolithiasis*. Notoatmodjo, (2010) dan Suliha, *et al.*, (2002) menyatakan bahwa media *leaflet* adalah media yang dapat diperoleh dengan mudah serta efektif untuk digunakan sebagai media informasi dimana sebagai media informasi, pemilihan gambar atau foto yang akan digunakan disesuaikan dengan tujuan yang telah ditetapkan. Gambar dan foto yang ada di dalam *leaflet* dapat membangkitkan motivasi dan minat individu untuk membantu menafsirkan serta mengingat pesan yang berkenaan dengan gambar atau foto tersebut.

Informasi yang diterima oleh responden kelompok intervensi dapat membantu mempercepat responden memperoleh pengetahuan, berbagai macam informasi akan meningkatkan pengetahuan responden dan keluarga dimana salah satu sumber informasi yang didapatkan berasal dari pendidikan kesehatan yang dilakukan oleh peneliti. Selain itu, keterampilan interpersonal, menghargai dirinya, keterampilan komunikasi, berpikir sistematis dan mampu mengatasi masalah dengan efektif serta memiliki kualitas hidup dan kepuasan hidup yang tinggi dapat menjadi indikator meningkatnya kualitas hidup pasien secara fisik dan mental. Kualitas hidup yang baik ditandai dengan kehidupan yang sehat secara fisik dan psikologis.

6. Pengaruh pendidikan kesehatan terhadap komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi

Hasil penelitian didapatkan selisih skor komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup *uroolithiasis* pada kelompok kontrol lebih rendah dibandingkan selisih skor responden pada kelompok intervensi, hasil analisis lanjut juga menyimpulkan bahwa terdapat perbedaan selisih skor rata-rata komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup yang bermakna pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan *p value* 0,037 (*p value* < 0,05). Hal ini membuktikan bahwa pendidikan kesehatan meningkatkan skor komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup. Kualitas hidup adalah respon emosi pasien terhadap aktivitas sosial,

emosional, pekerjaan, dan hubungan sosial, perasaan senang, dan adanya harapan dan kepuasan (Nursalam, 2014).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Rahmi, (2011) yang menyatakan bahwa pendidikan kesehatan yang diberikan kepada pasien dalam intervensi *discharge planning* dapat meningkatkan kualitas hidup pasien 20 kali lebih besar dibanding dengan pasien yang tidak diberi intervensi. Penelitian Mazloomymahmoodabad, *et al.*, (2014) juga mengungkapkan bahwa terdapat perbedaan skor kualitas hidup pada komponen fisik dan komponen mental pada kelompok yang mendapat pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu penatalaksanaan *urolithiasis*, dengan diberikannya pendidikan kesehatan diharapkan ada perubahan perilaku menjadi sehat, kemampuan untuk mengelola kesehatannya sendiri termasuk mengontrol atau mencegah terjadi kekambuhan dan komplikasi yang mungkin muncul.

Peningkatan skor rata-rata komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup dapat terjadi karena suatu proses pembelajaran melalui pendidikan kesehatan yang diberikan secara bertahap dan sesuai kebutuhan pasien. Penelitian ini melakukan pendidikan kesehatan secara dua tahap pada kelompok intervensi, pada tahap pertama diberikan informasi tentang konsep penyakit, serta pada tahap kedua peneliti melakukan sedikit pengulangan materi tahap pertama dan kemudian dilanjutkan dengan memberikan informasi tentang pencegahan dan perawatan paska tindakan medis. Penelitian ini didukung oleh Mohammed, *et al.*, (2014) bahwa pendidikan yang diberikan

secara terus menerus dan bertahap dapat berkontribusi terhadap pencegahan terjadinya kekambuhan dan komplikasi, meningkatkan kemandirian serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Modersitski, *et al.*, (2014) menjelaskan edukasi dan penanganan awal yang tepat diharapkan mampu mencegah terjadinya kekambuhan.

Pelaksanaan pendidikan kesehatan pada kelompok kontrol diberikan sesuai standar dan rutinitas rumah sakit yang dilakukan oleh dokter dalam bentuk penjelasan penyakit, tanpa persiapan atau media khusus, sehingga responden hanya mendapatkan informasi melalui penjelasan dokter secara singkat tersebut. Penambahan informasi seperti ini juga dapat meningkatkan pemahaman dan pengetahuan responden serta diikuti dengan peningkatan skor rata-rata komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup yang dapat dilihat dari hasil penelitian namun besaran peningkatan skor rata-rata tersebut tidak tinggi jika dibandingkan dengan peningkatan skor rata-rata komponen fisik dan komponen mental pada kelompok intervensi.

