

**PENGARUH EDUKASI TERHADAP PERUBAHAN  
MISKONSEPSI PENGGUNAAN OBAT ANTIDIABETES DAN  
ATAU HIPERTENSI PADA KADER POSBINDU**

**SKRIPSI**

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai gelar Sarjana Farmasi (S.Farm)

Program Studi Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Universitas Islam Indonesia



Oleh :

**NURUL SETYOWATI**

**13613141**

**PROGRAM STUDI FARMASI  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA  
YOGYAKARTA  
JUNI 2020**

SKRIPSI

**PENGARUH EDUKASI TERHADAP PERUBAHAN  
MISKONSEPSI PENGGUNAAN OBAT ANTIDIABETES DAN  
ATAU HIPERTENSI PADA KADER POSBINDU**

Yang Diajukan Oleh :



Telah Disetujui Oleh :

Pembimbing Utama

Dr Vitarani Dwi Ananda N.M.Si.Apt

Pembimbing Dua

Dian Medisa, S.Farm., Apt., MPH

SKRIPSI

**PENGARUH EDUKASI TERHADAP PERUBAHAN  
MISKONSEPSI PENGGUNAAN OBAT ANTIDIABETES DAN  
ATAU HIPERTENSI PADA KADER POSBINDU**

Oleh:

NURUL SETYOWATI

13613141

Dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi Program Studi  
Farmasi Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam  
Universitas Islam Indonesia

Tanggal: 28 Juli 2020

Ketua Penguji	: Ndaru Setyaningrum, M. Sc., Apt	(...  .....)
Anggota Penguji	: Dr. Vitarani Dwi Ananda Ningrum., M.Si., Apt	(...  .....)
	Dian Medisa, S.Farm., Apt., M.P.H	(...  .....)
	Novi Dwi Rugiarti, MSc., Apt	(...  .....)

Mengetahui,

Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Universitas Islam Indonesia

   
Prof. Riyanto, S.Pd., M.Si., Ph.D

## PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan diterbitkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, 28 Juli 2020

Penulis,



Nurul Setyowati

## DAFTAR ISI

<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	i
<b>SURAT PERNYATAAN</b> .....	iii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	iv
<b>INTISARI</b> .....	vii
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	3
<b>BAB II STUDI PUSTAKA</b> .....	4
2.1 Tujuan Pustaka .....	4
2.1.1 Diabetes Melitus Tipe 2 .....	4
2.1.2 Hipertensi .....	5
2.1.3 Obat Dan Faktor Resiko Gagal Ginjal .....	7
2.1.4 Miskonsepsi.....	7
2.1.5 Faktor Pengetahuan.....	8
2.1.6 Edukasi.....	10
2.1.7 Pos Pembinaan Terpadu .....	13
2.2 Landasan Teori.....	14
2.3 Hipotesis .....	15
2.4 Kerangka Penelitian .....	16
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b> .....	17
3.1 Rancangan Penelitian .....	17

3.2 Tempat Dan Waktu Penelitian .....	17
3.3 Populasi Dan Sampel.....	17
3.4 Definisi Operasional .....	17
3.5 Instrumen Penelitian .....	18
3.6 Hasil Uji Validitas Dan Uji Reliabilitas .....	19
3.7 Model Edukasi .....	19
3.8 Pengumpulam data .....	22
3.9 Pengolahan Dan Analisis Data.....	23
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>26</b>
4.1 Gambaran umum Penelitian yang Dianalisis Ulang .....	26
4.2 Karakteristik Demografi.....	27
4.3 Deskripsi Tingkat Miskonsepsi Kader Posbindu Sebelum Edukasi Dan Setelah Edukasi .....	30
4.4 Perbandingan Tingkat Pengetahuan Kader Posbindu Sebelum Edukasi dan Setelah Edukasi .....	37
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>43</b>
5.1 Kesimpulan .....	43
5.2 Saran .....	43
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>44</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>47</b>

## DAFTAR TABEL

Table 2.1. Kriteria Penegakan Diagnosa .....	5
Table 2.1. Klsifikasi Hipertensi .....	6
Tabel 3.1. Metode Edukasi .....	21
Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Pasien .....	27
Tabel 4.2 Rata-rata Pretest Kader Posbindu .....	30
Tabel 4.3 Deskripsi Tingkat Pengetahuan Kader Posbindu Tentang Terapi HDM.....	31
Tabel 4.4 Deskripsi Tingkat Pengetahuan Kader Posbindu Tentang Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin .....	32
Tabel 4.5 Deskripsi Tingkat Pengetahuan Kader Posbindu Tentang Obat Penyebab Gagal Ginjal .....	33
Tabel 4.6 Deskripsi Tingkat Pengetahuan Kader Posbindu Tentang Faktor Resiko Gagal Ginjal .....	34
Tabel 4.7 Deskripsi Tingkat Kepatuhan Kader Posbindu Tentang Kepatuhan Berobat.....	35
Tabel 4.8 Diskripsi Gambaran Kesehatan Kader Posbindu .....	36
Tabel 4.9 Hasil Uji Normalitas Sebaran Data Penelitian .....	37
Tabel 4.10 Gambaran Tingkat Pengetahuan Kader Posbindu Sebelum dan Setelah Edukasi Tentang Terapi HDM.....	39
Tabel 4.11 Gambaran Tingkat Pengetahuan Kader Posbindu Sebelum dan Setelah Edukasi Tentang Penggunaan Obat Rutin .....	40
Tabel 4.12 Gambaran Tingkat Pengetahuan Kader Posbindu Sebelum dan Setelah Edukasi Tentang Obat Penyebab Gagal Ginjal .....	40
Tabel 4.13 Gambaran Tingkat Pengetahuan Kader Posbindu Sebelum dan Setelah Edukasi Tentang Faktor Resiko Gagal Ginjal .....	41
Tabel 4.14 Gambaran Tingkat Pengetahuan Kader Posbindu Sebelum dan Setelah Edukasi Tentang Tingkat Kepatuhan Berobat	
Tabel 4.15 Gambaran Kondisi Kesehatan dan Kesejahteraan .....	42

# **PENGARUH EDUKASI TERHADAP PERUBAHAN MISKONSEPSI PENGGUNAAN OBAT ANTIDIABETES DAN ATAU HIPERTENSI PADA KADER POSBINDU**

