

**TESIS**

**PENGARUH *QUANTUM LEARNING METHODE (QLM)* TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU KELUARGA DALAM MELAKUKAN PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN *CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS (CAPD)* DIWILAYAH KABUPATEN JOMBANG**

**PENELITIAN : *PRA EXSPERIMENTAL***



**Oleh:**

**RIFA'I  
131041033**

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA  
TAHUN 2014**

**PENGARUH *QUANTUM LEARNING METHODE (QLM)* TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU KELUARGA DALAM MELAKUKAN PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN *CONTINUOS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS (CAPD)* DIWILAYAH KABUPATEN JOMBANG**

**TESIS**

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)  
Dalam Program Studi Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan Unair

Oleh:

**RIFA'I**  
**131041033**

**PROGRAM MAGISTER KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA  
TAHUN 2014**

## **HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS**

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
Dan semua sumber baik yang di kutip maupun di rujuk  
Telah saya nyatakan dengan benar**

**Nama : Rifa'i**

**NIM : 131041033**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 12 Mei 2013**

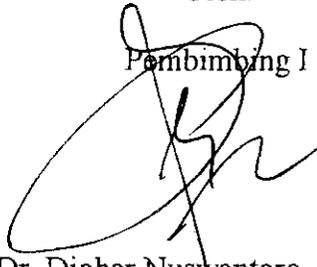
**PENGARUH *QUANTUM LEARNING METHODE (QLM)* TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU KELUARGA DALAM MELAKUKAN PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN *CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS (CAPD)* DIWILAYAH KABUPATEN JOMBANG**

RIFA'I

TESIS INI TELAH DISETUJUI  
PADA TANGGAL 28 Oktober 2013

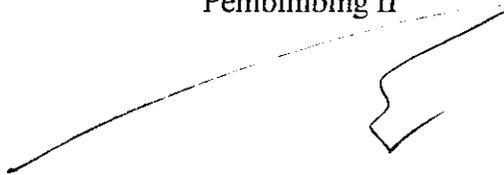
Oleh:

Pembimbing I



Dr. Djohar Nuswantoro, dr., MPH  
NIP. 195502261985021001

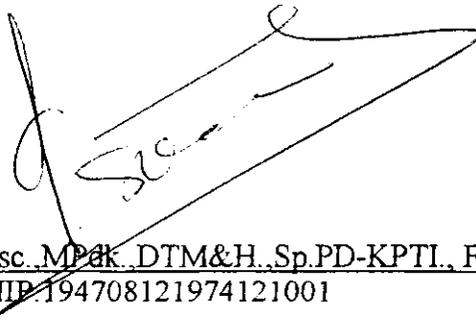
Pembimbing II



Yulis Setiya Dewi, S.Kep.Ns., M.Ng  
NIP. 197507092005012001

Mengetahui,

Ketua Program Studi



Prof. Dr. Suharto, dr. Msc., MPak., DTM&H., Sp. PD-KPTL., FINASIM  
NIP. 194708121974121001

**LEMBAR PENGESAHAN  
PANITIA PENGUJI TESIS**

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Rifa'i

Nim : 131041033

Program Studi : Magister Keperawatan

Judul: : Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Melakukan Prosedur Tindakan Keperawatan Pasien *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* Diwilayah Kabupaten Jombang

Tesis ini telah diuji dan dinilai

Oleh panitia penguji pada

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Tada tanggal, 07 Januari 2014

Panitia Penguji :

1. Ketua penguji: Prof. DR. Djoko Santoso., dr., PhD., Sp.PD., K.GH., FINASIM (.....)

2. Ketua 1 : Dr. Djohar Nuswantoro., dr., MPH (.....)

3. Ketua 2 : Yulis Setya Dewi., S. Kep. Ns., M.Ng (.....)

4. Penguji 3 : Siti Nurkholifah., S. Kep. Ns. M.Kep., Sp.KOM (.....)

5. Penguji 4 : Ninuk Dian K., S. Kep. Ns., MANP (.....)

## UCAPAN TERIMA KASIH

Segala puji dan syukur saya haturkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan tesis yang berjudul Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Melakukan Prosedur Tindakan Keperawatan Pasien *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* Diwilayah Kabupaten Jombang untuk diujikan, dan dilanjutkan penelitian, sebagai kewajiban untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi S2 Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Saya menyadari terselesaikannya tesis ini atas bimbingan dan peran serta semua pihak. Pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya, kepada:

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt., Rektor Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk mengikuti pendidikan pada Program Pasca Sarjana khususnya Program Studi S2 Keperawatan.
2. Purwaningsih, S.Kep., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi S2 Keperawatan
3. Prof.Dr.Suharto.dr.Msc.,MPdk.,DTM&H.,Sp.PD-KPTI, FINASIM selaku Ketua Program Studi S2 Keperawatan yang telah memberikan motivasi dan solusi kepada saya dalam menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan
4. Dr. Djohar Nuswantoro, dr.,MPH sebagai pembimbing I, yang penuh kesabaran memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan tesis ini.
5. Yulis Setya Dewi, S.Kep.Ns.,M.Ng. sebagai pembimbing II, yang telah memberikan asupan, bimbingan dan semangat dalam penyusunan tesis ini.

6. Seluruh pengajar dan staf program studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya atas bantuan dan bimbingan yang di berikan kepada saya selama mengikuti pendidikan .
7. Keluarga penderita Gagal Ginjal Terminal (GGT) dengan CAPD yang telah berperan aktif dan mendukung tesis ini.
8. Seluruh keluarga dan anak – anak tercita yang telah memberikan motivasi dalam penyusunan tesis ini.
9. Teman-teman angkatan 3 Program Studi S2 Keperawatan yang telah memberi semangat untuk menyelesaikan tesis ini.
10. Semua pihak yang telah membantu terselesaikannya penyusunan menyelesaikan tesis ini.

Saya berharap tesis ini bermanfaat bagi pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan keluarga, semoga Allah SWT memberikan balasan yang berlipat kepada kita semua. Penulis telah berusaha secara maksimal dalam pembuatan usulan penelitian ini, dan menyadari bahwa masih banyak kekurangan, masukan dan saran yang bersifat membangun sangat saya harapkan.

Surabaya, Juni 2013

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rifa'i

Nim : 131041033

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Departemen : Keperawatan

Fakultas : Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga Hak Bebas Royalti Non eksklusif ( Non-exclusive Royalty Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

*Pengaruh Quantum Learning Methode (QLM) Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Melakukan Prosedur Tindakan Keperawatan Pasien Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) Diwilayah Kabupaten Jombang.*

Beserta perangkat yang ada (jika di perlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Non eksklusif ini Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Di buat di : Surabaya

Pada tanggal :

Yang menyatakan

( RIFA'I )

viii

## RINGKASAN

**PENGARUH *QUANTUM LEARNING METHODE (QLM)* TERHADAP PERUBAHAN PERILAKU KELUARGA DALAM MELAKUKAN PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN *CONTINUOS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS (CAPD)* DI WILAYAH KABUPATEN JOMBANG**

*Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* merupakan cara untuk mengeluarkan produk sampah dari darah, ketika ginjal tidak dapat lagi melakukan pekerjaan secara memadai. Sejak ditemukan alat sistem *twin-bag* CAPD ini, kejadian infeksi meningkat 0,4% pada penderita gagal ginjal yang tidak menggunakan (Iqbal, 2008). Jumlah pasien GJK makin meningkat di dunia, sekitar 20 – 30%. Pasien mempunyai tingkat kerusakan ginjal yang memerlukan terapi pengganti ginjal (Diantari, 2007). Jumlah pasien gagal ginjal terminal yang menggunakan CAPD lebih dari 120 ribu pasien diseluruh dunia (Tunggul, 2009). Di Indonesia sekitar 800 orang, tercatat 70 pasien dengan CAPD di Jawa Timur dan 15 pasien pada tahun 2012 di wilayah kabupaten Jombang. Dalam kurun waktu 1 tahun terakhir didapatkan hasil, 15 orang pasien (100%) mengatakan tidak pernah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan di Puskesmas. 2 orang pasien (13,3%) mengatakan pernah kontrol ke rumah sakit umum daerah kabupaten Jombang, 9 orang pasien (60 %) mengatakan pernah di kunjungi oleh perawat CAPD dari PT Kalbe Farma, 6 orang pasien (40%) tidak di kunjungi oleh tenaga kesehatan lain termasuk dari Puskesmas, 11 orang pasien (73,3%) mengatakan kontrol ke dokter praktik swasta di wilayah Surabaya dan Malang dan 2 orang pasien (13,3%) kontrol di rumah sakit umum daerah Jombang. Kemandirian keluarga dalam perawatan CAPD di Indonesia cenderung belum optimal (Ratnawati, 2011). Hal ini menunjukkan bahwa masih diperlukan adanya peningkatan perilaku keluarga dalam melakukan tindakan perawatan pasien gagal ginjal terminal dengan CAPD dengan memilih salah satu model pembelajaran *Quantum Learning Methode (QLM)*.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*. dengan tujuan khusus (1) Mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang CAPD dan cara merawat CAPD sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan pendekatan *Quantum Learning Methode (QLM)*. (2) Mengidentifikasi sikap keluarga tentang CAPD dan cara merawat CAPD sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan pendekatan *Quantum Learning Methode (QLM)*. (3) Mengidentifikasi keterampilan keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan CAPD sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan pendekatan *Quantum Learning Methode (QLM)*. (4) Menganalisis pengaruh *Quantum Learning Method (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*.

Kerangka pikir penelitian ini adalah didalam memberikan tindakan keperawatan pada pasien dengan CAPD harus di bekali dengan pengetahuan, sikap dan keterampilan yang memadai sesuai dengan prosedur keperawatan. *Quantum Learning Method(QLM)* bermanfaat untuk merubah perilaku seseorang terutama perilaku keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan. Perilaku terbentuk dari (1) kesadaran (*awareness*), (2) *interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus, (3) *valuation* (menimbang-nimbang)

terhadap baik dan tidaknya stimulus, (4) *trial* di mana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus, (5) *adoption* di mana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Desain penelitian yang digunakan adalah *Pra experimental* yang bertujuan untuk menganalisis perubahan perilaku keluarga dalam melakukan prosedur tindakan penggantian cairan dialisis pada pasien dengan *continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang, pendekatan *One group pra test – post test design*, yang melibatkan satu kelompok subjek. kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi (*pretest*), kemudian dilakukan intervensi (pendidikan dan pelatihan) dan diobservasi lagi setelah intervensi (*Posttest*). Populasi 30 orang anggota keluarga yang mewakili salah satu anggota keluarga pasien dengan perawatan CAPD di wilayah kabupaten Jombang. Pengambilan sampel menggunakan metode *total sampling* yaitu 30 orang anggota keluarga pasien dengan CAPD di wilayah kabupaten Jombang. *Variable Independent* adalah *Quantum Learning Methode (QLM)*. *Variable dependent* adalah Perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan CAPD. Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan lembar observasi *check list*, yang disusun sendiri oleh peneliti dengan mengacu pada literatur. analisa data dengan menggunakan uji statistik "*wilcoxon sign rank test*", skala Ordinal. Untuk mengetahui pengaruh *variable independent* dan *dependent* dengan tingkat kemaknaan  $p \leq 0,05$  artinya jika hasil uji statistik menunjukkan  $p \leq 0,05$ , maka ada pengaruh yang signifikan antara *variable independent* dengan *variable dependent*.

Hasil penelitian menunjukkan berdasarkan hasil analisis uji *wilcoxon sign rank test* di dapatkan nilai signifikansi  $p \text{ value} = 0,000 < \alpha (0,05)$ , hal ini dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh *Quantum Learning Method (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan *exite site* di wilayah kabupaten Jombang.

Kesimpulan penelitian ini adalah pendidikan kesehatan melalui QLM memberikan pengaruh terhadap perubahan perilaku keluarga pada pasien dengan CAPD. QLM memperbaiki pengetahuan (dari pengetahuan cukup menjadi baik).

## SUMMARY

### **THE EFFECT OF QUANTUM LEARNING METHODE (QLM) TO CHANGES FAMILY'S BEHAVIOR IN DOING NURSING PROCEDURE TO PATIENT OF CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS (CAPD) IN THE REGION OF JOMBANG**

*Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) is a procedur how to remove waste products from the blood when the kidneys can be end stage renal failure in adequately. Since the tool of twin - bag CAPD system is found, the incidence of infection increase from 0.4 % in patients with renal failure who are not using (Iqbal, 2008). The amount of CRF patients increased in the world, about 20-30 %. Patients with renal failure level need renal alternate therapy (Diantari, 2007) . The number of terminal renal failure patients using CAPD more than 120 thousand patients in the world (Stump, 2009). In indonesia was around 800 people, 70 patients with CAPD in east java and in the region of Jombang was 15 patients in 2012. In the last period of 1 year the results obtained, 15 patients (100%) said that they never take advantage of health care facilities in health centers. 2 patients ( 13.3 % ) said that they had control to the general hospital in Jombang , 9 patients ( 60 % ) say ever visit by a nurse CAPD of PT Kalbe Farma, 6 patients ( 40 % ) are not visited by personnel other health including health centers, 11 patients ( 73.3 % ) said control to private practice physicians in the area of Surabaya and Malang and 2 patients ( 13.3 % ) controls in Jombang general hospitals. Independence of the family in treatment of CAPD in indonesia is not optimal (Ratnawati, 2011). So that it is still needed to have an increase family behavior in nursing actions to renal failure patients using CAPD with selecting one learning model by Quantum Learning Method (QLM).*

*The purpose of this study was determine the effect of Quantum Learning Method (QLM) to change the behavior of family in caring for a family with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). The special purpose (1). Identify the family knowledge about how to care for CAPD before and after giving health education with the approach of Quantum Learning Method ( QLM ). (2). Identify attitudes of the family about how to care for CAPD before and after giving health education with the approach of Quantum Learning Method (QLM). (3) Identify the skills of the family in caring for a family member with CAPD before and after the health education approach of Quantum Learning Method (QLM). (4) Analyze the effects of Quantum Learning Method (QLM) to change the behavior of the family in caring for a family member with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD).*

*This research framework provides the nursing care to patients with CAPD should be based by the knowledge, attitudes and good skills in doing the nursing procedures. Quantum Learning Method (QLM) is used to change one's behavior, especially the behavior of families in nursing action. Behavior is formed from (1) consciousness (awareness), (2) interest to the stimulus, (3) valuation good stimulus, (4) trial in which the subject tried to do something in accordance with what is desired by the stimulus, (5) where the adoption of new subjects have behaved in accordance with the knowledge, awareness and attitudes towards the stimulus.*

*Design of the research is Pre Experimental to analyze changing the family behavior in performing the procedure measures the dialysate fluid replacement in patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) in region Jombang. To approach one group pre-test - post-test design, which involves a group subject. Groups of subjects were observed prior to the intervention (pre-test), then the intervention (education and training) and observed again after the intervention (pos-test). The population are 30 members who represent one of the family members with CAPD treatment in Jombang district. Sampling is used by total sampling methods, they are 30 family members of patients with CAPD in Jombang district. Independent variable is Quantum Learning Method (QLM). Dependent variable is the behavior of the family in caring for family members with CAPD. Collecting data of this research is using by observation sheet check list, which is compiled by researchers with reference to the literature. The analysis is using statistical test by "Wilcoxon signed rank test", Ordinal scales. To determine the effect of independent and dependent variables with a significance level of  $p \leq 0.05$  means that if the results of the statistical test showed  $p \leq 0.05$ , then there is a significant relationship between the independent variables with the dependent variable.*

*The results showed by the analysis of wilcoxon signed rank test trials in get significant value  $\hat{p}$  value =  $0.000 < \alpha (0.05)$ , it can be concluded that no effect of Quantum Learning Method (QLM) to change the behavior of the family in caring for a member families with Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) by exite site of action in the region of Jombang .*

*The conclusion of this research is the health education through by Quantum Learning Method (QLM) give effect to changes the family behavior with CAPD patients. QLM repair knowledge (knowledge to be good enough).*

## ABSTRAK

**Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Melakukan Prosedur Tindakan Keperawatan Pasien Dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* Di wilayah kabupaten Jombang.**

Oleh : Rifa'i

*Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* merupakan cara untuk mengeluarkan produk sampah dari darah, ketika ginjal tidak dapat lagi melakukan pekerjaan secara memadai. Penelitian ini bertujuan Untuk mengetahui pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *CAPD*.

Desain *Pra experimental*, dengan pendekatan *One group pra test – post test design*. Populasi adalah 2 orang anggota keluarga dari 15 pasien dengan *CAPD*, berjumlah 30 orang. Sampel 30 orang yang di ambil secara *total sampling*. Instrumen menggunakan lembar observasi *check list*. Variabel independen adalah *Metode Quantum Learning (MQL)* sedangkan variabel dependennya adalah pengetahuan, sikap dan tindakan.

Hasil penelitian pengetahuan keluarga tentang *CAPD* sebelum pendidikan (*Pre-test*) sebagian besar berpengetahuan cukup 14 responden (46,7%) sedangkan setelah pendidikan (*pos-test*) sebagian besar mempunyai pengetahuan baik 18 responden (60%). Sikap *CAPD* sebelum pendidikan (*Pre-test*) sebagian besar bersikap negatif 18 responden (60%), sedangkan setelah pelatihan (*pos-test*) bersikap positif 22 responden (73,3%). Tindakan penggantian cairan dialisat di wilayah kabupaten Jombang, sebelum pendidikan (*Pre-test*) sebagian besar mempunyai tindakan kurang 19 responden (63,3%) sedangkan setelah pendidikan (*pos-test*) sebagian sebagian besar mempunyai tindakan baik 21 responden (70%). perawatan *exite site* sebelum pendidikan (*pre-test*) sebagian besar mempunyai tindakan kurang 15 responden (50%), sedangkan setelah pelatihan (*pos-test*) sebagian sebagian besar mempunyai tindakan baik 22 responden (73,3%).

Hasil penelitian menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan melalui *QLM* memberikan pengaruh terhadap perubahan perilaku keluarga pada pasien *CAPD*. *QLM* memperbaiki pengetahuan (dari pengetahuan cukup menjadi baik). Berdasarkan uji statistik *wilcoxon sign rank test* dengan nilai  $p\text{-value} = 0,001 < \alpha (0,05)$ , yang berarti *QLM* memberikan pengaruh terhadap perbaikan sikap (dari negatif menjadi positif). Berdasarkan uji statistik *wilcoxon sign rank test* dengan  $p\text{-value} = 0,004 < \alpha (0,05)$ .

*QLM* memberikan pengaruh terhadap kemampuan keluarga dalam merawat pasien dengan *CAPD* (penggantian cairan dialisat dan perawatan *exite site*) dari kurang menjadi baik). Hasil uji statistik *wilcoxon sign rank test*  $p\text{-value} = 0,000 < \alpha (0,05)$ .

Saran untuk peneliti selanjutnya direkomendasikan untuk penelitian lanjutan yang bertujuan untuk menggali lebih dalam faktor lain yang berhubungan dengan tindakan perawatan pasien dengan *CAPD*, serta untuk mempertahankan dan memperbaiki kualitas hidup pasien dengan gagal ginjal selain *Quantum Learning Methode (QLM)*

Kunci : *CAPD, Quantum Learning Method (QLM), Pengetahuan, Sikap dan Tindakan*

**ABSTRACT*****The effect of Quantum Learning Methode (QLM) to changes family's behavior in doing nursing procedure to patient of continuos ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) In the region of Jombang***

*By : Rifa'i*

*Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) is a procedur how to remove waste products from the blood when the kidneys can be end stage renal failure inadequately. This study aimed to determine the effect of Quantum Learning Method (QLM) to change the behavior of the family in caring for a family member with CAPD.*

*The study design used Pre exspermental, approaches one group pre-posttest design. The population in this study was 2 family members who represent one of the family member of patients with CAPD, comprised 30 people in the district of Jombang. Instruments used observation sheet check list. The independent variable in this study was QLM while the dependent variable were the knowledge, attitude and action.*

*Research results of knowledge of family with patient CAPD In region Jombang, showed that prior education (pre-test) have most knowledge enough 14 respondents (46.7%), while after training (post-test) mostly have a good knowledge of 18 respondents (60 %). Attitude of patient's CAPD before training (pre-test) most of the 18 respondents had a negative attitude (60%), whereas after training (post-test) has the most positive attitude most of the 22 respondents (73.3 %). Skills of dialysate fluid replacement that before the prior study (pre-test) most of the action has less 19 families (63.3%), while after training (post-test) mostly good most of the action has 21 families (70%). Exite site nursing care prior education (pre-test) most of the action has less 19 families (50%), whereas after training (post-test) measures have mostly good most of the 22 families (73.3%).*

*The result shows that health education by means of QLM effect behavioural changes of family of patients with CAPD. QLM improve knewledge (from enough to good). Based statistic result Wilcoxon Sign Rank Test with  $p\text{-value} = 0,001 < \alpha (0,05)$ . QLM effect Attitude (from negative to positive). Based statistic result Wilcoxon Sign Rank Test with  $p\text{-value} = 0,004 < \alpha (0,05)$ . QLM effect Skills (fluid dialisate replacement and exitesite treatment from poor to good). Based statistic result Wilcoxon Sign Rank Test with  $p\text{-value} = 0,000 < \alpha (0,05)$ .*

*Result showed that health eduction with QLM improved family behaviour knowledge, attitude and skill to replace dialysate fluid and exit site wourd care with  $p\text{-value} = 0,001 > 0,004$  and  $0,000$  respectively.*

*Advice for further research is recommended to further research that aims to dig deeper into other factors associated with the care of patients with CAPD action, as well as to maintain and improve the quality of life of patients with kidney failure other than the Quantum Learning Method (QLM)*

***Keywords : CAPD, Quantum Learning Method ( QLM), knowledge, attitudes and skills.***

## DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Halaman Judul Prasyarat.....	ii
Halaman Pernyataan Orisinilitas.....	iii
Halaman Persetujuan .....	iv
Halaman Pengesahan .....	v
Ucapan Terima Kasih .....	vi
Halaman Pernyataan Publikasi .....	viii
Ringkasan.....	ix
Summary.....	xi
Abstrak.....	xiii
Abstract.....	xiv
Daftar Isi .....	xv
Daftar Tabel .....	xix
Daftar Gambar .....	xix
Daftar Lampiran.....	xxii
Daftar Singkatan .....	xxiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi masalah.....	6
1.3 Rumusan Masalah.....	8
1.4 Tujuan Penelitian.....	8
1.4.1 Tujuan Umum.....	8
1.4.2 Tujuan Khusus.....	9
1.5 Manfaat.....	9
1.5.1 Teoritis.....	9
1.5.2 Praktis.....	10
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>11</b>
2.1 Konsep <i>Quantum Learning</i> .....	11
2.1.1 Definisi <i>quantum learning</i> .....	11

2.1.2.	Manfaat <i>quantum learning</i> .....	16
2.1.3.	Penerapan <i>Quantum Learning</i> Dalam Pembelajaran.....	16
2.1.4.	Hakekat Strategi Pembelajaran.....	20
2.2	Konsep Perilaku.....	21
2.2.1.	Definisi perilaku.....	21
2.2.2.	Domain perilaku.....	22
2.2.3.	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku.....	32
2.3	Konsep Keperawatan Keluarga.....	33
2.3.1	Definisi keluarga.....	33
2.3.2	Tujuan perawatan kesehatan keluarga.....	34
2.3.3	Alasan keluarga sebagai unit pelayanan.....	34
2.3.4	Tugas keluarga dalam kesehatan (Freeman,1981) .....	35
2.4	Konsep <i>Peritoneal Dialisis (PD)</i> .....	35
2.4.1	Definisi <i>peritoneal dialisis (PD)</i> .....	35
2.4.2	Fungsi <i>peritoneal dialysis (PD)</i> .....	36
2.4.3	Proses <i>peritoneal dialysis (PD)</i> .....	36
2.4.4	Prinsip dasar <i>peritoneal dialysis (PD)</i> .....	42
2.4.5	Indikasi <i>dialisis peritoneal (PD)</i> .....	45
2.4.6	Kontra indikasi <i>dialisis peritoneal (PD)</i> .....	47
2.4.7	Macam-macam <i>peritoneal dialysis (PD)</i> .....	48
2.4.8	Teknik Dalam <i>Peritoneal Dialysis (PD)</i> .....	48
2.4.9	Perlengkapan <i>peritoneal dilisis (PD)</i> .....	50
2.4.10	Prosedur teknik <i>Peritoneal Dialisis (PD)</i> .....	53
2.4.11	Persyaratan calon pasien <i>Peritoneal Dialisis (PD)</i> .....	54
2.4.12	Pemasangan Kateter <i>Peritoneal Dialisis (PD)</i> .....	54
2.4.13	Larutan Dialisat (PD).....	61
2.4.14	Proses Penggantian Cairan dialisat .....	63
2.4.15	Melakukan Pertukaran Cairan Tanpa Resiko.....	64
2.4.16	Komplikasi Pasca Pemasangan CAPD.....	67
2.4.17	Penatalaksanaan Dan Perawatan <i>Peritoneal Dialisis (PD)</i> ....	70
2.4.18	Prosedur Pencegahan Infeksi .....	73
2.4.19	Tindakan lanjut ( <i>follow up</i> ) aspek medik.....	76

<b>BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN.....</b>	<b>78</b>
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian .....	78
3.2 Hipotesis .....	80
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>	<b>81</b>
4.1 Desain Penelitian .....	81
4.2 Populasi, sampel dan sampling .....	82
4.2.1 Populasi.....	82
4.2.2 Sampel.....	82
4.2.3 Sampling.....	83
4.3 Identifikasi Variabel .....	83
4.3.1 Variabel Independen .....	84
4.3.2 Variabel Dependen .....	84
4.4 Definisi Operasional .....	84
4.5 Kerangka kerja penelitian .....	88
4.6 Pengumpulan data .....	89
4.6.1. Instrumen .....	89
4.6.2. Waktu dan Lokasi Penelitian.....	89
4.6.3. Prosedur dan Pengambilan Data.....	90
4.6.4. Analisis data .....	92
4.7 Etika penelitian .....	92
4.7.1. Lembar persetujuan responden (Informed consent).....	92
4.7.2. Tanpa nama ( <i>anonimity</i> ).....	93
4.7.3. Kerahasiaan ( <i>Confidentiallity</i> ).....	93
4.7.4. Keterbatasan Penelitian.....	93
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>95</b>
5.1 Hasil Penelitian .....	95
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian .....	96
5.1.2 Data Umum .....	97
5.1.3 Tabulasi silang .....	99
5.1.4 Data Khusus .....	107

5.1.5 Hasil Analisis.....	111
5.2 Pembahasan.....	116
<b>BAB 6 SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>128</b>
6.1 Simpulan.....	128
6.2 Saran.....	129
Daftar Pustaka.....	131
Lampiran.....	134

## DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 : Jumlah pasien yang menggunakan CAPD .....	3
Tabel 2.1 : Larutan dialisat yang dapat dipakai diklinik dan tersedia dipasaran..	61
Tabel 2.2 : Perbandingan komposisi larutan perisolution dan deaneal .....	62
Tabel 2.3 : Komplikasi dialysis peritoneal.....	68
Tabel 2.4 : Gangguan <i>catheter tenckhoff</i> .....	69
Tabel 2.5 : <i>Pain Associated Peritoneal Dialysis</i> .....	69
Tabel 4.1 : Desain peneliitian .....	81
Table 4.2 : Definisi operasional .....	85
Tabel 5.1 : Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin keluarga pasien dengan <i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i> DI Wilayah Kabupaten Jombang.....	97
Tabel 5.2 : Distribusi responden berdasarkan umur keluarga pasien dengan <i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i> DI Wilayah Kabupaten Jombang.....	97
Tabel 5.3 : Distribusi responden berdasarkan pendidikan keluarga pasien dengan <i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i> DI Wilayah Kabupaten Jombang.....	98
Tabel 5.4 : Distribusi responden berdasarkan Pekerjaan keluarga pasien dengan <i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i> DI Wilayah Kabupaten Jombang .....	98
Tabel 5.5 : Distribusi responden berdasarkan Hubungan keluarga dengan pasien dengan <i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i> DI Wilayah Kabupaten Jombang .....	99
Tabel 5.6 : Distribusi pengetahuan responden berdasarkan jenis kelamin Di wilayah kabupaten Jombang .....	99
Tabel 5.7 : Distribusi pengetahuan responden berdasarkan Umur Di wilayah kabupaten Jombang .....	100
Tabel 5.8 : Distribusi pengetahuan responden berdasarkan pendidkan Di wilayah kabupaten Jombang .....	101
Tabel 5.9 : Distribusi pengetahuan responden berdasarkan pekerjaan Di wilayah kabupaten Jombang .....	102
Tabel 5.10 : Distribusi pengetahuan responden berdasarkan hubungan keluarga pasien Di wilayah kabupaten Jombang .....	102

Tabel 5.11 : Distribusi sikap responden berdasarkan jenis kelamin Di wilayah kabupaten Jombang .....	103
Tabel 5.12 : Distribusi sikap responden berdasarkan Umur Di wilayah kabupaten Jombang .....	104
Tabel 5.13 : Distribusi sikap responden berdasarkan pendidikan Di wilayah kabupaten Jombang .....	105
Tabel 5.14 : Distribusi sikap responden berdasarkan pendidikan Di wilayah kabupaten Jombang .....	106
Tabel 5.15 : Distribusi sikap responden berdasarkan hubungan keluarga pasien Di wilayah kabupaten Jombang .....	106
Tabel 5.16 : Pengetahuan Keluarga tentang <i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i> dan merawat Pasien CAPD DI Wilayah Kabupaten Jombang.....	107
Tabel 5.17 : Sikap Keluarga tentang <i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i> dan merawat Pasien CAPD DI Wilayah Kabupaten Jombang.....	108
Tabel 5.18 : Tindakan Penggantian Cairan Dialisat pada Pasien CAPD Di Wilayah Kabupaten Jombang.....	109
Tabel 5.19 : Tindakan <i>Exite Site</i> pada Pasien CAPD Di Wilayah Kabupaten Jombang.....	110
Tabel 5.20 : Pengaruh <i>Quantum Learning Methode (QLM)</i> terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan <i>Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i> berdasarkan pengetahuan DI Wilayah Kabupaten Jombang.....	111
Tabel 5.21 : Pengaruh <i>Quantum Learning Methode (QLM)</i> terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan <i>Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i> berdasarkan Sikap DI Wilayah Kabupaten Jombang .....	112
Tabel 5.22 : Pengaruh <i>Quantum Learning Methode (QLM)</i> terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan <i>Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i> berdasarkan tindakan penggantian cairan dialisat DI Wilayah Kabupaten Jombang .....	113
Tabel 5.23 : Pengaruh <i>Quantum Learning Methode (QLM)</i> terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan <i>Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i> berdasarkan tindakan penggantian <i>Exite Site</i> DI Wilayah Kabupaten Jombang .....	115

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 : Identifikasi masalah penelitian .....	6
Gambar 2.1 : <i>Clearance Across the Peritoneal Membrane</i> .....	38
Gambar 2.2 : Proses terjadinya <i>diffuse</i> .....	38
Gambar 2.3 : Proses Ultrafiltrasi.....	41
Gambar 2.4 : CAPD <i>Exchange</i> .....	50
Gambar 2.5 : Macam kateter untuk CAPD.....	52
Gambar 2.6 : Proses penggantian cairan dialysat pada <i>Peritoneal Dialysis</i> .....	53
Gambar 2.7 : Pemasangan kateter untuk <i>Peritoneal Dialysis</i> .....	55
Gambar 2.8 : Lokasi pemasangan <i>catheter tenchoff</i> .....	57
Gambar 2.9 : Cara mempertahankan posisi <i>catheter tenchoff</i> .....	59
Gambar 2.10 : <i>Exit Site Care</i> .....	59
Gambar 2.11 : <i>Ultra Bag aseptic exching prosedur</i> .....	63
Gambar 2.12 : Proses dialysis peritoneal melalui kateter <i>tenchoff</i> .....	64
Gambar 2.13 : <i>Warming Dialysis Solution</i> .....	66
Gambar 2.14 : Proses penggantian cairan dialisat ( <i>Baxter Healthcare</i> ).....	75
Gambar 3.1 : Kerangka konseptual penelitian .....	78
Gambar 4.1 : Kerangka kerja penelitian .....	88

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal
- Lampiran 2 : Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
- Lampiran 3 : Surat Permohonan Bantuan Uji Etik Penelitian
- Lampiran 4 : Surat Komisi Etika Penelitian
- Lampiran 5 : Surat Pengambilan Data
- Lampiran 6 : Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 7 : Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 8 : Kuesioner Pemanfaatan Sarana Prasarana dan Tenaga Kesehatan
- Lampiran 9 : Kuesioner
- Lampiran 10 : Ceklist Tindakan Keperawatan Penggantian Cairan Dialisat
- Lampiran 11 : Ceklist Tindakan Keperawatan Exite Site
- Lampiran 12 : Rencana Kegiatan Penelitian
- Lampiran 13 : Data Hasil Pengambilan Data Penelitian
- Lampiran 14 : Hasil Penelitian Pemanfaatan Sarana Prasarana dan Tenaga Kesehatan
- Lampiran 15 : Rekapitulasi Karakteristik Data Umum Responden
- Lampiran 16 : Rekapitulasi Data Pengetahuan Sebelum Pelatihan CAPD (Pretest)
- Lampiran 17 : Rekapitulasi Data Pengetahuan Sesudah Pelatihan CAPD (Postest)
- Lampiran 18 : Rekapitulasi Data Sikap Sebelum Pelatihan CAPD (Pretest)
- Lampiran 19 : Rekapitulasi Data Sikap Sesudah Pelatihan CAPD (Postest)
- Lampiran 20 : Rekapitulasi Tindakan Penggantian cairan Dialisat Sebelum Pelatihan CAPD (Pretest)
- Lampiran 21 : Rekapitulasi Tindakan Penggantian cairan Dialisat Sesudah Pelatihan CAPD (Postest)
- Lampiran 22 : Rekapitulasi Tindakan Perawatan *Exite Site* Sebelum Pelatihan CAPD (Pretest)

- Lampiran 23 : Rekapitulasi Tindakan Perawatan *Exite Site* Sesudah Pelatihan CAPD (Postest)
- Lampiran 24 : Hasil Pemanfaatan Sarana Prasarana dan Tenaga Kesehatan
- Lampiran 25 : Frekuensi Data Umum
- Lampiran 26 : Frekuensi Data Khusus
- Lampiran 27 : Tabulasi Silang Antara Demografi Responden dengan Variabel Penelitian Sebelum Perlakuan
- Lampiran 28 : Tabulasi Silang Antara Demografi Responden dengan Variabel Penelitian Sesudah Perlakuan
- Lampiran 29 : Tabulasi Silang (*Crostab*)
- Lampiran 30 : Hasil Analisis *Wilcoxon Test*
- Lampiran 31 : Dokumentasi Tindakan Penggantian Cairan Sebelum Pelatihan
- Lampiran 33 : Desain Undangan Pelatihan

## DAFTAR SINGKATAN

AKI	=	<i>Acute Kidney Injury</i>
APD	=	<i>Automated Peritoneal Dialysis</i>
CAPD	=	<i>Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis</i>
CCPD	=	<i>Continous Cyclic Peritoneal Dialysis</i>
CRF	=	<i>Chronic Renal Failure</i>
Egfr	=	<i>Egfr estimated glomerular filtration rate</i>
ESRD	=	<i>End Stage Renal Desease</i>
GGA	=	Gagal ginjal akut
GGK	=	Gagal Ginjal Kronis
GGT	=	Gagal Ginjal Terminal
H	=	<i>High transporter</i>
HA	=	<i>High Average transporter</i>
ICU	=	<i>Intensive Care Unit</i>
ICN	=	<i>International Council of Nurse</i>
IPD	=	<i>Intermittent Peritoneal Dialysis</i>
IRR,	=	<i>Indonesia Renal Registry</i>
LA	=	<i>Low Average transporter</i>
L	=	<i>Low transporter</i>
LFG	=	<i>Laju filtrasi glomerulus</i>
MFMER	=	<i>Foundation for Medical Pendidikan dan Penelitian</i>
NPD	=	<i>Nightly Peritoneal Dialysis</i>
nPCR	=	<i>Protein Catabolic Rate</i>
PET	=	<i>Peritonemum Equilibrium Test</i>
PD	=	Peritoneal dialisis
PGK	=	Penyakit Ginjal Kronis
RO	=	<i>Referse Osmosis</i>
RGFR	=	<i>Residual Glomerular Filtration Rate</i>
SGA	=	<i>Subjective Global Assessment</i>
TOT	=	<i>Time on Therapy</i>
TBW	=	<i>Total Body Water</i>

# **BAB 1**

# **PENDAHULUAN**

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang

*Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* merupakan cara untuk mengeluarkan produk sampah dari darah, ketika ginjal tidak dapat lagi melakukan fungsinya secara memadai. Prosedur ini dilakukan untuk memperbaiki ketidakseimbangan cairan atau elektrolit dalam darah atau difungsikan untuk mengeluarkan racun, obat-obatan atau limbah lain yang biasanya diekskresikan oleh ginjal. Salah satu faktor penyebab meningkatnya angka penderita gagal ginjal dari tahun ke tahun di dunia ini, salah satunya adalah disebabkan oleh kurangnya kesadaran masyarakat terhadap deteksi dini penyakit tersebut (Sumut, 2009) dan peningkatan ini seiring dengan meningkatnya kasus peritonitis. Sejak ditemukan alat sistem *twin-bag* CAPD ini, kejadian infeksi meningkat 0,4% dari pada penderita gagal ginjal yang tidak menggunakan (Iqbal, 2008).

Jumlah pasien GJK di dunia, sekitar 20 – 30%, dan pasien mempunyai tingkat kerusakan ginjal yang memerlukan terapi pengganti ginjal (Diantari, 2007). Jumlah pasien yang mengalami gagal ginjal terminal yang menggunakan metode CAPD lebih dari 120 ribu pasien diseluruh dunia (Tunggul, 2009). Erlan, 2009 menyebutkan bahwa jumlah pengguna terapi CAPD di Indonesia sekitar 800 orang. Tercatat 70 pasien dengan CAPD di Jawa Timur dan 15 pasien pada tahun 2012 di wilayah kabupaten Jombang.

Kunjungan rumah terhadap 15 pasien dengan gagal ginjal terminal dengan CAPD di wilayah kerja dinas kesehatan kabupaten Jombang dalam kurun waktu 1 tahun terakhir didapatkan hasil, 15 orang pasien (100%) mengatakan tidak

pernah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan di Puskesmas. 2 orang pasien (13,3 %) mengatakan pernah kontrol kerumah sakit umum daerah kabupaten Jombang, 9 orang pasien (60 %) mengatakan pernah di kunjungi oleh perawat CAPD dari PT Kalbe Farma, 6 orang pasien (40%) tidak di kunjungi oleh tenaga kesehatan lain termasuk dari Puskesmas, 11 orang pasien (73,3%) mengatakan kontrol ke dokter praktik swasta di wilayah Surabaya dan Malang dan 2 orang pasien (13,3%) kontrol di rumah sakit umum daerah kabupaten Jombang.

Survey terhadap 5 orang pasien dan keluarga terhadap prosedur tindakan penggantian cairan dialisat dan perawatan akses keluar masuknya cairan dialisat dari dan kedalam peritoneal serta beberapa keluhan yang dirasakan oleh pasien, 5 pasien (100 %) penggantian cairan dialisat dilaksanakan tidak ditempat atau ruangan khusus, pengamatan terhadap prosedur penggantian cairan dealisat yang dilakukan oleh pasien dan keluarga terbukti 3 orang (60%) melakukan penggantian tanpa mendahulukan cuci tangan terlebih dahulu dan tanpa menggunakan masker, 1 orang (20%) kurang memperhatikan keadaan kebersihan lingkungan sebelum prosedur penggantian cairan dialisat dan 1 orang (20%) telah melakukan perawatan *exit site* dan membalutnya tanpa memperhatikan sterilitas. Disamping itu, 2 orang pasien (40%) mengatakan nyeri perut dan pernah mengalami perdarahan yang terlihat penampung cairan dealisat saat penggantian cairan, 2 orang pasien dan keluarga (40 %) mengatakan cairan yang keluar tampak adanya benang – benang fibrin dan keruh, 1 orang pasien (20 %), mengeluh nyeri diujung kateter yang terpasang pada dinding perut.