Penelitian yang dilakukan oleh beberapa peneliti menerangkan bahwa pendidikan kesehatan dan kualitas hidup menjadi bagian yang tak terpisahkan karena membentuk hubungan yang kuat dan dinamis (Nursalam, 2014). Pendidikan kesehatan yang diberikan oleh petugas kesehatan baik di rumah sakit ataupun Puskesmas mengharapkan adanya perubahan pada perilaku individu atau kelompok menjadi lebih baik. Peningkatan komponen fisik dan komponen mental kualitas hidup juga dipengaruhi oleh adanya kemauan dan peningkatan keyakinan diri pasien terhadap kemampuannya dalam menjalani

kehidupan setelah mengalami *urolithiasis*. Arafa & Rabah (2010) dan Mohammed, (2015) menyatakan bahwa pengetahuan yang baik tentang gaya hidup yang sehat dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan *urolithiasis*.

Pelaksanaan pada penelitian ini, peneliti menguatkan materi dengan membagikan *leaflet* kepada responden penelitian sebagai panduan dan memberikan kesempatan kepada responden yang didampingi keluarga untuk berdiskusi, tanya jawab dan curah pendapat kepada peneliti. Fokus bahasan diskusi adalah permasalahan yang dihadapi tentang penyakitnya dan persiapan pasien setelah keluar dari rumah sakit. Peneliti mengamati beberapa kelebihan metode yang diterapkan dari respon pasien ketika mendapatkan pendidikan kesehatan dengan diskusi (ceramah dan curah pendapat), terlihat bahwa pasien lebih memiliki keyakinan akan kemampuannya merubah pola pikir dan pola hidup selanjutnya paska mengalami *urolithiasis*. Pasien menyadari bahwa dirinya memiliki kemampuan yang cukup untuk mencapai kemandirian yang diharapkan.

Penelitian ini didukung oleh Sukardjo, (2007) bahwa metode diskusi dengan aplikasi ceramah, tanya jawab dan curah pendapat merupakan suatu metode belajar yang didalamnya ada keterlibatan mental dan kegiatan penemuan masalah, mencari data sehingga dapat ditarik kesimpulan dan ditemukan penyelesaian masalah yang dihadapi pasien. Hasil penelitiannya menyatakan bahwa informasi kesehatan yang diterima responden bisa menambah pengetahuan pasien dan meningkatkan nilai positif pada sikap

responden. Dengan kata lain, metode ini melibatkan kegiatan sendiri dengan bimbingan dan fasilitator sehingga meningkatkan pemahaman seseorang akan kebutuhannya (Djamarah, 2006).

Penelitian ini dapat menjadi dasar bahwa pentingnya mempersiapkan materi edukasi dan pasien sebelum memberikan pendidikan kesehatan. Umpan balik yang jujur tentang pendapat dan cara berpikir pasien tentang kualitas hidupnya serta memberikan kesempatan kepada pasien untuk mengutarakan permasalahan yang dihadapi seputar penyakitnya serta kekhawatiran atau kecemasan pasien menghadapi kehidupan selanjutnya setelah mengalami *urolithiasis* dan paska rawat inap di rumah sakit yang menjadi suatu hal penting, karena hal ini juga memupuk keyakinan pasien akan kemampuannya memiliki perilaku hidup sehat sehingga dapat mencegah keparahan penyakit pasien.

C. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari adanya keterbatasan dalam penelitian ini diantaranya waktu untuk penelitian kualitas hidup setelah dilakukan pendidikan kesehatan tergolong singkat yaitu 2 minggu. Penilaian yang sangat singkat dan nilai perubahan kualitas hidup setelah diberikan pendidikan kesehatan dapat dipengaruhi banyak faktor seperti perbedaan motivasi, faktor budaya dimana mayoritas responden cenderung pasrah dan menerima keadaan serta faktor keluarga yang menerima dan memberikan dukungan kepada pasien sehingga ini dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien *urolithiasis*.

D. Implikasi dalam keperawatan

Pelaksanaan pendidikan kesehatan yang komprehensif dapat memotivasi perawat dalam menyadari pentingnya intervensi tersebut untuk dilaksanakan pada pasien dan keluarga yang dimulai sejak awal untuk meningkatkan partisipasi pasien dan keluarga dalam proses penyembuhan, pencegahan dan memiliki perilaku hidup sehat yang berguna untuk meningkatkan kualitas hidup pasien khususnya pasien dengan *urolithiasis*. Perawat sebagai petugas kesehatan yang banyak bersama pasien dalam memberikan asuhan keperawatan, perlu memahami kebutuhan pasien terhadap edukasi. Pemberian edukasi secara bertahap dengan melibatkan keluarga pasien dapat memotivasi pasien dalam proses penyembuhan selama dirumah sakit maupun dirumah. Program edukasi yang komprehensif dengan perencanaan dan koordinasi yang matang serta sistematis perlu dilakukan untuk efektifitas perawat dalam memberikan edukasi sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan lebih efektif.