**Nurul Setyowati**

**Program Studi Farmasi**

## **INTI SARI**

Ketidakpatuhan pengobatan menjadi faktor utama peningkatan persentase komplikasi diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi. Hal tersebut dikarenakan kurangnya pengetahuan sehingga menyebabkan terjadinya miskonsepsi yang dapat menghambat keberhasilan terapi pengobatan. Pentingnya pengetahuan yang baik pada kader Posbindu dapat menekan laju peningkatan penyakit diabetes mellitus dan hipertensi. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat miskonsepsi dan pengaruh edukasi terhadap perubahan miskonsepsi penggunaan obat pada penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi. Penelitian ini menganalisis ulang hasil penelitian eksperimental yang menggunakan rancangan kuasi-eksperimental *pretest-posttest control design* pada kader Posbindu di Puskesmas Godean 2, Gamping 2, Sleman dan Ngaglik 1. Instrumen penelitian ini menggunakan kuisiener yang telah tervalidasi dari penelitian sebelumnya. Analisa yang digunakan adalah Analisis Univariat untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan kader Posbindu, uji *Paired Sample T-Test* untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh perbedaan edukasi terhadap peningkatan pengetahuan kader Posbindu. Kuesioner bagian C memiliki tingkat miskonsepsi yang tinggi dilihat dari hasil *Pretest*, kuesioner bagian A dan B memiliki tingkat miskonsepsi yang sedang, dilihat dari hasil nilai *Pretest* yang diperoleh dari responden termasuk dalam kategori pengetahuan sangat rendah, rendah, dan sedang, sedangkan pada kuesioner bagian D kader posbindu memiliki tingkat miskonsepsi yang rendah karena dilihat dari hasil *Pretest* tingkat pengetahuan responden termasuk dalam kategori tinggi dan sangat tinggi. Edukasi yang dilakukan memiliki pengaruh signifikan terhadap penurunan miskonsepsi dan terjadi peningkatan pengetahuan pada kuesioner bagian penggunaan obat rutin dan obat yang menyebabkan gagal ginjal dengan kategori *large effect*.

Kata kunci : DM Tipe 2, Hipertensi, Miskonsepsi, Edukasi, Penggunaan Obat, Puskesmas



# **The Effect of Education towards Changes of Misconception in Consuming Diabetes and or Hypertension Drugs on the Health Workers in the Integrated Health Centre**

**Nurul Setyowati**

**Pharmacy Study Program**

## **Abstract**

Disobedience in consuming drugs is a primary factor that increases the percentage of complications on the patients suffering from diabetes mellitus type 2 and hypertension. This is attributable to the lack of knowledge on the drugs, which causes misconception that hampers the success of medication. The knowledge of the health workers in the Integrated Health Centre plays an important role in preventing diabetes mellitus and hypertension from getting worse. The present study aims to find out the level of Misconception and the effect of education towards changes in the misconception in the consumption of drugs of diabetes mellitus type 2 and Hypertension. It reanalyze the results of a quasi experimental study with pretest and post test control design on health workers in Puskesmas Godean 2, Puskesmas Gamping 2, Puskesmas Sleman, and Puskesmas Ngaglik 1. Validated questionnaire from the previous study was used as an instrument, and Univariate analysis was carried out to investigate the level of knowledge of the health workers. *Paired Sample T-test* was employed to find out whether education affects their level of knowledge. The questionnaire part C has a high level of misconception as seen from the *Pretest* results, the part A and B questionnaires have a moderate level of misconception, seen from the results of the *Pretest* values obtained from respondents included in the very low, low, and moderate knowledge category, while in the part D questionnaire the Health Workers have a low level of misconception because seen from the *Pretest* results, the knowledge level of respondents is in the high and very high category. The education carried out has a significant effect on decreasing misconceptions and there is an increase in knowledge on the questionnaire section of routine drug use and drugs that cause kidney failure with categories *large effect*.

Keywords: diabetes mellitus Tipe 2, Hypertension, Misconception, Education, use of drugs, the Integrated Health Centre

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Penyakit hipertensi dan diabetes melitus merupakan dua diantara beberapa penyakit tidak menular (PTM). Dari data WHO (2008) yang diambil oleh Kemenkes RI bahwa lebih dari setengah kematian didunia disebabkan oleh penyakit hipertensi dan diabetes melitus. Di Indonesia, tingkat kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) dari tahun 1995 hingga tahun 2018 terjadi peningkatan sebesar 19% (Kemenkes RI, 2018).

Untuk menekan penyakit komplikasi diperlukan upaya dalam pengelolaan penyakit hipertensi dan diabetes melitus salah satunya melalui kepatuhan terhadap pengobatan. Namun beberapa penelitian menunjukkan rata-rata kepatuhan pasien akan pengobatan jangka panjang pada penyakit kronik seperti hipertensi dan diabetes melitus yang terjadi di negara maju berkisar 50%, sedangkan jumlah tersebut lebih rendah di negara berkembang seperti Indonesia. Pada penelitian lain menyebutkan bahwa ketidakpatuhan pengobatan dikarenakan rendahnya pengetahuan mengenai informasi penyakit dan pengobatan yang terjadinya miskonsepsi terhadap penanganan penyakit itu sendiri. Tingkat pengetahuan sangat mempengaruhi kepatuhan pengobatan akan tetapi tidak menutup kemungkinan miskonsepsi dalam pengobatan yang dilakukan tetap terjadi (Dorner *et al.*, 2013).

Pemberian edukasi pada kader Posbindu terkait diabetes melitus maupun hipertensi terbukti berpengaruh 90% dari total pasien (Mitchell *et al.*, 2011). Sedangkan pada penelitian lainnya, pasien dengan penyakit diabetes melitus menjalani pengobatan dengan pendampingan tenaga kesehatan meliputi pengetahuan pengobatan terbukti lebih terkontrol kadar gula darahnya dibandingkan pasien tanpa pendampingan tenaga kesehatan (Collins *et al.*, 2011).

Miskonsepsi didefinisikan sebagai pemahaman yang kurang tepat terhadap suatu konsep tertentu (Suparno, 2005). Miskonsepsi menjadi salah satu faktor penghambat keberhasilan penggunaan terapi pengobatan pada diabetes tipe 2 dan

hipertensi. Miskonsepsi seharusnya dilakukan pembenaran atau pengoreksian agar dapat merubah pemahaman kader Posbindu tentang terapi pengobatan yang dapat diberikan dengan adanya edukasi (Isabella, Sitorus and Afiyanti, 2008). Miskonsepsi menjadi salah satu faktor penghambat keberhasilan penggunaan terapi pengobatan pada diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi. Miskonsepsi seharusnya dilakukan pembenaran atau pengoreksian agar dapat merubah pemahaman pasien tentang terapi pengobatan yang dapat diberikan dengan adanya edukasi. Salah satu strategi yang dapat merubah pola pikir pasien mengenai miskonsepsi yaitu edukasi dengan beragam model edukasi antara pasien dan Kader Posbindu dengan partisipasi aktif kader sangat berpengaruh terhadap keberhasilan edukasi.

Pos pembinaan terpadu (Posbindu) merupakan rangkaian kegiatan untuk melakukan pengawasan dan pendeteksian dini pada masyarakat terhadap faktor resiko beragam penyakit. Posbindu dilaksanakan agar pencegahan penyakit bisa tertangani dengan adanya masyarakat yang berperan serta dalam melakukan deteksi dini (Setyoadi, Ahsan and Abidin, 2013).