Jumlah Pengguna *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* yang tersebar di beberapa wilayah kerja puskesmas di wilayah kabupaten Jombang tahun 2012 sebagai berikut :

Tabel 1.1 Jumlah pasien yang menggunakan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kerja puskesmas kabupaten Jombang tahun 2012.

No	Wilayah kerja Puskesmas	Jumlah
1.	Puskesmas Jombang kota	5 orang
2.	Puskesmas Peterongan	1 orang
3.	Puskesmas Kesamben	1 orang
4.	Puskesmas Jogoroto	1 orang
5.	Puskesmas Diwek	1 orang
6.	Puskesmas Ploso	1 orang
7.	Puskesmas Tembelang	1 orang
8.	Puskesmas Jatiwates	2 orang
9.	Puskesmas Pulorejo Ngoro	1 orang
10.	Puskesmas Megaluh	1 orang
	Jumlah	15 orang

Sumber : Data PT Kalbe Farma Tahun 2012

Keluarga memiliki peran besar dalam memperhatikan perawatan dan tindakan penggantian cairan dialisat pada pasien gagal ginjal terminal (GGT) dengan CAPD. Menjaga kebersihan dalam melakukan perawatan tidak hanya pada penderita dengan perawatan CAPD saja tetapi juga keluarga yang merawat baik untuk menggantikan cairan dialisat maupun perawatan *exite site*, begitu pula juga kebersihan lingkungan dan suhu ruangan harus tetap senantiasa dijaga. Kemandirian keluarga dalam melakukan perawatan pada salah satu keluarga

penderita gagal ginjal terminal (GGT) dengan CAPD di Indonesia cenderung belum optimal (Ratnawati, 2011). Kejadian infeksi tidak lepas dari peran keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan CAPD. Perawatan yang tidak sesuai dengan prosedur akan menimbulkan dampak yang tidak diinginkan.

Porter & Hernacki, (2012) mengatakan *Quantum Learning Methode (QLM)* adalah merupakan salah satu metode dalam pembelajaran yang dapat digunakan untuk merubah perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan CAPD. *Quantum Learning Methode (QLM)*, merupakan strategi, petunjuk dan seluruh proses belajar yang dapat mempertajam pemahaman dan daya ingat, serta membuat belajar sebagai suatu proses yang menyenangkan dan bermanfaat dalam mengubah perilaku seseorang. Pengembangan teknik-teknik yang menjadi sasaran utama akhirnya ditujukan untuk membantu seseorang menjadi *responsif* dan bergairah dalam menghadapi tantangan dan perubahan *realitas* (sikap dan perilaku) (Erik, 2013). Namun sampai saat ini, pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* dalam merubah perilaku anggota keluarga dalam merawat pasien gagal ginjal terminal dengan CAPD belum dapat dijelaskan.

Metode pencucian darah dengan memanfaatkan peritoneum (selaput yang melapisi perut dan pembungkus organ perut) sebagai membran *semipermeable* untuk memasukkan cairan dialisis melalui tabung lunak berupa selang kecil yang disebut kateter terpasang menembus dinding kedalam rongga perut dengan cara operasi, yang berguna untuk mengisi perut dengan cairan pembersihan yang disebut larutan dialisis. Cairan dialisis harus dibiarkan selama waktu tertentu sehingga limbah *metabolic* dari aliran darah secara perlahan masuk kedalam cairan tersebut, kemudian cairan dikeluarkan, dibuang dan diganti dengan cairan yang baru (Pernepri, 2011).

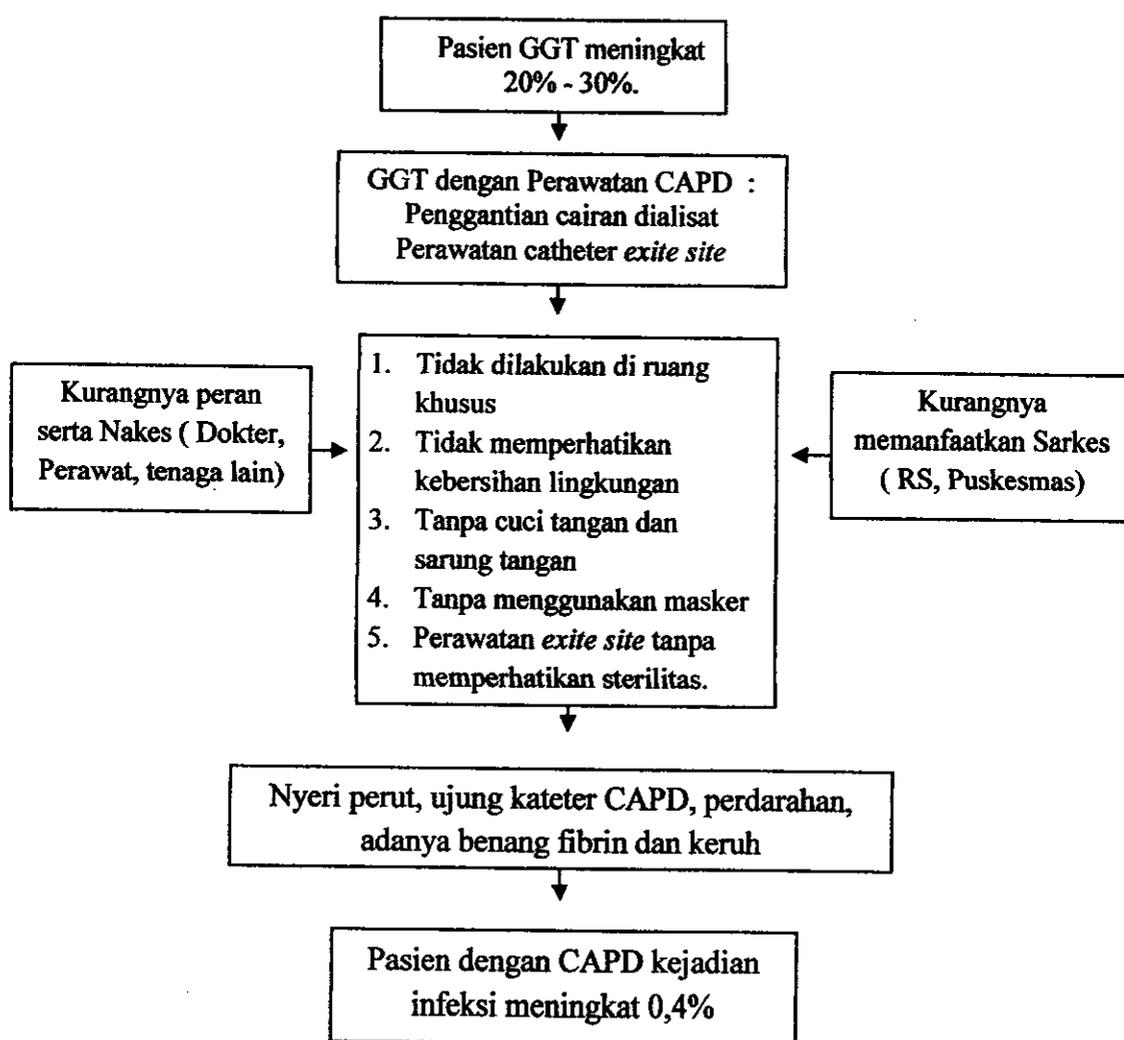
*Quantum Learning Methode (QLM)* mencakup aspek-aspek penting dalam *Neuro Linguistic Program (NLP)* yaitu suatu program tentang bagaimana otak mengatur informasi. Program ini meneliti hubungan antara bahasa dan perilaku dan dapat digunakan untuk menciptakan jalinan pengertian antara stimulus dan respon. Seseorang berpengetahuan *Neuro Linguistic Program (NLP)* mengetahui bagaimana menggunakan bahasa yang positif untuk meningkatkan tindakan-tindakan positif dan penting untuk merangsang fungsi otak yang paling efektif. Semua ini dapat pula menunjukkan dan menciptakan gaya terbaik (dalam berperilaku) dari setiap orang (Porter & Hernacki, 1992). Bobbi DePorter menawarkan *Quantum Learning Methode (QLM)*, merupakan seperangkat metode dan falsafah belajar yang terbukti efektif untuk semua umur dalam belajar dan Metode tersebut menggunakan sugesti positif dalam proses pembelajaran dengan prinsip bahwa sugesti positif dapat dan pasti mempengaruhi situasi belajar.

Beberapa teknik yang digunakan untuk memberikan sugesti positif antara lain: mendudukan peserta didik secara nyaman, memasang musik, meningkatkan partisipasi individu, menggunakan poster-poster untuk memberi kesan belajar sambil menonjolkan informasi sesuai dengan topik pembelajaran.

Berdasarkan gambaran data-data tersebut diatas secara keseluruhan belum dapat menggambarkan bagaimana perubahan perilaku dalam mengoptimalkan sumber atau potensi yang dimiliki oleh keluarga dalam melakukan perawatan pada salah satu anggota keluarga yang menderita gagal ginjal terminal dengan menggunakan CAPD. Sedangkan metode yang tepat untuk mempercepat proses pembelajaran bagi keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan pasien dengan CAPD serta beberapa teknik yang dikemukakan untuk meningkatkan

kemampuan diri yang ditujukan untuk membantu seseorang menjadi *responsif* dan bergairah dalam menghadapi tantangan dan perubahan *realitas* (sikap dan perilaku), belum dilakukan dengan baik. Oleh karena itu peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang “ Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam melakukan prosedur tindakan keperawatan pasien *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*”.

## 1.2. Identifikasi Masalah



Gambar 1.1 Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam melakukan prosedur tindakan keperawatan pasien *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang.

Gambar diatas menunjukkan adanya pasien gagal ginjal terminal yang dirawat dengan CAPD. dua prosedur tindakan keperawatan yang dapat dilakukan oleh keluarga adalah perawatan penggantian cairan dialisis dan perawatan *catheter exit site*. Didalam melakukan prosedur tindakan keperawatan pada pasien dengan CAPD ini keluarga tidak melakukan perawatan diruang khusus dan tidak memperhatikan kebersihan lingkungan, tanpa melakukan cuci tangan dan tanpa menggunakan sarung tangan, tanpa menggunakan masker dan melakukan perawatan *exite site* tanpa memperhatikan sterilitas.

Pasien mengeluh nyeri perut, nyeri diujung kateter, mengalami perdarahan, tampak adanya benang fibrin dan warna cairan keruh. Pasien tidak memanfaatkan sarana kesehatan yang terdekat seperti Rumah Sakit, Puskesmas dan pasien memilih kontrol di dokter praktik swasta atau kontrol di Rumah Sakit dimana pemasangan CAPD dilaksanakan. Didamping itu kurangnya peran serta aktif dari tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, petugas *Publik Health Nursing (PHN)* atau tenaga lain untuk melakukan kunjungan rumah dalam rangka melakukan perawatan kesehatan dirumah dengan menggunakan pendekatan *Quantum Learning Methode(QLM)* yang merupakan kiat, petunjuk, strategi, dan seluruh proses belajar yang dapat mempertajam pemahaman dan daya ingat, serta membuat belajar sebagai suatu proses yang menyenangkan dan bermanfaat dalam mengubah perilaku seseorang. Tindakan keperawatan ini dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien atau dilakukan oleh keluarga yang tinggal serumah dengan pasien CAPD.

Masalah dalam penelitian ini adalah

1. Meningkatnya kejadian gagal ginjal kronis di dunia dan sekitar 20 – 30% pasien mempunyai tingkat kerusakan ginjal terminal yang memerlukan terapi pengganti ginjal.

2. Kurangnya pengetahuan keluarga dalam melakukan perawatan pada salah satu anggota keluarga dengan CAPD.
3. Proses penggantian cairan dialisis dan perawatan *exit site* pada pasien dengan CAPD masih belum dilakukan sesuai dengan prosedur.
4. Didapatkan keluhan nyeri perut dan nyeri pada ujung kateter yang terpasang pada dinding perut, perdarahan, adanya benang – benang fibrin yang tertampung didalam cairan dialisis.
5. Kurangnya memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (puskesmas, rumah sakit) oleh pasien dengan CAPD.
6. Kurangnya peranserta tenaga kesehatan (dokter, perawat, petugas *Public Health Nursing (PHN)* dan tenaga lain ) dalam melakukan perawatan kesehatan di rumah.
7. Belum ditemukan metode yang tepat untuk merubah perilaku keluarga dalam perawatan pasien dengan CAPD.

### **1.3. Rumusan Masalah**

Apakah ada pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*?

### **1.4. Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan umum**

Untuk mengetahui pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*.

#### 1.4.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengetahuan keluarga tentang CAPD dan cara merawat CAPD sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan pendekatan *Quantum Learning Methode (QLM)*.
2. Mengidentifikasi sikap keluarga tentang CAPD dan cara merawat CAPD sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan pendekatan *Quantum Learning Methode (QLM)*.
3. Mengidentifikasi keterampilan keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan CAPD sebelum dan sesudah pemberian pendidikan kesehatan dengan pendekatan *Quantum Learning Methode (QLM)*.
4. Menganalisis pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*.

### 1.5. Manfaat Penelitian

#### 1.5.1 Teoritis

Hasil penelitian ini dapat berkontribusi terhadap pengembangan ilmu keperawatan yang terkait dengan pengembangan *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku dibidang keperawatan khususnya ilmu keperawatan keluarga dan dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan prosedur tindakan keperawatan pada pasien dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*. Disamping itu juga dapat memberikan informasi ilmiah terhadap akademik serta memberikan rujukan lain dengan perawatan pada pasien dengan gagal ginjal.

### 1.5.2 Praktis

#### 1. Pada pasien dengan CAPD.

- 1) Pasien dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, akan merasa aman dan nyaman terhindar dari berbagai dampak yang dapat mengganggu status kesehatannya pasien akan lebih mandiri dan pasien dapat melakukan aktivitas secara normal sebagaimana orang yang sehat.
- 2) Keluarga pasien dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*. Keluarga sangat terbantu untuk meringankan biaya perawatan karena pasien dengan CAPD ini memerlukan waktu perawatan yang lama secara matematik akan memerlukan biaya yang cukup besar. Selain itu juga untuk membentuk dan membangun perilaku yang terpolat sehingga keperawatan pasien dengan CAPD akan berlangsung secara berkesinambungan sesuai dengan prosedur.

#### 2. Bagi Peneliti :

Memperoleh pengalaman dalam melakukan penelitian serta dapat menerapkan dan mengembangkan pengalaman dalam melakukan keperawatan pada keluarga pasien dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*

## **BAB 2**

# **TINJAUAN PUSTAKA**

## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep *Quantum Learning*

##### 2.1.1 Definisi *quantum learning*

*Quantum learning* ialah kiat, petunjuk, strategi, dan seluruh proses belajar yang dapat mempertajam pemahaman dan daya ingat, serta membuat belajar sebagai suatu proses yang menyenangkan dan bermanfaat. Beberapa teknik yang dikemukakan merupakan teknik meningkatkan kemampuan diri yang sudah populer dan umum digunakan. Namun, Bobbi DePorter mengembangkan teknik-teknik yang sasaran akhirnya ditujukan untuk membantu para siswa menjadi responsif dan bergairah dalam menghadapi tantangan dan perubahan realitas (yang terkait dengan sifat jurnalisme). *Quantum learning* berakar dari upaya Georgi Lozanov, pendidik berkebangsaan Bulgaria. Ia melakukan eksperimen yang disebutnya *suggestology (sugestopedia)*. Prinsipnya adalah bahwa sugesti dapat dan pasti mempengaruhi hasil situasi belajar dan setiap detil apa pun memberikan *sugesti* positif atau negatif. Untuk mendapatkan sugesti positif, beberapa teknik digunakan adalah para murid di dalam kelas dibuat menjadi nyaman. musik dipasang, partisipasi mereka didorong lebih jauh. Poster-poster besar, yang menonjolkan informasi, ditempel. Guru-guru yang terampil dalam seni pengajaran *sugestif* bermunculan. (Erik, 2013).

Prinsip *suggestology* hampir mirip dengan proses *accelerated learning*, pemercepatan belajar yakni proses belajar yang memungkinkan siswa belajar dengan kecepatan yang mengesankan, dengan upaya yang normal dan dibarengi

kegembiraan. Suasana belajar yang efektif diciptakan melalui campuran antara lain unsur-unsur hiburan, permainan, cara berpikir positif, dan emosi yang sehat.

*Quantum learning* mencakup aspek-aspek penting dalam *Neuro Linguistik Program (NLP)* yaitu suatu penelitian tentang bagaimana otak mengatur informasi. Program ini meneliti hubungan antara bahasa dan perilaku dan dapat digunakan untuk menciptakan jalinan pengertian siswa dan guru. Para pendidik dengan pengetahuan NLP mengetahui bagaimana menggunakan bahasa yang positif untuk meningkatkan tindakan-tindakan positif – faktor penting untuk merangsang fungsi otak yang paling efektif. Semua ini dapat pula menunjukkan dan menciptakan gaya belajar terbaik dari setiap orang (Porter & Hernacki, 2012).

Pada kaitan inilah, *Quantum learning* menggabungkan *sugestologi*, teknik percepatan belajar, dan NLP dengan teori, keyakinan, dan metode tertentu. Termasuk konsep-konsep kunci dari teori dan strategi belajar, seperti: teori otak kanan/kiri, teori otak *triune* (3 in 1), pilihan modalitas (*visual, auditorial, dan kinestik*), teori kecerdasan ganda, pendidikan holistik, belajar berdasarkan pengalaman, belajar dengan simbol (*metaphoric learning*), simulasi/ permainan.

Beberapa hal yang penting dicatat dalam *quantum learning* adalah sebagai berikut. Para siswa dikenali tentang kekuatan pikiran yang tak terbatas. Ditegaskan bahwa otak manusia mempunyai potensi yang sama dengan yang dimiliki oleh Albert Einstein. Selain itu, dipaparkan tentang bukti fisik dan ilmiah yang memberikan bagaimana proses otak itu bekerja. Melalui hasil penelitian *Global Learning*, dikenalkan bahwa proses belajar itu mirip bekerjanya otak seorang anak 6-7 tahun yang seperti spons menyerap berbagai fakta, sifat-sifat fisik, dan kerumitan bahasa yang kacau dengan cara yang menyenangkan dan

bebas stres. Bagaimana faktor-faktor umpan balik dan rangsangan dari lingkungan telah menciptakan kondisi yang sempurna untuk belajar apa saja. Hal ini menegaskan bahwa kegagalan, dalam belajar, bukan merupakan rintangan. Keyakinan untuk terus berusaha merupakan alat pendamping dan pendorong bagi keberhasilan dalam proses belajar. Setiap keberhasilan perlu diakhiri dengan kegembiraan dan tepukan.

Berdasarkan penjelasan mengenai apa dan bagaimana unsur-unsur dan struktur otak manusia bekerja, dibuat model pembelajaran yang dapat mendorong peningkatan kecerdasan *linguistik, matematika, visual/spasial, kinestetik/perasa, musikal, interpersonal, intrapersonal, dan intuisi*. Bagaimana mengembangkan fungsi motor sensorik (melalui kontak langsung dengan lingkungan), sistem emosional-kognitif (melalui bermain, meniru, dan pembacaan cerita) dan kecerdasan yang lebih tinggi (melalui perawatan yang benar dan pengondisian emosional yang sehat). Bagaimana memanfaatkan cara berpikir dua belahan otak kiri dan kanan. Proses berpikir otak kiri (yang bersifat *logis, sekuensial, linear dan rasional*), misalnya, dikenakan dengan proses pembelajaran melalui tugas-tugas teratur yang bersifat ekspresi verbal, menulis, membaca, asosiasi auditorial, menempatkan detil dan fakta, fonetik, serta simbolisme. Proses berpikir otak kanan (yang bersifat acak, tidak teratur, *intuitif, dan holistik*), dikenakan dengan proses pembelajaran yang terkait dengan pengetahuan nonverbal (seperti perasaan dan emosi), kesadaran akan perasaan tertentu (merasakan kehadiran orang atau suatu benda), kesadaran spasial, pengenalan bentuk dan pola, musik, seni, kepekaan warna, kreatifitas dan visualisasi.

Semua itu pada akhirnya, tertuju pada proses belajar yang menargetkan tumbuhnya emosi positif, kekuatan otak, keberhasilan dan kehormatan diri. Keempat unsur ini bila digambarkan saling terkait. Dari kehormatan diri, misalnya, terdorong emosi positif yang mengembangkan kekuatan otak dan menghasilkan keberhasilan, lalu (balik lagi) kepada penciptaan kehormatan diri.

Dari proses inilah, *Quantum learning* menciptakan konsep motivasi, langkah-langkah menumbuhkan minat dan belajar aktif. Membuat simulasi konsep belajar aktif dengan gambaran kegiatan seperti: belajar apa saja dari setiap situasi, menggunakan apa yang anda pelajari untuk keuntungan anda, mengupayakan agar segalanya terlaksana, bersandar pada kehidupan. Gambaran ini disandingkan dengan konsep belajar pasif yang terdiri dari: tidak dapat melihat adanya potensi belajar, mengabaikan kesempatan untuk berkembang dari suatu pengalaman belajar, membiarkan segalanya terjadi, menarik diri dari kehidupan.

Dalam kaitan itu pula, antara lain, *quantum learning* mengonsep tentang menata pentas: lingkungan belajar yang tepat. Penataan lingkungan ditujukan kepada upaya membangun dan mempertahankan sikap positif. Sikap positif merupakan aset penting untuk belajar. Peserta didik *Quantum learning* dikondisikan kedalam lingkungan belajar yang optimal baik secara fisik maupun mental. Dengan mengatur lingkungan belajar demikian rupa, para pelajar diharapkan mendapat langkah pertama yang efektif untuk mengatur pengalaman belajar.

Penataan lingkungan belajar ini dibagi dua yaitu: lingkungan mikro dan lingkungan makro. Lingkungan mikro ialah tempat peserta didik melakukan proses belajar (bekerja dan berkreasi). *Quantum learning* menekankan penataan

cahaya, musik, dan desain ruang, karena semua itu dinilai mempengaruhi peserta didik dalam menerima, menyerap, dan mengolah informasi. Ini tampaknya yang menjadi kekuatan orisinalitas *Quantum learning*. Akan tetapi, dalam kaitan pengajaran umumnya di ruang-ruang pendidikan di Indonesia, lebih baik memfokuskan perhatian kepada penataan lingkungan formal dan terstruktur seperti: meja, kursi, tempat khusus, dan tempat belajar yang teratur. Target penataannya ialah menciptakan suasana yang menimbulkan kenyamanan dan rasa santai. Keadaan santai mendorong untuk dapat berkonsentrasi dengan sangat baik dan mampu belajar dengan sangat mudah. Keadaan tegang menghambat aliran darah dan proses otak bekerja serta akhirnya konsentrasi siswa.

Lingkungan makro ialah dunia yang luas. Peserta didik diminta untuk menciptakan ruang belajar di masyarakat. Mereka diminta untuk memperluas lingkup pengaruh dan kekuatan pribadi, berinteraksi sosial kelingkungan masyarakat yang diminatinya. Semakin siswa berinteraksi dengan lingkungan, semakin mahir mengatasi situasi-situasi yang menantang dan semakin mudah Anda mempelajari informasi baru, tulis Porter. Setiap siswa diminta berhubungan secara aktif dan mendapat rangsangan baru dalam lingkungan masyarakat, agar mereka mendapat pengalaman membangun gudang penyimpanan pengetahuan pribadi. Selain itu, berinteraksi dengan masyarakat juga berarti mengambil peluang-peluang yang akan datang, dan menciptakan peluang jika tidak ada, dengan catatan terlibat aktif di dalam tiap proses interaksi tersebut (untuk belajar lebih banyak mengenai sesuatu). Pada akhirnya, interaksi ini diperlukan untuk mengenalkan siswa kepada kesiapan diri dalam melakukan perubahan.

*Quantum Learning* dapat didefinisikan sebagai interaksi-interaksi yang mengubah energi menjadi cahaya. Semua kehidupan adalah energi. Tubuh secara fisik adalah materi. *Quantum Learning* adalah seperangkat metode dan falsafah belajar yang terbukti efektif untuk semua umur. *Quantum Learning* menggabungkan *sugestologi* teknik pemercepatan belajar dan NLP dengan teori, keyakinan dan metode sendiri. Termasuk diantaranya konsep-konsep kunci dari berbagai teori dan strategi belajar yang lain, seperti : Teori otak kanan/otak kiri, teori otak triune (3 in 1), pilihan modalitas (*visual, auditorial, kinestetik*), teori kecerdasan ganda, pendidikan holistic (menyeluruh), belajar berdasarkan pengalaman, belajar dengan simbol (*metaphorik learning*), simulasi/permainan.

Jadi *Quantum Learning* adalah gabungan kegiatan yang seimbang antara bekerja dan bermain dengan kecepatan yang mengesankan dan dibarengi dengan kegiatan yang menggemirakan dan efektif digunakan oleh semua umur.

### **2.1.2 Manfaat *quantum learning***

Belajar dengan menggunakan *quantum learning* akan didapatkan berbagai manfaat yaitu: Bersikap positif, meningkatkan motivasi, keterampilan belajar seumur hidup, kepercayaan diri, sukses atau hasil belajar yang meningkat.

### **2.1.3 Penerapan *Quantum Learning* Dalam Pembelajaran**

Menurut Bobbi De Porter dan Mike Hernacki (2013) bahwa langkah-langkah yang dapat diterapkan dalam pembelajaran melalui konsep *Quantum Learning* dengan cara:

## 1. Kekuatan Ambak

Ambak AMBAK (Apa Manfaat Bagiku) adalah motivasi yang didapat dari pemilihan secara mental antara manfaat dan akibat-akibat suatu keputusan. Motivasi sangat diperlukan dalam belajar karena dengan adanya motivasi maka keinginan untuk belajar akan selalu ada. Pada langkah ini keluarga pasien akan diberi motivasi agar keluarga dapat mengidentifikasi dan mengetahui manfaat atau makna dari setiap pengalaman atau peristiwa yang dilaluinya dalam hal ini adalah proses belajar.

Dalam pelatihan metode *quantum learning* ini membahas tentang *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* serta cara merawat pasien dengan CAPD, dengan ini pelatihan sangat bermanfaat bagi keluarga pasien yaitu sangat terbantu meringankan biaya perawatan karena pasien dengan CAPD ini memerlukan waktu perawatan yang lama secara matematik akan memerlukan biaya yang cukup besar. Selain itu juga untuk membentuk dan membangun perilaku yang terpola sehingga keperawatan pasien dengan CAPD akan berlangsung secara berkesimbangan sesuai dengan prosedur serta bermanfaat bagi pasien yaitu akan merasa aman dan nyaman terhindar dari berbagai dampak yang dapat mengganggu status kesehatannya. Pasien akan lebih mandiri dan pasien dapat melakukan aktivitas secara normal sebagaimana orang yang sehat

## 2. Penataan lingkungan belajar

Dalam proses belajar dan mengajar diperlukan penataan lingkungan yang dapat membuat peserta didik merasa aman dan nyaman, dengan perasaan aman dan nyaman ini akan menumbuhkan konsentrasi belajar yang baik.

Penataan lingkungan belajar seperti peralatan, penataan cahaya, audio visual, papan iklan semua merupakan kunci yang menciptakan lingkungan belajar yang optimal, jika lingkungan belajar yang di tata dengan baik akan dapat menjadi rana yang bernilai membangun dan memupuk serta mempertahankan sikap positif. Dengan mengatur lingkungan yang baik dan nyaman, merupakan langkah yang efektif untuk mengatur pengalaman belajar secara keseluruhan, kenyataanya jika kita harus menyebutkan satu alasan mengapa program – program ini sukses dalam membantu proses belajar yang lebih baik, ini karena kita berjuang untuk menciptakan lingkungan yang optimal, baik secara fisik maupun mental.

Dengan terciptanya lingkungan yang optimal, baik secara fisik maupun mental secara tidak langsung keluarga pasien akan terasa nyaman dalam belajar yang dapat memupuk serta sikap yang positif terhadap *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* serta merawat pasien dengan CAPD tanpa ada perasaan beban apapun.

### 3. Memupuk sikap juara

Memupuk sikap juara perlu dilakukan untuk lebih memacu dalam belajar, seorang guru hendaknya jangan segan-segan untuk memberikan pujian atau hadiah pada yang telah berhasil dalam belajarnya. Dengan memupuk sikap juara ini akan merasa lebih dihargai.

Berpikir seperti orang juara akan menjadi kita juara, Itulah pentingnya mengetahui bagaimana memupuk sikap juara, dalam hal ini peserta didik akan belajar bagaimana mengubah negatif menjadi positif dan keterbatasan menjadi peluang. Sikap juara yang sudah tertanam merupakan aset yang berharga dalam

memupuk sikap yang positif, seperti halnya sikap dalam mempelajari *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* serta merawat pasien dengan CAPD.

#### 4. Bebaskan gaya belajarnya

Ada berbagai macam gaya belajar, gaya belajar tersebut yaitu: *visual, auditorial dan kinestetik*. Dalam *quantum learning* guru hendaknya memberikan kebebasan dalam belajar pada siswanya dan janganlah terpaku pada satu gaya belajar saja.

Gaya belajar bebas merupakan kunci untuk mengembangkan kinerja dalam suatu pekerjaan, dunia pendidikan dan dalam situasi-situasi antar pribadi. Ketika kita menyadari bagaimana kita dan orang lain menyerap dan mengolah informasi, kita menjadikan belajar dan berkomunikasi lebih muda dengan gaya anda sendiri.

Di beberapa tempat pendidikan guru menyadari bahwa setiap orang mempunyai cara yang optimal dalam mempelajari informasi baru. Mereka memahami bahwa beberapa peserta didik perlu diajarkan cara – cara yang lain dari metode mengajar standar, karena jika peserta didik diajar dengan metode standar kemungkinan kecil mereka dapat memahami apa yang diberikan. Dengan mengetahui gaya belajar yang berbeda ini telah membantu untuk dapat mendekati semua atau hampir semua peserta didik dengan menyampaikan yang gaya berbeda-beda.

#### 5. Membiasakan mencatat

Belajar akan benar-benar dipahami sebagai aktivitas kreasi bila bisa mengungkapkan kembali apa yang didapatkan menggunakan bahasa hidup dengan cara dan ungkapan sesuai gaya belajar itu sendiri. Hal tersebut dapat

dilakukan dengan memberikan simbol- simbol atau gambar yang mudah dimengerti, simbol-simbol tersebut dapat berupa tulisan.

Mencatat yang efektif adalah salah satu kemampuan yang pernah dipelajari orang. Alasan mengapa kita harus mencatat, karena dengan mencatat dapat meningkatkan daya ingat, Pikiran manusia yang menakjubkan yaitu pikiran yang menyimpan segala sesuatu yang kita lihat, dengar dan rasakan.

#### 6. Membiasakan membaca

Salah satu aktivitas yang cukup penting adalah membaca. Karena dengan membaca akan menambah perbendaharaan kata, pemahaman, menambah wawasan dan daya ingat akan bertambah.

#### 7. Jadikan anak lebih kreatif

Seseorang yang kreatif selalu mempunyai rasa ingin tahu, ingin mencoba-coba, bertualang, suka bermain-main, serta *intuitif* dan berpotensi untuk menjadi orang *kreatif*, dengan pikiran yang *kreatif* kita akan menemukan cara – cara baru untuk memanfaatkan ciri-ciri guna membantu dalam melakukan upaya-upaya matang kita. Kreatif adalah selalu yang ingin tahu, suka mencoba dan senang bermain. Dengan adanya sikap kreatif yang baik akan mampu menghasilkan ide-ide yang segar dalam belajarnya.

#### 8. Melatih kekuatan memori

Kekuatan memori sangat diperlukan dalam belajar, perlu dilatih untuk mendapatkan kekuatan memori yang baik.

### 2.1.4 Hakekat Strategi Pembelajaran

Mengajar merupakan salah satu komponen dari kompetensi - kompetensi guru, dan guru juga harus menguasai materi yang akan diajarkan serta terampil

dalam mengajarkannya. Menurut Alvin W. Howard mengajar adalah suatu aktivitas yang dapat menolong, membimbing seseorang untuk mendapatkan atau mengubah serta mengembangkan *skill*, *attitude*, *ideals* (cita-cita), *appreciations* (penghargaan) dan *knowledge*. Untuk apa belajar itu, bagaimana bentuk penyajian dalam proses belajar mengajar, dan bagaimana usaha untuk menciptakan kondisi-kondisi, sehingga memungkinkan terjadinya *interaksi edukatif*. Mengajar haruslah efektif, yang artinya mengajar harus mampu yang efektif juga dimana ada suatu aktivitas mencari, dapat berusaha memecahkan masalah tersebut dengan demikian siswa semakin memahami apa yang diajarkan. Oleh karena itu pembelajaran dapat disimpulkan bahwa strategi pembelajaran adalah sebuah rencana yang dilakukan untuk mencapai suatu keberhasilan dan kesuksesan dalam tujuan yang sudah dirancang.

Adapun pengertian *quantum teaching* menurut Bobby De Porter adalah konsep yang menguraikan cara-cara baru dalam memudahkan proses belajar mengajar, lewat pepaduan unsur seni dan pencapaian - pencapaian yang serarah, apapun mata pelajaran yang diajarkan. *Quantum teaching* menjadikan segala sesuatu berarti dalam proses belajar mengajar, setiap kata, pikiran, tindakan asosiasi dan sampai sejauh mana mengubah lingkungan, presentasi dan rancangan pengajaran.

## 2.2 Konsep Perilaku

### 2.2.1 Definisi perilaku

Skinner (1938) dikutip dari Notoatmodjo (2010), mendefinisikan perilaku sebagai hasil hubungan antara perangsang (stimulus) dan tanggapan (respon) dan respons. Sedangkan perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (*organisme*)

terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. J.P.Chaplin dalam Pieter dan Lubis (2010), menjelaskan bahwa perilaku adalah kumpulan reaksi, perbuatan, aktifitas, gabungan gerakan, tanggapan, atau jawaban yang dilakukan seseorang seperti proses berpikir, bekerja, hubungan seks, dan sebagainya.

Perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dan respon (faktor internal) dalam subjek atau orang dalam perilaku tersebut. Sedangkan Notoatmodjo mendefinisikan perilaku sebagai totalitas dari penghayatan dan aktivitas yang mempengaruhi perhatian, pengamatan, pikiran, daya ingat, dan fantasi seseorang. Tetapi, meskipun perilaku adalah totalitas respons, semua respons juga sangat tergantung pada karakteristik seseorang (Karr, 2008).

Menurut Skinner yang dikutip dalam Notoadmodjo (2010) perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit, penyakit dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehat-sakit (kesehatan) seperti lingkungan, makanan, minuman dan pelayanan kesehatan.

### **2.2.2 Domain perilaku**

Bloom (1908) dikutip dari Notoatmodjo (2010) membagi perilaku dalam 3 domain/ ranah yaitu pengetahuan, sikap dan perilaku.

#### **1. Pengetahuan**

Meliputi semua perilaku intelektual. merupakan domain yang sangat penting dalam bentuk tindakan seseorang (*over behavior*). terjadinya tindakan merupakan hasil dari "tahu" dimana terjadinya setelah melakukan penginderaan

terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan yang dicakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima.

2) Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang *objek* yang diketahui, dan dapat menginterpretasi materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

3) Aplikasi (*application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah *dipelajari* pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

4) Analisis (*analysis*)

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

5) Sintesis (*shynthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang sudah ada.

6) Evaluasi (*evaluation*)

Dikaitkan dengan kemampuan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian ini berdasarkan kreteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria yang sudah ada.

## 2. Sikap (*Attitude*)

Sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan, sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut, secara lebih spesifik. Sikap adalah evaluasi umum yang dibuat oleh manusia terhadap dirinya sendiri, orang lain, objek, atau isu-isu (Azwar, 2011).

Sikap adalah kesiapan seseorang untuk bertindak. Sikap adalah keadaan mental dan saraf dari kesiapan, yang diatur melalui pengalaman yang memberikan pengaruh dinamik atau berarah terhadap respon individu pada semua obyek dan situasi yang berkaitan dengannya. Sikap itu dinamis atau tidak statis, ada 3 komponen pendukung yaitu kognitif, afiktif, dan perilaku (Widayatun, 2009).

Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2010) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok, yakni:

- 1) Kepercayaan (*keyakinan*), ide dan konsep terhadap suatu objek.

- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi emosional terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*).

Seperti halnya pengetahuan, sikap Menurut Wawan & Dewi, (2011) terdiri dari beberapa tingkatan, yaitu:

- 1) Menerima (*receiving*)  
Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (objek).
- 2) Merespon (*responding*)  
Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.
- 3) Menghargai (*valuing*)  
Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.
- 4) Bertanggung jawab (*responsible*)  
Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala risiko adalah sikap yang paling tinggi. Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu obyek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotesis kemudian ditanyakan pendapat responden melalui kuesioner. Dan

ada beberapa faktor yang mempengaruhi hasil pengukuran sikap, yaitu 1) Keadaan objek yang diukur; 2) Situasi pengukuran; 3) Alat ukur yang digunakan; 4) Penyelenggaraan pengukuran; 5) Pembacaan atau penilaian hasil pengukuran.

Beberapa teknik pengukuran sikap, antara lain :

1). Skala Thurstone (*Method of Equal Appearing Intervals*)

Metode ini mencoba menempatkan sikap seseorang pada rentangan kontinum dari yang sangat *unfavorable* hingga sangat *favorable* terhadap suatu obyek sikap. Caranya dengan memberikan orang tersebut sejumlah aitem sikap yang telah ditentukan derajat favorabilitasnya. Tahap yang paling kritis dalam menyusun alat ini seleksi awal terhadap pernyataan sikap dan penghitungan ukuran yang mencerminkan derajat favorabilitas dari masing-masing pernyataan. Derajat (ukuran) favorabilitas ini disebut nilai skala. Untuk menghitung nilai skala dan memilih pernyataan sikap, pembuat skala perlu membuat sampel pernyataan sikap sekitar lebih 100 buah atau lebih. Pernyataan-pernyataan itu kemudian diberikan kepada beberapa orang penilai (*judges*). Penilai ini bertugas untuk menentukan derajat favorabilitas masing-masing pernyataan. Favorabilitas penilai itu diekspresikan melalui titik skala rating yang memiliki rentang 1-11. Sangat tidak setuju 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 sangat setuju tugas penilai ini bukan untuk menyampaikan setuju tidaknya mereka terhadap pernyataan itu. Median atau rerata perbedaan penilaian antar penilai terhadap aitem ini kemudian dijadikan sebagai nilai skala masing-masing aitem. Pembuat skala kemudian menyusun aitem mulai dari aitem yang memiliki skala

terendah hingga tertinggi. Dari aitem-aitem tersebut, pembuat skala kemudian memilih aitem untuk kuesioner skala sikap yang sesungguhnya. Dalam penelitian, skala yang telah dibuat ini kemudian diberikan pada responden. Responden diminta untuk menunjukkan seberapa besar kesetujuan atau ketidaksetujuannya pada masing-masing aitem sikap tersebut.

2). Skala Likert (*Method of Summateds Ratings*)

Likert mengajukan metodenya sebagai alternatif yang lebih sederhana dibandingkan dengan skala Thurstone yang terdiri dari 11 point disederhanakan menjadi dua kelompok, yaitu yang favorabel dan yang unfavorabel. Sedangkan aitem yang netral tidak disertakan. Untuk mengatasi hilangnya netral tersebut, likert menggunakan tehnik konstruksi test yang lain. Masing-masing responden diminta melakukan *agreement* atau *disagreement* untuk masing-masing aitem dalam skala yang terdiri dari 5 point (sangat setuju, setuju, ragu-ragu, tidak setuju, sangat tidak setuju). Menurut Azwar (2011), untuk mengukur sikap dipergunakan skala likert dari empat pilihan jawaban diberi skor dengan ketentuan sebagai berikut: Pernyataan positif = Sangat Setuju (SS) nilainya 4, Setuju (S) nilainya 3, Entahlah (E) nilainya 2, Tidak Setuju (TS) nilainya 1, Sangat Tidak Setuju (STS) nilainya 0.

Salah satu skor standar yang biasanya digunakan dalam skala model likert adalah skor T, yaitu:

$$T = 50 + 10 \left( \frac{x - \bar{x}}{s} \right)$$

Keterangan :

$X$  = Skor responden pada skala sikap yang hendak diubah menjadi skor  $T$ .

$\bar{X}$  = Mean skor kelompok.