Penelitian ini merupakan analisis ulang dari hasil data yang sudah pernah dilakukan dengan judul penelitian “Pengaruh Edukasi Terhadap Perubahan Miskonsepsi Penggunaan Obat Penyakit DM Tipe 2 dan Hipertensi Pada Kader Posbindu” (Nadia, 2017) & (Nastiti, 2017).

## **1.2 Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah diuraikan, maka masalah dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

- 1) Bagaimana tingkat miskonsepsi penggunaan obat penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi pada kader Posbindu?
- 2) Bagaimana pengaruh edukasi terhadap perubahan miskonsepsi penggunaan obat pada penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi pada kader Posbindu?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Tujuan penelitian ini adalah:

- 1) Mengetahui tingkat miskonsepsi penggunaan obat pada penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi pada kader Posbindu.
- 2) Mengetahui pengaruh edukasi terhadap perubahan miskonsepsi penggunaan obat penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi pada kader Posbindu.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

- 1) Bagi pihak Puskesmas

Penelitian ini di harapkan memberikan informasi mengenai model edukasi kepatuhan obat pada kader Posbindu terkait diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi yang lebih efektif.

- 2) Bagi Kader Posbindu

Diharapkan kader Posbindu memperoleh pemahaman yang benar mengenai penggunaan obat pada penyakit diabetes melitus dan hipertensi, sehingga kader Posbindu dapat berperan aktif dalam memberikan informasi sebagai upaya pengendalian penyakit.

- 3) Bagi Peneliti

Memberikan pembelajaran bagi peneliti dalam menentukan model edukasi yang baik untuk kader Posbindu, menyediakan materi dan media edukasi yang baik sesuai dengan pemahaman kader Posbindu agar edukasi dapat tersampaikan dengan baik.

## BAB II STUDI PUSTAKA

### 2.1.1 Diabetes Melitus Tipe 2

Diabetes melitus adalah penyakit gangguan metabolisme yang ditandai dengan peningkatan kadar glukosa darah di atas nilai normal atau hiperglikemia (kadar glukosa sewaktu  $> 200$  mg/dL; kadar glukosa puasa  $\geq 126$  mg/dL) (Soelistijo, Novida and Rudijanto, 2015). Penyakit ini berhubungan dengan abnormalitas metabolisme karbohidrat, lemak dan protein yang disebabkan oleh dua hal, yaitu terjadi penurunan respon jaringan terhadap insulin (resistensi insulin), dan penurunan produksi insulin akibat regulasi sekresinya terganggu atau terjadi kerusakan fungsional pada sel  $\beta$  Langerhans. Oleh karena itu, glukosa tidak dapat dikelola atau masuk ke dalam sel untuk dimanfaatkan sebagai energi, sehingga kadar glukosa dalam darah meningkat (hiperglikemia) (Nugroho, 2012).

Gejala klasik DM antara lain: rasa haus yang berlebihan (polidipsia), sering kencing (poliuria) terutama malam hari, sering merasa lapar (polifagia), berat badan yang turun dengan cepat dan tidak dapat dijelaskan sebabnya, keluhan lemah badan, kesemutan pada tangan dan kaki, gatal-gatal, penglihatan menjadi kabur, disfungsi ereksi (impotensi) pada pria, luka sulit sembuh, keputihan, *pruritus vulvae* pada wanita, penyakit kulit akibat jamur di bawah lipatan kulit (Soelistijo, Novida and Rudijanto, 2015).

**Tabel 2.1** Kriteria Penegakan diagnosis

Diagnosa	HbA1C (%)	Glukosa Darah Puasa (mg/dl)	Glukosa Oral Toleransi Test (mg/dl)
Normal	$\pm 5$	$\leq 99$	$\leq 139$
Prediabetes	5,7 - 6,4	100 – 125	140 – 199
Diabetes	$\geq 6,5$	$\geq 126$	$\geq 200$

Tujuan penatalaksanaan diabetes melitus terbagi menjadi dua dari segi waktu, yaitu:

- a. Jangka pendek: menghilangkan keluhan dan tanda DM, serta menormalkan kembali kadar gula darah.
- b. Jangka panjang: mencegah dan menghambat progresivitas komplikasi penyakit DM yaitu mikroangiopati dan makroangiopati (Dipiro *et al.*, 2008).

Terapi diabetes melitus dapat dikatakan berhasil apabila pasien dapat melakukan strategi pengobatan yaitu dengan modifikasi gaya hidup, terapi farmakologi, dan pemberian edukasi serta dukungan terhadap diri. Pemberian terapi farmakologi yaitu obat hipoglikemik oral atau insulin selayaknya disertai dengan pemberian edukasi serta perubahan pola hidup agar target terapi dapat tercapai (Mitchell *et al.*, 2011).

Obat hipoglikemik oral metformin digunakan sebagai terapi lini pertama pada diabetes melitus dimana kadar gula darah tidak dapat dikontrol hanya dengan pengaturan diet saja. Efek samping yang muncul dari metformin yaitu gangguan lambung seperti hilangnya nafsu makan, mual dan muntah. Obat glibenklamid merupakan golongan sulfonilurea yang digunakan untuk menormalkan produksi glukosa pada diabetes melitus. Glibenklamid memiliki efek samping berupa gejala hipoglikemia dan gangguan lambung seperti mual dan muntah (Lacy *et al.*, 2006)

Gagal ginjal akibat diabetes melitus disebut juga nefropati diabetika. Kerusakan ginjal dipengaruhi oleh peningkatan produk glikosilasi nonenzimatik, peningkatan jalur poliol, glukotoksisitas, dan protein kinase C. Terjadi perubahan pada membran basalis glomerulus yaitu proliferasi dari sel-sel mesangium dan menyebabkan glomerulosklerosis serta berkurangnya aliran darah sehingga terjadi perubahan permeabilitas membran basalis glomerulus yang ditandai dengan timbulnya albuminuria (Price and Wilson, 2002)

### **2.1.2 Hipertensi**

Hipertensi didefinisikan sebagai peningkatan tekanan darah sistolik sedikitnya 140 mmHg atau tekanan darah diastolik sedikitnya 90 mmHg. Perjalanan hipertensi sangat perlahan bahkan penderita hipertensi mungkin tak menunjukkan gejala selama bertahun-tahun. Bila timbul gejala, biasanya bersifat non-spesifik, seperti sakit kepala atau pusing (Weber *et al.*, 2014).