$S$  = Deviasi standar skor kelompok.

Nilai  $T > 50$  berarti subjek mempunyai sikap yang positif.

Nilai  $T < 50$  berarti subjek mempunyai sikap yang negatif.

3). *Unobstrusive Measures*

Metode ini berakar dari suatu situasi dimana seseorang dapat mencatat aspek-aspek perilakunya sendiri atau yang berhubungan sikapnya dalam pertanyaan.

4). *Multidimensional Scaling*

Teknik ini memberikan deskripsi seseorang lebih kaya bila dibandingkan dengan pengukuran sikap yang bersifat unidimensional. Namun demikian, pengukuran ini kadangkala menyebabkan asumsi-asumsi mengenai stabilitas struktur dimensi kurang valid terutama apabila diterapkan pada lain orang, lain isu, dan lain skala aitem .

5). Pengukuran *Involuntary Behavior* (Pengukuran terselubung)

Pengukuran terselubung adalah sebagai berikut:

- (1). Pengukuran dapat dilakukan jika memang diinginkan atau dapat dilakukan oleh responden.
- (2). Dalam banyak situasi, akurasi pengukuran sikap dipengaruhi oleh keadaan responden.

- (3). Pendekatan ini merupakan pendekatan observasi terhadap reaksi-reaksi fisiologis yang terjadi tanpa disadari dilakukan oleh individu yang bersangkutan.

*Observer* dapat menginterpretasikan sikap individu mulai dari *fasial reaction, voice tones, body gesture*, keringat, dilatasi pupil mata, detak jantung, dan beberapa aspek fisiologis.

### 3. Perilaku (*Practice*)

Menurut Notroatmodjo, 2007 perilaku kesehatan sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, motivasi, persepsi, sikap. Menurut Suwono 2007, perilaku merupakan hasil dari pada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan. Perilaku dapat di klasifikasikan menjadi 3 kelompok :

- 1). Perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*).  
Usaha manusia untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha penyembuhan bila sakit. Perilaku pemeliharaan kesehatan dapat dibagi menjadi :
  - (1). Perilaku pencegahan penyakit dan penyembuhan bila sakit serta memelihara kesehatan bila telah sembuh dari sakit.
  - (2). Perilaku meingkatkan kesehatan apabila seseorang dalam keadaan sehat untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal.
  - (3). Perilaku gizi mengkonsumsi makanan dan minuman yang berfaedah untuk kesehatan.
- 2). Perilaku pencarian fasilitas pelayanan kesehatan (*health seeking behavior*)

Berkaitan dengan upaya seseorang pada saat sakit atau mengalami kecelakaan. Tindakan ini dimulai dengan mengobati diri sendiri (self treatment) sampai mencari pengobatan ke fasilitas pelayanan kesehatan.

3). Perilaku kesehatan lingkungan

Berkaitan dengan pengelolaan lingkungan sehingga tidak mengganggu kesehatan individu, keluarga maupun masyarakat.

Perilaku kesehatan mencakup 4 aspek :

1). Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit.

Bagaimana manusia merespon baik aktif maupun pasif

2). Perilaku terhadap pelayanan kesehatan

Baik pelayanan tradisional maupun modern.

3). Perilaku terhadap makanan

Merespon makan sebagai kebutuhan vital bagi kehidupan

4). Perilaku terhadap lingkungan kesehatan (*invironmental health behavior*)

Respon manusia terhadap lingkungan sebagai determinan kesehatan manusia.

Becker, 1979 mengajukan klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health behavior*) sebagai berikut:

1). Perilaku kesehatan (*health behavior*)

Hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. termasuk tindakan untuk mencegah penyakit, kebersihan perorangan, memilih makanan sanitasi dan sebagainya.

2). Perilaku sakit (*Illness behavior*)

Segala tindakan atau kegiatan yang berhubungan dengan tindakan yang dilakukan oleh seseorang individu yang merasakan sakit untuk merasakan dan menganal keadaan kesehatannya atau kemampuan untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit serta usaha pencegahan penyakit.

Menurut Notoadmodjo (2010), mengatakan bahwa praktik atau tindakan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan menurut kualitasnya, antara lain:

1). Praktik terpimpin (*Guide response*)

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu tetapi masih tergantung pada tuntutan atau menggunakan panduan.

2). Praktik secara mekanisme (*Mechanism*)

Apabila seseorang telah melakukan sesuatu hal secara otomatis maka disebut sebagai tindakan mekanis.

3). Adopsi (*adoption*)

Adopsi adalah suatu tindakan atau praktik yang sudah berkembang. Artinya, apa yang dilakukan tidak sekedar rutinitas atau mekanisme saja, tetapi sudah dilakukan modifikasi, atau tindakan ataupun perilaku yang berkualitas.

Menurut Rogers (1974) dalam Notoatmodjo (2003), perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Proses pembentukan perilaku adalah sebagai berikut:

1). *Awareness* (kesadaran)

Orang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus.

2). *Interest* (merasa tertarik)

Terhadap stimulus atau objek tertentu. Di sinilah sikap objek mulai timbul.

3). *Evaluation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus

Tersebut bagi dirinya. Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik lagi.

4). *Trial*, di mana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus.

5). *Adoption*, di mana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

### 2.2.3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku

Menurut Snehandu B. Karr dalam Notoadmodjo (2010), perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respon (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut. Dalam teori Lawrence Green, Green membedakan antara dua determinan masalah kesehatan antara lain, *behavior faktor* (faktor perilaku) dan *non behavior faktor* atau faktor non perilaku.

Green menganalisis bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu:

1. Faktor predisposisi (*Pre disposing factors*)

Faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi dan sebagainya.

2. Faktor yang memungkinkan (*enabling factors*)

Faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana

atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya Puskesmas, Posyandu, rumah sakit dan sebagainya.

### 3. Faktor penguat (*Reinforcing faktor*)

Faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya.

Sedangkan menurut Karr (2008), mengidentifikasi determinan perilaku menjadi lima antara lain:

1. Adanya niat (*intention*) seseorang untuk bertindak sehubungan dengan objek atau stimulus di luar dirinya.
2. Adanya dukungan dari masyarakat sekitar (*Sossial support*)
3. Terjangkaunya informasi (*Accessibility of information*), adalah tersedianya informasi-informasi yang terkait dengan tindakan yang akan diambil oleh seseorang.
4. Adanya otonomi atau kebebasan pribadi (*personnal atonomy*) untuk mengambil keputusan
5. Adanya kondisi dan situasi yang memungkinkan (*action situation*)

## 2.3 Konsep Keperawatan Keluarga

### 2.3.1 Definisi keluarga

Keluarga adalah Unit terkecil dari masyarakat yang terdiri kepala keluarga dan beberapa orang yg berkumpul dan tinggal disuatu tempat tinggal/satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1988). Keluarga adalah dua atau lebih dari dua individu yang tergabung karena hubungan darah, perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, saling berinteraksi

dan dalam perannya masing-masing menciptakan dan mempertahankan kebudayaan. Perawatan Kesehatan Keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan/dipusatkan pada keluarga sebagai unit/kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai saran/penyalur (Bailon & Maglaya, 1989).

Sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari tiap anggota

### **2.3.2 Tujuan perawatan kesehatan keluarga**

1. Secara umum dikatakan bahwa tujuan keperawatan keluarga adalah untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga mereka sehingga dapat meningkatkan status kesehatan keluarganya.
2. Secara khusus adalah meningkatkan kemampuan keluarga mengidentifikasi masalah kesehatan yg mereka hadapi, mampu menanggulangi masalah kesehatan dasar daalm keluarga, mampu mengambil keputusan dalam mengatasi masalah kesehatan, mampu memberi asuhan keperawatan terhadap anggota keluarga yang sakit, meningkatkan mutu hidupnya.

### **2.3.3 Alasan keluarga sebagai unit pelayanan**

1. Keluarga merupakan bagian dari masyarakat yang dapat dijadikan gambaran dari manusia.
2. Perilaku keluarga dapat menimbulkan masalah, tetapi dapat pula mencegah masalah-masalah kesehatan dan menjadi sumber daya pemecah masalah kesehatan.

3. Masalah kesehatan di dalam keluarga akan saling mempengaruhi terhadap individu dalam keluarga.
4. Merupakan lingkungan yang serasi untuk mengembangkan potensi tiap individu dalam keluarga.
5. Keluarga merupakan pengambilan keputusan dalam mengatasi masalah.

#### **2.3.4 Tugas keluarga dalam kesehatan (Freeman,1981)**

1. Memperkenalkan gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga.
2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.
3. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit yg tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yg terlalu muda.
4. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dengan lembaga kesehatan.

### **2.4 Konsep *Peritoneal Dialisis (PD)***

#### **2.4.1 Definisi *peritoneal dialisis (PD)***

*Peritoneal Dialisis (PD)* adalah suatu metode pencucian darah dengan memanfaatkan peritoneum (selaput yang melapisi perut dan pembungkus organ perut) sebagai membran *semipermeable*. Cairan dimasukkan melalui sebuah selang kecil yang menembus dinding perut ke dalam rongga perut. Cairan harus dibiarkan selama waktu tertentu sehingga limbah *metabolic* dari aliran darah secara perlahan masuk ke dalam cairan tersebut, kemudian cairan dikeluarkan, dibuang, dan diganti dengan cairan yang baru. (Pernepri, 2011).

*Peritoneal Dialysis* merupakan alternative pencucian darah untuk pasien dengan *End Stage Renal Disease (ESRD)*. Peritoneum berfungsi sebagai membran semipermeabel yang memungkinkan transfer sisa nitrogen/toksin dan cairan dari darah ke dalam cairan dialisat. *Peritoneal Dialysis* dipilih karena menggunakan teknik yang lebih sederhana dan memberikan perubahan fisiologis lebih bertahap dari pada hemodialisa (Popovich, 1976).

#### 2.4.2 Fungsi *peritoneal dialysis (PD)*

- 1) Mengeluarkan produk-produk sisa metabolisme
- 2) Mengeluarkan kelebihan air
- 3) Membantu menjaga keseimbangan zat-zat kimia tubuh.

#### 2.4.3 Proses *peritoneal dialysis (PD)*.

Cairan dialysis 2 Liter dimasukkan dalam rongga peritoneum melalui *catheter tunchoff*, didiamkan untuk waktu tertentu (6 – 8 jam) dan peritoneum bekerja sebagai membrane semipermeable untuk mengambil sisa-sisa metabolisme dan kelebihan air dari darah.

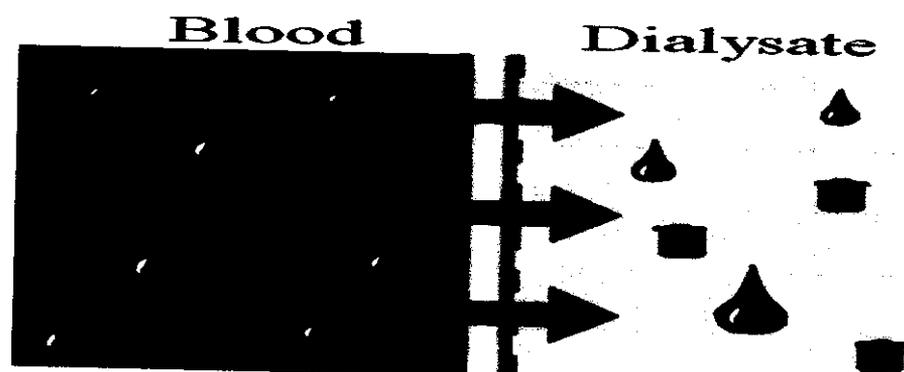
Proses dialysis pada CAPD terjadi karena adanya perbedaan: Tekanan *osmotic* dan Konsentrasi zat terlarut antara cairan CAPD dengan plasma darah dalam pembuluh kapiler. Pada saat cairan dialisat dimasukkan dalam peritoneum, air akan *diultrafiltrasi* dari plasma ke dialisat, sehingga meningkatkan volume cairan intra peritoneal. Peningkatan volume cairan intraperitoneal berbanding lurus dengan konsentrasi glukosa dari cairan dialisat. Kecepatan transport air dan zat terlarut dapat diestimasi secara periodic melalui PET test (*Peritoneal Equilibrium Test*). Standar konsentrasi elektrolit cairan CAPD: Na (132 meq /lt), Cl (102 meq /lt), Mg (0,5 meq /lt), K (0 meq /lt).

*Osmosis, difusi dan konveksi* akan terjadi dalam rongga peritoneum. Setelah *dwell time* selesai cairan akan dikeluarkan dari rongga peritoneum melalui *catheter* yang sama, proses ini berlangsung 3 – 4 kali dalam sehari selama 7 hari dalam seminggu. Proses difusi yaitu berpindahnya bahan terlarut karena perbedaan kadar didalam darah dan didalam dialisat. Semakin tinggi perbedaan kadar dalam darah maka semakin banyak bahan yang dipindahkan kedalam dialisat. Proses ultrafiltrasi yaitu proses berpindahnya air dan bahan terlarut karena perbedaan tekanan hidrostatik dalam darah dan dialisat. Proses osmosis yaitu proses berpindahnya air karena tenaga kimia, yaitu perbedaan osmolaritas darah dan dialisat (Lumenta,1996).

Difusi membrane peritoneum menyaring *solute* dan air dari darah kerongga peritoneum dan sebaliknya melalui difusi. Difusi adalah proses perpindahan *solute* dari daerah yang berkonsentrasi tinggi ke daerah yang berkonsentrasi rendah, dimana proses ini berlangsung ketika cairan dialisat dimasukkan kedalam rongga peritoneum.

*Peritoneal dialisis* yang bertindak sebagai penyaring adalah peritoneum (selaput yang melapisi perut dan membungkus organ perut). Selaput ini memiliki area permukaan yang luas dan kaya akan pembuluh darah. Zat-zat dari darah dapat dengan mudah tersaring melalui peritoneum kedalam rongga perut. Cairan dimasukkan melalui sebuah selang kecil yang menembus dinding perut kedalam rongga perut. Cairan harus dibiarkan selama waktu tertentu sehingga limbah metabolik dari aliran darah secara perlahan masuk kedalam cairan tersebut. Kemudian cairan dikeluarkan, dibuang dan diganti dengan cairan yang baru. Biasanya digunakan selang karet silikon yang lembut atau selang poliuretan yang

berpori-pori, sehingga cairan mengalir secara perlahan dan tidak terjadi kerusakan.

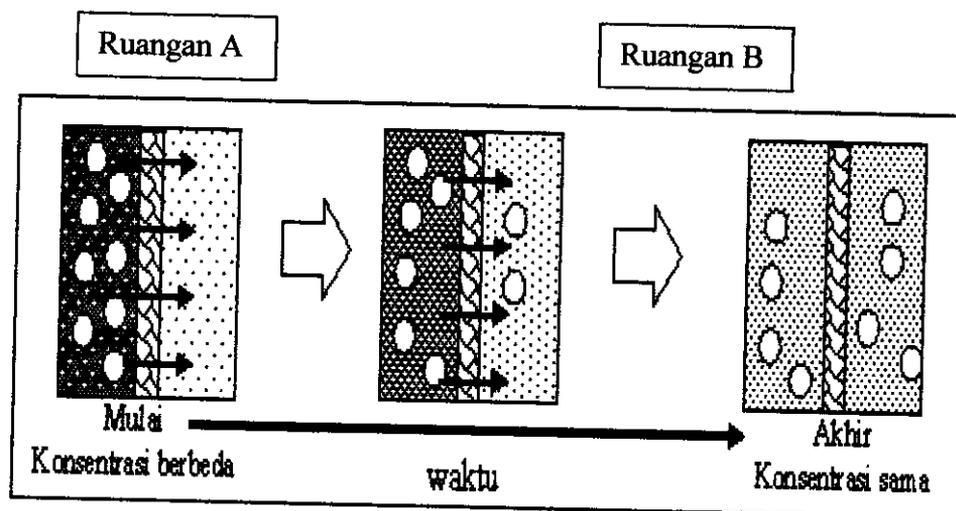


Gambar 2.1 *Clearance Across the Peritoneal Membrane (Baxter Healthcare Corp, 2000).*

Proses dialysis peritoneal meliputi hal-hal berikut ini (Baxter Healthcare Corp, 2000) :

1. *Difusi*

Pergeseran atau translokasi zat terlarut di dalamnya (*solute*) dari suatu ruangan ke ruangan lain sebagai akibat gerakan molekuler.



Gambar : 2.2 Proses terjadinya *difuse* (Baxter Healthcare Corp, 2000).

Gambar diatas menunjukkan bahwa molekul-molekul yang terlarut dalam ruangan (A) dan (B) melalui pergeseran untuk mencapai keseimbangan. *Invivo*

zat terlarut (toksin) dalam kompartemen A (darah) kekomplemen B (dialisis dalam rongga peritoneum). Kesimbangan akan tercapai apabila secara interval yang ditentukan dialisis yang telah tercemar dieleminasi dari tubuh secara manual pada CAPD atau mesin pada CCPD atau IPD.

Beberapa faktor yang mempengaruhi kecepatan difusi

- 1). Perbedaan konsentrasi (*konsentration gradient*)
- 2). Berat molekul
- 3). Kualitas selaput peritoneum (*dialyzer* buatan).
- 4). Kualitas aliran darah portal.

Seperti diketahui kedua selaput peritoneum (parietal dan visceral) berperan serta dalam proses dialisis peritoneal. Darah mengalir dari peritoneum parietal ke dalam vena cava inferior dan sirkulasi sistemik. Penyusunan ulang *venous porta* sangat penting pada pasien nefropati diabetes mellitus dengan program CAPD.

Implikasi klinik :

- 1). Kemungkinan terjadi hiperglikemia bila dipakai dialisis hipertonis.
- 2). Pemberian insulin intra peritoneal untuk mengendalikan hiperglikemia.

Membran peritoneum menyaring solute dan air dari darah kerongga peritoneum dan sebaliknya melalui *difusi*. *Difusi* adalah proses perpindahan solute dari daerah yang berkonsentrasi tinggi ke daerah yang berkonsentrasi rendah, dimana proses ini berlangsung ketika cairan *dialisis* dimasukkan ke dalam rongga *peritoneum*. Konsentrasi cairan CAPD lebih rendah dari plasma darah, karena cairan plasma banyak mengandung *toksin uremik*.

Fungsi cairan plasma adalah sebagai berikut :

- 1). Membran peritoneum menyaring *solute* dan air dari darah ke rongga peritoneum dan sebaliknya melalui difusi.
- 2). *Difusi* adalah proses perpindahan *solute* dari daerah yang berkonsentrasi tinggi ke daerah yang berkonsentrasi rendah, dimana proses ini berlangsung ketika cairan dialisat dimasukkan ke dalam rongga peritoneum.
- 3). Konsentrasi cairan CAPD lebih rendah dari plasma darah, karena cairan plasma banyak mengandung *toksin uremik*. *Toksin uremik* berpindah dari plasma ke cairan CAPD.

## 2. Ultrafiltrasi

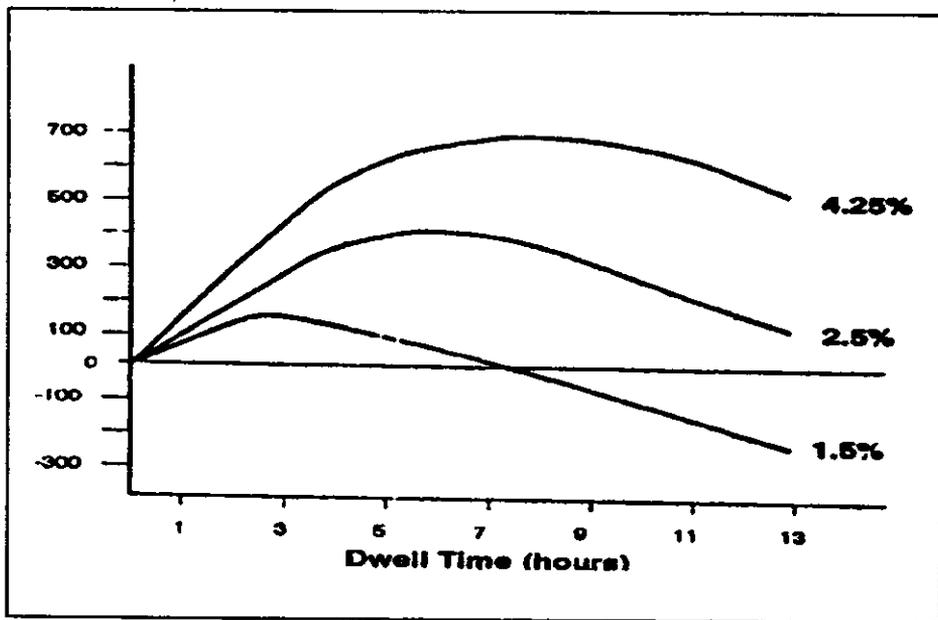
*Ultrafiltrasi* berarti :

- 1). Pergeseran air dan *dialyble solute* melalui selaput semi permeable.
- 2). Mekanisme untuk eliminasi cairan pada program dialysis peritoneal.
- 3). Presentasi dari jumlah total yang terlarut yang dapat dieleminasi.

Pada prosesnya *ultrafiltrasi* merupakan *translokasi ion* yang terjadi secara konveksi akibat adanya perbedaan tekanan antara kedua kompartemen darah dan dialisat. Proses *ultrafiltrasi* dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu perbedaan tekanan *osmotic*, tekanan *hydrostatic*.

### (1). *Ultrafiltrasi osmotic*

Pada saat cairan dialisat dimasukkan dalam peritoneum, air akan *diultrafiltrasi* dari plasma kedialisat, sehingga meningkatkan volume cairan intra peritoneal. Peningkatan volume cairan intraperitoneal berbanding lurus dengan konsentrasi glukosa dari cairan dialisat.



Gambar: 2.3 Proses *ultrafiltrasi* (Baxter Healthcare Corp, 2000).

Gambar diatas memperlihatkan *ultrafiltrasi* osmotik. Larutan A (komplemen darah) dan B (komplemen dialisat, zat terlarut (*solute*) yang bersifat osmotik aktif. *In vivo* pada CAPD dipakai dektrose yang bertindak sebagai *osmotic ultrafiltrasi*. Larutan dialisat standard (dektrose) 1,5 %, dan hipertonis dektrose 2,5 %, dan 4, 25 %. Larutan *hypertonis* ini dipakai untuk mengatasi keadaan *overhydration* terutama pada bendungan paru akut.

(2). *Ultrafiltrasi hydrostatic*

Perbedaan tekanan *hydrostatic* ini dapat menyebabkan *ultrafiltrasi*.

Tekanan *hydrostatic* tergantung dari berat badan (*patients size*) posisi dan volume dialisat. *In vivo* pada pasien CAPD, *Ultrafiltrasi hydrostatik* meningkat bila :

- a. Posisi aktif misalnya berdiri, duduk atau jalan (mobil).
- b. Volume dialisat biasanya 2 liter yang tidak banyak mempengaruhi tekanan intra thorax.

### 3. *Osmosis*

*Osmosis* adalah perpindahan air melewati membrane semi permeable dari daerah *solute* yang berkonsentrasi rendah (kadar air tinggi) ke daerah *solute* berkonsentrasi tinggi (kadar air rendah). *Osmosis* dipengaruhi oleh tekanan *osmotic* dan *hidrostatik* antara darah dan cairan dialisat. *Osmosis* pada peritoneum terjadi karena glukosa pada cairan CAPD menyebabkan tekanan *osmotic* cairan CAPD lebih tinggi (*hipertonik*) dibanding plasma, sehingga air akan berpindah dari kapiler pembuluh darah ke cairan *dialisat* (*ultrafiltrasi*) Kandungan glucose yang lebih tinggi akan mengambil air lebih banyak. Cairan melewati *membrane* lebih cepat dari pada *solute*. Untuk itu diperlukan *dwel time* yang lebih panjang untuk menarik *solute*. Untuk membantu mengeluarkan kelebihan air dalam darah, maka cairan *dialisat* menyediakan beberapa jenis konsentrasi yang berbeda Baxter : 1,5%, 2,5%, 4,25%, Fresenius : 1,3%, 2,3%, 4,25%. (Pernepri, 2011).

Perpindahan cairan pada CAPD dipengaruhi :

- (1) Kualitas membrane
- (2) Ukuran & karakteristik larutan
- (3) Volume dialisat

#### 2.4.4 Prinsip dasar *peritoneal dialysis* (PD)

Kateter CAPD (*Tenchoff catheter*) dimasukkan kedalam rongga peritoneum melalui teknik operasi. Konsentrasi adalah kata-kata yang sering kita dengar di dalam cairan CAPD. Proses difusi dan ultrafiltrasi merupakan konsep (prinsip) untuk mengeleminasi toksin dan gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada terapi *dialysis peritoneal*. Peritoneum merupakan selaput semi permeable yang inert dan potensial sebagai membran basalis buatan. Luas

permukaan peritoneum tidak diketahui, diduga lebih luas dari kapiler glomeruli maupun luas permukaan ginjal buatan (*artificial kidney*) yang biasa digunakan untuk hemodialisis. Bahan-bahan yang mempunyai berat molekul kecil dari pori-pori selaput peritoneum dapat bergeser kedalam ruangan cairan yang mempunyai *concentration gradient* lebih rendah. Molekul-molekul yang lebih besar seperti eritrosit, leukosit, protein, tidak dapat melewati pori-pori selaput peritonium. Sebaliknya urea, kreatinin, kalium, asam urat, fosfat, dan metabolit-metabolit lainnya sebagai sisa metabolisme protein dapat melewati selaput peritonium. (*Baxter Healthcare Corp, 2000*).

Penjernihan atau *clearance* dari suatu zat dengan cara dialisis peritoneal ditentukan berdasarkan formula berikut:

$$C = UV / P$$

Keterangan :

C = Penjernihan suatu zat (ml per menit)

U = Konsentrasi zat dalam cairan dialisis yang telah dikeluarkan (*outflow peritoneal dialysis fluid*), (mg per menit)

V = Volume cairan dialisis (ml per menit)

P = Konsentrasi suatu zat dalam plasma (mg per 100 ml)

Mekanisme penjernihan atau *clearance* berdasarkan proses difusi dan osmosis. Kecepatan difusi dari suatu zat atau bahan dengan berat molekul rendah yang melewati pori-pori selaput peritonium proporsional dengan besarnya perbedaan *concentration gradient* dari bahan tersebut. Dengan demikian susunan/komposisi cairan dialisis termasuk elektrolit harus sama dengan komposisi cairan dan elektrolit ruang interstitial.

Perbedaan derajat konsentrasi dari suatu bahan yang melewati selaput peritonium akan menurun dengan cepat dan cairan dialisis yang dimasukkan kedalam rongga peritonium, akhirnya akan mencapai keseimbangan dengan cairan dalam rongga ekstra selular. Lebih banyak cairan dialisis ( $V = \text{volume}$ ) yang dimasukkan kedalam rongga peritonium, lebih lama waktu yang diperlukan untuk mencapai keseimbangan. Pada umumnya derajat penjernihan (*clearance*) peritoneal dari suatu bahan atau zat tergantung dari beberapa faktor :

1. Volume dialisis
2. Lamanya cairan berada dalam rongga peritoneal, dinamakan *dwelling time*
3. Besar molekul dari suatu bahan atau zat
4. Derajat ikatan plasma protein (*binding*) dan *elektrik discharge*
5. Suhu atau temperatur cairan dialisis
6. Sifat larutan dialisis, larutan standard atau hipertonis.

Dalam praktik, bila volume cairan dialisis yang dimasukkan ke dalam rongga peritoneum lebih dari 2 liter, sudah menimbulkan keluhan-keluhan terutama gangguan respirasi. Dengan demikian derajat penjernihan atau *clearance* dari suatu bahan juga tergantung dari kecepatan atau frekuensi penggantian cairan yang dimasukkan ke dalam rongga peritoneum, karena volume cairan dialisis sudah dibatasi maksimum 2 liter pada orang dewasa dan 75-100 ml per kg berat badan pada anak-anak. Makin sering penggantian cairan dialisis ke dalam rongga peritoneum (*flow rate*) makin tinggi derajat penjernihan. Dalam praktek, frekuensi penggantian cairan dialisis (*flow rate*) lebih dari 2 liter per jam sulit dilaksanakan tanpa bantuan pompa mekanik.

#### 2.4.5 Indikasi *dialisis peritoneal (PD)*

##### 1. Indikasi umum

##### 1). Gagal ginjal akut (GGA)

Dialisis peritoneal masih cukup efektif untuk mengatasi sebagian besar GGA akibat renjatan baik pada anak-anak maupun pada orang dewasa. Dialisis peritoneal dapat juga disiapkan untuk pasien-pasien dengan *overhydration*, gagal jantung kongesif yang refrakter, hipermetabolisme berat, dan pasien-pasien yang cenderung mengalami pendarahan bila menjalani hemodialisis, pasien-pasien yang lanjut usia atau yang menderita penyakit sistem kardiovaskuler, lebih aman menjalani dialisis peritoneal dari pada hemodialisis (Brunner, 2008).

##### 2). Gagal ginjal terminal (GGT)

Sampai ini hemodialisis merupakan pilihan pertama untuk pasien-pasien gagal ginjal akut terminal. Berbagai laporan dari Pusat Ginjal (*renal center*) diluar negeri, ternyata dialisis peritoneal cukup efektif dan murah untuk pengobatan konservatif dari pasien-pasien GGT (gagal ginjal terminal), baik dirumah (*home dialysis peritoneal*) maupun dirumah sakit. Dewasa ini *continous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD)* cukup populer, karena biayanya relatif murah, penyulit-penyulit relatif jarang dan tidak membatasi kegiatan sehari-hari termasuk rekreasi.

##### 3). Intoksikasi

Intoksikasi obat-obatan atau zat-zat lain yang mempunyai sifat *dialyzable* dapat dielemenasi dari tubuh dengan cara konservatif termasuk hemodialisis. Dialisis peritoneal relatif lambat untuk mengeliminasi racun-racun dari

tubuh dibandingkan dengan cara hemodialisis. Dalam praktek, pengelolaan intoksikasi berat harus cepat sehingga semua cara tindakan dapat dilakukan serempak.

Macam-macam racun yang dapat dieliminasi dari tubuh dengan cara dialisis (*dializable poisons*) (Brunner, 2008) adalah sebagai berikut :

- (1). Golongan *barbiturate*  
*Barbital, fanobarbital, amobarbital, pentobarbital, butobarbital, sekobarbital, siklobarbital, heksobarbital.*
- (2). Golongan *sedativa dan hipnotika*  
*Glutetimid, difenilhidantoin, primidion, meprobumat, difenhidramin, metaqualon, heroin, peraldehid, gallamin, kloralhidrat dan klordiazepoksid*
- (3). Golongan *alkohol*  
*Etanol, metanol, isopropanol, etilin glikol*
- (4). Golongan *analgetika*  
*Asam asetil salisilat, metil salisilat, parasetamol, asetofenetidin.*
- (5). *Antibiotika*  
*Streptomisin, penisilin, sefaloridin, sulfadiazin, tetrasiklin, kloramfenikol, nitrofurantoid, dan basitrasin*
- (6). *Antidepresan*  
*Amfetamin, trisiklikamin, pargilin, isokarbosida.*
- (7). *Logam berat*  
*Arsen, timah, tembaga dan litium.*
- (8). *Golongan halide*  
*Bromida, klorida, yodium, dan fluoride.*

(9). Golongan zat-zat yang sebenarnya masih fisiologis (endogen) :

*Asam urat, amonia, bilirubin, endotoksin, asam laktat, sistin, toksin azotemia* dan keracunan air.

(10). Lain-lain

Dialisis peritoneal dapat dicoba untuk pasien koma hepaticum, hiperbilirubinemia, dan hiponatremia.

2. Indikasi khusus

Indikasi mutlak (absolut) dialisis peritoneal untuk pasien-pasien dengan gagal ginjal akut dan *acute on CRF* :

- (1) Keadaan umum buruk dengan mual dan muntah diare, *perikarditis, neuropati, uremichung*, bendungan paru akut, penurunan kesadaran dan koma.
- (2) *Hiperkalemia* dengan kalium ( $K^+$ ) serum lebih dari 7 mEq per liter.
- (3) Asidosis dengan bikarbonat serum kurang dari 10m Eq per liter atau pH kurang dari 7,15.
- (4) Ureum darah lebih dari 200 mg% atau kenaikan ureum darah lebih dari 100 mg% per hari (*hiperkatanolisme*).
- (5) Gangguan keseimbangan air dan elektrolit.

#### 2.4.6 Kontra indikasi *dialisis peritoneal (PD)*.

Kontra indikasi mutlak atau absolut dialisis peritoneal tidak ada, walaupun perlengketan (*adesi*) dalam rongga peritoneum sering kali menyulitkan implantasi keteter peritoneum, kontra indikasi relatif seperti peritonitis lokal, terdapat hubungan antar rongga pleura dan peritoneum, kolostomi, fistula, kerusakan jaringan peritonium pasca operasi baru atau luka-luka yang masih segar setelah trauma. Laparatomi masih baru tidak merupakan kontra indikasi mutlak hanya

luka-luka operasi harus dijahit rapat untuk mencegah kebocoran larutan dialisis keluar (kulit) atau kedalam jaringan antara kulit dan peritoneum fiseral. Pernah dilaporkan, dialisis peritoneal cukup memuaskan 6 jam pasca operasi ulkus peptikum. Peritonitis difus tidak merupakan kontra indikasi absolut (Brunner, 2008).

#### **2.4.7 Macam-macam *peritoneal dialysis* (PD).**

1. Peritoneal dialisis akut (*Acute Peritoneal Dialysis*) yang termasuk adalah CRRT, *Hemodilisis (HD)*, *Peritoneal Dialisis (PD)*.
2. Peritoneal dialisis kronis (*Chronis Peritoneal Dialisis*) atau berkesinambungan: *Hemodilisis (HD)*, *Continous Ambulatory Peritoneal Dialisis (CAPD)*, *Automated Peritoneal Dialisys (APD)* dan transplantsi ginjal.

#### **2.4.8 Teknik Dalam *Peritoneal Dialysis* (PD)**

Ada beberapa teknik yang digunakan dalam *dialisa peritoneal*: (Brunner, 2008)

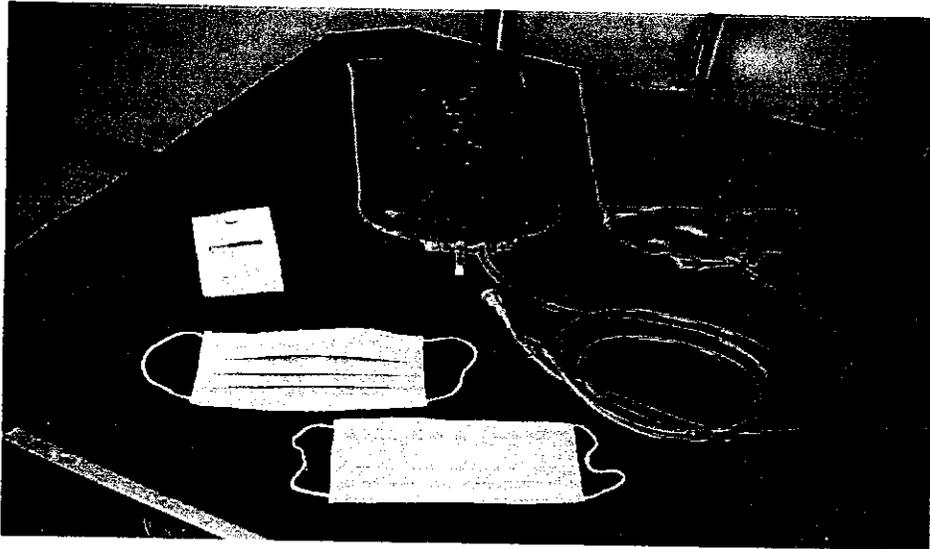
1. *Dialisa peritoneal intermiten manual.*
2. Merupakan teknik yang paling sederhana. Sebuah kantong berisi cairan dipanaskan sesuai suhu tubuh, lalu cairan dimasukkan kedalam rongga *peritoneum* selama 10 menit dan dibiarkan selama 60-90 menit, kemudian dikeluarkan dalam waktu 10-20 menit. Keseluruhan prosedur memerlukan waktu sekitar 12 jam. Teknik ini terutama digunakan untuk mengobati gagal ginjal akut.
3. *Dialisa peritoneal intermiten dengan pemutar otomatis.*
4. Bisa dilakukan di rumah penderita. Suatu alat dengan pengatur waktu secara otomatis memompa cairan kedalam dan keluar dari rongga *peritoneum*.

Biasanya alat pemutar dipasang pada waktu tidur sehingga pengobatan dijalani pada saat penderita tidur. Pengobatan ini harus dilakukan selama 6-7 malam/minggu.

5. *Dialisa* peritoneal berpindah-pindah yang berkesinambungan.
6. Cairan dibiarkan di dalam perut dalam waktu yang lama, dan dikeluarkan serta dimasukkan lagi sebanyak 4-5 kali/hari. Cairan dikemas dalam kantong polivinil *klorida* yang dapat dikembang Kempiskan. Jika kosong, kantong ini bisa dilipat tanpa harus melepaskannya dari selang. Biasanya cairan harus diganti sebanyak 3 kali, dengan selang waktu 4 jam atau lebih. Setiap pergantian memerlukan waktu 30-45 menit.
7. *Dialisa* peritoneal yang dibantu oleh pemutar secara terus menerus.
8. Teknik ini menggunakan pemutar otomatis untuk menjalankan pergantian singkat selama tidur malam, sedangkan pergantian yang lebih lama dilakukan tanpa pemutar pada siang hari. Teknik ini mengurangi jumlah pergantian di siang hari tetapi pada malam hari penderita tidak dapat bergerak secara leluasa karena alatnya tidak praktis.

### 2.4.9 Perlengkapan *peritoneal dilisis (PD)*

#### CAPD *Exchange*



Gambar : 2.4: CAPD *Exchange* (Baxter Healthcare Corp, 2000)

Yang diperlukan untuk menjalani dialysis antara lain adalah :

1. *Ultrabag / Twinbag system* :
  - 1). Kateter.
  - 2). *Konektor titanium.*
  - 3). *Short transfer set.*
  - 4). Cairan dialisat (*ultrabag / Twinbag System*).
  - 5). Minicap.
  - 6). *Outlet port clamps.*( untuk twin bag system ).
2. *Sistem ultra set / Easi - Y - system* :
  - 1). Kateter.
  - 2). *Konektor titanium.*
  - 3). *Short transfer set.*
  - 4). Cairan dialisat.
  - 5). Minicap.

6). *Outlet port clamps* (untuk kantung kembar).

7). Kantong drainase untuk ease – Y – system.

8). *Transfer sets*.

(1). *Straight transfer sets design*.

(2). *Y transfer sets design*.

Bila dipakai transfer sets yang lurus biasanya untuk pemasukan (*inflow*) / pengeluaran (*outflow*) cairan dialisat dengan sistem tertutup (*chlose system*)

9). *Timbangan*

3. Variasi sambungan untuk CAPD

1). *Catheter to transfer set connectors*.

(1). *Titanium connector*.

(2). *Quich connect disconnect system*.

2). *Transfers set to container connectors*.

(1). *Spike and park design*.

(2). *Impersol system*.

(3). *Easyae lack connectors*.

4. Modifikasi konektor pada CAPD.

Sistem konektor ini merupakan upaya untuk mngurangi resiko infeksi peritonitis. Beberapa tehnik baru antara lain:

1). *Mechanical devices to assise in spike –post insertion*.

2). *UV light strelization device*.

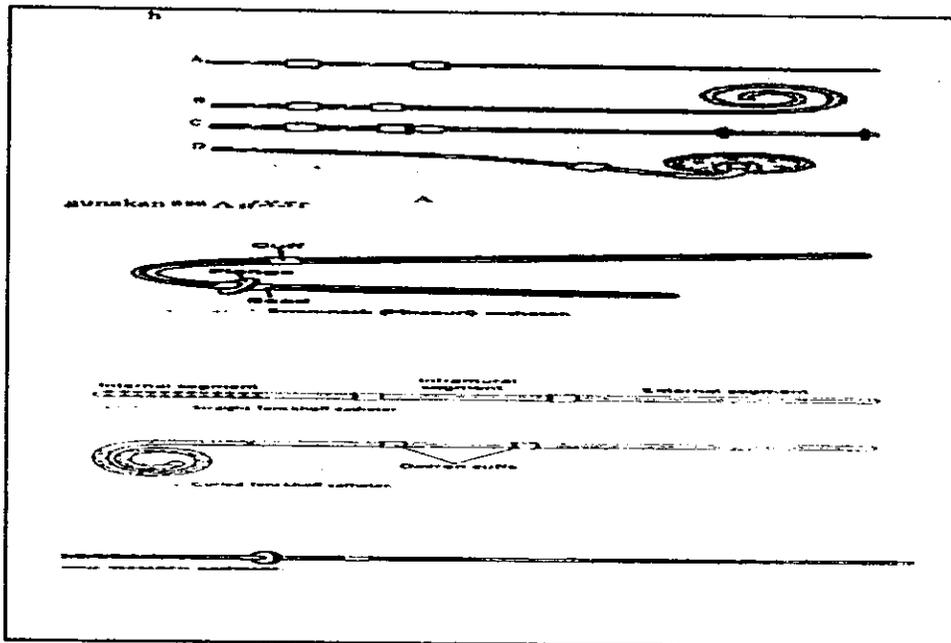
3). *The sterile connection (tube catter)*

## 5. Kateter peritoneum

Untuk program CAPD dapat dipakai macam – macam kateter yaitu :

- 1). *Standard double – cuff tenckhoff*
- 2). *Carled tenckhoff*
- 3). *Toronto western II*
- 4). *Lifecath catheter.*

Kateter yang paling banyak dipakai diIndonesia adalah *standard tenckhoff*.



Gambar 2.5 : Macam –macam catheter CAPD (*Baxter Healthcare Corp, 2000*)

## 6. Obat – obatan

Obat – obat harus diberikan intraparenal selama 10 – 14 hari sebagai tindakan pencegahan komplikasi.

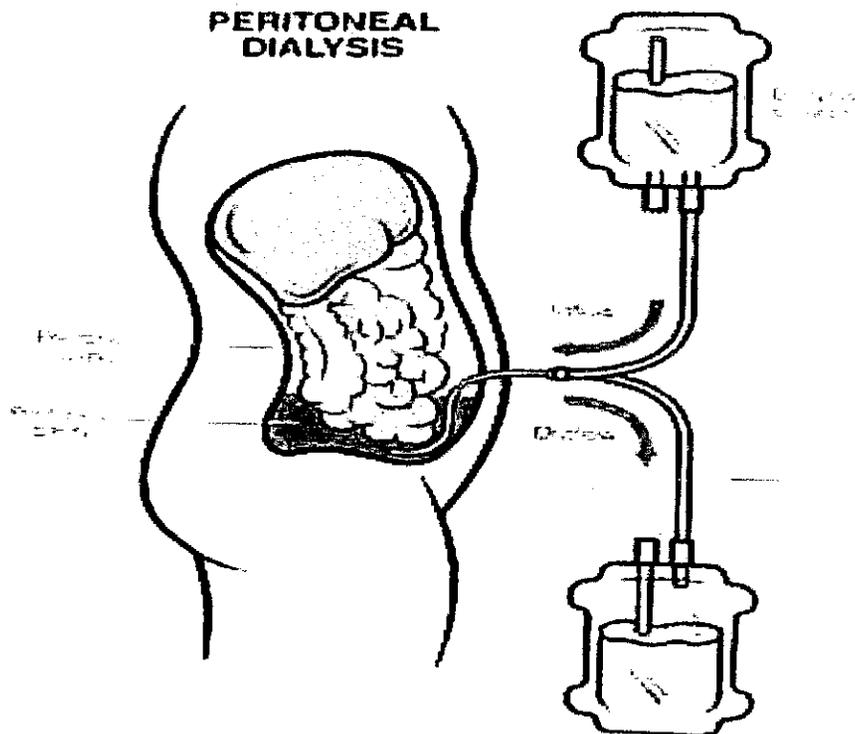
- 1). Heparin

1000 unit untuk setiap kantong dialisat.

2). Antibiotika .

Biasanya golongan aminoglikosida/cephalosporin 100 mg untuk setiap kantong dialisat.

**2.4.10 Prosedur Teknik *Peritoneal Dialysis (PD)***



Gambar 2.6 : Proses penggantian cairan dialisat pada *Peritoneal Dialysis* (BaxterHealthcare Corp,2000)

Proses penggantian cairan dialisat (Baxter Healthcare Corp, 2000) adalah meliputi berikut ini :

1). Mengeluarkan cairan :

Proses pengeluaran cairan dari rongga peritoneum. Berlangsung dengan bantuan gaya gravitasi bumi dan proses ini memerlukan waktu 20 menit.

2). Memasukkan cairan :

Cairan dialisat dialirkan ke rongga peritoneal melalui kateter . waktu yang diperlukan 10 menit.

3). Waktu tinggal (*dwell time*):

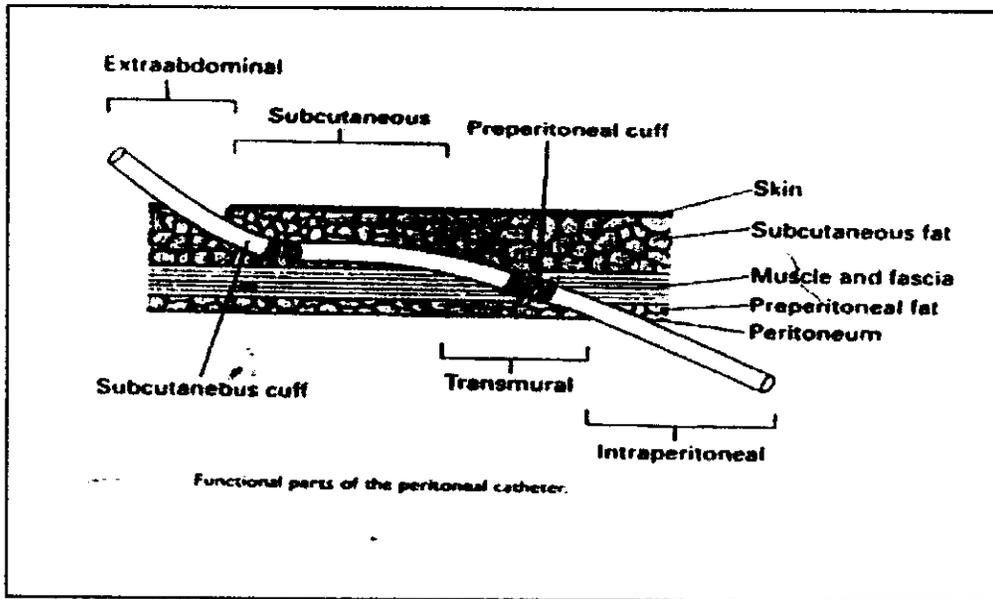
Tahapan dimana cairan dialisis disimpan didalam rongga peritoneum selama 4 -6 jam. penggantian cairan pada umumnya diulang 4 – 6 jam. Maksudnya 4 kali dalam sehari . penggantian cairan ini dapat dilakukan dirumah, ditempat kerja atau tempat lain yang dikunjungi namun tempat tersebut harus memenuhi persyaratan yaitu kemungkinan dapat terjadinya infeksi dapat di hindari. Waktu ini memerlukan 30 menit.

**2.4.11 Persyaratan Calon Pasien *Peritoneal Dialisis (PD)* (Baxter Healthcare Corp, 2000).**

- 1) Pasien mandiri atau ada yang membantu.
- 2) Tinggal ditempat yang bersih dan lingkungan yang sehat.
- 3) Bersedia menjalani latihan intensif dan mematuhi prosedur PD.

**2.4.12 Pemasangan Kateter *Peritoneal Dialisis (PD)*(Baxter Healthcare Corp, 2000).**

Sebelum *Peritoneal Dialisis (PD)* dibuat akses sebagai tempat keluar masuknya cairan dialisis dari dan kedalam rongga perut dengan memasang kateter yang ditanam didalam rongga perut dengan pembedahan, dengan posisi kateter yaitu sedikit dibawah pusar. Lokasi dimana sebagian kateter muncul dari dalam perut disebut *exit site*.



Gambar 2.7 : Pemasangan kateter untuk Peritoneal Dialisis (Baxter Healthcare Corp, 2000)

Pemasangan kateter untuk Peritoneal Dialisis (PD adalah meliputi :

*Baxter Healthcare Corp, (2000)*

#### 1. Pemasangan Kateter

Kateter peritoneal dipasang didalam kamar operasi untuk mempertahankan asepsis operasi dan memperkecil resiko kontaminasi. Kateter *stylet* dapat digunakan jika dialysis peritoneal tersebut diperkirakan akan dilaksanakan dalam waktu singkat. Sebelum prosedur pemasangan kateter dilakukan, kulit abdomen dipersiapkan dengan larutan antiseptic local dan dokter melakukan penyuntikan infiltrasi prepat anastesi local kedalam kulit dan jaringan subcutan. Insisi kecil atau sebuah tusukan dibuat pada 3-5 cm dibawah umbilicus. Sebuah *trokar* (alat berujung tajam) digunakan untuk menusuk peritoneum sementara pada pasien mengencangkan otot abdomennya dengan cara mengangkat kepalanya. Kateter disisipkan lewat trokar dan kemudian diatur posisinya. Cairan dialsat yang dipersiapkan

diinfuskan kedalam kavum peritoneal dengan mendorong omentum (lapisan peritoneal yang membentang dari organ-organ abdomen) menjauhi kateter. Sebuah jahitan purse-string dapat dibuat untuk mengikat kateter pada tempatnya.

## 2. Prosedur Pemasangan Kateter

Untuk dialisat peritoneal intermiten, larutan dialisat dialirkan dengan bebas kedalam kavum peritoneal dan dibiarkan selama waktu retensi (*dwel time*) atau waktu *ekuilibrasi* yang ditentukan dokter. Waktu itu berfungsi untuk memungkinkan terjadinya difusi dan osmosis. Pada waktu akhir retensi, klem selang drainase dilepas dan larutan dialisat dibiarkan mengalir keluar dari kavum peritoneal melalui sebuah sistem yang tertutup dengan bantuan gaya berat. Cairan drainase biasanya berwarna seperti jerami atau tidak berwarna.

Tahapan pemasangan akses PD:

### 1). *Pre-implantasi*

Pemilihan kateter: kateter hendaknya dipilih yang menghasilkan aliran dialisat yang cepat, tidak mudah bocor dan infeksi. Kateter tenckhoff adalah kateter untuk PD yang standar dan paling banyak digunakan. Ada beberapa tipe : *straight tenckhoff*, *curled tenckhoff*, *swan-neck*, *missouri*, *lifecath*.

Persiapan pasien:

- (1). Evaluasi adanya hernia, hemorrhoid atau kelemahan pada dinding abdomen.

- (2). Penentuan posisi *exit-site* kateter. Posisi sebaiknya bebas dari tekanan ikat pinggang, hindari lipatan lemak dan disesuaikan dengan kebiasaan tangan pasien (*left atau right handed*)
- (3). Dilakukan enema atau laksan pada malam sebelum operasi
- (4). Antibiotika profilaksis: sefalosporin generasi pertama, diberikan satu jam sebelum operasi dalam dosis tunggal.

## 2). *Implantasi*

- (1). Teknik implantasi: pembedahan, perkutaneus dan peritoneoskopik
- (2). Arah *exit-site* sebaiknya *downward* untuk menurunkan resiko infeksi
- (3). Dilakukan tes patensi dan aliran kateter pada saat pemasangan kateter, untuk memastikan *inflow-outflow* yang adekuat tanpa ada perembesan



Gambar 2.8 : Lokasi pemasangan *catheter tenchoff* (Baxter Healthcare Corp, 2000)

3 ). Pasca implantasi

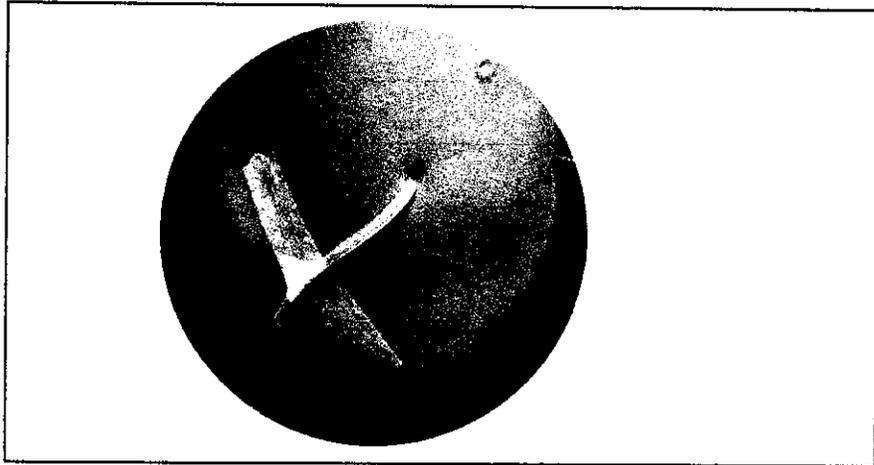
- (1). Perawatan luka *exit-site* sebaiknya dilakukan oleh perawat PD sampai sembuh sempurna dengan teknik aseptik
- (2). Hindari memakai bahan yang iritatif untuk membersihkan *luka exit-site*
- (3). Gunakan balutan yang mudah menyerap (*absorbent dressing*), dan jaga *exit-site* tetap kering. Pada 2 - 3 minggu pertama penggantian absorbent dressing/balutan sebaiknya tidak terlalu sering, cukup 1 minggu sekali, kecuali ada darah dan kotor.
- (4). *Imobilisasi* kateter (fiksasi kateter dan selang menggunakan plester)
- (5). *Evaluasi* posisi kateter dengan foto polos abdomen dilakukan sehari setelah pemasangan kateter.
- (6). *Dilakukan* pembilasan setiap 3 hari untuk memastikan kelancaran kateter. Pada keadaan tertentu dapat dipertimbangkan penggunaan PD lebih awal dengan menggunakan volume minimal 10 ml/kgBB/siklus dalam posisi berbaring. Volume dialisat ditingkatkan secara bertahap sampai 40 ml/kgBB/siklus.

3. Perawatan apa yang harus segera dilakukan setelah pemasangan kateter.

Untuk menghindari terjadinya infeksi dalam waktu panjang perlu dilakukan perawatan pasca operasi yang sifatnya mencegah pertumbuhan bakteri pada luka operasi maupun *exit site*. Perawatan ini meliputi :

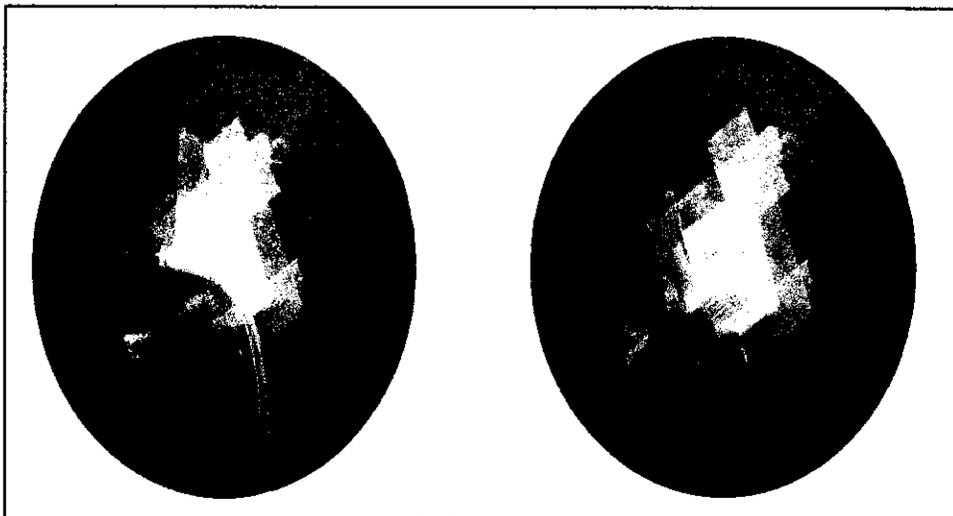
- 1). Mandi setiap hari tanpa membasahi *exit site* maupun luka operasi yang belum sembuh.

- 2). Mempertahankan posisi kateter (*imobilisasi kater*) tiudak boleh menarik, memutar kateter, karena akan melukai *exit site* dan sering timbulnya infeksi. Arah kateter harus mengarah dan tidak boleh menunjukkan gejala hambatan pada aliran masuk dan keluarnya cairan dialisat.



Gambar : 2.9 : Cara mempertahankan posisi kateter *tecnchoff* pada perawatan CAPD.

- (1) Menjaga *exit site* dan luka operasi tetap kering .
- (2) Perawatan *exit-site*: (untuk dipilih):



Gambar 2.10 : *Exit Site Care* (Baxter Healthcare Corp, 2000)

Tehnik penutupan dan fiksasi *Exit Site Care* (Baxter Healthcare Corp, 2000):

- 1). Mengoleskan mupirocin pada *exit-site*
  - (1). Setiap hari setelah pembersihan pada semua pasien
  - (2). Setiap hari setelah pembersihan pada karier saja
  - (3). Menunjukkan respon terhadap kultur *exit-site* yang positif untuk *spapilococcus aureus*
  
- 2). Mupirocin intranasal 2 kali sehari selama 5 – 7 hari:
  - (1). Setiap bulan setelah teridentifikasi sebagai karier nasal
  - (2). Setelah ada hasil kultur nasal yang positif
  
- 3). Pemakaian gentamisin krim pada *exit-site* setelah pembersihan
 

Bagaimana mengetahui bahwa kateter berfungsi dengan baik

Periksa kateter berfungsi dengan baik atau tidak dengan mengamati waktu yang diperlukan untuk masuk dan keluar dari rongga peritoneum.

  - (1) Perkiraan waktu yang diperlukan untuk cairan memasuki rongga peritonium sekitar 10 menit. Waktu ini disebut “*waktu infuse*”.
  - (2) Waktu yang dibutuhkan untuk keluar dari rongga peritoneal ke kantong penampung sekitar 20 menit. Waktu ini disebut “*waktu pengeluaran*”.
  
- 4). Masalah yang mungkin timbul pasca implantasi kateter, pembilasan atau memulai CAPD:
  - (1) Kebocoran cairan dialisat,
  - (2) Gangguan aliran dialisat,
  - (3) Infeksi pada tunnel,

- (4) Nyeri pada saat awal pengisian atau akhir pengosongan,
- (5) Erosi ada cuff kateter,
- (6) Hernia,
- (7) Homorroid.

#### 2.4.13 Larutan Dialisat (PD)

Tabel 2.1 : Larutan dialisat yang dapat dipakai diklinik dan tersedia dipasaran  
(Baxter Healthcare Corp, 2000)

No	Komposisi	Satuan
1.	Dekstrose B.P	1,36 %
2.	Na +	130,0 mEq per liter
3.	Ca ++	3,0 mEq per liter
4.	Mg ++	1,5 mEq per liter
5.	CL -	100,0 mEq per liter
6.	Ion asetat	35,0 mEq per liter

#### Komposisi cairan dialisat

Narium = 132 mEq per liter

Klorida = 98 mEq per liter

Kalsium = 3.5 mEq per liter

Magnesium = 0.5 mEq per liter

Laktat = 40 mEq per liter

#### 1) Komposisi ion

Larutan dialisat mempunyai komposisi elektrolit, laktat dan glukosa. Setiap larutan dialisat selalu tanpa ion kalium (*free potassium*) dan bikarbonat diganti dengan laktat supaya lebih stabil. Larutan *dialisat perisolution* (Otsuka Pharm Co & Ltd) dan *dianeal* (Baxter) tersedia

dipasaran. Larutan dialisat perisolution hanya standard dengan dekstrose 1,5%. Bila digunakan hipertonis 4-6% harus diolah sendiri dengan menambahkan 100-150 ml dekstrose 40% untuk setiap liter larutan standard perisolution. Larutan dialisat dianel (Baxter) tersedia dengan 3 macam yaitu larutan standard 1,5% dan hipertonis (2,5%, 3,5% dan 4,25%).

## 2) Volume larutan dialisat

Larutan dialisat perisolution hanya 1 liter per kantung plastik, sedangkan deaneal 1 liter dan 2 liter per kantung plastik.

Tabel 2.2. Perbandingan komposisi larutan perisolution dan deaneal

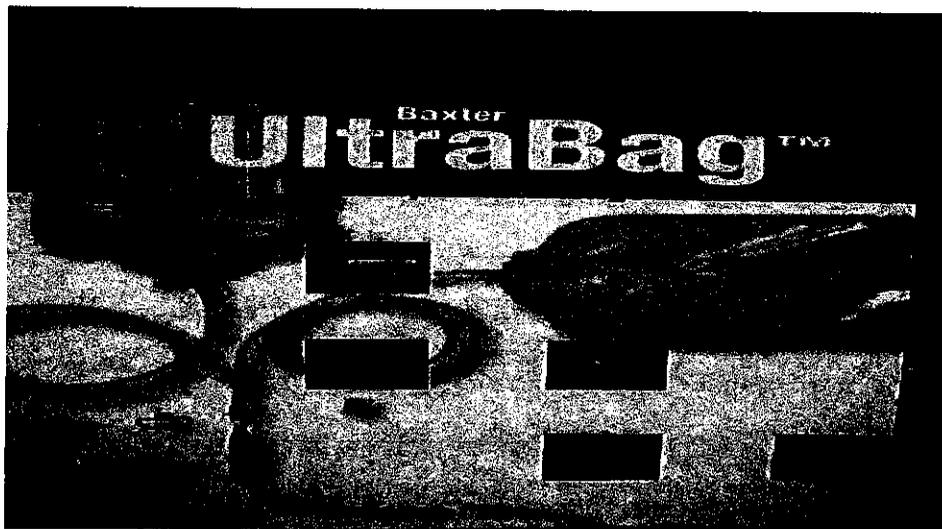
<i>Komposisi elektrolit</i>	<i>Perisolution</i>	<i>Deaneal</i>
<i>Komposisi ionik (mEq per liter)</i>		
<i>Natrium (Na<sup>+</sup>)</i>	<i>140</i>	<i>132</i>
<i>Kalsium (Ca<sup>++</sup>)</i>	<i>4,0</i>	<i>3,5</i>
<i>Magnesium (Mg<sup>++</sup>)</i>	<i>1,5</i>	<i>0,5</i>
<i>Klorida (Cl)</i>	<i>102</i>	<i>96</i>
<i>Laktat</i>	<i>43,5</i>	<i>40</i>
<i>Dektrose (gr per liter)</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
		<i>35</i>
		<i>42,5</i>

## 3) Larutan dialisat dan ion kalsium (K<sup>+</sup>)

Larutan dialisat tanpa kalium (*free potasium*) hanya digunakan untuk pasien dengan hiperkalemia. Bila pasien sudah normokalemia (serum K<sup>+</sup> normal dan gambaran EKG normal) harus dipakai larutan dialisat (perisolution dan deaneal) yang mengandung ion kalium (K<sup>+</sup>). Setiap liter

(L) larutan dialisat harus ditambah 3 mEq (3 ml) larutan KCL (tersedia di pasaran).

#### 2.4.14 Proses Penggantian Cairan dialisat



Sumber : [www.renalsource.com](http://www.renalsource.com). Baxter Healthcare Corp. "Introduction

Gambar 2.11 : Ultra Bag aseptic exchanging prosedur (Baxter Healthcare Corp, 2000)

Proses penggantian cairan dialisat (Baxter Healthcare Corp, 2000) adalah meliputi berikut ini :

1). Mengeluarkan cairan :

Proses pengeluaran cairan dari rongga peritoneum. Berlangsung dengan bantuan gaya gravitasi bumi dan proses ini memerlukan waktu 20 menit.

2). Memasukkan cairan :

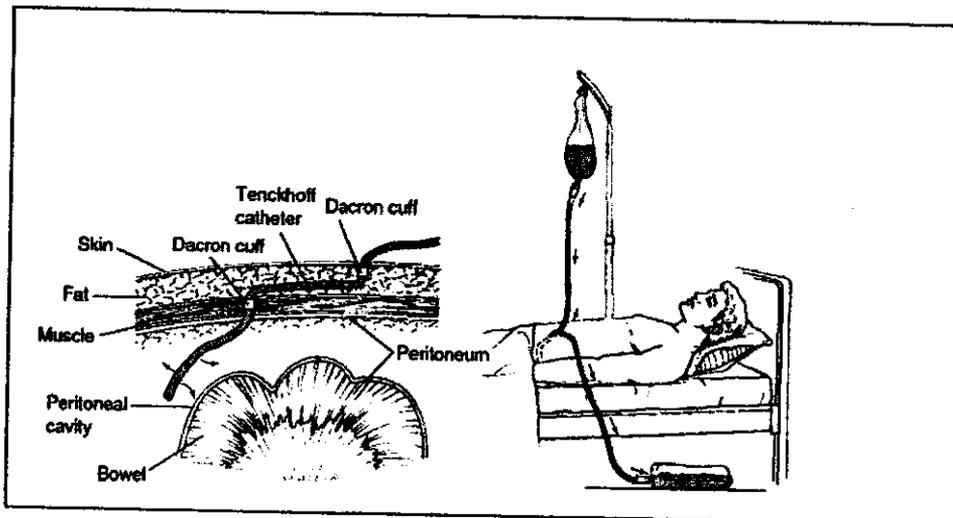
Cairan dialisat dialirkan ke rongga peritoneal melalui kateter . waktu yang diperlukan 10 menit.

3). Waktu tinggal (*dwel time*) :

Tahapan dimana cairan dialisat disimpan didalam rongga peritoneum selama 4 -6 jam. penggantian cairan pada umumnya diulang 4 – 6 jam. Maksudnya 4 kali dalam sehari . penggantian cairan ini dapat dilakukan dirumah, ditempat

kerja atau tempat lain yang dikunjungi namun tempat tersebut harus memenuhi persyaratan yaitu kemungkinan dapat terjadinya infeksi dapat di hindari. Waktu ini memerlukan 30 menit.

#### 2.4.15 Melakukan Pertukaran Cairan Tanpa Resiko



Gambar 2.12 : Proses dialysis peritoneal melalui kateter *tenchoff* (Baxter Healthcare Corp, 2000)

Penjelasan melakukan pertukaran cairan tanpa resiko adalah sebagai berikut ini :

1. Pilih tempat yang memenuhi persyaratan untuk melakukan cairan: tempat/ruang yang digunakan untuk mengganti cairan dialisat harus bersih, kering, ada penerangan, yang memadai, dan tidak ada tumpukan barang.
2. Perhatikan kantong cairan dialisat
  - 1). Bagian depan kantong berisikan informasi yang harus dibaca sebelum digunakan:
  - 2). Pastikan konsentrasi cairan dialisat yang akan di gunakan ( 1,2 %, 2.5 % atau 4.25 % ).

- 3). Tanggal kedaluwarsa, volume cairan.
- 4). Nomor kode produk .
- 5). Pastikan kantong cairan dialisat tidak bocor.
- 6). Pastikan bagian ujung kantong masih dalam kondisi tertutup.
- 7). Pastikan cairan dalam kondisi jernih.

3. *Outlet port clamps*

Klem ini berupa plastik berwarna merah dan berfungsi mencegah / menahan aliran cairan pada setiap tahapan yang berbeda pada waktu pertukaran cairan.

4. *Short transfer set.*

Semua system peritoneal dialysis produksi baxter merupakan system tertutup . yang bertujuan melindungi rongga peritoneum.

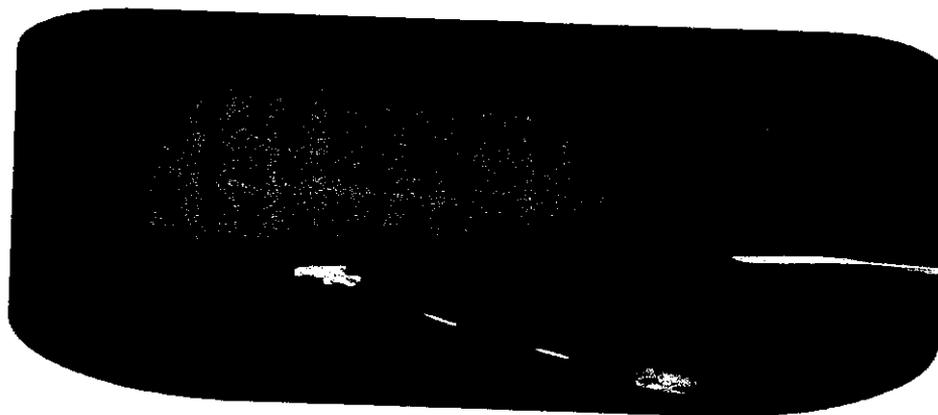
5. *Mini cap " disconnect cap"*

Penutup ini untuk melindungi *Short transfer set*. Selain untuk memberikan keamanan dan kemudahan bagi pasien dengan ini pasien tidak terkontaminasi . mini cap ini steril, didalamnya terdapat busa yang di basahi dengan povidon iodione.

6. *Titanium conecctor*

Berfungsi untuk menghubungkan kateter dengan transfer line . ini dibuat dari bahan yang ringan , kuat dan anti infeksi. Cara menghangatkan cairan dilaisat:

- 1). Bantal pemanas
- 2). Lampu pemanas.



Gambar 2.13 : *Warming Dialysis Solution (Baxter Healthcare Corp. 2000)*

Cara membuang cairan dialisis bekas pakai dan peralatan bekas.

- 1). Buang di toilet dan pastikan tidak terpapar dengan cairan tersebut.
- 2). Kantong yang sudah kosong boleh di buang ditempat sampah tanpa ada resiko.
- 3). Cuci tangan hingga bersih.

Cara mengontrol / mengatur cairan :

- 1). Ginjal yang sehat mampu menjaga keseimbangan cairan didalam tubuh, dengan cara mengeluarkan kelebihan air dari dalam darah.
- 2). Bila ginjal tidak berfungsi dengan baik maka cairan akan menumpuk didalam tubuh sehingga asupan cairan harus terkontrol.

Cara yang dapat dilakukan agar bisa mengontrol cairan dalam tubuh

- 1). Periksa apakah ada pembengkakan (sekirtar mata, tangan dan kaki ).
- 2). Monitor Berat badan
- 3). Periksa tekanan darah secara berkala.
- 4). Bila mengalami kesulitan bernafas segera laporkan ke dokter.
- 5). Perhatian pola makan.

#### 2.4.16 Komplikasi Pasca Pemasangan CAPD

Komplikasi sering dijumpai pada pasien dengan dialisis peritoneal dan merupakan bahaya nyata bagi setiap pasien menerima pengobatan ini. Kontaminasi dari beberapa bagian dari sistem, sepotong gangguan fungsi peralatan, kontaminasi cairan, dan infeksi pada situs kateter semua sumber-sumber peritonitis. Kateter itu sendiri dapat menyebabkan komplikasi akibat kebocoran di lokasi penyisipan, infeksi, dan oklusi dari perforasi pada kateter. Kesulitan pernafasan dapat terjadi sebagai akibat dari retensi cairan yang meningkatkan tekanan terhadap diafragma, dan kelebihan cairan yang memerlukan lebih sering menggunakan larutan hipertonik. Deplesi cairan dan hipotensi juga kemungkinan komplikasi.

Berikut adalah komplikasi yang dapat terjadi akibat *Peritoneal Dialysis* berdasarkan (Pernepri, 2011).

- 1) Infeksi pada *exit site* – *tunnel*
  - (1) Infeksi *exit site* dan *tunnel* ditandai oleh cairan purulent pada *exit-site* dengan atau tanpa eritema
  - (2) Infeksi *tunnel* dapat bermanifestasi sebagai eritema, edema atau nyeri *diarea subcutaneous*.
- 2) Peritonitis
  - (1) Peritonitis adalah infeksi rongga peritoneum akibat masuknya mikro-organisme melalui kateter, celah kateter ataupun invasi dari dinding usus.
  - (2) Manifestasi klinis peritonitis dapat berupa cairan dialisat yang keruh, nyeri perut, demam.

(3) Diagnosis peritonitis minimal 2 dari kriteria di bawah:

- a) Cairan yang keruh
- b) Hitung sel dialisat > 100 ul
- c) Sel PMN >50% atau kultur dialisat positif

3) Komplikasi non infeksi:

- (1) Herniasi
- (2) *Abdominal wall and pericatheter leak*
- (3) Edema genital dan dinding perut
- (4) Komplikasi pernapasan, antara lain: hidrothoraks, gangguan mekanik pada pernapasan pada pasien yang mempunyai latar belakang.

*Dialysis peritoneal* manual melalui kateter perut ditanamkan (kateter *Tenckhoff* ini). Komplikasi CAPD pasca pemasangan catheter *tenckhoff* terlihat pada table sebagai berikut :

Tabel 2.3 . Komplikasi dialysis peritoneal (Workman, 2002).

No	Jenis	Manifestasi klinik
1.	Mekanik	Sakit, kebocoran, perdarahan , pengeluaran tidak adekuat, catheter terlepas, edema didinding perut, edemea skrotum, hernia, hematoma interstinal, perprasi usus.
2.	Infeksi (implamasi)	Peritonitis bakteri, peritonitis jamur, infeksi tunnel, infeksi pada tempat tusukan,
3.	Diverkulitis	Peritonitis steril, peritonitis eosinofilik, peritonitis sklerosis, pankreatitis
4.	Kardio vaskuler	Bendungan paru akut, overhydrasi, hypotensi aritmia jantung, hipertensi.
5.	Paru	Atelaktasis basal, pneumonia inspirasi, hydro torax, penurunan forced vital capacity
6.	Neurologi	Konvulsi, kemungkinan sindroma dyalisis disequilibrium
7.	Metabolic	Hyperglukemia, koma hyperosmolar non ketotik, hyperglukemia pasca dialysis, hyperkalemia, hypokalemia, alkalosis metabolis, hypoproteinemia, hyperlidemia, hypertrigliseridemia.

Tabel 2.4 : Gangguan *catheter tenckhoff* yang menyebabkan keseimbangan positif.

No	Permasalahan	Etiologi	Diagnose	Menejemen
1.	Malposisi	Omentum selama implantasi catheter biasanya pada minggu pertama	Sakit pada abdomen atas	Reposisi catheter
2.	Obstruksi internal	Obstruksi jaringan selama implantasi catheter.	radiologi	Reposisi catheter atau mengganti dengan catheter baru
3.	Obstruksi akibat infeksi	Berhubungan dengan peritonitis berulang	Sakit selama inflow/ outflow dialisat	Penggantian catheter baru dan antibiotika sistemik dan intraperitonea
4.	konstipasi	Fungsional	-	Obat pencahar

Tabel 2.5 : *Pain Associated Peritoneal Dialysis (Baxter Healthcare Corp, 2000)*

No		Cause	Treatment
1.	<i>Post implanisasi</i>	1). <i>Incisional</i> 2). <i>Catheter too Long</i> 3). <i>Catheter malposition with irritation of bladder vaginal root or penis.</i>	<i>Self limited - 1 week 1-6 weeks usually self limited</i>
2.	<i>During inflow</i>	1). <i>Catheter encasement due to infection and adhesion formation</i> 2). <i>pH pain</i>	<i>Requires X-Ray study and catheter replacement Delysate pH adjustment</i>
3.	<i>During diffusion</i>	1). <i>pH pain</i> 2). <i>Fluid retention</i>	<i>Delysate pH adjustment Evacuation</i>
4.	<i>During out flow</i>	1). <i>Excessive suction</i>	<i>Reduction or suction</i>
5.	<i>After dialysis</i>	1). <i>Following massive fluid distention</i> 2). <i>Free abdominal air</i> 3). <i>Peritonitis.</i>	<i>Self limited Self limited Evacuation antibiotika lavage</i>

6.	<i>Constant</i>	1). <i>Peritonitis</i> 2). <i>Unclated abdominal pathology</i>	<i>Antibiotika lavage</i> <i>Diagnose and apriated terapi</i>
----	-----------------	---	--

Selain komplikasi diatas juga dapat terjadi:

- 1) Perdarahan ditempat pemasangan selang atau perdarahan didalam perut
- 2) Perforasi organ dalam pada saat memasukkan selang
- 3) Kebocoran cairan disekitar selang atau kedalam dinding perut
- 4) Penyumbatan aliran cairan oleh bekuan darah
- 5) Infeksi, baik pada peritoneum maupun dikulit tempat selang terpasang (menyebabkan terbentuknya abses). Infeksi biasanya terjadi karena prosedur dialisa yang kurang steril. Untuk mengatasi infeksi diberikan antibiotik.
- 6) Hipoalbuminemia
- 7) Sklerosis peritonealis (pembentukan jaringan parut di peritoneum), yang mengakibatkan penyumbatan parsial usus halus
- 8) Hipotiroidisme
- 9) Hiperglikemia, sering terjadi pada penderita kencing manis
- 10) Hernia perut dan selangkangan
- 11) Sembelit.