Klasifikasi tekanan darah menurut JNC VIII beserta penanganannya sebagai berikut (Muhadi, 2016):

**Tabel 2.2** Klasifikasi Hipertensi

Klasifikasi	Tekanan Sistolik (mmHg)	Tekanan Diastolik (mmHg)
<60 tahun (tanpa penyakit penyerta)	≥140	≥90
≥ 60 tahun (tanpa penyakit penyerta)	≥150	≥90
Semua umur dengan penyakit penyerta (gagal ginjal kronis atau diabetes melitus)	≥140	≥90

Dalam beberapa kondisi pasien hipertensi, terkadang dibutuhkan konsumsi obat-obatan. Tujuan terapi farmakologi hipertensi agar tekanan darah terkendali dan mencegah terjadinya komplikasi. Beberapa jenis obat hipertensi yang diberikan yaitu:

- a. *Angiotensin-converting enzyme inhibitor* (ACEI)  
ACEI seperti Kaptopril dan Lisinopril bekerja dengan membuat dinding pembuluh darah lebih rileks sehingga tekanan darah dapat menurun. Efek samping dari obat ini adalah batuk kering berkelanjutan, dan hipotensi.
- b. *Calcium channel blockers* (CCB)  
Penghambat kanal kalsium bekerja agar kalsium tidak memasuki sel-sel otot jantung dan pembuluh darah, sehingga dapat mengendurkan arteri dan menurunkan tekanan darah. Obat ini memiliki efek samping mual, pusing, dan konstipasi.
- c. Diuretik  
Diuretik bekerja membuang sisa cairan dan garam dari dalam tubuh melalui urin. Obat ini dapat menyebabkan hipotensi (Lacy *et al.*, 2006).

Hipertensi merupakan salah satu penyebab gagal ginjal melalui suatu proses yang mengakibatkan hilangnya sejumlah besar nefron fungsional bersifat progresif dan *irreversible*. Peningkatan tekanan dan regangan yang kronik pada arteriol dan glomeruli dapat menyebabkan sklerosis pada pembuluh darah glomeruli. Penurunan jumlah nefron akan menyebabkan proses adaptif yaitu meningkatnya aliran darah, peningkatan Laju Filtrasi Glomerular (LFG) dan peningkatan keluaran urin di dalam nefron yang masih bertahan. Proses ini melibatkan hipertrofi dan vasodilatasi nefron serta perubahan fungsional yang menurunkan tahanan vaskular dan reabsorpsi tubulus di dalam nefron yang masih bertahan. Semakin banyak lesi-lesi yang terbentuk mengakibatkan penurunan fungsi ginjal lebih lanjut dan berkembang secara lambat yang berakhir sebagai penyakit gagal ginjal (Guyton and

Hall, 2008).

### **2.1.3 Obat dan Faktor Risiko yang Dapat Menyebabkan Gagal Ginjal**

Gagal Ginjal merupakan penyakit dimana terjadi penurunan fungsi organ ginjal sehingga tidak mampu lagi bekerja. Penyebab terjadinya gagal ginjal diantaranya adalah rusaknya tubulus di dalam ginjal oleh obat-obatan (Schwartz and Sheps, 2004). Adapun obat-obat yang terlibat dalam kerusakan sel epitel tubulus ginjal adalah sebagai berikut:

1. Aminoglikosida
2. Cisplatin/Carboplatin
3. Amphotericin B
4. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAID)
5. Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) dan Angiotensin II receptor antagonists (ARB/AIIRA)

Faktor risiko mengalami gagal ginjal yang terkait dengan obat adalah obat-obatan tertentu yang secara inheren nefrotoksik, dosis tinggi, kombinasi dengan beberapa nefrotoksik. Sedangkan faktor resiko terkait pasien adalah usia lebih dari 60 tahun, kemampuan fungsi ginjal menurun, deplesi volume intravaskular, dehidrasi, hipertensi, diabetes melitus, serta sindrom nefrotik (Guyton and Hall, 2008).

### **2.1.4 Miskonsepsi**

Miskonsepsi atau sering disebut salah konsep merupakan suatu pemahaman yang tidak sesuai dengan pengertian secara ilmiah sesungguhnya. Hal tersebut didefinisikan sebagai ketidaksesuaian konsep yang diterima dengan konsep dari para pakar dalam bidang tersebut. Miskonsepsi dapat disebabkan oleh seseorang itu sendiri karena cara berpikir, dan kemampuan pemahaman saat konsep awal (Soelistijo, Novida and Rudijanto, 2015). Miskonsepsi dapat disebabkan pula dari pendidik, kurangnya penguasaan bahan maupun cara mengajar yang kurang tepat



dan disebabkan oleh budaya, agama, dan bahasa yang berpengaruh terhadap miskonsepsi seseorang. Dalam kesehatan, miskonsepsi dapat terjadi pada masyarakat dan merupakan salah satu faktor yang menghambat keberhasilan terapi pengobatan. Diperlukan adanya pengoreksian oleh tenaga kesehatan maupun seseorang yang menguasai bidang kesehatan untuk merubah pemahaman masyarakat sehingga terjadi peningkatan kesehatan (Suparno, 2005).

### **2.1.5 Faktor pengetahuan**

Pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran (Nasional, 2003). Proses belajar ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam seperti motivasi dan faktor luar berupa sarana informasi yang tersedia serta keadaan sosial budaya. Tingkat pengetahuan (kognitif) mempunyai enam tingkatan, meliputi: mengetahui, memahami, menggunakan, menguraikan, menyimpulkan dan mengevaluasi. Ciri pokok dalam taraf pengetahuan adalah ingatan tentang sesuatu yang diketahuinya baik melalui pengalaman, belajar, ataupun informasi yang diterima dari orang lain (Notoatmodjo, 2007).

Pengetahuan merupakan hasil dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa dan peraba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2007).

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingka pengetahuan seseorang, antara lain :

#### 1) Pendidikan.

Pendidikan adalah suatu usaha untuk mengembangkan kepribadian dan kemampuan di dalam dan di luar sekolah dan berlangsung seumur hidup. Pendidikan mempengaruhi proses belajar, makin tinggi pendidikan seorang makin mudah orang tersebut untuk menerima informasi. Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi, baik dari orang lain maupun dari media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak

pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat kaitannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi, maka orang tersebut akan semakin luas pula pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi juga dapat diperoleh pada pendidikan non formal. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu obyek juga mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari obyek yang diketahui, akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap obyek tersebut .

2) Media masa / informasi.

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan. Majunya teknologi akan tersedia bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang inovasi baru. Sebagai sarana komunikasi, berbagai bentuk media massa seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, dan lain-lain mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang. Dalam penyampaian informasi sebagai tugas pokoknya, media massa membawa pula pesan-pesan yang berisi sugesti yang dapat mengarahkan opini seseorang. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

3) Sosial budaya dan ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

4) Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak yang akan direspon sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

#### 5) Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja yang dikembangkan memberikan pengetahuan dan keterampilan professional serta pengalaman belajar selama bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

#### 6) Usia

Usia mempengaruhi terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia madya, individu akan lebih berperan aktif dalam masyarakat dan kehidupan sosial serta lebih banyak melakukan persiapan demi suksesnya upaya menyesuaikan diri menuju usia tua, selain itu orang usia madya akan lebih banyak menggunakan banyak waktu untuk membaca. Kemampuan intelektual, pemecahan masalah, dan kemampuan verbal dilaporkan hampir tidak ada penurunan pada usia ini (Notoatmodjo, 2007).