#### 2.4.17 Penatalaksanaan Dan Perawatan *Peritoneal Dialisis (PD)*

Penatalaksanaan dan perawatan *Peritoneal Dialisis (PD)* adalah sebagai berikut ini : (*Baxter Healthcare Corp, 2000*)

1. Suatu unit PD tidak hanya melayani dan melakukan tindakan PD, tetapi juga mampu melakukan monitoring dan evaluasi terhadap suatu program PD

- secara berkala. Dan kecukupan dialysis harus diinterpretasikan secara klinis, bukan hanya dengan menargetkan pengeluaran zat terlarut dan cairan dialisat.
2. Penilaian harus mencakup klinis dan hasil laboratorium, klirens peritoneal dan ginjal, status hidrasi, nafsu makan dan status gizi, kadar hemoglobin dan kebutuhan terapi eritropoitin, elektrolit dan keseimbangan asam-basa, keseimbangan kalsium fosfat, tekanan darah terkontrol.
  3. *Clinical assessment* ( klinik laboratorium ):
  4. Penilaian klinis dilakukan setiap bulan saat pasien control. Pemeriksaan laboratorium: darah lengkap dan kimia darah dilakukan setiap 2 bulan
    - 1 ). Evaluasi dan tindakannya penyakit penyerta
    - 2 ). Pengelolaan anemia, target Hb 10-12 mg/dl
    - 3 ). Keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa.
    - 4 ). Pengelolaan tekanan darah, target 130/80 mmHg
    - 5 ). Evaluasi gejala-gejala uremia.
    - 6 ). Evaluasi keadaan *exit-site*, tunnel, dan fungsi kateter PD
    - 7 ). Evaluasi terhadap obat-obat yang dikonsumsi
  5. *Nutritional assessment* : penilaian status nutrisi pasien berkaitan dengan pengukuran Kt/V urea dan Klirens Kreatinin Mingguan
    - 1 ). Riwayat Diet (*Dietary Call*)
    - 2 ). Protein Catabolic Rate (nPCR/nPNA): target > 1 g/KgBB/hari
  6. *Clearence assessment* :
    - 1 ). Klirens kreatinin mingguan, target >60 L/minggu pada *high* atau *high average* atau > 50L/minggu pada *low* atau *low average*

- 2). Klirens urea mingguan ( $Kt/V$  mingguan), target  $>2$ /minggu dengan nilai minimal 1,7/minggu
- 3). *Peritoneal Equilibrium Test* (PET), target UF  $>1000$  ml/hari

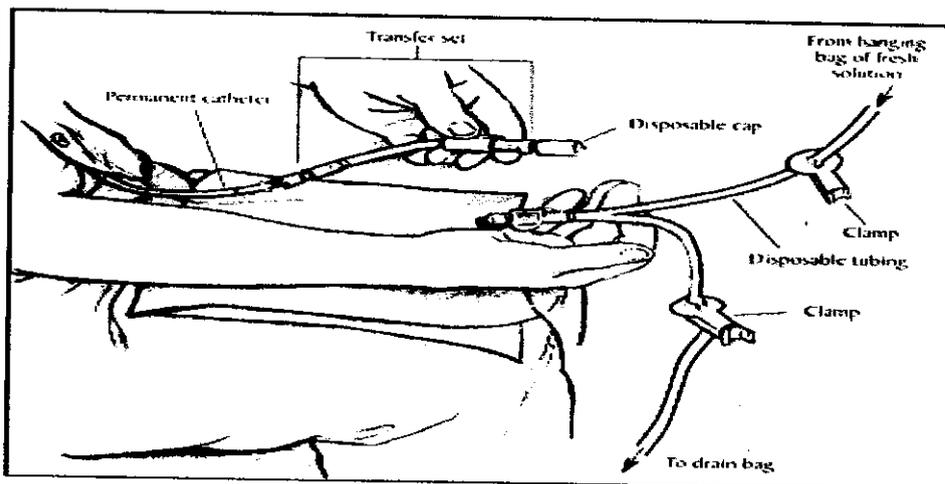
Penjelasan :

1. *Klirens kreatinin* mingguan adalah perhitungan kliren kreatinin ginjal ditambah kliren kreatinin peritoneal perminggu.
  - 1). Waktu pemeriksaan klirens kreatinin mingguan dan  $KT/V$  mingguan
  - 2). Diukur 4 minggu setelah PD difungsikan dan lebih dari 2 minggu setelah HD terakhir
  - 3). Secara berkala setiap 4—6 bulan
  - 4). Terdapat riwayat penurunan volume urine secara bermakna
  - 5). Terdapat overlod cairan yang tidak dapat dijelaskan
  - 6). Terdapat perburukan uremia secara klinis dan laboratorium
2. Klirens urea *adalah* perhitungan klirens urea ginjal ditambah klirens urea peritoneal per-minggu. Klirens berhubungan dengan perburukan *primary* dan *secondary outcome* seperti problem klinis, peningkatan kebutuhan eritropoitin dan mortalitas.
3. *Peritonemum equilibrium Test* (PET) adalah suatu pemeriksaan untuk menentukan tipe membrane peritoneum terhadap fungsi ultrafiltrasi dan klirens dari zat terlarut. Membrane peritoneum sebagai transport membrane dibagi menjadi 4 tipe :
  - 1). *High transporter* (H)
  - 2). *High Average transporter* (HA)
  - 3). *Low Average transporter* (LA)

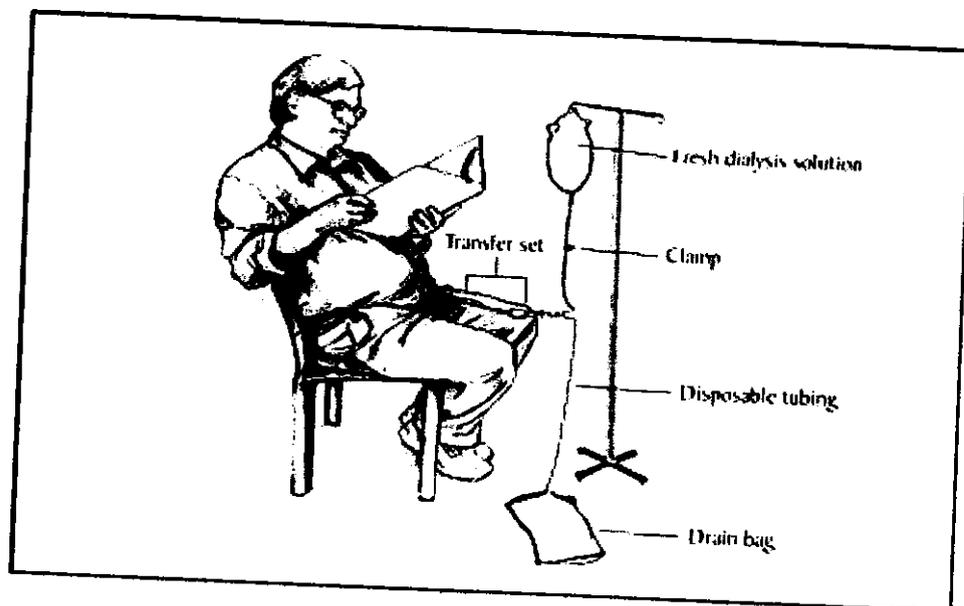
- 4). *Low transporter (L)*
4. Pemeriksaan *Peritonemum equilibrium Test (PET)*
  - 1). Dilakukan setelah 4 minggu program PD disfungsi dan minimal 2 minggu setelah HD terakhir.
  - 2). Secara berkala setiap 6 bulan
  - 3). Jika terjadi perubahan jumlah *ultrafiltrasi* (pasca peritonitis, dan sebagainya).

#### 2.4.18 Prosedur Pencegahan Infeksi

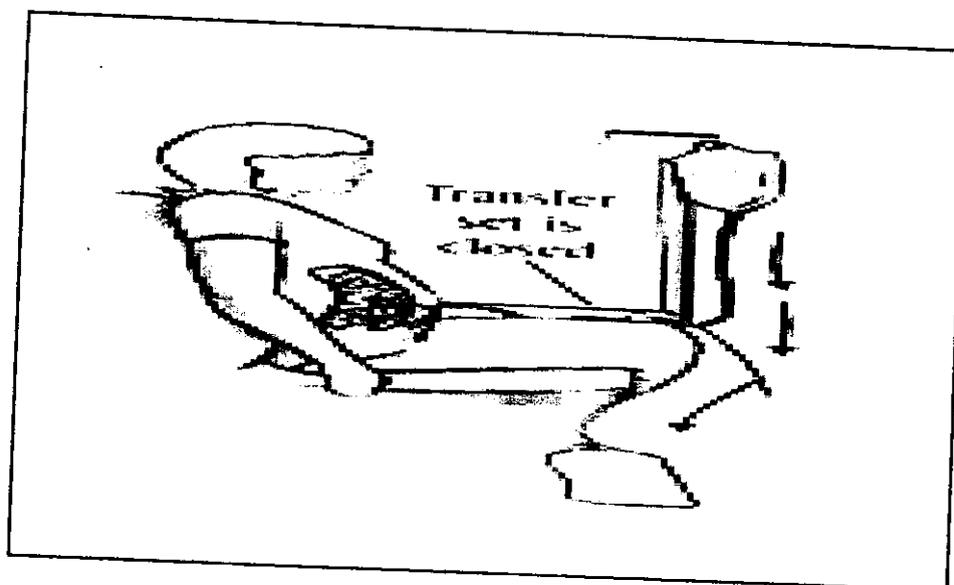
Prosedur Pencegahan Infeksi menurut *Baxter Healthcare* Perawat dialisis akan melatih keluarga dalam teknik (bebas kuman) aseptik untuk menghubungkan pada awal bursa dan memutuskan diakhir. Ikuti petunjuk dengan hati-hati untuk menghindari infeksi.



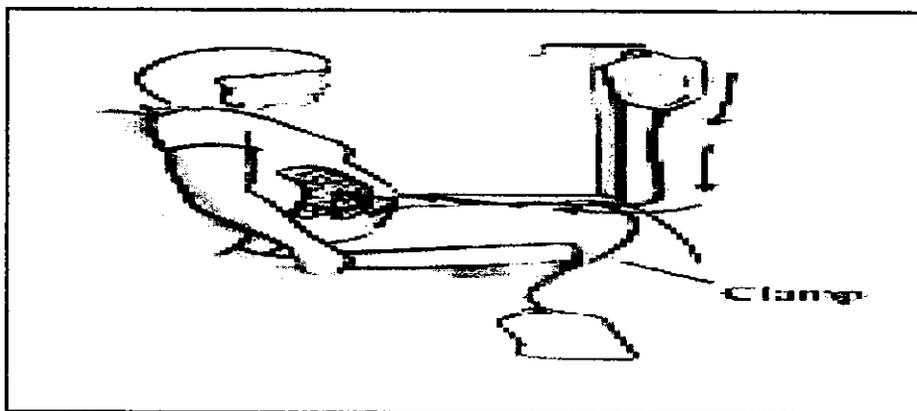
Pada awal tukar, akan menghapus topi sekali pakai dari set transfer dan hubungkan ke tabung Y-. Cabang-cabang dari tabung Y terhubung menguras kantong dan kantong cairan dialisis segar. Selalu cuci tangan sebelum memegang kateter dan mengatur transfer, memakai masker bedah setiap kali Anda menghubungkan atau melepas.



Langkah pertama dari sebuah perubahan untuk mengalirkan cairan dialisis digunakan dari rongga peritoneum ke dalam menguras kantong. Menjelang akhir sia-sia, mungkin merasa ringan "menarik" sensasi yang memberitahukan sebagian besar cairan hilang.



Setelah larutan yang digunakan akan dihapus dari perut, Anda akan menutup atau menjepit set transfer dan biarkan beberapa aliran solusi segar langsung ke kantong tiriskan. Langkah pembilasan menghilangkan udara dari tabung.



Gambar 2.14: Proses penggantian cairan dialisis (*Baxter Healthcare Corp, 2000*)

Langkah terakhir dari pertukaran adalah untuk mengisi rongga peritoneal dengan larutan dialisis segar dari tas gantung.

1) Waspada kuman :

Lokasi dimana kuman mudah masuk kedalam peritoneum antara lain: sambungan antara kateter dengan konektor titanium, sambungan antara transfer set dengan dialisis set.

2) Mengganti transfer set dianjurkan setiap 6 bulan.

3) Prosedur penggantian cairan dialisis:

- (1) Dilakukan diruangan yang layak
- (2) Menyiapkan meja untuk meletakkan cairan dialisis
- (3) Memakai masker yang menutupi hidung dan mulut
- (4) Mencuci tangan sesuai prosedur septic dan aseptik
- (5) Melakukan penggantian cairan dialisis

- (6) Membuang cairan buangan dialisat di kloset
  - (7) Mebuang kantong bekas cairan di tempat sampah medik yang nantinya akan di rendam dalam cairan hipoklorid dan dapat dibuang di tempat sampah umum
- 4) Syarat ruangan yang layak adalah:
- (1) Bersih (tidak berdebu)
  - (2) Pencahayaan cukup
  - (3) Fentilasi cukup dengan arah angin tidak langsung mengenai exit-site saat kateter dibuka.

#### **2.4.19 Tindakan Lanjut (*follow up*) Aspek Medik.**

Selama program CAPD beberapa aspek medik harus di pantau secara rutin dan berkala yaitu : (*Baxter Healthcare Corp, 2000*)

- 1) Pengendalian azotemia dan CAPD adekuat.
- 2) Normalisasi gangguan keseimbangan air dan elektrolit ( natrium, kalium kalsium, fosfat, magnesium dan asam urat )
- 3) Metabolic asidosis kronik
- 4) Alkalosis
- 5) Hypertensi / Hypotensi
- 6) Kehilangan protein , asam amino dan vitamin
- 7) Masalah diet
- 8) Absorpsi dektrose. ( hyperglikemia , profil lipid)
- 9) Masalah haus (berhubungan dengan hyperosmolatitas sebagai akibat hypernatremia, hyperglikemia atau keduanya).
- 10) Asites

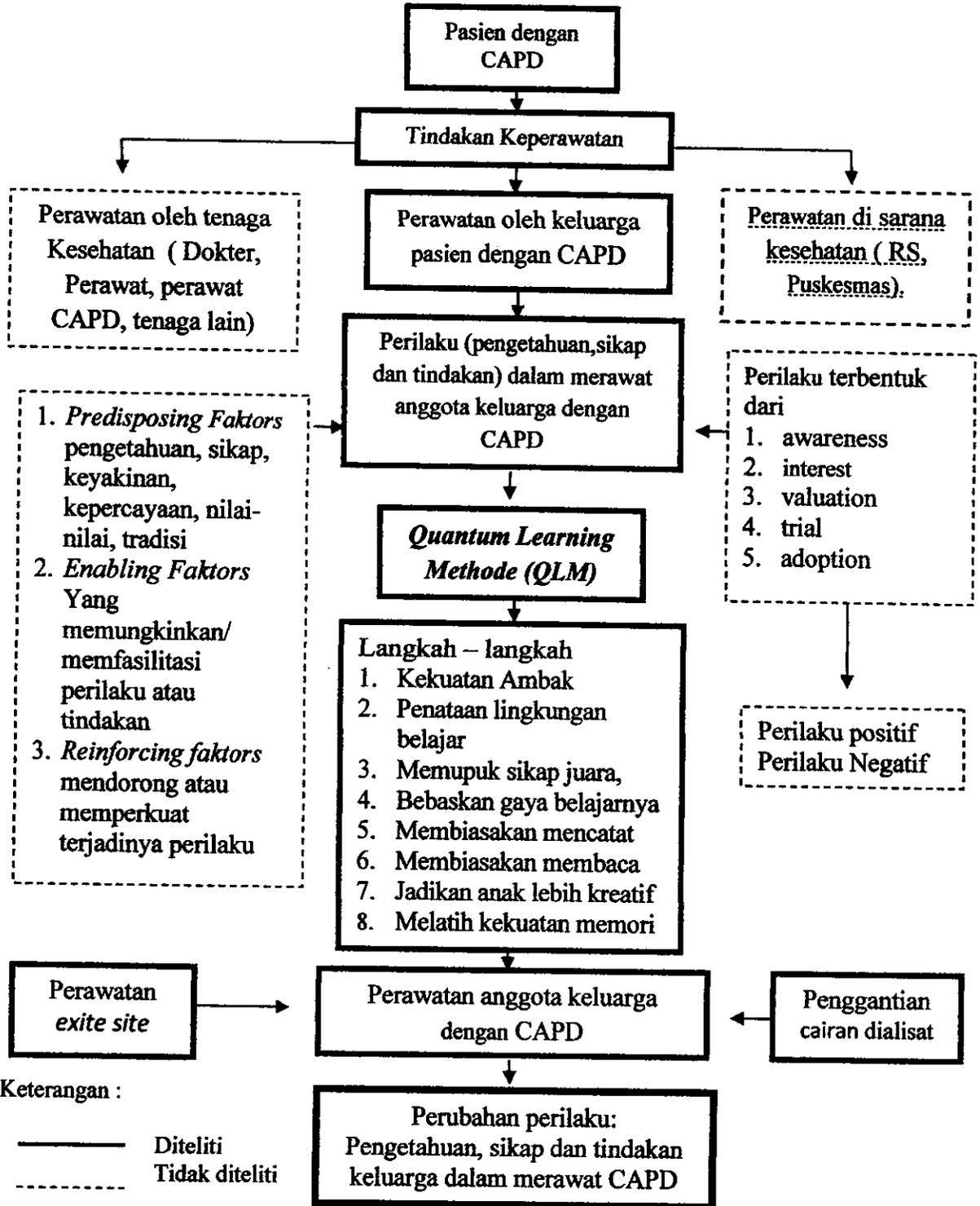
- 11) Effuse pleura
- 12) Vertilitas, gangguan potensi dan mentruasi
- 13) Anemia
- 14) Neuropati
- 15) Kelainan tulang terutama pasien anak.
- 16) Gangguan pertumbuhan/ maturasi pasien anak
- 17) Pasien akan program operasi perut misalnya neplektomi bilateral.
- 18) Pasien akan menjalani program transplantasi ginjal.
- 19) Program pelatihan pasien/ keluarga untuk di rumah (*home dialysis*)

**BAB 3**  
**KERANGKA KONSEPTUAL**  
**DAN HIPOTESIS PENELITIAN**

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.2. Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1: Kerangka konseptual Penelitian Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*

*Continuos ambulatory peritoneal dialysis* CAPD merupakan salah satu cara untuk mengatasi masalah penyakit ginjal terminal (PGT) dan gangguan fungsi ginjal yang memerlukan salah satu pengganti fungsi ginjal. Adapun pendekatan yang dipakai dalam memberikan keperawatan pada pasien gagal ginjal terminal adalah *Quantum Learning Methode (QLM)* yang merupakan kiat, petunjuk, atau strategi yang digunakan untuk mempertajam, pemahaman dan daya ingat bagi keluarga dalam melakukan prosedur tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan pasien dengan CAPD dapat dilakukan oleh keluarga dan dilakukan di rumah disamping itu perawatan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang lain seperti dokter, perawat atau tenaga yang lain dan dapat memanfaatkan sarana kesehatan yang terdekat seperti puskesmas atau rumah sakit yang terdekat.

Didalam memberikan keperawatan pada pasien dnegan CAPD harus di lengkapi dngan pengetahuan, sikap dan keterampilan tindakan dalam memberikan prosedur tindakan keperawatan pada pasien dengan CAPD. *Quantum Learning Methode (QLM)* bermanfaat untuk merubah perilaku seseorang terutama perilaku keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan. Perilaku terbentuk dari (1) kesadaran (*awareness*) diamana seseorang menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus, (2) *interest* (merasa tertarik) terhadap stimulus, (3) *valuation* (menimbang-nimbang) terhadap baik dan tidaknya stimulus, (4) *trial* di mana subjek mulai mencoba melakukan sesuatu sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh stimulus, (5) *adoption* di mana subjek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus. Disamping itu perilaku juga akan di tentukan oleh tiga faktor utama yaitu (1) faktor predisposisi (*pre disposing faktors*) faktor yang mempermudah terjadinya

perilaku seseorang yang antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi (2) faktor yang memungkinkan (*enabling factors*) faktor yang memungkinkan perilaku atau tindakan termasuk sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, seperti puskesmas, posyandu, rumah sakit dan sebagainya, (3) faktor penguat (*reinforcing faktor*) faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya. Bloom (1908) dikutip dari notoatmodjo (2010) membagi perilaku dalam 3 domain/ ranah yaitu: pengetahuan, sikap dan tindakan.

Perilaku tindakan keperawatan pasien dengan CAPD mencakup (1) penggantian cairan dialisat dan perawatan *exite site*. Tindakan keperawatan ini memerlukan peran keluarga yang dapat dilakukan oleh keluarga adalah mempersiapkan ruangan khusus perawatan CAPD, mempersiapkan alat dan obat, persiapan pasien dan melakukan prosedur tindakan keperawatan pasien CAPD dalam melakukan prosedur tindakan keperawatan ini keluarga melakukan (1) cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan, (2) gunakan sarung tangan dan masker, (3) kebersihan ruangan dan lingkungan sehingga terjadi perubahan perilaku (*Knowledge, Attitude, dan Practice*) dari kurang menjadi baik

### 3.1 Hipotesis

Hipotesa penelitian ini adalah ada Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*.

**BAB 4**  
**METODE PENELITIAN**

## BAB 4

## METODE PENELITIAN

## 4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah *pra experimental*, peneliti ingin menganalisis perubahan perilaku keluarga dalam melakukan prosedur tindakan penggantian cairan dialisis pada pasien dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang, dengan pendekatan *one group pra test – post test design*, yang melibatkan satu kelompok subjek. kelompok subjek diobservasi sebelum dilakukan intervensi (*pre test*), kemudian dilakukan intervensi (pendidikan dan pelatihan) dan diobservasi lagi setelah intervensi (*Post test*). Pola rancangan penelitian dapat digambarkan sebagai berikut :

Tabel 4.1 Desain peneliitian

Subjek	<i>Pre test</i>	Perlakuan ( <i>Quantum Learning Methode(QLM)</i> )	<i>Post test</i>
K	01	I	02
	<i>Time 1</i>	<i>Time 2</i>	<i>Time 3</i>

Keterangan :

- K = Keluarga pasien yang melakukan tindakan keperawatan CAPD.  
 O1 = Observasi prosedur tindakan yang dilakukan oleh keluarga sebelum intervensi ( pendidikan kesehatan) keperawatan pasien dengan CAPD.  
 O2 = Observasi prosedur tindakan yang dilakukan oleh keluarga setelah intervensi ( pendidikan kesehatan) keperawatan pasien dengan CAPD.  
 I = Intervensi :pendidikan dan pelatihan

## **4.2 Populasi, sampel dan sampling**

### **4.2.1 Populasi**

Populasi adalah keseluruhan objek atau penelitian yang diteliti (Notoadmodjo, 2010). Sedangkan Populasi dalam penelitian adalah subyek (misalnya manusia, klien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2011).

Populasi dalam penelitian ini adalah 30 orang anggota keluarga yang mewakili salah satu anggota keluarga pasien dengan perawatan CAPD sejumlah 30 orang Di wilayah kabupaten Jombang.

### **4.2.2 Sampel**

Sampel merupakan bagian dari jumlah yang diambil dari keseluruhan obyek penelitian dan dianggap mewakili populasi tersebut (Suyanto, 2009). Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2010).

Sampel dalam penelitian ini adalah 30 orang keluarga pasien yang dirawat dengan CAPD yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

#### **1. Kriteria inklusi**

- 1). Anggota keluarga yang tinggal serumah dengan pasien perawatan CAPD.
- 2). Anggota keluarga yang berusia minimal 20 tahun.
- 3). Anggota keluarga dengan pendidikan minimal Sekolah Menengah Pertama (SMP).

#### **2. Kriteria eksklusi**

- 1). Anggota keluarga yang tinggal serumah tetapi tidak selalu berada dirumah dengan alasan pekerjaan, kuliah atau kegiatan lainnya.

- 2). Cacat fisik (mata kabur, gangguan aktivitas/ kelumpuhan, atau keadaan lain yang tidak memungkinkan untuk membantu melakukan perawatan pasien dengan CAPD.

#### 4.2.3 Sampling

*Sampling* adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian.

Pada penelitian ini pengambilan sampel menggunakan metode *total sampling* yaitu 30 orang anggota keluarga pasien yang menjadi responden yang menjalani perawatan CAPD di wilayah kabupaten Jombang.

#### 4.3 Identifikasi Variabel Penelitian

Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri-ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain. Definisi lain mengatakan bahwa *variable* adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang sesuatu konsep pengertian tertentu, misalnya umur, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan, pengetahuan, pendapatan, penyakit dan sebagainya (Notoatmodjo, 2012).

*Variabel* adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia) (Soeparto, Taat putra dan Haryanto, 2000).

#### **4.3.1 Variabel bebas (*Independent Variable*)**

Variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2008). *Variable independent* dalam penelitian ini adalah *Quantum Learning Methode (QLM)*.

#### **4.3.2 Variabel tergantung (*dependent variable*)**

Adalah faktor yang diamati dan diukur untuk menentukan ada tidaknya dari *variable dependent* (Nursalam, 2001). Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini *Variable dependent* adalah perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan CAPD.

#### **4.4 Definisi Operasional**

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena yang kemungkinan dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2008). Definisi operasional adalah uraian tentang batasan variabel yang dimaksudkan, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012).

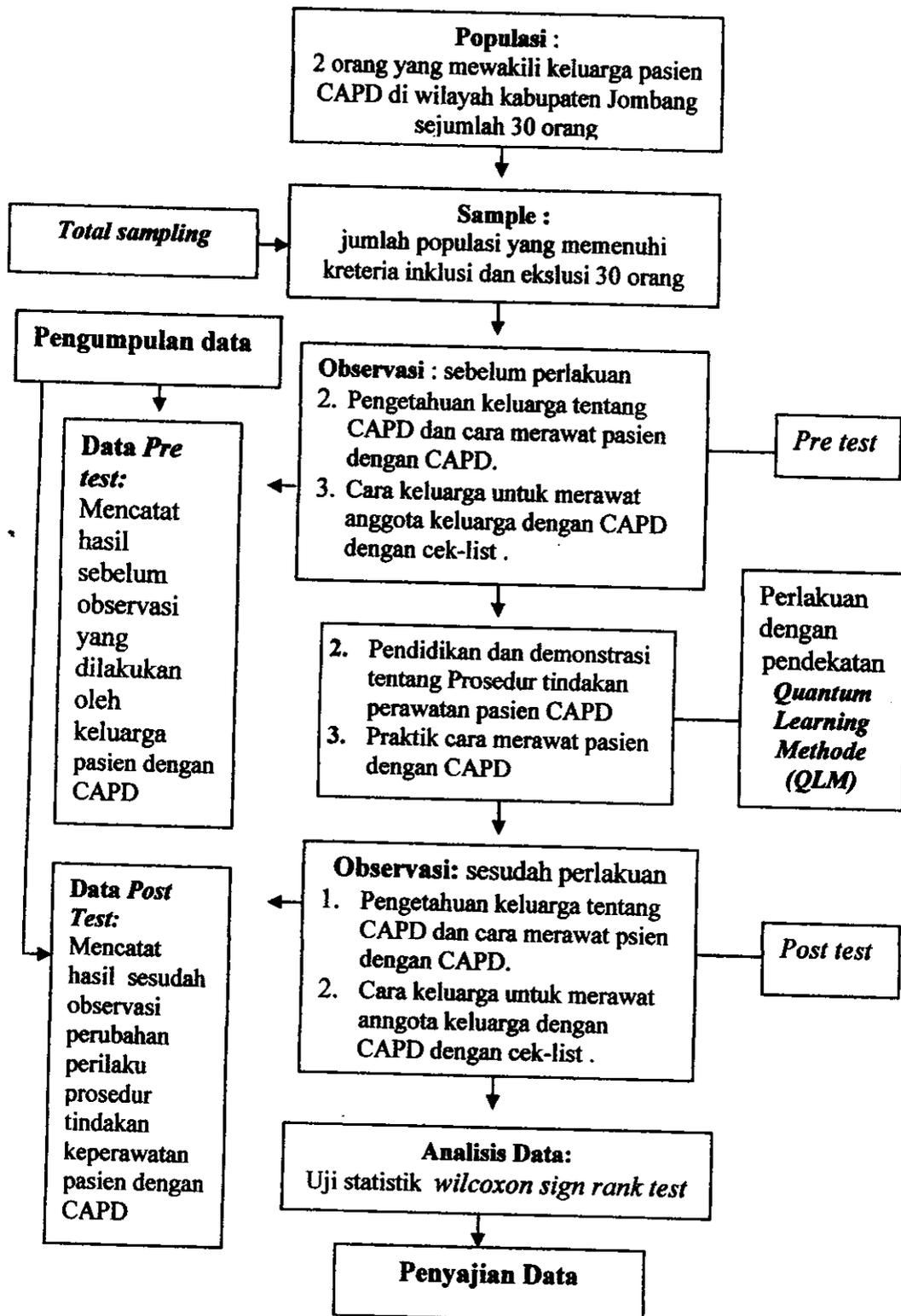
Tabel 4.2: Variabel Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skore
<i>Variabel Dependen:</i>					
Perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan CAPD					
1. Pengetahuan keluarga tentang CAPD dan Tindakan Keperawatan Pasien dengan CAPD.	Segala sesuatu yang diketahui oleh keluarga tentang CAPD dan bagaimana cara melakukan tindakan keperawatan yang benar.	Keluarga mengetahui tentang: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsep CAPD.</li> <li>2. Persiapan pasien yang di rawat dengan CAPD.</li> <li>3. Persiapan alat dan obat.</li> <li>4. Mempersiapkan ruangan untuk merawat pasien CAPD.</li> <li>5. Melakukan tindakan penggantian cairan dialisat pasien CAPD</li> <li>6. Melakukan tindakan perawatan <i>exite site</i> pada pasien CAPD</li> </ol>	Kuesioner	Ordinal	Skor untuk Jawaban: Benar=1 Salah=0 Kurang: < 55% Cukup: 56-75% Baik: 76-100% (arikunto, 2002)
2. Sikap keluarga tentang CAPD dan Tindakan Keperawatan Pasien dengan CAPD.	Penilaian keluarga tentang kesiapan untuk melakukan tindakan yang berkaitan dengan keperawatan pasien dengan CAPD	Pendapat keluarga tentang prosedur tindakan keperawatan pasien dengan CAPD : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peran penting keluarga dalam melakukan prosedur tindakan keperawatan pasien dengan CAPD.</li> <li>2. Pemahaman keluarga tentang prosedur tindakan keperawatan pasien dengan CAPD</li> </ol>	Kuesioner	Ordinal	Pernyataan SS : 4 S : 3 T : 2 STS: 1 Nilai T > 50 berarti subjek mempunyai sikap yang positif. Nilai T < 50 berarti subjek mempunyai sikap yang negatif

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skore
3. Tindakan keluarga dalam melakukan prosedur tindakan keperawatan Pasien dengan CAPD.	Kegiatan keluarga terhadap pelaksanaan kegiatan prosedur tindakan keperawatan pada pasien dengan CAPD.	Kegiatan keluarga dalam melakukan tindakan: 1. Mempersiapkan pasien CAPD. 2. Mempersiapkan ruang perawatan pasien CAPD. 3. Persiapan alat /APD/ obat untuk merawat pasien CAPD. 4. Pelaksanaan prosedur tindakan perawatan penggantian cairan dialisat pasien CAPD. 5. Pelaksanaan prosedur perawatan <i>exite site</i> .	Kuesioner	Ordinal	Skor untuk Jawaban: Benar=1 Salah=0  Kurang: < 55% Cukup: 56 -75% Baik: 76 -100 % (Arikunto,2002).
<b>Variable Independen :</b> Pemberian Pendidikan kesehatan tentang <i>Quantum Learning Methode (QLM)</i>	Suatu proses pemberian informasi kesehatan untuk memperbaiki proses pikir yang bertujuan untuk mengembangkan kemampuan keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan pada anggota keluarga yang menjalani perawatan CAPD Langkah langkah penerapan Quantum learning Methode : 1. Kekuatan Ambak 2. Penataan lingkungan belajar 3. Memupuk sikap juara 4. Bebaskan gaya	1. Dosis : 3 kali pertemuan a. Pemberian penjelasan tentang proses perawatan CAPD b. Demonstrasi perawatan CAPD oleh peneliti selama 30 menit c. <i>Redemonstrasi</i> : dilakukan oleh keluarga dan didampingi oleh peneliti	SOP		

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skore
	belajarnya 5. Membiasakan mencatat 6. Membiasakan membaca 7. Jadikan anak lebih kreatif 8. Melatih kekuatan memori				

#### 4.5 Kerangka Kerja Penelitian



Gambar 4.1: Kerangka konseptual Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*

## **4.6 Pengumpulan data dan pengolahan data**

### **4.6.1 Instrumen**

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan lembar observasi *check list*, yang disusun sendiri oleh peneliti dengan mengacu pada literature, dalam pelaksanaannya menggunakan kunjungan rumah (*home visite*) dengan mengobservasi tindakan keluarga untuk merawat salah satu anggota keluarga dengan CAPD, yang dilaksanakan sebelum pemberian perlakuan (*pre-test*), kemudian memberikan perlakuan berupa *Quantum Learning Methode (QLM)* yang dihubungkan dengan prosedur merawat pasien dengan CAPD baik untuk proses penggantian cairan dialisat maupun perawatan *exite site* serta mengobservasi tindakan yang dilakukan oleh keluarga sesudah pemberian perlakuan (*posttest*), kemudian membandingkan dan mencatat hasil observasi yang telah dilakukan. Instrumen ini belum pernah digunakan dan akan dilakukan uji validitas dan reabilitas pada responden dengan karakteristik yang sama dengan yang akan diteliti. Uji coba ini akan dilakukan diluar wilayah kabupaten Jombang, dengan jumlah responden 5 orang responden.

### **4.6.2 Lokasi dan waktu penelitian**

Penelitian ini akan dilaksanakan dirumah pasien yang dirawat dengan CAPD di wilayah kabupaten Jombang. Adapun pelaksanaannya direncanakan pada bulan Juli sampai dengan Agustus 2013.

#### 4.6.3 **Prosedur pengambilan data atau pengumpulan data.**

Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan izin penelitian dari kepala dinas kesehatan kabupaten Jombang. Peneliti melakukan kunjungan rumah. Sebelum melakukan pengumpulan data, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan serta manfaat penelitian kepada responden serta memohon izin kepada seluruh responden untuk dapatnya memberikan persetujuan dan menandatangani persetujuan (*Informed consent*). Selanjutnya peneliti mengidentifikasi perilaku keluarga dengan melakukan *pretest* mengukur pemahaman atau pengetahuan, sikap serta tindakan keluarga dalam melakukan prosedur tindakan keperawatan pada pasien dengan CAPD, untuk penggantian cairan dialisat maupun perawatan *exite site*. Berikutnya peneliti mengukur tindakan keluarga dengan cara mengobservasi sebelum keluarga melakukan prosedur tindakan penggantian cairan dialisat dan perawatan *exite site* pada salah satu keluarga dengan perawatan CAPD. Kemudian memberikan perlakuan berupa pendidikan dan pelatihan kesehatan dengan pendekatan *Quantum Learning Methode (QLM)*.

Adapun langkah-langkah pengumpulan data penelitian dengan pendekatan *Quantum Learning Methode (QLM)* adalah dengan cara (1) AMBAK (Apa Manfaat Bagiku): Memotivasi keluarga dengan menumbuhkan sikap positif dengan cara menciptakan minat belajar sehingga keluarga merasa ada manfaat dalam kehidupan sehari – hari dan keluarga mampu membuat keputusan dengan penuh keyakinan, melahirkan kekuatan pribadi dalam merawat salah satu anggota keluarga yang sakit dengan CAPD, (2) Menciptakan lingkungan yang optimal, menjaga kebersihan lingkungan, kebersihan ruangan yang digunakan untuk merawat pasien dengan CAPD, membuat suasana ruangan yang tidak

membosankan bagi pasien dalam menerima prosedur tindakan keperawatan CAPD, (3) Memberikan pujian kepada keluarga yang merawat salah satu anggota keluarga yang dirawat dengan CAPD dan memberikan hadiah berupa hanschoen dan masker sebagai alat pelindung diri (APD), bagi keluarga yang dapat memberikan jawaban dengan benar disaat diberikan pertanyaan dari peneliti. (4) kebebasan memilih gaya belajar (5) membiasakan untuk mencatat apa yang telah dijelaskan oleh pemberi materi diberikan modul atau buku panduan berupa modul perawatan pasien dengan CAPD di rumah sebagai materi dan bahan bacaan untuk dimanfaatkan bagi keluarga yang merawat CAPD, (6) Memberikan modul atau buku panduan sebagai bahan bacaan dan membiasakan untuk membaca. (7) meningkatkan *kreatifitas* keluarga yang merawat serta (8) melatih keterampilan dalam merawat salah satu keluarga yang dirawat dengan CAPD. bagi responden yang belum memahami dengan benar, maka akan dilakukan pembelajaran dan pelatihan ulang.

Setelah mendapatkan perlakuan berupa *Quantum Learning Methode (QLM)* yang terkait dengan prosedur tindakan keperawatan pasien dengan CAPD, maka masing-masing keluarga yang merawat akan diobservasi lagi untuk melihat apakah prosedur yang telah dipraktikan dalam merawat pasien dengan CAPD sudah dapat dilakukan dengan benar (*posttest*). Bagi keluarga yang belum dapat melakukan perawatan sesuai dengan prosedur, maka peneliti akan mengulang kembali, serta mendampingi sampai keluarga dapat melakukan sesuai prosedur. Kemudian mengobservasi kembali prosedur tindakan penggantian cairan setelah memberikan pendidikan dengan *Quantum Learning Methode (QLM)* kemudian dilakukan (*posttest*), dan mencatat serta membandingkan hasilnya. Evaluasi

tindakan pengukuran akan dilakukan setelah keluarga mendapatkan perlakuan pendidikan dan pelatihan dengan pendekatan *Quantum Learning Methode (QLM)* dan dilakukan dengan kunjungan rumah bersifat *follow up*. Setelah data terkumpul maka peneliti melakukan analisis data, menyusun laporan hasil penelitian dengan melalui tahapan *editing, coding, scoring* dan *tabulating*.

#### **4.6.4 Analisa data**

Setelah data terkumpul, kemudian dikelompokan, tabulasi data dan analisa secara *analitik* dengan menyajikan data secara tabulasi silang, analisa data dengan menggunakan uji statistik *wilcoxon sign rank test* skala ordinal. Untuk mengetahui pengaruh *variable independent* dan *dependent* dengan tingkat kemaknaan  $p \leq 0,05$  artinya jika hasil uji statistik menunjukkan  $p \leq 0,05$ , maka ada pengaruh yang signifikan antara variable independen dengan variable dependen.

#### **4.7 Etika Penelitian**

Dalam melakukan penelitian, peneliti mendapatkan izin penelitian dari kepala dinas kesehatan kabupaten Jombang dan persetujuan dari responden. Setelah mendapat persetujuan barulah kegiatan pengumpulan data dapat dilakukan dengan menekankan pada masalah etika penelitian.

##### **4.7.1 Lembar persetujuan menjadi responden**

Peneliti memberikan lembar persetujuan kepada responden untuk mendapatkan persetujuan dan apabila responden menolak untuk dijadikan subjek penelitian, maka peneliti tidak memaksa dan senantiasa menghormati hak-hak subjek .

#### **4.7.2 Tanpa nama (*anonimity*)**

Peneliti tidak akan mencantumkan nama responden yang digunakan sebagai subjek penelitian, tetapi peneliti akan memberi tanda atau kode secara khusus (nama *initial*).

#### **4.7.3 Kerahasiaan (*Confidentiallity*)**

Peneliti senantiasa akan menjaga kerahasiaan dari data yang diperoleh, dan hanya akan disajikan kepada kelompok tertentu yang berhubungan dengan penelitian

#### **4.7.4 Keterbatasan penelitian**

Berdasarkan proses penelitian yang dilalui, terdapat beberapa keterbatasan yang teridentifikasi sebagai berikut :

1. Peneliti pada awalnya merasa kesulitan untuk mencari populasi dan sampel penelitian, karena populasinya sedikit dan menyebar diseluruh wilayah kerja dinas kesehatan kabupaten jombang. peneliti kesulitan untuk mencari tempat tinggal masing – masing responden, harus masuk desa kedesa diwilayah dinas kesehatan sekabupaten Jombang. Pengumpulan data awal sangat memakan waktu yang cukup lama. Untuk mengatasi hal tersebut peneliti menggunakan strategi pendekatan dan pengorganisasian masyarakat dengan meminta bantuan pamong desa atau tokoh masyarakat, tokoh agama, kader kesehatan untuk pendampingan dalam melakukan kunjungan rumah dan menunjukkan tempat tinggal pasien dengan CAPD dan responden penelitian hingga seluruh responden teridentifikasi dan dapat mengambil data awal dengan menyebarkan *quesioner* ke seluruh reponden penelitian (*pretest*).

2. Situasi dan kondisi responden disaat diidentifikasi dengan *pretest* tentang pengetahuan, sikap serta tindakan perawatan penggantian cairan dialisat serta perawatan *exite site* tampak kurang mendukung dan saat melakukan tindakan keperawatan harus menunggu waktu sesuai dengan jadwal perawatan. Solusi yang dapat diambil adalah merencanakan kunjungan rumah sesuai dengan jadwal tindakan keperawatan pasien dengan CAPD, serta menepatkan waktu kunjungan rumah disaat setiap anggota keluarga melakukan tindakan perawatan.

## **BAB 5**

# **HASIL DAN PEMBAHASAN**

## BAB 5

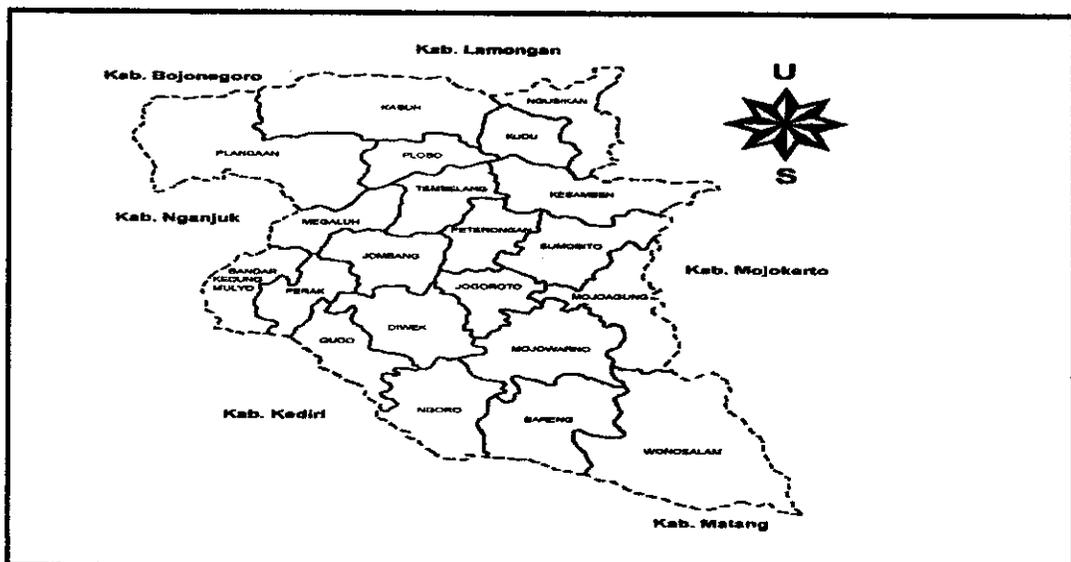
### HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini akan di diskripsikan hasil penelitian dan pembahasan meliputi gambaran umum mengenai lokasi penelitian, karakteristik demografi responden (usia, pendidikan dan pekerjaan), hubungan pasien dengan keluarga dan data khusus yang meliputi pengetahuan, sikap dan tindakan responden dalam melakukan tindakan keperawatan pasien dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang. Hasil penelitian yang telah didapatkan kemudian dibahas dengan mengacu pada tujuan dan landasan teori.