### **2.1.6 Edukasi**

Edukasi dalam kamus berarti instruksi atau informasi yang diberikan kepada pihak tertentu dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan dan pengetahuan dari pihak tersebut. Dalam edukasi, terjadi perubahan secara progresif pada pihak yang diberikan edukasi (pasien dan keluarga) yang mempengaruhi tingkat pengetahuan, sikap, dan perilaku pihak tersebut sebagai hasil pemberian dari instruksi atau informasi dan pembelajaran (Rantucci, 2007).

Edukasi bertujuan untuk mengubah perilaku yang sulit untuk dilakukan namun merupakan hal yang sangat penting untuk mencapai kesehatan yang optimal. Perubahan perilaku ini meliputi perubahan gaya hidup dan kepatuhan terhadap pengobatan.

Tujuan dan sasaran program edukasi obat pasien antara lain:

1. Peningkatan dalam pengetahuan tentang obat
2. Perubahan dalam sikap tentang obat dan penggunaannya
3. Peningkatan dalam fungsi sosial (kompetensi sosial) yang dapat membawa pada pembuatan keputusan yang lebih baik dalam situasi penggunaan obat
4. Perubahan dalam penggunaan obat pada umumnya
5. Perubahan dalam penggunaan jenis obat tertentu
6. Pengurangan terjadinya masalah penggunaan obat tertentu (Siregar, 2006)

Apoteker dapat menggunakan metode edukasi kepada pasiennya, seperti dengan memberikan kuliah singkat atau ceramah, dialog dan diskusi, media cetak, audiovisual demonstrasi dan praktik, simulasi video dan komputer sebagai alat bantu pembelajaran sebagai berikut:

1) Kuliah atau ceramah.

Kuliah atau ceramah mewakili metode tradisional untuk memberikan informasi. Walaupun farmasis sering menggunakan metode *one to one* sebagai metode dasar, kuliah atau ceramah adalah cara yang paling tepat untuk memberikan konseling pada kelompok yang sangat besar,

2) Dialog dan diskusi.

Walaupun kuliah atau ceramah adalah cara yang paling bermanfaat untuk mengembangkan kemampuan, tetapi dialog satu per satu dengan kader Posbindu juga efektif untuk pasien. Diskusi tidak hanya melalui tatap muka, akan tetapi juga dapat melalui telepon,

3) Media cetak

Media cetak ditujukan untuk menunjang metode dialog dan diskusi. Kombinasi antara diskusi dan dialog serta media cetak ini terbukti lebih baik dibanding dengan dialog saja. Media cetak dapat berupa *leaflet* dan brosur, poster

4) Audiovisual

Banyak orang dapat memahami lebih mudah ketika melihat atau mendengar informasi. Informasi yang ditunjukkan melalui gambar dapat lebih mudah meningkatkan pemahaman pasien dalam mengaplikasikannya,

5) Demonstrasi atau praktik.

Pada pengobatan-pengobatan tertentu, seperti penggunaan inhalasi atau injeksi, demonstrasi atau penggunaan *videotape* lebih mudah dipahami oleh pasien, dan

6) Metode yang bermacam-macam.

Kader Posbindu dapat memonitor kemajuan terapi melalui catatan gejalanya pada catatan harian. Farmasis/apoteker dapat menolong pasien untuk mengembangkan daftar pertanyaan yang akan ditanyakan pada dokter. Hal ini dapat menolong pasien untuk mengurangi kecemasannya serta meningkatkan komunikasi pasien dan dokter yang akhirnya meningkatkan kepatuhan pasien (Rantucci, 2007).

Komponen intervensi berupa edukasi yang berkualitas bagi pasien antara lain mengandung:

- 1) Relevansi, artinya intervensi yang dirancang harus disesuaikan dengan kebutuhan individu kader Posbindu, termasuk pengetahuan, kemampuan membaca, kepercayaan, dan pengalaman. Kemampuan mengajar yang berbeda dibutuhkan pada kondisi yang berbeda pada pasien yang sama.
- 2) Bersifat individu, artinya proses pembelajaran bersifat individu. Seseorang akan memahami sesuatu apabila timbul suatu pertanyaan atau kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang ia hadapi.
- 3) Hubungan timbal balik, artinya dengan menunjukkan pada pasien kemajuan hasil terapi yang telah mereka capai. Hubungan timbal balik ini dapat digunakan sebagai alat untuk menilai tingkat pemahaman dari pasien.
- 4) *Reinforcement*, artinya dengan memberikan penghargaan terhadap perilaku pasien.
- 5) Dorongan, artinya dengan menggunakan metode yang dapat mengurangi ketidakpatuhan. Seperti dengan menyesuaikan regimen terapi obat dengan aktivitas pasien, menanyakan seluruh faktor yang berpotensi menimbulkan ketidakpatuhan bagi pasien.

- 6) Kombinasi, artinya dengan menggabungkan seluruh bentuk intervensi diatas sehingga mampu meningkatkan dorongan dan perolehan informasi kader Posbindu. Pada pasien yang menderita penyakit kronik sangat penting untuk memberikan edukasi, timbal balik, dan dorongan secara terus menerus karena informasi yang diterima pasien akan berkurang dan mampu mengurangi ketidakpatuhan (Aslam, Chik and Adji, 2003).

Edukasi pasien dapat dilakukan dengan menggunakan metode kuliah atau ceramah, penyuluhan, media cetak ataupun audiovisual. Edukasi yang dilakukan dengan metode kuliah atau ceramah atau penyuluhan dapat dilakukan pada pasien dalam kelompok besar. Edukasi yang dilakukan dalam bentuk tertulis dapat berupa modul pintar, poster, dan leaflet. Edukasi audiovisual dapat dilakukan menggunakan video. Pemberian edukasi dapat dilakukan dalam bentuk edukasi individu, edukasi kelompok, kombinasi edukasi yang dilakukan secara individu dan kelompok serta dapat dipantau menggunakan telepon. Edukasi dapat diberikan sebanyak minimal tiga kali dengan jarak tiap tahap edukasi selama satu minggu. Kombinasi edukasi yang dilakukan secara kuliah atau ceramah atau penyuluhan dan menggunakan media cetak umumnya lebih unggul dibandingkan hanya menggunakan bentuk edukasi tertulis secara tunggal. Hanya memberikan informasi tertulis saja pada umumnya tidak dapat mencukupi kebutuhan edukasi pasien (Rantucci, 2007).

Peran utama apoteker ialah melakukan edukasi bagi pasien dan melakukan monitoring terhadap penggunaan obat. Apoteker tidak hanya dituntut untuk memahami komponen kritis dalam berkomunikasi dan memberikan edukasi tapi juga dituntut untuk memahami kebutuhan dan keinginan pasien. Setiap apoteker harus memiliki pendekatan terstruktur untuk memperoleh informasi dari kader Posbindu dan melakukan edukasi bagi pasien.