#### 5.1 Hasil Penelitian

##### 5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Secara geografis, Kabupaten Jombang terbentang pada  $07^{\circ} 24' 01''$  sampai  $07^{\circ} 45' 01''$  Lintang Selatan dan  $05^{\circ} 45' 01''$  sampai  $05^{\circ} 30' 01''$  Bujur Timur dengan luas wilayah  $1.159,50 \text{ km}^2$  atau sekitar 2,4 % luas wilayah propinsi Jawa timur. Adapun batas-batas wilayah kabupaten Jombang adalah:



1. Sebelah utara berbatasan dengan kabupaten Lamongan
2. Sebelah timur berbatasan dengan kabupaten Mojokerto
3. Sebelah barat berbatasan dengan kabupaten Nganjuk
4. Sebelah selatan berbatasan dengan kabupaten Malang dan kabupaten Kediri

Secara topografis, kabupaten Jombang dibagi menjadi tiga sub area, yaitu :

1. Kawasan utara, bagian pegunungan kapur muda Kendeng yang sebagian besar mempunyai fisiologi mendatar dan sebagian besar berbukit, meliputi Kecamatan Plandaan, Kabuh, Ploso, Kudu dan Ngusikan.
2. Kawasan tengah, sebelah selatan sungai Brantas, sebagian besar merupakan tanah pertanian yang cocok bagi tanaman padi dan palawija karena irigasinya cukup bagus, meliputi Kecamatan Bandar Kedung Mulyo, Perak, Gudo, Diwek, Mojoagung, Sumobito, Jogoroto, Peterongan, Jombang, Megaluh, Tembelang, dan Kesamben.
3. Kawasan Selatan, merupakan tanah pegunungan, cocok untuk tanaman perkebunan, meliputi Kecamatan Ngoro, Bareng, Mojowarno dan Wonosalam.

Jumlah penduduk kabupaten Jombang berdasar proyeksi BPS 2010 propinsi Jawa timur adalah 1.354.231 jiwa, dengan 364.375 rumah tangga/KK. Tingkat kepadatan penduduk mencapai 1.037 dengan tingkat kepadatan penduduk tertinggi di kecamatan Jombang sebesar 123.533 jiwa/km<sup>2</sup> sedangkan yang terendah adalah di kecamatan Ngusikan sebesar 21.381 jiwa/km<sup>2</sup>.

### 5.1.2 Data Umum

#### 1. Distribusi Jenis kelamin responden

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin keluarga pasien dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Jenis Kelamin	Frekuensi	Prosentase
Laki – laki	12	40
Perempuan	18	60
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.1 di atas tentang jenis kelamin keluarga pasien dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang, sebagian besar berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 18 responden (60%) dan sebagian kecil berjenis kelamin laki – laki yaitu sebanyak 12 responden (40%)

#### 2. Distribusi umur responden

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan umur keluarga pasien dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Umur	Frekuensi	Prosentase
20 – 30 Tahun	10	33,3
31 – 50 Tahun	13	43,3
> 50 Tahun	7	23,3
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.2 di atas tentang umur keluarga pasien dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang, sebagian besar berumur 31 – 50 tahun yaitu sebanyak 13 responden (43,3%) dan sebagian kecil berumur > 50 tahun yaitu sebanyak 7 responden (23,3%)

### 3. Distribusi pendidikan responden

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan pendidikan keluarga pasien dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Pendidikan	Frekuensi	Prosentase
SLTP	1	3,3
SLTA	4	13,3
PT	25	83,3
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.3 di atas tentang pendidikan keluarga pasien dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang, sebagian besar berpendidikan PT yaitu sebanyak 25 responden (83,3%) dan sebagian kecil berpendidikan SLTP yaitu sebanyak 1 responden (3,3%)

### 4. Distribusi pekerjaan responden

Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan Pekerjaan keluarga pasien dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Pekerjaan	Frekuensi	Prosentase
PNS	4	13,3
Swasta	12	40
Tidak Bekerja	11	36,7
Pensiunan	3	10
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.4 di atas tentang pekerjaan keluarga pasien dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang, sebagian besar swasta sebanyak 12 responden (40%) dan sebagian kecil pensiunan masing-masing sebanyak 3 responden (10 %)

## 5. Distribusi hubungan keluarga dengan pasien

Tabel 5.5 Distribusi responden berdasarkan hubungan keluarga dengan pasien dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Hubungan Dengan Pasien	Frekuensi	Prosentase
Suami / Istri	10	33,3
Anak	12	40
Saudara	8	26,7
Total	30	100

Berdasarkan tabel 5.5 di atas tentang hubungan keluarga dengan pasien dengan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang, sebagian besar mempunyai hubungan dengan pasien yaitu anak sebanyak 10 responden (33,3%) dan sebagian kecil mempunyai hubungan anak yaitu sebanyak 7 responden (26,7%)

### 5.1.3 Tabulasi Silang

#### 1. Distribusi Silang Demografi responden berdasarkan pengetahuan

##### a. Distribusi pengetahuan responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.6 Distribusi pengetahuan responden berdasarkan jenis kelamin di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Pengetahuan	Pretest						Postest					
	Baik		Cukup		Kurang		Baik		Cukup		Kurang	
Jenis Kelamin	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Laki – laki	1	9,1	4	36,4	6	54,5	4	36,4	3	27,3	4	36,4
Perempuan	3	15,8	10	52,6	6	31	14	73,7	3	15,8	2	10,5
Total	4	13,3	14	46,7	12	40	18	60	6	20	6	20

Berdasarkan tabel 5.6 tentang pengetahuan responden berdasarkan jenis kelamin sebelum perlakuan, bahwa pengetahuan keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD di wilayah kabupaten Jombang, pada jenis kelamin laki-laki sebagian besar berpengetahuan kurang

sebanyak 6 responden (54,5%) dan jenis kelamin perempuan sebagian besar berpengetahuan cukup sebanyak 10 responden (52,6%). Sesudah perlakuan Pengetahuan keluarga tentang CAPD dan cara merawat Pasien CAPD di wilayah kabupaten Jombang pada jenis kelamin laki-laki sebagian besar berpengetahuan baik dan kurang masing-masing sebanyak 4 responden (36,4%) dan jenis kelamin perempuan sebagian besar berpengetahuan baik sebanyak 14 responden (73,7%).

b. Distribusi pengetahuan responden berdasarkan umur

Tabel 5.7 Distribusi pengetahuan responden berdasarkan umur di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Pengetahuan Umur	<i>Pretest</i>						<i>Postest</i>					
	Baik		Cukup		Kurang		Baik		Cukup		Kurang	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
20 – 30 tahun	2	20	4	40	4	40	6	60	1	10	3	30
31 – 50 tahun	1	6,7	9	60	5	33,3	9	60	4	26,7	2	13,3
> 50 tahun	1	20	1	20	3	60	3	60	1	20	1	20
Total	4	13,3	14	46,7	12	40	18	60	6	20	6	20

Berdasarkan tabel 5.7 tentang pengetahuan keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD berdasarkan umur di wilayah kabupaten Jombang, pada responden yang berumur 20 – 30 tahun sebagian besar berpengetahuan cukup dan kurang masing-masing 20 responden (40%), responden yang berumur 31 – 50 tahun sebagian besar berpengetahuan cukup sebanyak 9 responden (60%) dan responden yang berusia > 50 tahun sebagian besar berpengetahuan kurang yaitu 3 responden (60%). Setelah perlakuan pada responden yang berumur 20-30 tahun sebagian besar berpengetahuan baik sebanyak 6 responden (60%), responden yang berumur 31-50 tahun sebagian besar berpengetahuan baik sebanyak 9

responden (60%) dan responden yang berusia > 50 tahun sebagian besar berpengetahuan baik yaitu 3 responden (60%)

c. Distribusi pengetahuan responden berdasarkan pendidikan

Tabel 5.8 Distribusi pengetahuan responden berdasarkan pendidikan di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Pengetahuan	<i>Pretest</i>						<i>Posttest</i>					
	Baik		Cukup		Kurang		Baik		Cukup		Kurang	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SLTP	0	0	1	100	0	0	1	100	0	0	0	0
SLTA	1	25	1	25	2	50	3	75	1	25	0	0
PT	3	13,3	12	48	10	40	14	56	5	20	6	24
Total	4	13,3	14	46,7	12	40	18	60	6	20	6	20

Berdasarkan tabel 5.8 tentang pengetahuan keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD berdasarkan pendidikan di wilayah kabupaten Jombang, pada responden yang berpendidikan SLTP sebagian besar berpengetahuan cukup yaitu 1 responden (25%), responden yang berpendidikan SLTA sebagian besar berpengetahuan kurang sebanyak 2 responden (50%) dan responden yang berpendidikan PT sebagian besar berpengetahuan cukup yaitu 12 responden (48%). Sesudah perlakuan pada responden yang berpendidikan SLTP sebagian besar berpengetahuan baik yaitu 1 responden (100%), responden yang berpendidikan SLTA sebagian besar berpengetahuan baik sebanyak 3 responden (75%) dan responden yang berpendidikan PT sebagian besar berpengetahuan baik yaitu 14 responden (56%)

## d. Distribusi pengetahuan responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.9 Distribusi pengetahuan responden berdasarkan pekerjaan di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Pengetahuan	Pretest						Postest					
	Baik		Cukup		Kurang		Baik		Cukup		Kurang	
Pekerjaan	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PNS	0	0	1	33,3	2	66,7	2	66,7	0	0	1	33,3
Swasta	1	14	5	71,4	1	14	3	42,9	3	42,9	1	14,3
Petani	0	0	0	0	1	100	1	100	0	0	0	0
Tidak Bekerja	2	11,1	8	44,4	8	44,4	12	66,7	2	11,1	4	22,2
Pensiunan	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0
Total	4	13,3	14	46,7	12	40	18	60	6	20	6	20

Berdasarkan tabel 5.9 tentang pengetahuan keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD berdasarkan pekerjaan di wilayah kabupaten Jombang sebelum perlakuan, pada distribusi ini responden yang tidak bekerja mendominasi yaitu berpengetahuan cukup dan kurang yaitu masing-masing sebanyak 8 responden (44,4%). Setelah perlakuan responden yang tidak bekerja mendominasi yaitu berpengetahuan baik yaitu sebanyak 12 responden (66,7%).

## e. Distribusi pengetahuan responden berdasarkan hubungan keluarga pasien

Tabel 5.10 Distribusi pengetahuan responden berdasarkan hubungan keluarga pasien di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Pengetahuan	Pretest						Postest					
	Baik		Cukup		Kurang		Baik		Cukup		Kurang	
Hubungan	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Suami/istri	3	20	5	33,3	7	46,7	8	53,3	3	20	4	26,7
Anak	1	14,3	4	57,1	2	28,6	6	85,7	0	0	1	14,3
Saudara	0	0	5	62,5	3	37,5	4	50	3	37,5	1	12,5
Total	4	13,3	14	46,7	12	40	18	60	6	20	6	20

Berdasarkan tabel 5.10 tentang pengetahuan keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD berdasarkan hubungan keluarga dengan pasien di wilayah kabupaten Jombang sebelum perlakuan, hubungan suami/istri sebagian besar berpengetahuan kurang yaitu sebanyak 7 responden (46,7%), hubungan anak sebagian besar berpengetahuan cukup yaitu sebanyak 4 responden (57,1%) dan hubungan saudara sebagian besar berpengetahuan cukup yaitu sebanyak 5 responden (62,5%). Setelah perlakuan pada hubungan suami/istri sebagian besar berpengetahuan baik yaitu sebanyak 8 responden (53,3%), hubungan anak sebagian besar berpengetahuan baik yaitu sebanyak 6 responden (85,7%) dan hubungan saudara sebagian besar berpengetahuan cukup yaitu sebanyak 4 responden (62,5%)

## 2. Distribusi Silang demografi responden berdasarkan sikap

### a. Distribusi sikap responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.11 Distribusi sikap responden berdasarkan jenis kelamin di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Sikap	<i>Pretest</i>				<i>Posttest</i>			
	Positif		Negatif		Positif		Negatif	
Jenis Kelamin	n	%	n	%	n	%	n	%
Laki Laki	5	45,5	6	54,5	7	63,6	4	36,4
Perempuan	7	36,8	12	63,2	15	78,9	4	21,1
Total	12	40	18	18	22	73,3	8	26,7

Berdasarkan tabel 5.11 tentang sikap responden berdasarkan jenis kelamin sebelum perlakuan, bahwa sikap keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD di wilayah kabupaten Jombang, pada jenis kelamin laki-laki sebagian besar bersikap negatif sebanyak 6 responden (54,5%)

dan jenis kelamin perempuan sebagian besar bersikap negatif sebanyak 12 responden (63,2%). Sesudah perlakuan, pada jenis kelamin laki-laki sebagian besar bersikap positif sebanyak 7 responden (63,6%) dan jenis kelamin perempuan sebagian besar bersikap positif sebanyak 15 responden (73,3%).

b. Distribusi sikap responden berdasarkan umur

Tabel 5.12 Distribusi sikap responden berdasarkan umur di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Umur	Sikap		Pretest				Posttest			
			Positif		Negatif		Positif		Negatif	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
20 – 30 tahun	5	50	5	50	7	70	3	30		
31 – 50 tahun	5	33,3	10	66,7	10	66,7	5	33,3		
> 50 tahun	2	40	3	60	5	100	0	0		
Total	12	40	18	60	22	73,3	8	26,7		

Berdasarkan tabel 5.12 tentang sikap keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD berdasarkan umur di wilayah kabupaten Jombang, sebelum perlakuan pada responden yang berumur 20 – 30 tahun sebagian besar bersikap positif dan negatif masing-masing 5 responden (50%), responden yang berumur 31 – 50 tahun sebagian besar bersikap negatif sebanyak 10 responden (66,7%) dan responden yang berusia > 50 tahun sebagian besar bersikap negatif yaitu 3 responden (60%). Sesudah perlakuan pada responden yang berumur 20 – 30 tahun sebagian besar bersikap positif sebanyak 7 responden (70%), responden yang berumur 31 – 50 tahun sebagian besar bersikap positif sebanyak 10 responden (66,7%) dan responden yang berusia > 50 tahun sebagian besar bersikap positif yaitu 5 responden (100%)

## c. Distribusi sikap responden berdasarkan pendidikan

Tabel 5.13 Distribusi sikap responden berdasarkan pendidikan di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Pendidikan	Sikap		Pretest				Posttest			
			Positif		Negatif		Positif		Negatif	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
SLTP	0	0	1	100	1	100	0	0		
SLTA	3	75	1	25	4	100	0	0		
PT	9	36	16	64	17	68	8	32		
Total	12	40	18	60	22	73,3	8	26,7		

Berdasarkan tabel 5.13 tentang sikap keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD berdasarkan pendidikan di wilayah kabupaten Jombang, sebelum perlakuan pada responden yang berpendidikan SLTP sebagian besar bersikap negatif yaitu 1 responden (100%), responden yang berpendidikan SLTA sebagian besar bersikap positif sebanyak 3 responden (75%) dan responden yang berpendidikan PT sebagian besar bersikap negatif yaitu 16 responden (64%). Sesudah perlakuan pada responden yang berpendidikan SLTP sebagian besar bersikap positif yaitu 1 responden (100%), responden yang berpendidikan SLTA sebagian besar bersikap positif sebanyak 4 responden (100%) dan responden yang berpendidikan PT sebagian besar bersikap positif yaitu 17 responden (68%)

## d. Distribusi sikap responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.14 Distribusi sikap responden berdasarkan pekerjaan di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Pekerjaan	Sikap		Pretest				Posttest			
			Positif		Negatif		Positif		Negatif	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
PNS	1	33,3	2	66,7	2	66,7	1	33,3		
Swasta	2	28,6	5	71,4	4	57,1	3	42,9		
Petani	0	0	1	100	1	100	0	0		
Tidak Bekerja	8	44,4	10	55,6	14	77,8	4	22,2		
Pensiunan	1	100	0	0	1	100	0	0		
Total	12	40	18	60	22	73,3	8	26,7		

Berdasarkan tabel 5.14 tentang sikap keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD berdasarkan pekerjaan di wilayah kabupaten Jombang, sebelum perlakuan pada distribusi ini responden yang tidak bekerja mendominasi yaitu bersikap negatif yaitu sebanyak 10 responden (55,6%). Sesudah perlakuan pada distribusi ini responden yang tidak bekerja mendominasi yaitu bersikap positif yaitu sebanyak 14 responden (77,8%).

## e. Distribusi sikap responden berdasarkan hubungan keluarga pasien

Tabel 5.15 Distribusi sikap responden berdasarkan hubungan keluarga pasien di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Hubungan	Sikap		Pretest				Posttest			
			Positif		Negatif		Positif		Negatif	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Suami/istri	6	40	9	60	10	66,7	5	33,3		
Anak	4	57,1	3	42,9	6	85,7	1	14,3		
Saudara	2	25	6	75	6	75	2	25		
Total	12	40	18	60	22	73,3	8	26,7		

Berdasarkan tabel 5.15 tentang sikap keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD berdasarkan hubungan keluarga dengan pasien di wilayah kabupaten Jombang, sebelum perlakuan hubungan suami/istri

sebagian besar bersikap negatif yaitu sebanyak 9 responden (60%), hubungan anak sebagian besar bersikap positif yaitu sebanyak 4 responden (57,1%) dan hubungan saudara sebagian besar bersikap negatif yaitu sebanyak 6 responden (75%). sesudah perlakuan pada hubungan suami/istri sebagian besar bersikap positif yaitu sebanyak 10 responden (66,7%), hubungan anak sebagian besar bersikap positif yaitu sebanyak 6 responden (85,7%) dan hubungan saudara sebagian besar bersikap positif yaitu sebanyak 6 responden (75%)

#### 5.1.4 Data Khusus

1. Pengetahuan keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD di wilayah kabupaten Jombang

Tabel 5.16 Pengetahuan keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Pengetahuan	(QLM)	Pretest		Posttest	
		N	%	n	%
Baik		4	13,3	18	60
Cukup		14	46,7	6	20
Kurang		12	40	6	20
Total		30	100	30	100

Berdasarkan tabel 5.26 di atas tentang pengetahuan keluarga tentang CAPD dan cara merawat Pasien CAPD di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pelaksanaan tentang *Quantum Learning Methode (QLM) (pretest)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, sebagian besar berpengetahuan cukup sebanyak 14 responden (46,7%) dan sebagian kecil berpengetahuan baik sebanyak 4 responden (13,3), sedangkan setelah

pelatihan (*posttest*) sebagian besar mempunyai pengetahuan baik sebanyak 18 responden (60%) dan sebagian kecil berpengetahuan cukup dan kurang masing-masing sebanyak 6 responden (20%)

2. Sikap keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD di wilayah kabupaten Jombang

Tabel 5.17 Sikap keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Sikap	(QLM)	Pretest		Posttest	
		n	%	n	%
Positif		12	40	22	73,3
Negatif		18	60	8	26,7
Total		30	100	30	100

Berdasarkan tabel 5.17 di atas tentang sikap keluarga tentang CAPD dan cara merawat pasien CAPD di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pelaksanaan tentang *Quantum Learning Methode (QLM) (pretest)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, sebagian besar mempunyai sikap negatif sebanyak 18 responden (60%) dan sebagian kecil mempunyai sikap positif yaitu sebanyak 12 responden (40%), sedangkan setelah pelatihan (*posttest*) sebagian sebagian besar mempunyai sikap positif yaitu sebanyak 22 responden (73,3%)

3. Tindakan keluarga dalam penggantian cairan dialisat pada pasien dengan perawatan CAPD di wilayah kabupaten Jombang

Tabel 5.18 Tindakan keluarga dalam penggantian cairan dialisat pada pasien dengan perawatan CAPD di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Tindakan Penggantian (Cairan)	(QLM)	<i>Pretest</i>		<i>Postest</i>	
		n	%	N	%
Baik		1	3,3	21	70
Cukup		10	33,3	8	26,7
Kurang		19	63,4	1	3,3
Total		30	100	30	100

Berdasarkan tabel 5.18 di atas tentang Tindakan keluarga dalam penggantian cairan dialisat pada pasien dengan perawatan CAPD di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pelaksanaan tentang *Quantum Learning Methode (QLM) (pretest)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, dari 30 responden sebagian besar mempunyai tindakan kurang sebanyak 19 responden (63,4%) dan sebagian kecil mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 1 responden (3,3%), sedangkan setelah pelatihan (*postest*) sebagian sebagian besar mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 21 responden (70%) dan sebagian kecil mempunyai tindakan kurang yaitu sebanyak 1 responden (3,3%)

#### 4. Tindakan keluarga tentang perawatan *exite site* pada pasien dengan perawatan CAPD di wilayah kabupaten Jombang

Tabel 5.19 Tindakan keluarga tentang perawatan *exite site* pada pasien dengan perawatan CAPD di wilayah kabupaten Jombang Oktober 2013

Tindakan Perawatan ( <i>Exite Site</i> )	(QLM)	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
		n	%	n	%
Baik		4	13,3	22	73,3
Cukup		11	36,7	8	26,7
Kurang		15	50	0	0
Total		30	100	30	100

Berdasarkan tabel 5.19 di atas tentang Tindakan keluarga tentang perawatan *exite site* pada pasien dengan perawatan CAPD di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pelaksanaan dengan pendekatan *Quantum Learning Methode (QLM) (pretest)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, dari 30 responden sebagian besar mempunyai tindakan kurang sebanyak 15 responden (50%) dan sebagian kecil mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 4 responden (13,3%), sedangkan setelah pelatihan (*posttest*) sebagian sebagian besar mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 22 responden (73,3%) dan sebagian kecil mempunyai tindakan cukup yaitu sebanyak 8 responden (26,7%)

### 5.1.5 Hasil Analisis

1. Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan pengetahuan di wilayah kabupaten Jombang

Tabel 5.20 Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan pengetahuan di wilayah kabupaten Jombang

Pengetahuan	(QLM)	Pretest		Postest		Total	
		n	%	n	%	n	%
Baik		4	13,3	18	60	22	36,7
Cukup		14	46,7	6	20	20	33,3
Kurang		12	40	6	20	18	30
Total		30	100	30	100	60	100

Analisis *Wilcoxon*  $p = 0,001 < \alpha (0,05)$

Berdasarkan tabel 5.20 di atas tentang pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan pengetahuan di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pelaksanaan dengan pendekatan *Quantum Learning Methode (QLM)* (*pre test*) terhadap perubahan perilaku keluarga untuk merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, sebagian besar berpengetahuan cukup sebanyak 14 responden (46,7%) dan sebagian kecil berpengetahuan baik sebanyak 4 responden (13,3), sedangkan setelah pelatihan (*pos test*) sebagian besar mempunyai pengetahuan baik sebanyak 18 responden (60%) dan sebagian kecil berpengetahuan cukup dan

kurang masing-masing sebanyak 6 responden (20%). Berdasarkan hasil analisis uji *wilcoxon sign rank test* di dapatkan nilai signifikansi  $p$  sebesar  $0,001 < \alpha$  (0,05), hal ini dapat disimpulkan ada Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan pengetahuan Di wilayah kabupaten Jombang

2. Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan sikap di wilayah kabupaten Jombang

Tabel 5.21 Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan pengetahuan di wilayah kabupaten Jombang

Sikap	(QLM)	Pretest		Posttest		Total	
		n	%	n	%	n	%
Positif		12	40	22	73,3	34	56,7
Negatif		18	60	8	26,7	26	43,3
Total		30	100	30	100	60	100

Analisis uji *wilcoxon*  $p = 0,004 < \alpha$  (0,05)

Berdasarkan tabel 5.21 di atas tentang pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan sikap di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pelaksanaan tentang *Quantum Learning Methode (QLM)* (*pre test*) terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, sebagian besar

mempunyai sikap negatif sebanyak 18 responden (60%) dan sebagian kecil mempunyai sikap positif yaitu sebanyak 12 responden (40%), sedangkan setelah pelatihan (*posttest*) sebagian besar mempunyai sikap positif yaitu sebanyak 22 responden (73,3%) . Berdasarkan hasil analisis uji *wilcoxon sign rank test* didapatkan nilai signifikansi  $p$  sebesar  $0,004 < \alpha (0,05)$ , hal ini dapat disimpulkan ada pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan sikap di wilayah kabupaten Jombang

3. Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan penggantian cairan dialisat di wilayah kabupaten Jombang

Tabel 5.22 Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan penggantian cairan dialisat di wilayah kabupaten Jombang

Tindakan (Cairan)	(QLM)		<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baik	1	3,3	21	70	22	36,7		
Cukup	10	33,3	8	26,7	18	30		
Kurang	19	63,4	1	3,3	20	33,3		
Total	30	100	30	100	60	100		

Analisis uji *wilcoxon*  $p = 0,000 < \alpha (0,05)$

Berdasarkan tabel 5.22 diatas tentang pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan penggantian cairan dialisat di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pelaksanaan tentang *Quantum Learning Methode (QLM)* (*pre test*) terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, dari 30 responden sebagian besar mempunyai tindakan kurang sebanyak 19 responden (63,4%) dan sebagian kecil mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 1 responden (3,3%), sedangkan setelah pelatihan (*pos test*) sebagian sebagian besar mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 21 responden (70%) dan sebagian kecil mempunyai tindakan kurang yaitu sebanyak 1 responden (3,3%). Berdasarkan hasil analisis uji uji *wilcoxon sign rank test* di dapatkan nilai signifikansi  $p$  sebesar  $0,000 < \alpha (0,05)$ , hal ini dapat disimpulkan ada pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan penggantian cairan dialisat di wilayah kabupaten Jombang

4. Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan *exite site* di wilayah kabupaten Jombang

Tabel 5.23 Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan *exite site* Di wilayah kabupaten Jombang

Tindakan ( <i>Exite Site</i> )	(QLM)		<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baik	4	13,3	22	73,3	26	43,3		
Cukup	11	36,7	8	26,7	19	31,7		
Kurang	15	50	0	0	25	25		
Total	30	100	30	100	60	100		

Analisis uji *wilcoxon*  $p = 0,000 < \alpha (0,05)$

Berdasarkan tabel 5.23 di atas tentang pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan penggantian *exite site* di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pelaksanaan tentang *Quantum Learning Methode (QLM)* (*pre test*) terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, dari 30 responden sebagian besar mempunyai tindakan kurang sebanyak 15 responden (50%) dan sebagian kecil mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 4 responden (13,3%), sedangkan setelah pelatihan (*pos test*) sebagian sebagian besar mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 22

responden (73,3%) dan sebagian kecil mempunyai tindakan cukup yaitu sebanyak 8 responden (26,7%). Berdasarkan hasil analisis uji *wilcoxon sign rank test* di dapatkan nilai signifikansi  $p$  sebesar  $0,000 < \alpha (0,05)$ , hal ini dapat disimpulkan ada pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan *exite site* di wilayah kabupaten Jombang

## 5.2 Pembahasan

### 5.2.1 Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan pengetahuan di wilayah kabupaten Jombang

Berdasarkan penelitian tentang tabel 5.20 dapat dijelaskan bahwa pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan pengetahuan di wilayah kabupaten Jombang, didapatkan bahwa sebelum pelaksanaan tentang *Quantum Learning Methode (QLM)* (*pre test*) terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, sebagian besar berpengetahuan cukup sebanyak 14 responden (46,7%) dan sebagian kecil berpengetahuan baik sebanyak 4 responden (13,3), sedangkan setelah pelatihan (*pos test*) sebagian besar mempunyai pengetahuan baik sebanyak 18 responden (60%) dan sebagian kecil berpengetahuan cukup sedangkan yang berpengetahuan kurang masing-masing sebanyak 6 responden (20%). Berdasarkan

hasil analisis uji *wilcoxon sign rank test* didapatkan nilai signifikansi  $p$  sebesar  $0,001 < \alpha (0,05)$ , hal ini dapat disimpulkan ada pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan pengetahuan di wilayah kabupaten Jombang

Pengetahuan keluarga tentang *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* dan cara merawat CAPD dapat diperoleh secara internal maupun eksternal. Pengetahuan secara internal berasal dari dirinya sendiri berdasarkan dan pengalaman hidup. Sedangkan pengetahuan secara eksternal berasal dari orang lain seperti tenaga kesehatan ataupun orang lain sehingga pengetahuan keluarga tentang *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* dan cara merawat CAPD mengalami peningkatan (Notoadmojo, 2007). Berdasarkan teori tersebut dari data penelitian menyebutkan bahwa pengetahuan keluarga yang sudah mendapatkan pelatihan dengan *Quantum Learning Methode (QLM)* tentang *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* dan cara merawat CAPD lebih tinggi dibandingkan sebelum mendapatkan pendidikan kesehatan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah seseorang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa, dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain penting untuk terbentuknya tindakan seseorang. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh proses pembelajaran (Notoatmodjo, 2007).

Pendidikan kesehatan merupakan pendidikan yang tidak lepas dari proses belajar karena proses belajar itu ada dalam rangka mencapai tujuan pendidikan.

Seseorang akan mempunyai persepsi terhadap apa yang akan dijalaninya sehingga menimbulkan persepsi yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan yang diperoleh dari informasi, sehingga bila informasi yang diterima jelas, hasil pembelajaran yang didapat juga optimal. Informasi yang diperoleh oleh responden mempengaruhi pengetahuan responden yang semula kurang akan berubah dengan sendirinya menjadi baik (Notoatmodjo, 2007). Perubahan pengetahuan yang diperoleh merupakan hasil dari pendidikan kesehatan dengan *Quantum Learning Methode (QLM)*. Pendidikan kesehatan dengan metode *Quantum Learning* ini sudah dimodifikasi berisi informasi tentang *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* diberikan pendidikan kesehatan yang menarik dan suasana yang menyenangkan dapat membuat responden lebih mudah menerima informasi yang diberikan. Pendidikan ini cukup menyenangkan sesuai dengan tahap perkembangan kognitif anak usia produktif yang mayoritas respondennya berumur 31 – 50 tahun berada dalam tahap operasional konkrit artinya aktivitas mental yang difokuskan pada objek – objek peristiwa nyata atau konkrit.

Berdasarkan penelitian di lapangan menunjukkan bahwa setelah perlakuan responden yang berpengetahuan baik di dominasi oleh responden yang berumur 31 – 50 tahun, hal ini sejalan dengan teori Hartanto (2003) yang mengatakan bahwa semakin muda usia seseorang semakin sedikit pengalaman yang dimiliki seseorang, namun sebaliknya semakin tinggi tingkatan umur seseorang pengalaman yang didapat semakin lebih banyak oleh karena itu sangat penting bila umur dapat dikaitkan dengan pengetahuan seseorang.

Sarwono (2008) mengemukakan bahwa memori atau daya ingat seseorang itu salah satunya dipengaruhi oleh umur. Dari uraian ini dapat disimpulkan bahwa

dengan bertambahnya umur seseorang maka, dapat berpengaruh pada bertambahnya pengetahuan yang diperoleh.

Dalam teori Hurlock yang dikutip oleh Nursalam (2011) semakin cukup tingkat kematangan dan kekuatan seseorang, maka akan lebih matang orang tersebut dalam berfikir dan berkerja. Hal ini sebagai akibat dari kematangan jiwanya.

Berdasarkan pengetahuan responden berdasarkan pendidikan di dapatkan bahwa responden yang berpengetahuan baik sebagian besar dimiliki pada responden yang berpendidikan tinggi.

Pendidikan dianggap memiliki peranan penting dalam menentukan kualitas manusia melalui pendidikan. Manusia dianggap akan memperoleh pengetahuan dan dengan pengetahuan manusia akan dapat membangun keberadaan hidupnya dengan lebih baik. Implikasinya semakin tinggi tingkat pendidikan hidup manusia akan semakin berkualitas, dimana semakin tinggi pendidikan maka seseorang akan semakin mudah untuk menerima hal-hal yang baru dan mudah menyesuaikan diri dengan hal-hal baru tersebut, tetapi tidak menutup kemungkinan bahwa pendidikan rendah punya pengetahuan dan sikap yang lebih baik. (Machfoedz, 2003)

Menurut Notoatmodjo (2007), pengetahuan sebagian besar diperoleh melalui indera penglihatan (30%) dan indera pendengaran (10%). *Quantum Learning Methode (QLM)* dapat meningkatkan perhatian, konsentrasi keluarga kemudian diharapkan responden tersebut diharapkan mulai belajar menerapkan hal yang dipelajari sehingga akhirnya dapat membentuk pengetahuan baik tentang

*Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* serta merawat pasien dengan CAPD .

Penerimaan dan pemahaman suatu materi yang diberikan akan tergantung dari individu yang menerimanya. Walaupun karakteristik demografinya sama tetapi hanya responden yang mengerti dan memahami informasi dalam meningkatkan pengetahuannya. Tidak semua responden mempunyai pemahaman yang sama, walaupun kualifikasi pendidikannya sama, apalagi keluarga yang berpendidikan lebih rendah tentu akan sangat mempengaruhi pengetahuan seseorang. Pengalaman hidup yang berbeda-beda tentunya akan mempengaruhi kemampuan kopping individu yang berbeda pula walaupun permasalahan yang dihadapi juga sama yaitu keluarga dengan masalah gagal ginjal kronis dengan CAPD.

Hal ini dikarenakan kesadaran dan ketertarikan responden akan pentingnya pengetahuan dan pemahaman responden tentang *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* serta cara merawat pasien dengan CAPD, materi yang diberikan sesuai dengan etika, dan metode penyampaian informasi yang jelas. Pengembangan *Quantum Learning Methode (QLM)* sangatlah membantu dalam menyelesaikan permasalahan pasien dan keluarga dengan memberikan serta memperkuat motivasi dan sugesti terhadap pasien dan keluarga agar mengetatahui apa yang menjdi manfaat bagi pasien maupun bagi keluarga dalam melakukan tindakan keperawatan pasien dengan CAPD.

### 5.2.2 Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan sikap di wilayah kabupaten Jombang

Berdasarkan tabel 5.21 dapat dijelaskan tentang pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan sikap di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pelaksanaan tentang *Quantum Learning Methode (QLM) (pretest)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, sebagian besar mempunyai sikap negatif sebanyak 18 responden (60%) dan sebagian kecil mempunyai sikap positif yaitu sebanyak 12 responden (40%), sedangkan setelah pelatihan (*posttest*) sebagian sebagian besar mempunyai sikap positif yaitu sebanyak 22 responden (73,3%). Berdasarkan hasil analisis uji *wilcoxon sign rank test* di dapatkan nilai signifikansi  $p$  sebesar  $0,004 < \alpha (0,05)$ , hal ini dapat disimpulkan bahwa ada Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan sikap di wilayah kabupaten Jombang.

Penilaian sikap diperoleh dengan menghitung nilai dari pernyataan responden berdasarkan skoring Azwar (2007), kemudian dibandingkan dengan *T mean data*. Nilai sikap keluarga mengalami peningkatan, Usia juga mempengaruhi perilaku seseorang juga bisa mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir

seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya. Sikap merupakan reaksi yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap adalah pandangan, pendapat, tanggapan ataupun penilaian dan juga perasaan seseorang terhadap stimulus atau objek yang disertai dengan kecenderungan untuk bertindak (Notoatmodjo, 2003). Hal itulah yang mendukung terjadi perubahan sikap dari negatif menjadi positif pada sebagian besar responden. Nilai sikap responden setelah diberikan pendidikan kesehatan mayoritas menjadi meningkat dikarenakan responden sudah bisa menangkap seluruh hal positif yang mereka dapatkan dari pendidikan kesehatan. Setelah pengetahuan mereka cukup, emosional mereka bereaksi dengan stimulus yang ada.

Lembaga pendidikan juga mempunyai pengaruh besar dalam pembentukan sikap seseorang. Berdasarkan data demografi yang diperoleh, secara keseluruhan responden (100%) memperoleh pendidikan kesehatan tentang *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*. Informasi yang didapatkan melalui petugas kesehatan yang secara maksimal di lembaga pendidikan dapat mengarahkan pendapat seseorang sehingga dapat memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap yang positif (Azwar, 2007). Media masa juga dapat membawa pesan-pesan serta sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Apabila pesan-pesan yang sugestif itu cukup kuat maka akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu hal sehingga terbentuklah sikap yang positif. Lembaga pendidikan dapat memberikan pemahaman akan sikap yang baik dan buruk, garis pemisah antara sesuatu yang boleh dan tidak boleh dilakukan.

Penelitian Rogers (1983) mengungkapkan bahwa keputusan tentang inovasi yaitu: pengetahuan, persuasi, keputusan, pelaksanaan, dan konfirmasi. Melalui pendidikan kesehatan dengan *Quantum Learning Methode (QLM)* dapat meningkatkan pengetahuan dimana responden diarahkan untuk memahami eksistensi. Pada tahap ini, responden diberikan informasi mengenai *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* serta bagaimana merawat pasien CAPD agar pengetahuannya dapat meningkat. Kemudian tahap persuasi (*persuasion*) responden mulai tertarik untuk mengetahui lebih lanjut manfaat perawatan pasien CAPD di lingkungan keluarga. Responden dapat membentuk sikap baik atau tidak baik. Hal ini juga didukung dari pengetahuan yang dimiliki oleh responden.

Sikap keluarga yang sebelum pendidikan kesehatan sebagian besar bersikap negatif dipengaruhi oleh komponen kognitif atau pengetahuan keluarga yang kurang sehingga mempengaruhi persepsi keluarga tentang *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* serta bagaimana merawat pasien CAPD. Persepsi yang negatif akan mempengaruhi komponen sikap selanjutnya yaitu komponen afektif (komponen emosional). Keluarga merasakan tidak senang merawat pasien CAPD. Rasa tidak senang ini akan mempengaruhi kecenderungan responden bertindak (komponen konatif) dalam perawatan pasien CAPD. Sehingga sikap yang ditunjukkan keluarga adalah sikap yang negatif dalam perawatan pasien CAPD.

Keluarga yang bersikap negatif mampu mengubah sikapnya menjadi positif setelah diberikan pendidikan kesehatan dengan *Quantum Learning Methode (QLM)* dipengaruhi oleh pemberian informasi tentang *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* yang disampaikan dengan jelas, sehingga

mampu mempengaruhi emosional responden. Selain itu, pernyataan sikap yang diberikan peneliti kepada responden juga harus mampu menstimulasi kepercayaan responden.

Seseorang yang berpengetahuan baik akan mempunyai sikap yang positif. Seseorang dalam menentukan sikap positif yang utuh selain ditentukan oleh pengetahuan, juga dipengaruhi oleh pikiran, keyakinan dan emosi yang memegang peranan penting (Notoatmojo, 2010). Individu yang bersangkutan harus mampu menyerap, mengolah dan memahami informasi yang diterima sebagai stimulus.

### 5.2.3 Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan di wilayah kabupaten Jombang

Berdasarkan tabel 5.22 tentang Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan penggantian cairan dialisis di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pelaksanaan tentang *Quantum Learning Methode (QLM) (pre test)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, dari 30 responden sebagian besar mempunyai tindakan kurang sebanyak 19 responden (63,4%) dan sebagian kecil mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 1 responden (3,3%), sedangkan setelah pelatihan (*pos test*) sebagian sebagian besar mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 21 responden (70%) dan sebagian kecil mempunyai

tindakan kurang yaitu sebanyak 1 responden (3,3%). Berdasarkan hasil analisis uji *wilcoxon sign rank test* di dapatkan nilai signifikansi  $p$  sebesar  $0,000 < \alpha$  (0,05), hal ini dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan penggantian cairan dialisat di wilayah kabupaten Jombang serta hasil penelitian pada tabel 5.23 tentang pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan penggantian *exite site* di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pelaksanaan tentang *Quantum Learning Methode (QLM) (pre test)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, dari 30 responden sebagian besar mempunyai tindakan kurang sebanyak 15 responden (50%) dan sebagian kecil mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 4 responden (13,3%), sedangkan setelah pelatihan (*pos test*) sebagian sebagian besar mempunyai tindakan baik yaitu sebanyak 22 responden (73,3%) dan sebagian kecil mempunyai tindakan cukup yaitu sebanyak 8 responden (26,7%). Berdasarkan hasil analisis uji *wilcoxon sign rank test* di dapatkan nilai signifikansi  $p$  sebesar  $0,000 < \alpha$  (0,05), hal ini dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* berdasarkan tindakan *exite site* di wilayah kabupaten Jombang

Menurut Notoatmodjo, 2007 perilaku kesehatan sebenarnya merupakan refleksi dari berbagai gejala kejiwaan, seperti pengetahuan, keinginan, motivasi, persepsi, sikap. Menurut Suwono 2007, perilaku merupakan hasil dari pada segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap dan tindakan.

Menurut Snehandu B. Karr dalam Notoadmodjo (2010), perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respon (faktor internal) dalam subjek atau orang yang berperilaku tersebut. Dalam teori Lawrence Green, Green membedakan antara dua determinan masalah kesehatan antara lain, *behavior faktor* (faktor perilaku) dan *non behavior faktor* atau faktor non perilaku.

Green menganalisis bahwa faktor perilaku sendiri ditentukan oleh 3 faktor utama, yaitu: Faktor predisposisi (*Pre disposing factors*) merupakan faktor-faktor yang mempermudah atau mempredisposisi terjadinya perilaku seseorang, antara lain pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai-nilai, tradisi dan sebagainya; Faktor yang memungkinkan (*enabling factors*) yaitu faktor-faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku atau tindakan. Yang dimaksud dengan faktor pemungkin adalah sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan, misalnya puskesmas, posyandu, rumah sakit dan sebagainya serta faktor penguat (*Reinforcing faktor*) yaitu faktor-faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Kadang-kadang meskipun seseorang tahu dan mampu untuk berperilaku sehat, tetapi tidak melakukannya.

Perilaku seseorang atau masyarakat tentang kesehatan ditentukan oleh pengetahuan serta sebagaimana dari orang atau masyarakat yang bersangkutan.

Disamping itu, ketersediaan fasilitas, perilaku para petugas kesehatan terhadap kesehatan juga akan mendukung dan memperkuat terbentuknya suatu tindakan atau perilaku.

Seseorang yang tidak mau melaksanakan tindakan perawatan pasien CAPD dapat disebabkan karena orang tersebut tidak atau belum mengetahui pentingnya perawatan CAPD itu sendiri.

Profesi tenaga kesehatan agar lebih meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya pendidikan kesehatan di lingkungan masyarakat, dalam rangka aktualisasi tentang *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* serta bagaimana merawat pasien CAPD sehingga akan lebih mengetahui tentang arti dan manfaat tindakan keperawatan keluarga khususnya pada pasien CAPD, dengan adanya aktualisasi tersebut, masyarakat atau keluarga akan merubah tindakan serta meningkatkan kesadaran seseorang dalam tindakan perawatan keluarga yang lebih baik, sehingga mereka yakin akan dengan adanya tindakan itu juga akan meningkatkan kesehatan masyarakat dan keluarga khususnya.

**BAB 6**  
**KESIMPULAN DAN SARAN**

## BAB 6

### SIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang.

#### 6.1 Kesimpulan

1. Pengetahuan keluarga tentang *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*, sebelum pendidikan (*Pretest*) di wilayah kabupaten Jombang sebagian besar berpengetahuan cukup *sedangkan* setelah pendidikan (*postest*) sebagian besar mempunyai pengetahuan baik
2. Sikap *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* Di wilayah kabupaten Jombang, sebelum pendidikan (*Pretest*) sebagian besar *mempunyai* sikap negatif, sedangkan setelah pelatihan (*postest*) sebagian sebagian besar mempunyai sikap positif
3. Tindakan penggantian cairan dialisat di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum sebelum pendidikan (*Pretest*) sebagian besar mempunyai tindakan kurang sedangkan setelah pendidikan (*postest*) sebagian sebagian besar mempunyai tindakan baik. Pada tindakan perawatan *exite site* di wilayah kabupaten Jombang, bahwa sebelum pendidikan (*pretest*) sebagian besar mempunyai tindakan kurang, sedangkan setelah pelatihan (*postest*) sebagian sebagian besar mempunyai tindakan baik.

4. *Ada Pengaruh Quantum Learning Methode (QLM)* terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat salah satu anggota keluarga dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di wilayah kabupaten Jombang.

#### **6.2.1 Saran**

##### **6.2.1 Keluarga pasien dengan CAPD**

Memberikan motivasi Keluarga untuk lebih aktif untuk peningkatan pengetahuan dan keterampilan dalam perawatan pasien dengan CAPD. Didalam melakukan tindakan keperawatan pasien dengan CAPD, dalam melakukan perawatan di dasarkan pada prosedur tetap perawatan pasien dengan CAPD. Menjaga kebersihan lingkungan maupun perorangan baik pasiennya sendiri maupun keluarga yang merawat. Di dalam melakukan tindakan perawatan penggantian cairan dialisat disesuaikan dengan dosis cairan dialisat, konsentrasi cairan dialisat dapat dipilih sesuai dengan resep dokter (1,5 %, / 2,5 % /4,25 % ). Memperhatikan volume cairan dialisat, kejernihan cairan dialisat, lamanya penggantian cairan dialisat, serta membuang cairan cairan dialisat bekas pakai dan peralatan bekas ke toilet dan kantong yang sudah kosong boleh di buang ditempat sampah tanpa ada resiko. cuci tangan hingga bersih. monitor berat badan pasien serta mencatat keluar dan masuknya cairan dialisat untuk mengevaluasi penimbunan cairan di dalam tubuh.

### 6.2.2 Sumber Daya Manusia (SDM)

Perawatan pasien gagal ginjal terminal dengan CAPD diperlukan peranserta aktif dari institusi yang terkait sebagai mitra kerja dalam pelaksanaannya. Oleh karena itu perlu ada kerjasama *interdependen* dari masing – masing institusi. Adapun SDM dari institusi yang terkait dengan perawatan CAPD antara lain adalah tenaga dokter puskesmas, dokter ahli penyakit dalam, dokter ahli penyakit hipertensi dan ginjal, perawat puskesmas, tenaga pengelola program *Public Health Nursing ((PHN)*, perawat CAPD dari PT. Kalbe Farma dan tenaga lainnya, untuk melakukan kunjungan rumah dalam rangka perawatan kesehatan pada salah satu anggota keluarga yang sakit gagal ginjal terminal dengan CAPD.

### 6.2.3 Institurisi kesehatan

Memaksimalkan peran isntitusi kesehatan dalam memberikan pelayanan *promotive, preventive, kurative, dan rehabilitative* untuk pelayanan keperawatan dan pengobatan pasien dengan CAPD. Adapun institusi yang terkait dengan pelayanan pasien dengan CAPD antar lain adalah puskesmas, poli klinik kesehatan, runah sakit umum daerah, rumah sakit rujukan dalam rangka penanganan pasien dengan CAPD

### 6.2.4 Peneliti selanjutnya.

Merekomendasikan untuk penelitian lanjutan yang bertujuan untuk menggali lebih dalam faktor lain yang berhubungan dengan tindakan perawatan pasien dengan masalah gangguan Ginjal, serta untuk mempertahankan dan memperbaiki kualitas hidup pasien dengan gagal ginjal selain *Quantum Learning Methode (QLM)*

## **DAFTAR PUSTAKA**

**DAFTAR PUSTAKA**

- Arikunto, Suharsimi.(2006). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- B. Baradero dkk (2009). *Klien Gangguan Ginjal*. EGC : Jakarta
- Baxter, Kalbe, *Buku panduan pelatihan untuk pasien dengan dialysis peritoneal*. Bobbi DePorter & Mike Hernacki, *Quantum Learning: unleashing the genius in you* diterjemahkan oleh Alwiyah Abdurrahman dengan judul *Quantum Learning: Membiasakan belajar nyaman dan menyenangkan*, Bandung: Kaifa, 2010.
- Bobbi DePorter & Mike Hernacki, *Quantum Learning: Unleashing the genius in you* diterjemahkan oleh Alwiyah Abdurrahman dengan judul *Quantum Learning: Membiasakan belajar nyaman dan menyenangkan*, Bandung: Kaifa, 2013.
- Brunner / Sudart. *Textbook of Medical Surgical Nursing Fifth edition IB*. Lippincott Company. Philadelphia. 1984.
- CAPD Terapi Terbaik untuk Penderita Gagal Ginjal. [Online] Available at <http://kesehatan.kompas.com/read/2009/07/11/15072573/CAPD.Terapi.Terbaik.untuk.Penderita.Gagal.Ginjal>. [Accessed 30 Juli 2012]
- Cegah Gagal Ginjal, Pencegahan dan Penanggulangannya. [Online] Available at <http://sehatorganik.wordpress.com/2008/01/14/cegah-gagal-ginjal-pencegahan-dan-penanggulangannya/>. [Accessed 10 September 2012]
- C.F.Gutch, Martha H.Stoner, Anna L. Corea, *Review Of Hemodialysis for Nursess and Dialysis Personnel* , sixth edition, M. Mosby. ANNA, 1998. (hal. 230 -253)
- Desita. (2010). *Pengaruh dukungan keluarga terhadap peningkatan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUP HAM Medan*
- Departemen kesehatan RI, *Pedoman pencegahan dan penaggulangan infeksi di Rumah Sakit Dan Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya*, jakarta 2006. (JHPIEGO)
- DepKes RI. 2003. *Pedoman pelaksanaan kewaspadaan universal di pelayanan kesehatan*. Jakarta.

- Enday Sukandar, (2006) *Nefrology Klinik*, edisi III Bandung pusat informasi ilmiah (PII) Bagain penyakit dalam fakultas kedokteran UNPAD / RS Dr. Hasan Sadikin.
- Fatayi, Dian. (2008). *Kualitas hidup penderita gagal ginjal yang menjalani terapi CAPD (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis)* diwilayah Balik Papan Kalimantan Timur.
- Firmansyah, Adi. (2010). *Usaha memperlambat perburukan penyakit ginjal kronik ke penyakit ginjal stadium akhir*. Jakarta: PPDS Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Hidayat AA (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Indonesian Nursing. (2008). *Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan perawatan hemodialisis*. Diakses dari <http://indonesiannursing.com/?=192> tanggal 10 September 2012.
- Kompas. 2009, "CAPD, Cuci darah pun bisa di Rumah, 11 Juli 2009, p 18:23 WIB diakses 21 maret 2012.
- Lubis, Arliza, Juairiani. (2006). *Dukungan Sosial pasien gagal ginjal terminal yang melakukan terapi hemodialisa*. Diakses dari [http:// repository.usu.ac.id/bitstream/ 123456789/1920/1/06010311. pdf](http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/1920/1/06010311.pdf) pada tanggal 29 Agustus 2012
- Margaret S. Ect (1999). *Peritoneal dialysis and home dialysis therapies*. Mosby : Missouri.
- Nissenson, AR & Fine N, *Dialysis therapy, second edition*, 1992. (hal 151-188)
- Notoadjojo, S, 2005, *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Notoadjojo, S, 2007, *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Peny J, 2010, *Kejadian peritonitis pada pasien continuous ambulatory peritoneal dialysis: identifikasi mikroorganisme dan sensitifitas antibiotik* Vol. 11 No. 2 hal. 82-83
- Perhimpunan Nefrologi Indonesia (PERNEPRI), *Konsensus peritoneal dialisis pada penyakit ginjal kronis*, edisi 1, Jakarta, 2011.
- Perhimpunan Nefrologi Indonesia. (2003). *Penyakit ginjal kronik dan glomerulopati: Aspek klinik dan patologi ginjal pengelolaan hipertensi saat ini*. Jakarta

- Penyakit gagal ginjal, penyebab dan gejalanya. [Online] Available at <http://murtaqicomunity.wordpress.com/2009/06/09/penyakit-gagal-ginjal-penyebab-dan-gejalanya/>. [Accessed 30 Juli 2012].
- Potter, P.A, Perry, A.G. *Buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. edisi 4.volumel.alih bahasa : yasmin asih, dkk.jakarta : egc.2005
- Quantum Learning Education* [http://www.quantumlearning.com/about\\_us.aspx](http://www.quantumlearning.com/about_us.aspx) diakses tanggal 21 Juni 2013 jam 16.49 WIB
- Rohmad, Ilham. (2010). *Hubungan tingkat pengetahuan pasien gagal ginjal tentang hemodialisa dengan kepatuhan pelaksanaan hemodialisa*. Diakses dari <http://ilhamrohmat.com/2012/01/proposal.html> pada tanggal 2 Oktober 2012
- Sumut, 2009, 36 Juta Warga Dunia Meninggal Gagal Ginjal (online), <http://www.antarasumut.com/beita-terkini/kesehatan/36-juta-warga-dunia-menin-i-gagal-g-al/>, Diakses 15 september 2013.
- Smeltzer, Suzanne C dan Brenda G Bare. (2001). *Buku ajar keperawatan medikal Bedah* Brunner & Suddarth. Edisi 8. Jakarta : EGC
- Tomey & Alligood, 2006, *Nursing Theorists and Their work*, 6<sup>th</sup> edition, St. Louis, Missouri : Mosby Elsevier.
- Tietjen, L. 2004. *Panduan pencegahan infeksi untuk fasilitas pelayanan kesehatan*. Jakarta. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Yulaw, Anny. (2009). *Hubungan karakteristik individu dengan kualitas hidup dimensi fisik pasien gagal ginjal kronik di RS Dr. Kariadi Semarang*. Diakses dari [digilib.unimus.ac.id/files/disk1/106/jtpunimus-gdl-annyulaw-5289-2-bab2.pdf](http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/106/jtpunimus-gdl-annyulaw-5289-2-bab2.pdf) pada tanggal 29 Agustus 2012

# LAMPIRAN

Lampiran 1



**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN**

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257  
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 14 Mei 2013

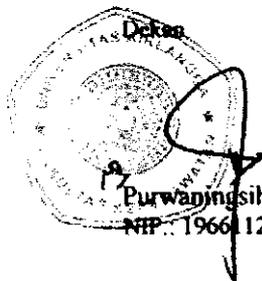
Nomor : 183 /UN3.1.12/PPd/S2/2013  
Lampiran : 1 (Satu) berkas  
Perihal : **Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal  
Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FKp Unair**

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jombang  
di -  
Tempat

Dengan hormat,  
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.

Nama : Rifai ,S.Kep.Ns  
NIM : 131041033  
Judul Penelitian : Pemberdayaan keluarga dalam melakukan prosedur tindakan penggantian cairan dilaktasit pada pasien CAPD.  
Tempat : Wilayah Kerja Dinas Kesehatan Kab. Jombang

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.



Purwaningsih, SKp.M.Kes  
NIP. 19661212000032001





**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**FAKULTAS KEPERAWATAN**  
**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN**

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257  
 Website: <http://www.ners.unair.ac.id> ; e-mail : [dekan\\_ners@unair.ac.id](mailto:dekan_ners@unair.ac.id)

Surabaya, 22 Juli 2013

Nomor : 231/H3.1.12/PPd/S2/2013  
 Lampiran : 1 (satu) bendel  
 Perihal : Permohonan bantuan Uji etik penelitian  
 Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan – FkP Unair

Kepada Yth.  
**Ketua Komisi Etik Penelitian**  
 Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat  
 Universitas Airlangga  
 Surabaya

Dengan hormat,  
 Sehubungan dengan Penelitian Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan pertimbangan etik penelitian kepada mahasiswa kami di bawah ini :

Nama : Rifai, S.Kep.Ns  
 NIM : 131041033  
 Judul Penelitian : Pengaruh *Quantum Learning Methode* (QLM) terhadap perubahan perilaku keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan *Continuous Ambulatory peritoneal dialysis* (CAPD) di Wilayah Kab. Jombang.

Bersama ini kami kirimkan proposal penelitian, lembar isian kelaikan Etik dan Check List yang telah diisi oleh peneliti.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

a.n.Dekan  
 Wakil Dekan I  
  
 Irfanirini, SKp. M.Kep  
 NIP. 197904242006042002

Lampiran 4



**UNIVERSITAS AIRLANGGA**  
**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT**

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5995246, 5995247, 5995248 Fax. (031) 5962066  
Website : <http://lppm.unair.ac.id> - Email : [infolemli@unair.ac.id](mailto:infolemli@unair.ac.id)

**KOMISI ETIKA PENELITIAN**  
**KETERANGAN KELAIKAN ETIK**  
**(ETHICAL CLEARANCE)**

Nomor : 28-1016/UN3.14/PPd/2013

Panitia Kelaikan Etik Penelitian Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat Universitas Airlangga, setelah mempelajari dan mengkaji secara seksama rancangan penelitian yang diusulkan, maka dengan ini menyatakan bahwa proposal yang berjudul :

**"Pengaruh Quantum Learning Methode (QLM) Terhadap  
Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan  
Perawatan *Contnuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)*  
Di Wilayah Kabupaten Jombang"**

Peneliti : Ns. Rifa'i, S.Kep.  
N I M : 131041033  
Program Studi / Fakultas : Program Studi Ilmu Keperawatan (S2)  
Fakultas Keperawatan  
Unit/Lab Tempat Penelitian : Di Wilayah Kabupaten Jombang

**DINYATAKAN LAIK ETIK**

Surabaya, 6 September 2013

Komisi Etik Penelitian LPPM Universitas Airlangga



Prof. Dr. H. H. H. H., SE., M.Si.Ak.  
NIP. 19631121 199103 2 001

## Lampiran 5



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG  
**DINAS KESEHATAN**

Jl. KH. Wahid Hasyim No. 131 Jombang. Kode Pos : 61411  
 Telp/Fax. (0321) 866197 Email : dinkesjombang@yahoo.com  
 Website : www.jombangkab.go.id

Jombang, 18 Juli 2013

Nomor : 441.7/3124/415.25/2013  
 Sifat : Biasa  
 Lampiran : -  
 Perihal : Ijin Pengambilan Data

Kepada  
 Yth. Kepala Puskesmas  
 se- Kabupaten Jombang  
 di

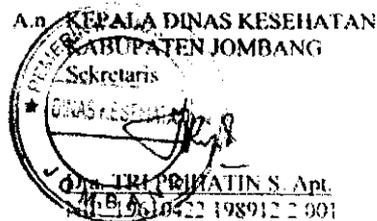
Jombang

Menindaklanjuti Surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Nomor : 183/UN3.1.12/PPd/S2/2013, tanggal 14 Mei 2013 perihal Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Unair. Maka mohon berkenan Puskesmas Saudara sebagai tempat pengambilan data mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Adapun nama mahasiswanya adalah :

Nama : Rifa'i, S.Kep. Ns  
 Nomor Induk : 131041033  
 Judul Penelitian : Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Melakukan Prosedur Tindakan Keperawatan Pasien *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (Capd)* di Wilayah Kabupaten Jombang  
 Catatan : - Tidak mengganggu kegiatan pelayanan  
 - Segala sesuatu yang terkait dengan kegiatan / pembimbingan di lapangan agar dimusyawarahkan bersama mahasiswa yang bersangkutan.

Demikian atas perhatian dan kerjasama yang baik diucapkan terima kasih.



Tembusan Yth.

1. Dekan Fakultas Keperawatan Prodi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

Lampiran 6

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada :

Yth. Bapak/

Ibu.....

Di Tempat

Dengan hormat,

Saya Rifa'i, mahasiswa Program Studi Pascasarjana Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga (FKP Unair) Surabaya bermaksud untuk mengadakan penelitian yang berjudul *Quantum Learning Methode (QIM)* Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Merawat Salah Satu Anggota Keluarga Dengan *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* di Wilayah Kabupaten Jombang.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, saya memohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk berperanserta sebagai responden dalam penelitian ini, dan bapak / ibu dapat mengisi questioner yang telah saya bagikan. Jawaban Bapak/ Ibu saya jamin kerahasiaannya.

Demikian permohonan dari saya, atas perhatian dan kerja samanya saya ucapkan terima kasih.

Hormat saya,

**RIFA'I**

Lampiran 7

**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**  
***INFORMED CONSENT***  
**(PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN)**

Setelah mendapatkan penjelasan yang telah saya mengerti dan pahami dengan baik, saya

Nama :

Alamat :

Status :

Bahwa saya menyatakan setuju dengan sukarela ikut berperan sebagai subjek dalam penelitian yang berjudul : “ Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Melakukan Prosedur Tindakan Keperawatan Pasien *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* Diwilayah Kabupaten Jombang “.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran.

Jombang, ..... 2013

Yang membuat persetujuan

Ketua Peneliti/Peneliti

( ..... )

**(Ns. Rifa'I, S.Kep.)**

## Lampiran 8

**KUESIONER****Pemanfaatan sarana prasarana dan tenaga kesehatan****I. Pemanfaatan sarana prasarana dan tenaga kesehatan**

Berilah tanda check (✓) pada jawaban yang sesuai dengan pilihan anda !

No	Pernyataan	Ya	tidak
1.	Apakah saudara dirawat CAPD selama kurang dari 1 tahun ?		
2.	Jarak rumah dengan puskesmas yang terdekat kurang dari 2 km		
3.	Jarak rumah dengan Rumah sakit yang terdekat kurang dari 10 km		
4.	Apakah saudara pernah memeriksakan CAPD ke puskesmas terdekat ?		
5.	Apakah saudara pernah memeriksakan CAPD ke poli penyakit dalam rumah sakit terdekat ?		
6.	Apakah saudara pernah memeriksakan CAPD ke unit perawatan penyakit ginjal rumah sakit terdekat ?		
7.	Apakah saudara pernah di rawat inap di rumah sakit daerah dengan tindakan CAPD ?		
8.	Apakah saudara pernah di rawat inap di rumah sakit rujukan dengan tindakan CAPD ?		
9.	Apakah saudara pernah di kunjungi oleh perawat CAPD dari PT kalbe Farma ?		
10.	Apakah saudara pernah di kunjungi oleh perawat puskesmas dalam rangka perawatan kesehatan di rumah ?		
11.	Apakah saudara pernah periksa CAPD dokter puskesmas ?		
12.	Apakah saudara pernah periksa CAPD ke dokter umum praktik swasta?		
13.	Apakah saudara pernah periksa CAPD ke poliklinik swasta ?		
14.	Apakah saudara pernah periksa CAPD ke dokter spesialis penyakit dalam ?		
15.	Apakah saudara pernah ke dokter spesialis penyakit Hipertemnsi dan Ginjal ?		

## Lampiran 9

**KUESIONER**

**Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* Terhadap Perubahan Perilaku keluarga Dalam Melakukan Prosedur Tindakan Keperawatan Pasien *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* Diwilayah Kabupaten Jombang**

**Data demografi****A. Petunjuk Pengisian Kuesioner**

Untuk pertanyaan dibawah pilih jawaban yang sesuai dengan pilihan saudara, dengan memberi tanda check (✓) pada kolom yang telah disediakan.

**B. Demografi**

1. Nama (inisial) : \_\_\_\_\_

2. Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_

3. Umur

Umur 20 – 30 tahun

Umur 31 - 50 tahun

Lebih dari 50 tahun

4. Pendidikan

SD  SLTP  SLTA

Perguruan tinggi  Tidak sekolah

5. Pekerjaan

Pegawai Negeri Sipil  Militer/ ABRI

Swasta  Petani

Tidak bekerja  Pensiunan

6. Hubungan dengan pasien

Suami/istri  Anak  Saudara

## II. Pengetahuan Responden Tentang Keperawatan CAPD

Berilah tanda check (✓) pada pilihan jawaban yang benar atau salah menurut pengetahuan saudara pada kolom yang tersedia.

No	Pernyataan	Benar	Salah
1.	Cuci darah adalah suatu cara untuk mengeluarkan darah dari dalam tubuh.		
2.	Yang mengatur cairan di dalam tubuh adalah ginjal		
3.	Jenis cuci darah yang dapat dilakukan dirumah pasien adalah <i>Continous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)</i>		
4.	Cairan yang di gunakan untuk cuci darah yang dikerjakan dirumah adalah cairan dialisat.		
5.	Cairan dialisat yang dimasukkan didalam lapisan rongga perut digunakan untuk mengeluarkan kelebihan cairan dalam tubuh.		
6.	Kepekatan cairan dialisat dengan ukuran 1,5 % hanya dapat diberikan kepada pasien yang mengalami kelebihan cairan didalam tubuh.		
7.	Sebelum cairan dialisat dimasukkan kedalam lapisan rongga perut, maka cairan tersebut harus dihangatkan dulu dan di sesuaikan dengan suhu tubuh manusia (36°C - 37°C).		
8.	Salah satu kerugian penggunaan CAPD bagi pasien dirumah adalah waktunya lama. ( memerlukan 12-18 jam ) dan membosankan.		
9.	Jumlah pemberian cairan dialisat pada pasien dewasa dan anak – anak adalah 2 liter.		
10.	Penggantian cairan dialisat boleh dilakukan sewaktu – waktu walaupun tidak sesuai dengan jadwal pemberian yang harus dilakukan.		
11.	Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan itu hanya khusus pada pasien yang dirawat dan bukan untuk keluarga yang merawat.		
12.	Melakukan penggantian cairan dialisat pada pasien dengan CAPD itu dapat dilakukan dimana saja dan kapan saja oleh keluarga, yang penting cairan dialisat dapat dimasukan kedalam lapisan rongga perut.		

13.	Bila melakukan cuci tangan yang perlu diperhatikan adalah jari – jari tangan, kuku buatan, cat kuku dan perhiasan.		
14.	Menggunakan sarung tangan dalam perawatan pasien CAPD, diperlukan untuk menjaga tangan agar tetap bersih, tidak kotor dan terhindar dari kuman penyakit.		
15.	Menutup hidung dan mulut menggunakan masker dalam merawat pasien dengan CAPD bermanfaat untuk mencegah percikan ludah atau kuman penyalit lewat mulut.		
16.	Tempat dimana selang terpasang di perut disebut <i>Exite site</i> . Untuk menjaga kebersihannya dapat dibersihkan dengan alhohol 70 %.		
17.	Agar tetap bersih dan dingin, maka tempat selang terpasang di perut dapat dibasahi dan dikompres dengan air.		
18.	Ruangan yang digunakan untuk merawat pasien dengan CAPD harus tersendiri, bersih tidak berdebu, ventilasi cukup, penerangan cukup.		
19.	Selesai melakukan penggantian cairan dialisat, perlu ditimbang dan hasilnya dicatat dibuku catatan harian pasien untuk mengetahui keseimbangan cairan yang masuk dan keluar.		
20.	Yang perlu diperhatikan dalam melakukan perawatan penggantian cairan dialisat adalah kelancarannya, jumlah masuk dan keluarnya cairan dialisat, kejernihannya dan keluhan yang dirasakan dengan pasien dengan CAPD.		

### III. Sikap Responden Dalam Melakukan Tindakan Keperawatan CAPD

Beri tanda (√) pada jawaban saudara

Sangat Setuju = SS

Tidak Setuju = TS

Setuju = S

Sangat Tidak Setuju = STS

No	Pertanyaan	SS	S	TS	STS
1.	Untuk melakukan tindakan keperawatan pasien dengan CAPD perlu persiapan ruangan khusus yang memenuhi syarat sehat.				
2.	Untuk melakukan tindakan keperawatan pasien CAPD, perlu persiapan alat dan obat – obatan (cairan dialisis yang sesuai).				
3.	Cairan dialisis yang dimasukkan kedalam lapisan rongga perut berguna untuk mengeluarkan racun yang ada didalam darah.				
4.	Selalu mendahulukan cuci tangan sebelum melakukan tindakan keperawatan pada pasien CAPD.				
5.	Didalam keperawatan menggunakan masker dan sarung tangan adalah untuk melindungi diri dari kuman penyakit.				
6.	Dalam melakukan penggantian cairan dialisis dilaksanakan tepat waktu .				
7.	Cairan dialisis yang dimasukkan kedalam lapisan rongga perut selalu hangat dan dijaga agar tetap sesuai dengan suhu tubuh manusia ( 37 °C).				
8.	Memperhatikan kelancaran dan perubahan warna cairan dialisis yang keluar diperlukan untuk mengetahui kondisi pasien CAPD.				
9.	Setelah selesai melakukan penggantian cairan, cairan dialisis yang dikeluarkan ditimbang dan dicatat kedalam buku catatan observasi harian pasien dengan CAPD.				
10.	Pencatatan hasil penimbangan cairan dialisis diperlukan untuk mengetahui keseimbangan cairan didalam tubuh.				

**CEKLIST PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN****PENGGANTIAN CAIRAN DIALISAT PASIEN DENGAN CAPD DIRUMAH**

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>TAHAP PERSIAPAN</b>			
	<b>Persiapan alat</b>			
1	Meja untuk meletakkan alat dan obat.			
2	Air / air mengalir			
3	Tissue / handuk			
4	APD (Sarung tangan steril, masker).			
5	Timbangan			
6	Minicap			
7	Outlet port clamps.( untuk twin bag system )			
8	Cairan dialisat ( ultrabag / Twinbag System)			
9	Bantal pemanas / Lampu pemanas.			
10	Standart infus.			
	<b>Persiapan obat</b>			
1	Alkohol 60-90 %			
2	Sabun/Hibiscrub/Klorheksidin glukonat 2-4%			
3	Betadine /Iodofor 7,5 – 10%, .			
4	Cairan dialisat ( baxter 1,5%, 2,3 %, 4,25 % )			
	<b>Persiapan lingkungan</b>			
1	Ruangan khusus perawatan CAPD.			
2	Keadaan ruangan bersih dan tidak berdebu.			
3	Pencahayaan /penerangan cukup Ventilasi cukup			
	<b>Persiapan pasien</b>			
1	Mandi sebelum tindakan keperawatan dilakukan.			
2	Menjelaskan maksud dan tujuan			
3	Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya			
<b>B</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Memilih satu ruangan khusus untuk merawat pasien dengan CAPD.			
2	Mempersiapkan ruangan yang memenuhi syarat: ruangan dalam kondisi bersih tidak berdebu, lantai tidak boleh dari tanah, pencahayaan cukup, ventilasi cukup dengan arah angin tidak boleh langsung mengenai exit-site saat kateter dibuka.			
3	Meletakkan alat, obat dan cairan dialisat yang sudah dihangatkan sesuai dengan suhu tubuh diatas meja			
4	Mempersiapkan standart infus didekat pasien.			
5	Mempersilahkan pasien untuk mengambil posisi tidur telentang atau posisi duduk dan keluarga yang akan melakukan penggantian cairan berada disebelah kanan pasien yang dirawat dengan CAPD.			
6	Keluarga yang akan melakukan perawatan menggunakan /memakai masker yang menutupi hidung dan mulut.			
7	Menggantungkan cairan dialisat pada standart infus yang telah dipersiapkan dengan ketinggian $\pm$ 50 cm, dan pastikan konsentrasi cairan dialisat yang akan digunakan ( 1,2 %, 2,5 % atau 4.25 % ),			
8	Melakukan cuci tangan dengan prinsip 7 langkah sesuai dengan prosedur yang telah di tetapkan.			

9	Gunakan alkohol 60-90% untuk membebaskan tangan dari mikroorganisme atau kuman penyakit.			
10	Keluarga yang akan merawat menggunakan sarung taagan.			
11	Keluarga melakukan penggantian cairan dialisat dengan cara melepas minicap dan menghubungkan dengan cairan dialisat yang sudah disediakan.			
12	Pasang clamps untuk cairan dialisat ( <i>ultrabag</i> ) dan mengalirkan cairan ke penampung pembuangan sampai tidak didapatkan udara dalam slang cairan dialisat.			
13	Kemudian mengalirkan cairan dialisat dari rongga peritoneum dengan cara memutar minicap kearah kanan hingga cairan keluar sampai rongga peritoneum kosong. Proses ini memerlukan waktu ± 20 menit.			
14	Kemudian menutup slang cairan dialisat yang kearah pembuangan dan selanjutnya membuka slang ( <i>ultrabag</i> ) dan mengalirkan cairan sesuai dengan dosis yang diperlukan (anak 75-100 ml per kg berat badan, dewasa volume cairan dialisat sudah dibatasi maksimum 2 liter). Sampai dengan cairan habis kemudian di clamp, selama ± 10 menit.			
15	Melapas transfer set dan menutup dengan minicap.			
16	Membuang cairan dialisat ke WC dan siram samai bersih.			
17	merendam kantong bekas cairan dialisat dengan cairan klorin selama 10-15 menit.			
18	Membuang kantong bekasyang sudah direndam ke tempat sampah umum.			
19	Membereskan alat – alat.			
20	Merapikan kembali pasien			

**Keterangan**

Nilai

0 = tidak dikerjakan

1 = dilaksanakan tidak benar

2 = dikerjakan dengan benar

Jombang, .....2013

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang di dapat}}{\text{Jumlah aspek yang di nilai}} \times 100\%$$

Evaluator

**CEKLIST PROSEDUR TINDAKAN KEPERAWATAN  
EXITE SITE PADA PASIEN DENGAN CAPD DIRUMAH**

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
<b>A</b>	<b>TAHAP PERSIAPAN</b>			
	<b>Persiapan alat</b>			
1	Pinset anatomis /chirurghis			
2	Kasa steril dalam tromol			
3	Pelester.			
4	Duk / kain			
5	APD (Sarung tangan steril , masker ).			
6	Tissue / handuk			
7	Lidi waten			
8	Kapas lembab			
9	Korentang steril			
10	Bengkok, 2 buah kantong plastik			
	<b>Persiapan obat</b>			
1	Alkohol 60-90 %			
2	Cucing / kom kecil			
3	Pz 0,9 %			
4	Kapas			
5	Betadine / Iodofor 7,5 – 10%,			
6	Obat – obat lain :			
7	Savlon / Klorheksidin glukonat dan cetrimide,			
8	Yodium 3%, yodium dan produk alkohol berisi yodium atau tincture ( <i>yodium tinktur</i> ).			
9	Kloroksilenol 0,5-4% ( <i>Dettol</i> ).			
10	Triklosan 0,2-2%.			
	<b>Persiapan lingkungan</b>			
1	Ruangan khusus perawatan CAPD.			
2	Keadaan ruangan bersih dan tidak berdebu, pencahayaan cukup, ventilasi cukup			
	<b>Persiapan pasien</b>			
1	Mandi sebelum tindakan keperawatan dilakukan.			
2	Menjelaskan maksud dan tujuan			
3	Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya			
<b>B</b>	<b>TAHAP KERJA</b>			
1	Mempersiapkan ruangan yang memenuhi syarat: ruangan dalam kondisi bersih tidak berdebu, lantai tidak boleh dari tanah, pencahayaan cukup, ventilasi cukup dengan arah angin tidak boleh langsung mengenai exit-site saat kateter dibuka.			
2	Meletakkan alat dan obat - obatan diatas meja.			
3	Menggunakan/memakai masker yang menutupi hidung dan mulut.			
4	Melakukan cuci tangan dengan prinsip 7 langkah sesuai dengan prosedur yang telah di tetapkan./ sebelum tindakan keperawatan exite site.			

No	IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
5	Gunakan alkohol 60-90% untuk membebaskan tangan dari mikroorganisme atau kuman penyakit.			
6	Menggunakan sarung tangan			
7	Membuka balutan yang menutup exite site dengan kapas yang dibasahi dengan Pz 0,9 %.			
8	Memasukkan balutan yang kotor kedalam bengkok/kantong plastic yang sudah di sediakan.			
9	Membersihkan daerah sekitarnya exite site dari arah tengah ke luar dengan kasa steril yang dibasahi dengan cairan Pz 0,9 %.			
10	Memberi obat <i>mupirocin</i> pada exite site yang dirawat.			
11	Menutup luka dengan kasa steril dengan rapat			
12	Menutup dengan peleseter.			
13	Merapikan pasien			
14	Membereskan alat-alat dan membuang kotoran			
15	Mencuci tangan			

**Keterangan**

Nilai

0 = tidak dikerjakan

1 = dilaksanakan tidak benar

2 = dikerjakan dengan benar

$$\text{NILAI} = \frac{\text{Jumlah Nilai yang di dapat}}{\text{Jumlah aspek yang di nilai}} \times 100\%$$

Jombang, .....2013

Evaluator

(.....)