### **2.1.7 Pos Pembinaan Terpadu**

Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) merupakan peran masyarakat dalam melakukan kegiatan deteksi dini dan pemantauan faktor resiko penyakit tidak menular (PTM) yang dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik. Kader

Posbindu memiliki peran penting terhadap keberhasilan kegiatan, seorang kader akan bertugas membantu tenaga kesehatan meliputi pemeriksaan tekanan darah, pengukuran tinggi badan dan berat badan, dan yang tidak kalah penting adalah melakukan penyuluhan kepada masyarakat sekitar maupun kader Posbindu umum mengenai hasil pemeriksaan kesehatan, cara hidup bersih dan sehat serta pengetahuan-pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan.

## **1.2 LANDASAN TEORI**

Miskonsepsi menjadi salah satu faktor penghambat keberhasilan penggunaan terapi pengobatan pada diabetes tipe 2 dan hipertensi. Miskonsepsi seharusnya dilakukan pembenaran atau pengoreksian agar dapat merubah pemahaman pasien tentang terapi pengobatan yang dapat diberikan dengan adanya edukasi. Dalam beberapa penelitian, edukasi yang dilakukan dengan pendampingan tenaga kesehatan pada pasien penyakit diabetes melitus terbukti berpengaruh tinggi terhadap kontrol gula darah pasien serta peningkatan kesehatan pasien. Salah satu strategi yang dapat merubah pola pikir pasien mengenai miskonsepsi yaitu edukasi dengan beragam model antara pasien dengan tenaga medis dimana keaktifan tenaga medis sangat berpengaruh terhadap keberhasilan edukasi.

Sebuah penelitian menunjukkan sosialisasi rutin yang dilakukan oleh tenaga kesehatan kepada kader Posbindu dapat meningkatkan sikap dan pengetahuan yang baik mengenai penyakit diabetes melitus. Penelitian lain menunjukkan penyuluhan kesehatan yang dimonitoring selama 2 bulan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kader Posbindu dalam menangani pasien hipertensi.

Edukasi oleh tenaga kesehatan yang diberikan kepada kader Posbindu bertujuan untuk merubah miskonsepsi penggunaan obat pada penyakit DM Tipe 2 dan hipertensi. Setelah proses edukasi selesai, diharapkan agar kader Posbindu dapat mendapatkan informasi kesehatan dengan pemahaman yang benar sehingga dapat menurunkan angka ketidakpatuhan kader Posbindu dalam pengobatan yang dikarenakan kesalahpahaman mengenai penyakit yang diderita.

## 2.2 HIPOTESIS

Hipotesis dari penelitian ini adalah:

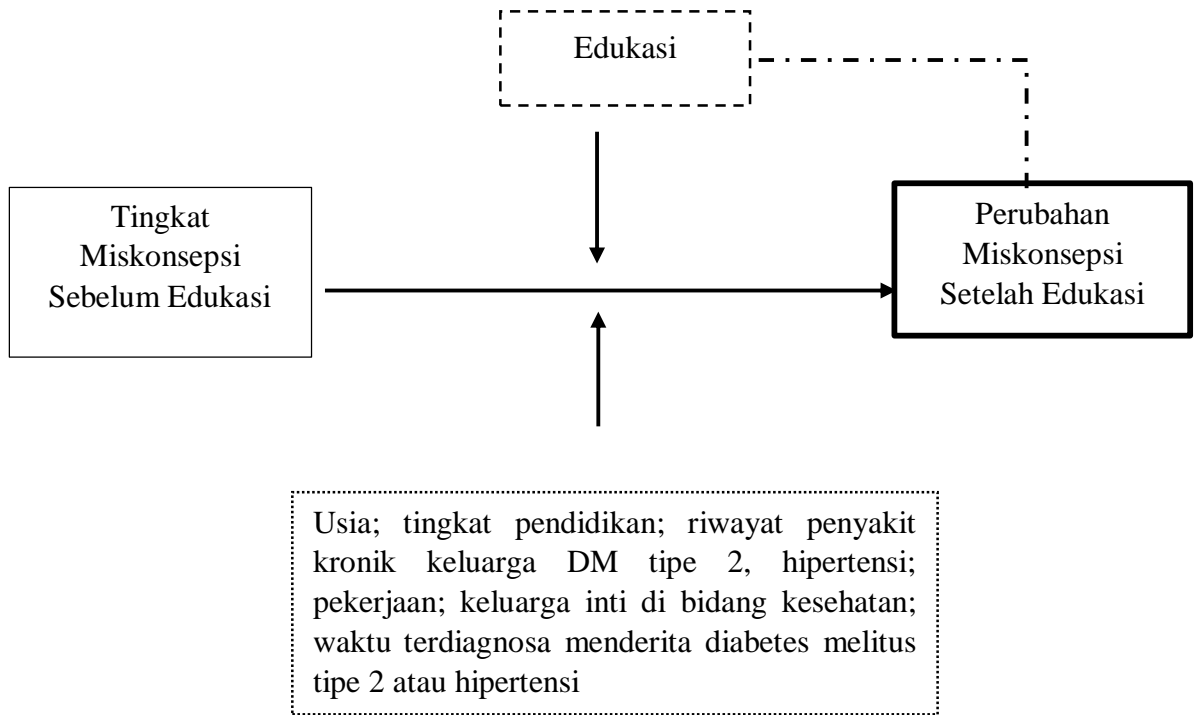
$H_0$  : Edukasi tidak berpengaruh terhadap perubahan miskonsepsi pada kader Posbindu tentang penggunaan obat pada penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi.

$H_a$  : Edukasi berpengaruh terhadap perubahan miskonsepsi pada kader Posbindu tentang penggunaan obat pada penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi




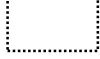
Jika  $Asymp\ Sig \geq \alpha$ , maka  $H_0$  diterima Jika  $Asymp\ Sig < \alpha$ , maka  $H_0$  ditolak



## 2.4 KERANGKA PENELITIAN



Keterangan :

-  : Variabel Bebas
-  : Variabel Terikat
-  : Hipotesis
-  : Variabel Perancu

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Rancangan Penelitian**

Penelitian ini menganalisis ulang hasil penelitian eksperimental yang menggunakan rancangan kuasi-eksperimental *pretest-posttest kontrol design* pada kader Posbindu di 4 Puskesmas.

#### **3.2 Tempat dan Waktu penelitian**

Hasil penelitian di Puskesmas Godean 2, Gamping 2, Sleman dan Ngaglik 1 yang dilakukan pada bulan Desember 2016-Mei 2017 dianalisis ulang pada bulan Maret-Mei 2020.

#### **3.3 Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh kader Posbindu yang terdaftar dan aktif. Teknik pemilihan subjek penelitian menggunakan teknik *nonprobability sampling*. Dengan jumlah total responden sebanyak 86 responden yang terbagi dalam empat Puskesmas yaitu pada Puskesmas Godean 2 sebanyak 25 responden, Puskesmas Sleman sebanyak 19 responden, Puskesmas Gamping 2 sebanyak 24 responden, Puskesmas Ngaglik 1 sebanyak 18 responden.

#### **3.4 Definisi Operasional**

1. Karakteristik responden pada penelitian yang dilakukan meliputi usia, latar belakang pendidikan, pekerjaan, riwayat penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat pengobatan 6 bulan terakhir, keluarga inti yang bekerja di bidang kesehatan, dan pemeriksaan kesehatan sebagai acuan untuk mengetahui faktor resiko penyakit DM tipe 2 dan hipertensi.
2. Pengetahuan mengenai miskonsepsi penggunaan obat pada penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi dinilai dari skor kader Posbindu berdasarkan kuesioner. Semakin tinggi skor pengetahuan, maka tingkat miskonsepsi

semakin rendah. Semakin rendah skor pengetahuan, maka tingkat miskonsepsi semakin tinggi. Penilaian pengetahuan kader posbindu dibagi menjadi lima kategori yaitu sangat rendah, rendah, sedang, tinggi, dan sangat tinggi. w

3. Edukasi dalam penelitian terdiri dari model edukasi 1, model edukasi 2, model edukasi 3 dan model edukasi 4. Model edukasi 1 diberikan di Puskesmas Godean 2 dengan media edukasi berupa modul pintar dan poster, model edukasi 2 dilakukan di Puskesmas Sleman dengan media edukasi berupa modul pintar dan *leaflet*, model edukasi 3 dengan media modul pintar dan pemberian materi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dilakukan di Puskesmas Gamping 2, dan untuk model edukasi 4 dilakukan di Puskesmas Ngaglik 1 dengan media edukasi modul pintar, poster dan *leaflet*.

### 3.5 Instrumen Penelitian

Penilaian tingkat pengetahuan kader Posbindu pada kelompok kontrol dan kelompok perlakuan menggunakan kuesioner yang telah dikembangkan dan divalidasi dari penelitian sebelumnya. Pertanyaan kuesioner meliputi (Faizah, 2016):

- 1) Kuesioner pengetahuan tentang miskonsepsi penggunaan obat rutin pada penyakit diabetes melitus dan hipertensi terbagi menjadi empat bagian yaitu;
  - a. Bagian A mengenai pengetahuan terapi hipertensi dan diabetes melitus (terapi HDM)
  - b. Bagian B mengenai pengetahuan penggunaan obat rutin
  - c. Bagian C mengenai pengetahuan obat yang menyebabkan gagal ginjal
  - d. Bagian D mengenai faktor risiko yang menyebabkan gagal ginjal
- 2) Kuesioner Gambaran Kesehatan

Kuesioner gambaran kesehatan merupakan kuiesioner pembanding yang berisi pertanyaan terkait kepuasan pasien terhadap kondisi kesehatan yang sedang dirasakan saat pengisian kuesioner.
- 3) Kuesioner Social Desirability

Kuesioner ini berisikan pertanyaan-pertanyaan umum untuk mengetahui kejujuran kaser posbindu pada saat pengisian kuesioner. Kuesioner social desirability merupakan kuesioner pembanding.

### **3.6 Hasil Uji Validitas dan Uji Reliabilitas**

Uji validitas yang telah dikembangkan menggunakan kuesioner yang dibandingkan dengan kuesioner lain yaitu *Medication Morisky Adherence Scale* (MMAS), *Your Health and Well-Being Questionnaire*, dan *Social Desirability*. Uji reliabilitas yang telah dikembangkan menggunakan model *Cronbach's alpha*. Kuesioner tentang terapi hipertensi dan diabetes melitus menggunakan model pertanyaan terbuka (*open-ended question*) yang berisi 19 , dimana pemberian skor disesuaikan kunci jawaban yang telah tervalidasi pada penelitian sebelumnya.

Hasil skala pengetahuan tentang terapi hipertensi dan diabetes melitus terkait kejadian gagal ginjal pada studi 1 dan studi 2 dengan nilai masing-masing yang tersusun atas 4 variabel pengetahuan meliputi: pengetahuan terapi hipertensi dan diabetes melitus (4 item,  $\alpha = .742$ ,  $\alpha = .823$  ), miskonsepsi penggunaan obat rutin (8 item,  $\alpha = .835$ ,  $\alpha = .805$ ), pengetahuan obat penyebab gagal ginjal (5 item,  $\alpha = .582$ ), (5 item,  $\alpha = .581$ ), serta pengetahuan faktor risiko gagal ginjal (2 item,  $\alpha = .721$ ,  $\alpha = .698$ ). Skala pengetahuan ini memiliki korelasi signifikan dengan skala kepatuhan berobat pada studi 1 dan studi 2 sebesar .171 dan .111, berturut-turut. Studi 2 berkorelasi signifikan dengan skala *Your Health Well-Being* sebesar .194. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bukti awal dan memberikan sarana yang valid dan relevan untuk mengukur tingkat pengetahuan masyarakat tentang terapi hipertensi dan diabetes melitus terkait kejadian gagal ginjal (Faizah, 2016)

### **3.7 Model Edukasi**

Edukasi yang diberikan kepada kader posbindu membahas beberapa muatan pengetahuan meliputi terapi pada hipertensi dan diabetes melitus, pemahaman yang benar tentang penggunaan obat antihipertensi dan antidiabetes,

obat-obat yang dapat menyebabkan gagal ginjal, serta faktor-faktor yang dapat menyebabkan gagal ginjal. Setiap pelaksanaan edukasi terdapat Standar Operasional Prosedur (SOP) sebagai indikator bahwa proses edukasi dilaksanakan secara sistematis. Deskripsi metode edukasi tersaji pada tabel