## Lampiran 12

**RENCANA KEGIATAN PENELITIAN TENTANG CAPD  
DI WILAYAH KABUPATEN JOMBANG**

1	<b>Pre Pelatihan</b>	22 s/d 27 September 2013
	a. Menyebarkan Undangan Pelatihan Perawatan CAPD b. Permohonan Responden dan Penandatanganan Persetujuan Menjadi Responden	
2	<b>Pelatihan</b>	29 September 2013
	a. Absensi Kehadiran Peserta Latihan	
	b. Pretest	
	c. Penyampaian Materi dan Pelaksanaan Pelatihan Perawatan CAPD	
	d. Praktik Perawatan CAPD	
	- Penggantian Cairan Dialisis - Perawatan Exit Site	
	e. Evaluasi Praktek Merawat Pasien dengan CAPD	
	f. Mengulang Kembali Praktek Merawat Bagi Responden yang masih belum sesuai Prosedur	
3	<b>Post Pelatihan</b>	1 s/d 7 Oktober 2013
	a. Home Visite	
	a. Postest Pengetahua dan Sikap Keluarga dalam Melakukan Perawatan CAPD	
	b. Evaluasi Tindakan Keluarga dalam Melakukan Perawatan CAPD	

**DATA HASIL PENGAMBILAN DATA PENELITIAN  
TENTANG CAPD DI WILAYAH KABUPATEN JOMBANG TAHUN 2013**

No	Nama Pasien	Nama Keluarga	Alamat	Hasil Pelaksanaan		Hari Ke
				Tanggal	Jam	
1	Ma	Bu K Bu Y	Ds Kedung Ombo RT 2 RW 1 Ploso Jombang	1-Oct-13	07.00	Pertama
2	Bu Ni	M N	Ds Mlaten Pulogedang Tembelang		11.00	
3	Bpk N	Bu L R	Dsn. Misjo Jati Wates Tembelang Jombang		17.00	
4	Bu El	Pak D Y	Perum Puri Permata Jombang	2-Oct-13	07.00	Kedua
5	Bu Y	Pak S Bu N	Pulo Lor 4 No 29 RT 15 RW 02 Jombang		12.00	
6	Pak N	Bu I Bu S	Dsn Kayen RT 1 RW 1 Morosunggingan Peterongan	3-Oct-13	07.00	Ketiga
7	Bu St	Pak S Pak A	Dsn Ceweng Diwek Jombang		12.00	
8	Bu Rn	Pak I Bu N	Tugu Gg VI RT 6 TW 7 Jombang	4-Oct-13	07.00	Keempat
9	Pak Kh	K R	Jl Joyoboyo 2 No 31 RT 4 / RW 07 Persah Kepanjen		12.00	
11	Bu Ki	Pak P N K	Desa Pulorejo Ngoro Jombang	5-Oct-13	07.00	Kelima
12	Bu H	Pak S Bu L	Dsn Kedaton RT 3 RW 03 Desa Bulurejo Diwek		12.00	
13	Bu St	Al R	Jl. A Yani 129 Sentul Jombang	6-Oct-13	07.00	Keenam
10	Pak Ks	Bu Ta Bu Yu	Ds Pojokrejo Kesamben Jombang		12.00	
14	Pak Aw	As Pak E	Desa Bewe Ngogri RT 6 RW 4 Megaluh Jombang	7-Oct-13	07.00	Ketujuh
15	Pak Nf	Pak S Bu E	Dsn Corogoh RT 4 RW 08 Jogoroto Jombang		12.00	

HASIL PENELITIAN PEMANFAATAN SARANA PRASARANA DENGAN TENAGA KESEHATAN

No	Pernyataan															Σ	%	Kriteria	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				
1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	6	40	Kurang	3
2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	7	Kurang	3
3	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2	13	Kurang	3
4	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	4	27	Kurang	3
5	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	4	27	Kurang	3
6	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	13	Kurang	3
7	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	40	Kurang	3
8	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3	20	Kurang	3
9	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	20	Kurang	3
10	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	4	27	Kurang	3
11	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	13	Kurang	3
12	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	13	Kurang	3
13	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	2	13	Kurang	3
14	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	20	Kurang	3
15	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	3	20	Kurang	3

Keterangan  
 Ya = 1  
 Tidak = 0

Keterangan Kriteria  
 < 56 % = Kurang  
 56 - 75 % = Cukup  
 76 - 100 % = Baik

**REKAPITULASI KARAKTERISTIK  
DATA UMUM RESPONDEN**

No	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan	Pekerjaan	Hubungan Dengan Pasien
1	2	3	4	5	2
2	2	1	4	5	2
3	2	1	4	2	2
4	2	2	4	1	3
5	2	2	4	2	1
6	1	2	4	2	3
7	1	3	4	1	1
8	2	2	4	5	2
9	1	3	2	5	1
10	2	1	4	5	2
11	2	3	4	1	1
12	2	2	4	5	3
13	1	3	3	6	1
14	1	2	3	2	2
15	1	2	4	2	1
16	2	2	3	5	3
17	2	1	4	2	2
18	1	1	4	2	2
19	1	3	4	2	1
20	2	1	4	5	2
21	1	2	4	2	3
22	2	2	3	5	3
23	1	1	4	5	2
24	2	1	4	2	2
25	2	2	4	1	1
26	2	3	4	6	3
27	2	1	4	6	1
28	1	2	4	2	2
29	1	2	4	2	1
30	2	1	4	5	3

**Keterangan****A. Jenis Kelamin**

1. Laki - Laki
2. Perempuan

**B. Umur**

1. 20 - 30 Tahun
2. 31 - 50 Tahun
3. > 50 Tahun

**C. Pendidikan**

1. SD
2. SLTP
3. SLTA
4. PT
5. Tidak Sekolah

**D. Pekerjaan**

1. PNS
2. Swasta
3. Militer / Abri
4. Petani
5. Tidak bekerja
6. Pensiunan

**E. Hubungan dengan Pasien**

1. Suami / Istri
2. Anak
3. Saudara

**REKAPITULASI DATA PENGETAHUAN  
SEBELUM PELATIHAN CAPD (PRETEST)**

No																					Σ	%	Kriteria	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	14	70	Cukup	2
2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	12	60	Cukup	2
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	16	80	Baik	1
4	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	9	45	Kurang	3
5	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	15	75	Cukup	2
6	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	12	60	Cukup	2
7	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	10	50	Kurang	3
8	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	12	60	Cukup	2
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	14	70	Cukup	2
10	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	11	55	Kurang	3
11	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	11	55	Kurang	3
12	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	11	55	Kurang	3
13	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	16	80	Baik	1
14	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	10	50	Kurang	3
15	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	15	75	Cukup	2
16	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	15	75	Cukup	2
17	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	13	65	Cukup	2
18	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	10	50	Kurang	3
19	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	11	55	Kurang	3
20	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	14	70	Cukup	2
21	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	15	75	Cukup	2
22	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	10	50	Kurang	3
23	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	11	55	Kurang	3
24	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	11	55	Kurang	3
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	19	95	Baik	1
26	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	14	70	Cukup	2
27	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	85	Baik	1
28	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15	75	Cukup	2
29	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	10	50	Kurang	3
30	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	15	75	Cukup	2

**REKAPITULASI DATA PENGETAHUAN  
SESUDAH PELATIHAN CAPD (POSTEST)**

No	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Σ	%	Kriteria	Kode
1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	17	85	Baik	1
2	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	16	80	Baik	1
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	16	80	Baik	1
4	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	9	45	Kurang	3
5	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	15	75	Cukup	2
6	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	17	85	Baik	1
7	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	11	55	Kurang	3
8	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	14	70	Cukup	2
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	16	80	Baik	1
10	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	10	50	Kurang	3
11	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	17	85	Baik	1
12	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	16	80	Baik	1
13	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	15	75	Cukup	2
14	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17	85	Baik	1
15	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	16	80	Baik	1
16	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	16	80	Baik	1
17	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	16	80	Baik	1
18	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	11	55	Kurang	3
19	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	16	80	Baik	1
20	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	17	85	Baik	1
21	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	15	75	Cukup	2
22	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	16	80	Baik	1
23	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	11	55	Kurang	3
24	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16	80	Baik	1
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	19	95	Baik	1
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	19	95	Baik	1
27	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17	85	Baik	1
28	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15	75	Cukup	2
29	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	10	50	Kurang	3
30	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	15	75	Cukup	2

**REKAPITULASI DATA SIKAP  
SEBELUM PELATIHAN (PRETEST)**

No	Pernyataan										$\Sigma$	Skor T	Kriteria	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	19	46.0	Negatif	2
2	1	2	2	2	2	4	2	4	3	3	25	58.1	Positif	1
3	2	3	3	3	4	4	1	1	2	2	25	58.1	Positif	1
4	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	16	40.0	Negatif	2
5	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	18	44.0	Negatif	2
6	2	3	2	3	3	4	3	4	3	3	30	68.2	Positif	1
7	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	14	36.0	Negatif	2
8	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	15	38.0	Negatif	2
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	48.1	Negatif	2
10	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	28	64.1	Positif	1
11	3	3	1	1	2	2	1	2	2	1	18	44.0	Negatif	2
12	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	17	42.0	Negatif	2
13	2	2	2	2	2	2	4	2	2	3	23	54.1	Positif	1
14	3	3	3	2	4	2	4	2	4	2	29	66.2	Positif	1
15	2	2	1	2	4	2	2	4	2	2	23	54.1	Positif	1
16	1	2	2	1	2	3	4	4	3	3	25	58.1	Positif	1
17	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	18	44.0	Negatif	2
18	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	25	58.1	Positif	1
19	3	3	3	3	3	2	4	4	3	3	31	70.2	Positif	1
20	2	2	1	2	2	3	3	3	2	1	21	50.1	Positif	1
21	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	16	40.0	Negatif	2
22	2	2	2	2	3	1	1	2	2	1	18	44.0	Negatif	2
23	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	18	44.0	Negatif	2
24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	48.1	Negatif	2
25	3	2	4	3	3	4	3	3	4	1	30	68.2	Positif	1
26	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	17	42.0	Negatif	2
27	1	2	2	1	1	2	1	2	3	3	18	44.0	Negatif	2
28	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	16	40.0	Negatif	2
29	2	2	3	2	2	1	2	1	2	1	18	44.0	Negatif	2
30	1	2	2	2	2	2	3	1	1	2	18	44.0	Negatif	2

**REKAPITULASI DATA SIKAP  
SESUDAH PELATIHAN (POSTEST)**

No	Pernyataan										$\Sigma$	Skor T	Kriteria	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
1	1	2	2	4	3	2	3	3	3	2	25	52.5	Positif	1
2	1	2	2	2	2	4	2	4	3	3	25	52.5	Positif	1
3	2	3	3	3	4	4	1	1	2	2	25	52.5	Positif	1
4	2	1	2	2	4	3	1	4	3	2	24	50.0	Positif	1
5	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	15	27.8	Negatif	2
6	2	3	2	3	3	4	3	4	3	3	30	64.8	Positif	1
7	3	3	3	3	3	2	3	3	2	1	26	54.9	Positif	1
8	1	3	3	2	3	2	2	3	3	1	23	47.5	Negatif	2
9	2	2	2	2	4	3	2	3	2	2	24	50.0	Positif	1
10	2	2	2	3	3	3	4	3	3	3	28	59.9	Positif	1
11	3	3	1	1	3	3	3	2	4	1	24	50.0	Positif	1
12	2	2	1	2	3	3	4	4	2	2	25	52.5	Positif	1
13	2	2	2	2	2	2	4	4	2	3	25	52.5	Positif	1
14	3	3	3	2	4	2	4	4	4	2	31	67.3	Positif	1
15	2	2	1	2	2	2	1	4	4	2	22	45.1	Negatif	2
16	1	2	2	1	2	3	4	4	3	3	25	52.5	Positif	1
17	2	2	2	4	4	3	2	2	3	2	26	54.9	Positif	1
18	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	25	52.5	Positif	1
19	3	3	3	3	3	2	4	4	3	3	31	67.3	Positif	1
20	2	3	1	3	3	3	3	3	2	1	24	50.0	Positif	1
21	1	2	2	1	2	4	2	4	4	2	24	50.0	Positif	1
22	2	2	2	4	4	1	3	4	2	1	25	52.5	Positif	1
23	3	2	1	2	2	1	2	1	2	2	18	35.2	Negatif	2
24	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	20	40.1	Negatif	2
25	3	2	4	3	3	4	3	3	4	1	30	64.8	Positif	1
26	2	1	1	2	2	4	2	4	4	2	24	50.0	Positif	1
27	1	2	2	1	1	3	4	4	3	3	24	50.0	Positif	1
28	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	16	30.3	Negatif	2
29	2	2	3	2	2	1	2	1	2	1	18	35.2	Negatif	2
30	1	2	2	2	2	2	3	1	1	2	18	35.2	Negatif	2

REKAPITULASI TINDAKAN KELUARGA (PRETEST)  
PENGANTARAN CAIRAN DIALISAT PASIEN DENGAN CAPD DIRUMAH

No	Tahap Persiapan										Tahap Kerja										Σ	%	Kriteria	Kode
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	0	0	2				
2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1				
3	2	2	2	2	0	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2				
4	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	0				
5	2	1	0	0	2	2	1	1	0	1	2	2	1	1	2	0	1	0	1	1				
6	1	1	2	2	0	0	0	2	0	0	2	2	1	1	2	2	0	0	2	4				
7	2	1	2	2	2	0	1	1	2	0	1	1	1	0	1	0	1	2	1	2				
8	2	1	1	1	1	2	2	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	2				
9	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	0	2	0	2	0	1	1	0	1				
10	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1				
11	2	2	2	0	0	2	2	1	1	2	0	1	1	1	0	2	2	2	2	4				
12	1	1	2	2	0	1	0	1	2	2	2	1	2	1	1	0	2	2	2	4				
13	0	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	1	1	0	2	1	0	0	2	5				
14	0	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	1	4				
15	2	2	0	2	1	2	1	1	2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	4				
16	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	0	1	2	2	1	0	2	5				
17	2	2	2	2	0	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	0	1	0	4				
18	2	2	2	2	0	2	1	1	0	1	1	1	0	1	1	2	0	1	0	4				
19	2	2	2	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	0	0	2	5				
20	2	1	1	1	2	1	1	0	1	2	1	1	0	2	2	0	1	2	2	5				
21	1	1	2	2	0	0	2	0	2	1	2	2	1	1	0	1	0	0	2	4				
22	2	1	2	2	2	0	1	1	2	0	1	2	1	1	0	1	1	2	1	4				
23	2	1	1	1	1	2	2	0	1	1	0	1	1	2	0	0	2	0	1	3				
24	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0	2	2	1	1	2	0	1				
25	1	2	1	1	2	2	0	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	0	1				
26	2	2	2	2	2	2	0	1	1	2	0	1	1	1	1	0	1	1	1	4				
27	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	0	2	1	2	0	1	0	2	2	4				
28	0	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	0	1	2	0	1	4				
29	0	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	0	2	1	1	1	4				
30	2	2	0	2	1	2	1	1	2	1	0	2	1	1	0	1	1	0	1	4				
Σ	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40				
%	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5	62.5				
Kriteria	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup	Cukup				
Kode	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2				

Keterangan Tahap Persiapan  
a. Persiapan Alat  
b. Persiapan Obat  
c. Persiapan Lingkungan  
d. Persiapan Pasien





REKAPITULASI TINDAKAN KELUARGA (POSTEST)  
EXITE SITE PADA PASIEN DENGAN CAPD DIRUMAH

Lampiran 23

No	Tahap Persiapan															Tahap Kerja															Σ	%	Kriteria	Kode					
	a					b					c					d																							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					1	2	3	4	5
1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	0	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	60	75.0	Cukup	2
2	1	0	2	1	2	2	2	1	1	2	2	1	0	0	2	0	0	2	0	0	2	1	2	2	1	1	0	1	2	2	2	1	0	2	47	58.8	Cukup	2	
3	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	0	2	60	75.0	Cukup	2	
4	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	0	61	76.3	Baik	1	
5	2	2	2	2	0	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	0	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	50	62.5	Cukup	2	
6	2	2	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	2	65	81.3	Baik	1
7	2	1	1	1	1	1	2	2	0	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	0	1	0	1	0	1	2	2	2	2	1	1	2	0	61	76.3	Baik	1
8	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	50	62.5	Cukup	2
9	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62	77.5	Baik	1
10	2	2	1	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	2	1	68	85.0	Baik	1
11	2	2	1	0	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	66	82.5	Baik	1
12	2	1	1	1	0	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	1	64	80.0	Baik	1
13	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	63	78.8	Baik	1	
14	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62	77.5	Baik	1
15	2	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	62	77.5	Baik	1
16	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	62	77.5	Baik	1
17	1	0	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	64	80.0	Baik	1
18	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	61	76.3	Baik	1
19	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	1	61	76.3	Baik	1	
20	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	59	73.8	Cukup	2
21	2	2	0	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	55	68.8	Cukup	2	
22	1	1	2	0	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	63	78.8	Baik	1
23	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	64	80.0	Baik	1
24	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62	77.5	Baik	1
25	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	62	77.5	Baik	1
26	2	1	2	1	0	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	65	81.3	Baik	1
27	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	66	82.5	Baik	1
28	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	62	77.5	Baik	1
29	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	48	60.0	Cukup	2
30	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	64	80.0	Baik	1	
31	2	2	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	55	68.8	Cukup	2	

Keterangan Tahap Persiapan  
a. Persiapan Alat  
b. Persiapan Obat  
c. Persiapan Lingkungan  
d. Persiapan Pasien

## Lampiran 24

**HASIL PEMANFAATAAN SARANA PRASARANA  
DAN TENAGA KESEHATAN**

**Frequencies****Statistics**

Pemanfaatan Sarana Prasarana dan Tenaga Kesehatan

N	Valid	15
	Missing	0

Pemanfaatan Sarana Prasarana dan Tenaga Kesehatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Kurang	15	100,0	100,0	100,0

## Lampiran 25

**FREKUENSI DATA UMUM****Frequencies****Statistics**

		Jenis Kelamin	Umur Responden	Pendidikan Responden	Pekerjaan Responden	Hubungan Responden dengan Pasien
N	Valid	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0

**Frequency Table****Jenis Kelamin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki - Laki	12	40,0	40,0	40,0
	Perempuan	18	60,0	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Umur Responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20 - 30 Tahun	10	33,3	33,3	33,3
	31 - 50 Tahun	13	43,3	43,3	76,7
	> 50 Tahun	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Pendidikan Responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SLTP	1	3,3	3,3	3,3
	SLTA	4	13,3	13,3	16,7
	PT	25	83,3	83,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Pekerjaan Responden**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PNS	4	13,3	13,3	13,3
	Swasta	12	40,0	40,0	53,3
	Tidak Bekerja	11	36,7	36,7	90,0
	Pensiunan	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Hubungan Responden dengan Pasien**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Suami / Istri	10	33,3	33,3	33,3
	Anak	12	40,0	40,0	73,3
	Saudara	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

## Lampiran 26

**FREKUENSI DATA KHUSUS****Frequency Table****Pengetahuan (Pretest)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	4	13,3	13,3	13,3
	Cukup	14	46,7	46,7	60,0
	Kurang	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Pengetahuan (Posttest)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	18	60,0	60,0	60,0
	Cukup	6	20,0	20,0	80,0
	Kurang	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Sikap (Pretest)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	12	40,0	40,0	40,0
	Negatif	18	60,0	60,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Sikap (Posttest)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Positif	22	73,3	73,3	73,3
	Negatif	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Tindakan Penggantian Cairan (Pretest)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	1	3,3	3,3	3,3
	Cukup	10	33,3	33,3	36,7
	Kurang	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Tindakan Penggantian Cairan (Posttest)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	21	70,0	70,0	70,0
	Cukup	8	26,7	26,7	96,7
	Kurang	1	3,3	3,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Tindakan Exite Site (Pretest)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	4	13,3	13,3	13,3
	Cukup	11	36,7	36,7	50,0
	Kurang	15	50,0	50,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

**Tindakan Exite Site (Posttest)**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	22	73,3	73,3	73,3
	Cukup	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

## Lampiran 27

**TABULASI SILANG ANTARA DEMOGRAFI RESPONDEN  
BERDASARKAN VARIABEL PENELITIAN  
SEBELUM PERLAKUAN  
CROSSTAB**

## 1. Demografi Responden Berdasarkan Pengetahuan

**Crosstabs**

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Pengetahuan (Pretest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Umur Responden * Pengetahuan (Pretest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Pendidikan Responden * Pengetahuan (Pretest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Pekerjaan Responden * Pengetahuan (Pretest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Hubungan Responden dengan Pasien * Pengetahuan (Pretest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Jenis Kelamin \* Pengetahuan (Pretest) Crosstabulation

			Pengetahuan (Pretest)			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Jenis Kelamin	Laki - Laki	Count	1	4	6	11
		% within Jenis Kelamin	9.1%	36.4%	54.5%	100.0%
	Perempuan	Count	3	10	6	19
		% within Jenis Kelamin	15.8%	52.6%	31.6%	100.0%
Total		Count	4	14	12	30
		% within Jenis Kelamin	13.3%	46.7%	40.0%	100.0%

Umur Responden \* Pengetahuan (Pretest) Crosstabulation

			Pengetahuan (Pretest)			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Umur Responden	20 - 30 Tahun	Count	2	4	4	10
		% within Umur Responden	20.0%	40.0%	40.0%	100.0%
	31 - 50 Tahun	Count	1	9	5	15
		% within Umur Responden	6.7%	60.0%	33.3%	100.0%
	> 50 Tahun	Count	1	1	3	5
		% within Umur Responden	20.0%	20.0%	60.0%	100.0%
Total		Count	4	14	12	30
		% within Umur Responden	13.3%	46.7%	40.0%	100.0%

**Pendidikan Responden \* Pengetahuan (Pretest) Crosstabulation**

			Pengetahuan (Pretest)			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Pendidikan Responden	SLTP	Count % within Pendidikan Responden	0 .0%	1 100.0%	0 .0%	1 100.0%
	SLTA	Count % within Pendidikan Responden	1 25.0%	1 25.0%	2 50.0%	4 100.0%
	PT	Count % within Pendidikan Responden	3 12.0%	12 48.0%	10 40.0%	25 100.0%
Total		Count % within Pendidikan Responden	4 13.3%	14 46.7%	12 40.0%	30 100.0%

**Pekerjaan Responden \* Pengetahuan (Pretest) Crosstabulation**

			Pengetahuan (Pretest)			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Pekerjaan Responden	PNS	Count % within Pekerjaan Responden	0 .0%	1 33.3%	2 66.7%	3 100.0%
	Swasta	Count % within Pekerjaan Responden	1 14.3%	5 71.4%	1 14.3%	7 100.0%
	Petani	Count % within Pekerjaan Responden	0 .0%	0 .0%	1 100.0%	1 100.0%
	Tidak Bekerja	Count % within Pekerjaan Responden	2 11.1%	8 44.4%	8 44.4%	18 100.0%
	Pensiunan	Count % within Pekerjaan Responden	1 100.0%	0 .0%	0 .0%	1 100.0%
Total		Count % within Pekerjaan Responden	4 13.3%	14 46.7%	12 40.0%	30 100.0%

Hubungan Responden dengan Pasien \* Pengetahuan (Pretest) Crosstabulation

			Pengetahuan (Pretest)			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Hubungan Responden dengan Pasien	Suami / Istri	Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	3 20.0%	5 33.3%	7 46.7%	15 100.0%
	Anak	Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	1 14.3%	4 57.1%	2 28.6%	7 100.0%
	Saudara	Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	0 .0%	5 62.5%	3 37.5%	8 100.0%
Total		Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	4 13.3%	14 46.7%	12 40.0%	30 100.0%

## 2. Demografi Responden Berdasarkan Sikap

### Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Sikap (Pretest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Umur Responden * Sikap (Pretest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Pendidikan Responden * Sikap (Pretest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Pekerjaan Responden * Sikap (Pretest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Hubungan Responden dengan Pasien * Sikap (Pretest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Jenis Kelamin \* Sikap (Pretest) Crosstabulation

			Sikap (Pretest)		Total
			Positif	Negatif	
Jenis Kelamin	Laki - Laki	Count % within Jenis Kelamin	5 45.5%	6 54.5%	11 100.0%
	Perempuan	Count % within Jenis Kelamin	7 36.8%	12 63.2%	19 100.0%
Total		Count % within Jenis Kelamin	12 40.0%	18 60.0%	30 100.0%

**Umur Responden \* Sikap (Pretest) Crosstabulation**

			Sikap (Pretest)		Total
			Positif	Negatif	
Umur Responden	20 - 30 Tahun	Count	5	5	10
		% within Umur Responden	50.0%	50.0%	100.0%
	31 - 50 Tahun	Count	5	10	15
		% within Umur Responden	33.3%	66.7%	100.0%
	> 50 Tahun	Count	2	3	5
		% within Umur Responden	40.0%	60.0%	100.0%
Total		Count	12	18	30
		% within Umur Responden	40.0%	60.0%	100.0%

**Pendidikan Responden \* Sikap (Pretest) Crosstabulation**

			Sikap (Pretest)		Total
			Positif	Negatif	
Pendidikan Responden	SLTP	Count	0	1	1
		% within Pendidikan Responden	.0%	100.0%	100.0%
	SLTA	Count	3	1	4
		% within Pendidikan Responden	75.0%	25.0%	100.0%
	PT	Count	9	16	25
		% within Pendidikan Responden	36.0%	64.0%	100.0%
Total		Count	12	18	30
		% within Pendidikan Responden	40.0%	60.0%	100.0%

**Pekerjaan Responden \* Sikap (Pretest) Crosstabulation**

			Sikap (Pretest)		Total
			Positif	Negatif	
Pekerjaan Responden	PNS	Count % within Pekerjaan Responden	1 33.3%	2 66.7%	3 100.0%
	Swasta	Count % within Pekerjaan Responden	2 28.6%	5 71.4%	7 100.0%
	Petani	Count % within Pekerjaan Responden	0 .0%	1 100.0%	1 100.0%
	Tidak Bekerja	Count % within Pekerjaan Responden	8 44.4%	10 55.6%	18 100.0%
	Pensiunan	Count % within Pekerjaan Responden	1 100.0%	0 .0%	1 100.0%
Total		Count % within Pekerjaan Responden	12 40.0%	18 60.0%	30 100.0%

**Hubungan Responden dengan Pasien \* Sikap (Pretest) Crosstabulation**

			Sikap (Pretest)		Total
			Positif	Negatif	
Hubungan Responden dengan Pasien	Suami / Istri	Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	6 40.0%	9 60.0%	15 100.0%
	Anak	Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	4 57.1%	3 42.9%	7 100.0%
	Saudara	Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	2 25.0%	6 75.0%	8 100.0%
Total		Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	12 40.0%	18 60.0%	30 100.0%

Lampiran 28

**TABULASI SILANG ANTARA DEMOGRAFI RESPONDEN  
BERDASARKAN VARIABEL PENELITIAN  
SESUDAH PERLAKUAN  
CROSSTAB**

**1. Demografi Responden Berdasarkan Pengetahuan**

**Crosstabs**

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Pengetahuan (Postest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Umur Responden * Pengetahuan (Postest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Pendidikan Responden * Pengetahuan (Postest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Pekerjaan Responden * Pengetahuan (Postest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Hubungan Responden dengan Pasien * Pengetahuan (Postest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

**Jenis Kelamin \* Pengetahuan (Postest) Crosstabulation**

			Pengetahuan (Postest)			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Jenis Kelamin	Laki - Laki	Count	4	3	4	11
		% within Jenis Kelamin	36.4%	27.3%	36.4%	100.0%
	Perempuan	Count	14	3	2	19
		% within Jenis Kelamin	73.7%	15.8%	10.5%	100.0%
Total		Count	18	6	6	30
		% within Jenis Kelamin	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%

**Umur Responden \* Pengetahuan (Postest) Crosstabulation**

			Pengetahuan (Postest)			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Umur Responden	20 - 30 Tahun	Count	6	1	3	10
		% within Umur Responden	60.0%	10.0%	30.0%	100.0%
	31 - 50 Tahun	Count	9	4	2	15
		% within Umur Responden	60.0%	26.7%	13.3%	100.0%
	> 50 Tahun	Count	3	1	1	5
		% within Umur Responden	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
Total		Count	18	6	6	30
		% within Umur Responden	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%

**Pendidikan Responden \* Pengetahuan (Posttest) Crosstabulation**

			Pengetahuan (Posttest)			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Pendidikan Responden	SLTP	Count % within Pendidikan Responden	1 100.0%	0 .0%	0 .0%	1 100.0%
	SLTA	Count % within Pendidikan Responden	3 75.0%	1 25.0%	0 .0%	4 100.0%
	PT	Count % within Pendidikan Responden	14 56.0%	5 20.0%	6 24.0%	25 100.0%
Total		Count % within Pendidikan Responden	18 60.0%	6 20.0%	6 20.0%	30 100.0%

**Pekerjaan Responden \* Pengetahuan (Posttest) Crosstabulation**

			Pengetahuan (Posttest)			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Pekerjaan Responden	PNS	Count % within Pekerjaan Responden	2 66.7%	0 .0%	1 33.3%	3 100.0%
	Swasta	Count % within Pekerjaan Responden	3 42.9%	3 42.9%	1 14.3%	7 100.0%
	Petani	Count % within Pekerjaan Responden	1 100.0%	0 .0%	0 .0%	1 100.0%
	Tidak Bekerja	Count % within Pekerjaan Responden	12 66.7%	2 11.1%	4 22.2%	18 100.0%
	Pensiunan	Count % within Pekerjaan Responden	0 .0%	1 100.0%	0 .0%	1 100.0%
Total		Count % within Pekerjaan Responden	18 60.0%	6 20.0%	6 20.0%	30 100.0%

Hubungan Responden dengan Pasien \* Pengetahuan (Postest) Crosstabulation

			Pengetahuan (Postest)			Total
			Baik	Cukup	Kurang	
Hubungan Responden dengan Pasien	Suami / Istri	Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	8 53.3%	3 20.0%	4 26.7%	15 100.0%
	Anak	Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	6 85.7%	0 .0%	1 14.3%	7 100.0%
	Saudara	Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	4 50.0%	3 37.5%	1 12.5%	8 100.0%
Total		Count % within Hubungan Responden dengan Pasien	18 60.0%	6 20.0%	6 20.0%	30 100.0%

2. Demografi Responden Berdasarkan Sikap

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Jenis Kelamin * Sikap (Postest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Umur Responden * Sikap (Postest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Pendidikan Responden * Sikap (Postest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Pekerjaan Responden * Sikap (Postest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%
Hubungan Responden dengan Pasien * Sikap (Postest)	30	100.0%	0	.0%	30	100.0%

Jenis Kelamin \* Sikap (Postest) Crosstabulation

			Sikap (Postest)		Total
			Positif	Negatif	
Jenis Kelamin	Laki - Laki	Count % within Jenis Kelamin	7 63.6%	4 36.4%	11 100.0%
	Perempuan	Count % within Jenis Kelamin	15 78.9%	4 21.1%	19 100.0%
Total		Count % within Jenis Kelamin	22 73.3%	8 26.7%	30 100.0%

**Umur Responden \* Sikap (Postest) Crosstabulation**

		Sikap (Postest)		Total	
		Positif	Negatif		
Umur Responden	20 - 30 Tahun	Count % within Umur Responden	7 70.0%	3 30.0%	10 100.0%
	31 - 50 Tahun	Count % within Umur Responden	10 66.7%	5 33.3%	15 100.0%
	> 50 Tahun	Count % within Umur Responden	5 100.0%	0 .0%	5 100.0%
Total		Count % within Umur Responden	22 73.3%	8 26.7%	30 100.0%

**Pendidikan Responden \* Sikap (Postest) Crosstabulation**

		Sikap (Postest)		Total	
		Positif	Negatif		
Pendidikan Responden	SLTP	Count % within Pendidikan Responden	1 100.0%	0 .0%	1 100.0%
	SLTA	Count % within Pendidikan Responden	4 100.0%	0 .0%	4 100.0%
	PT	Count % within Pendidikan Responden	17 68.0%	8 32.0%	25 100.0%
Total		Count % within Pendidikan Responden	22 73.3%	8 26.7%	30 100.0%

**Pekerjaan Responden \* Sikap (Postest) Crosstabulation**

			Sikap (Postest)		Total
			Positif	Negatif	
Pekerjaan Responden	PNS	Count	2	1	3
		% within Pekerjaan Responden	66.7%	33.3%	100.0%
	Swasta	Count	4	3	7
		% within Pekerjaan Responden	57.1%	42.9%	100.0%
	Petani	Count	1	0	1
		% within Pekerjaan Responden	100.0%	.0%	100.0%
Tidak Bekerja	Count	14	4	18	
	% within Pekerjaan Responden	77.8%	22.2%	100.0%	
Pensiunan	Count	1	0	1	
	% within Pekerjaan Responden	100.0%	.0%	100.0%	
Total		Count	22	8	30
		% within Pekerjaan Responden	73.3%	26.7%	100.0%

**Hubungan Responden dengan Pasien \* Sikap (Postest) Crosstabulation**

			Sikap (Postest)		Total
			Positif	Negatif	
Hubungan Responden dengan Pasien	Suami / Istri	Count	10	5	15
		% within Hubungan Responden dengan Pasien	66.7%	33.3%	100.0%
	Anak	Count	6	1	7
		% within Hubungan Responden dengan Pasien	85.7%	14.3%	100.0%
	Saudara	Count	6	2	8
		% within Hubungan Responden dengan Pasien	75.0%	25.0%	100.0%
Total		Count	22	8	30
		% within Hubungan Responden dengan Pasien	73.3%	26.7%	100.0%

## Lampiran 29

**TABULASI SILANG  
(CROSTAB)**

**Crosstabs****Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Quantum Learning Methode (QLM)	60	100,0%	0	,0%	60	100,0%
Sikap * Quantum Learning Methode (QLM)	60	100,0%	0	,0%	60	100,0%
Tindakan Penggantian Cairan * Quantum Learning Methode (QLM)	60	100,0%	0	,0%	60	100,0%
Tindakan Exite Site * Quantum Learning Methode (QLM)	60	100,0%	0	,0%	60	100,0%

**Pengetahuan \* Quantum Learning Methode (QLM) Crosstabulation**

			Quantum Learning Methode (QLM)		Total
			Pretest	Posttest	
Pengetahuan	Baik	Count	4	18	22
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	13,3%	60,0%	36,7%
	Cukup	Count	14	6	20
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	46,7%	20,0%	33,3%
	Kurang	Count	12	6	18
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	40,0%	20,0%	30,0%
Total		Count	30	30	60
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	100,0%	100,0%	100,0%

**Sikap \* Quantum Learning Methode (QLM) Crosstabulation**

			Quantum Learning Methode (QLM)		Total
			Pretest	Postest	
Sikap	Positif	Count	12	22	34
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	40,0%	73,3%	56,7%
	Negatif	Count	18	8	26
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	60,0%	26,7%	43,3%
Total		Count	30	30	60
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	100,0%	100,0%	100,0%

**Tindakan Penggantian Cairan \* Quantum Learning Methode (QLM) Crosstabulation**

			Quantum Learning Methode (QLM)		Total
			Pretest	Postest	
Tindakan Penggantian Cairan	Baik	Count	1	21	22
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	3,3%	70,0%	36,7%
	Cukup	Count	10	8	18
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	33,3%	26,7%	30,0%
	Kurang	Count	19	1	20
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	63,3%	3,3%	33,3%
Total		Count	30	30	60
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	100,0%	100,0%	100,0%

**Tindakan Exite Site \* Quantum Learning Methode (QLM) Crosstabulation**

			Quantum Learning Methode (QLM)		Total
			Pretest	Postest	
Tindakan Exite Site	Baik	Count	4	22	26
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	13,3%	73,3%	43,3%
	Cukup	Count	11	8	19
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	36,7%	26,7%	31,7%
	Kurang	Count	15	0	15
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	50,0%	,0%	25,0%
Total		Count	30	30	60
		% within Quantum Learning Methode (QLM)	100,0%	100,0%	100,0%

## Lampiran 30

## HASIL ANALISIS UJI WICOXON TEST

### NPar Tests

### Wilcoxon Signed Ranks Test

#### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Pengetahuan (Postest) - Pengetahuan (Pretest)	Negative Ranks	15 <sup>a</sup>	8,70	130,50
	Positive Ranks	1 <sup>b</sup>	5,50	5,50
	Ties	14 <sup>c</sup>		
	Total	30		
Sikap (Postest) - Sikap (Pretest)	Negative Ranks	11 <sup>d</sup>	6,50	71,50
	Positive Ranks	1 <sup>e</sup>	6,50	6,50
	Ties	18 <sup>f</sup>		
	Total	30		
Tindakan Penggantian Cairan (Postest) - Tindakan Penggantian Cairan (Pretest)	Negative Ranks	27 <sup>g</sup>	14,72	397,50
	Positive Ranks	1 <sup>h</sup>	8,50	8,50
	Ties	2 <sup>i</sup>		
	Total	30		
Tindakan Exite Site (Postest) - Tindakan Exite Site (Pretest)	Negative Ranks	24 <sup>j</sup>	12,50	300,00
	Positive Ranks	0 <sup>k</sup>	,00	,00
	Ties	6 <sup>l</sup>		
	Total	30		

- a. Pengetahuan (Postest) < Pengetahuan (Pretest)
- b. Pengetahuan (Postest) > Pengetahuan (Pretest)
- c. Pengetahuan (Postest) = Pengetahuan (Pretest)
- d. Sikap (Postest) < Sikap (Pretest)
- e. Sikap (Postest) > Sikap (Pretest)
- f. Sikap (Postest) = Sikap (Pretest)
- g. Tindakan Penggantian Cairan (Postest) < Tindakan Penggantian Cairan (Pretest)
- h. Tindakan Penggantian Cairan (Postest) > Tindakan Penggantian Cairan (Pretest)
- i. Tindakan Penggantian Cairan (Postest) = Tindakan Penggantian Cairan (Pretest)
- j. Tindakan Exite Site (Postest) < Tindakan Exite Site (Pretest)
- k. Tindakan Exite Site (Postest) > Tindakan Exite Site (Pretest)
- l. Tindakan Exite Site (Postest) = Tindakan Exite Site (Pretest)

Test Statistics<sup>b</sup>

	Pengetahuan (Postest) - Pengetahuan (Pretest)	Sikap (Postest) - Sikap (Pretest)	Tindakan Penggantian Cairan (Postest) - Tindakan Penggantian Cairan (Pretest)	Tindakan Exit Site (Postest) - Tindakan Exit Site (Pretest)
Z	-3,346 <sup>a</sup>	-2,887 <sup>a</sup>	-4,575 <sup>a</sup>	-4,443 <sup>a</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,004	,000	,000

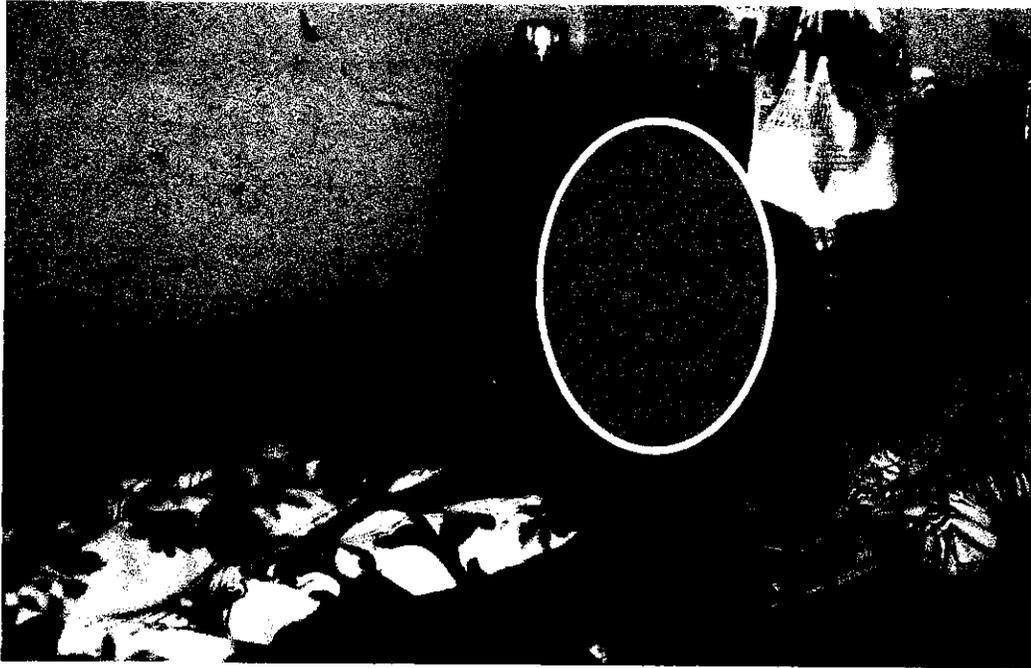
a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 31

Gambaran hasil peneitian tentang Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Melakukan Prosedur Tindakan Keperawatan Pasien *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* Diwilayah Kabupaten Jombang.

Tindakan penggantian cairan sebelum pelatihan

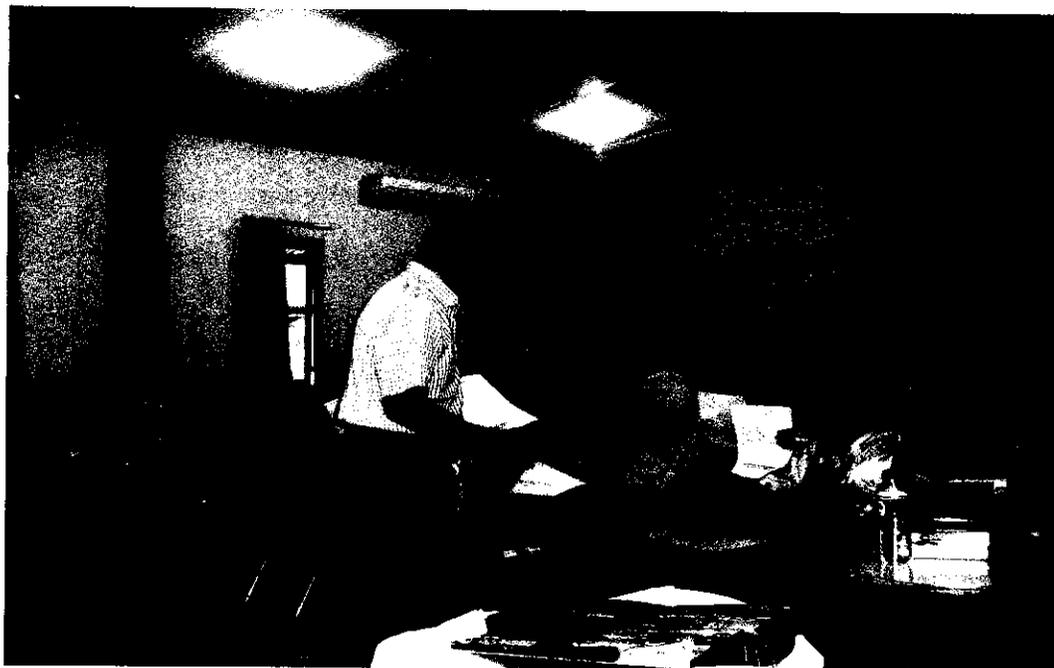


Gambaran tindakan penggantian cairan dilasiat pasien dengan Gagal Ginjal Kronis (GGK) dengan CAPD sebelum di diberikan pendidikan dan pelatihan.

Lampiran 32

Gambaran hasil peneitian tentang Pengaruh *Quantum Learning Methode (QLM)* Terhadap Perubahan Perilaku Keluarga Dalam Melakukan Prosedur Tindakan Keperawatan Pasien *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* Diwilayah Kabupaten Jombang.

Penyampaian materi tentang *Continuos Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD)* dan cara melakukan tindakan keperawatannya



Lampiran 33

Desain Undangan Pelatihan

1. Bagian Depan



## 2. Bagian Dalam

Mengharapkan kehadiran Bapak/Ibu/Perwakilan Keluarga  
dalam acara :

**PELATIHAN PERAWATAN PASIEN DENGAN  
Countinuous Ambulatory Peritoneal Dialisis (CAPD)**  
yang akan dilaksanakan pada :

Hari : Minggu  
Tanggal : 29 September 2013  
Waktu : 07.30 WIB s/d selesai  
Tempat : STIKES PEMKAB JOMBANG  
          Jl. Dr. Soetomo No. 75 Jombang

Atas Kehadiran Bapak/ Ibu/ Perwakilan Keluarga  
kami sampaikan Terima kasih

Mahasiswa Program Pascasarjana  
Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga  
Surabaya

  
H. RIFA'I, S.Kep., Ns

## *Acara*

1. Pemaparan Materi Pelatihan Perawatan CAPD
2. Praktikum Cara Perawatan CAPD
  - Cara Penggantian Cairan Dialisis
  - Cara Perawatan Exit Site (Perawatan Kateter CAPD)