**Tabel 3.2. Metode Edukasi**

Kegiatan	Model Edukasi I		Model Edukasi II		Model Edukasi III		Model Edukasi IV	
	Uraian	Waktu	Uraian	Waktu	Uraian	Waktu	Uraian	Waktu
Pelaksanaan <i>Pretest</i>	Menggunakan kuesioner yang telah dikembangkan dan tervalidasi		Menggunakan kuesioner yang telah dikembangkan dan tervalidasi		Menggunakan kuesioner yang telah dikembangkan dan tervalidasi		Menggunakan kuesioner yang telah dikembangkan dan tervalidasi	
Pemberian Media Edukasi	Poster ditempel di Puskesmas dan tiap kader memperoleh satu bendel modul pintar	April 2017	Tiap kader memperoleh satu bendel modul pintar dan leaflet	Desember 2016	Tiap kader memperoleh satu bendel modul pintar	Februari 2017	Poster ditempel di Puskesmas dan tiap kader memperoleh satu bendel modul pintar <i>leaflet</i>	Desember 2016
Edukasi Tahap 1 oleh Tenaga Kesehatan	-	-	-	-	Penyuluhan tentang materi edukasi yang disampaikan oleh Apoteker dan Dokter dalam kelas besar	Maret 2017	Penyuluhan tentang materi edukasi yang disampaikan oleh Apoteker dan Dokter dalam kelas besar	Januari 2017
Edukasi Tahap 2 oleh Tenaga Kesehatan	-	-	-	-	Pemberian permasalahan kasus yang harus dijawab dalam kelas kecil dipandu oleh Apoteker dan Dokter	April 2017	Pemberian permasalahan kasus yang harus dijawab dalam kelas kecil dipandu oleh Apoteker dan Dokter	Februari 2017
Edukasi Tahap 3 oleh Tenaga Kesehatan	-	-	-	-	<i>Review</i> atau ulas balik dalam kelas besar		<i>Review</i> atau ulas balik dalam kelas besar	
Pelaksanaan <i>Postest</i>	Menggunakan kuesioner yang telah dikembangkan dan tervalidasi	Mei 2017	Menggunakan kuesioner yang telah dikembangkan dan tervalidasi	Maret 2017	Menggunakan kuesioner yang telah dikembangkan dan tervalidasi	Mei 2017	Menggunakan kuesioner yang telah dikembangkan dan tervalidasi	Maret 2017

Muatan edukasi telah diverifikasi oleh tenaga kesehatan dengan persetujuan melalui proses FGD (*Focus Group Discussion*) dengan melibatkan beberapa ahli, yaitu:

- a. Vitarani Dwi Ananda Ningrum M.Si., Apt (Bidang Farmasi Klinik)
- b. Irwan Nuryana Kurniawan, S.Psi.,M.Si (Bidang Psikometri)
- c. Endang Sulistyowati M.Sc., Apt (Bidang Farmasi Klinik)
- d. dr. Rahma Yuantari, M.Sc, Sp.PK (Bidang Patologi Klinik)

### **3.8 Pengumpulan Data**

Sebelum dan sesudah edukasi dilakukan identifikasi karakteristik responden serta pengisian kuisioner *pretest* maupun *posttest*. Identifikasi karakteristik responden yang didapatkan meliputi usia; tingkat pendidikan; riwayat penyakit keluarga DM, hipertensi; riwayat penyakit individu DM, hipertensi; pekerjaan; data pemeriksaan faktor risiko penyakit DM tipe 2 dan atau hipertensi (*Body Mass Index* (BMI), tekanan darah, kadar glukosa darah sewaktu, kadar kolesterol, dan gaya hidup) serta keluarga inti yang bekerja di bidang kesehatan. Alat-alat yang digunakan terkait pemeriksaan faktor risiko penyakit DM tipe 2 dan hipertensi antara lain :

- a. Pengukur Tinggi Badan (Stature Meter 2M OneMed)
- b. Timbangan Berat Badan (Camry)
- c. Alat deteksi kadar kolesterol, glukosa darah sewaktu, asam urat (EasyTouch GCU sebanyak 4 buah)
- d. Strip pemeriksaan kadar kolesterol, glukosa darah sewaktu, asam urat
- e. Tensimeter manual

Edukasi dalam penelitian terdiri dari model edukasi 1, model edukasi 2, model edukasi 3 dan model edukasi 4. Model edukasi 1 diberikan di Puskesmas Godean 2 dengan media edukasi berupa modul pintar dan poster, model edukasi 2 dilakukan di Puskesmas Sleman dengan media edukasi berupa modul pintar dan *leaflet*, model edukasi 3 dengan media modul pintar dan pemberian materi yang

dilakukan oleh tenaga kesehatan dilakukan di Puskesmas Gamping 2, dan untuk model edukasi 4 dilakukan di Puskesmas Ngaglik 1 dengan media edukasi modul pintar, poster dan *leaflet*.

Model Edukasi 2 dan 3 terdiri dari tiga tahap edukasi yang dilaksanakan dengan jarak waktu satu bulan untuk setiap tahap edukasi, meliputi:

1. Tahap pertama berupa penyuluhan atau ceramah kelas besar yang dilakukan setelah pelaksanaan *pretest* pada minggu sebelumnya. Pada tahap ini kader posbindu juga memperoleh media edukasi masing-masing berupa modul pintar dan leaflet, serta sebuah poster yang diberikan kepada pihak Puskesmas.
2. Tahap kedua berupa penyuluhan atau ceramah kelas kecil dengan pemberian kasus-kasus yang telah diverifikasi oleh tenaga kesehatan dengan persetujuan melalui proses FGD (*Focus Group Discussion*)
3. Tahap ketiga berupa *review* materi penyuluhan atau ceramah kelas besar. Setelah proses edukasi tahap ketiga selesai dilaksanakan, selanjutnya dilanjutkan dengan pengisian kuisioner *posttest*

Pemberian edukasi dilakukan oleh tenaga kesehatan, Ibu Endang Sulistyowati M.Sc., Apt dan dr. Rahma Yuantari, M.Sc, Sp.PK kepada kader Posbindu di Puskesmas Gamping 2 dan Puskesmas Ngaglik 1.

### **3.9 Pengolahan dan Analisis Data**

1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk mengetahui gambaran tingkat pengetahuan kader Posbindu sebelum dan setelah edukasi tentang miskonsepsi penggunaan obat pada penyakit DM tipe 2 dan hipertensi di Puskesmas Godean 2, Puskesmas Gamping 2, Puskesmas Ngaglik 1, dan Puskesmas Sleman. Analisis ini dilakukan dengan perhitungan persentil kemudian dilakukan kategorisasi pengetahuan seperti sangat rendah, rendah, sedang, tinggi, dan sangat tinggi

2. Uji normalitas data



Uji normalitas data bertujuan untuk mengetahui normalitas sebaran data. Data hasil penelitian dianalisis terlebih dahulu dengan uji *Shapiro-Wilk*. Uji normalitas dilakukan untuk mengetahui data yang digunakan dalam penelitian terdistribusi normal atau tidak.

### 3. Analisis Bivariat

#### a. *Paired Sampel T-test*

Uji ini digunakan untuk mengukur tingkat miskonsepsi kader Posbindu sebelum dan setelah edukasi serta mengetahui pengaruh edukasi pada sebaran normal.

#### b. Uji Walcoxon

Uji ini digunakan untuk mengukur tingkat miskonsepsi kader Posbindu sebelum dan setelah edukasi serta mengetahui pengaruh edukasi pada sebaran data tidak normal.

### 4. *Effect Size*

*Effect Size* atau nilai  $r$  merupakan ukuran terstandar yang menggambarkan besar pengaruh yang ditimbulkan dari suatu intervensi yaitu pengaruh edukasi. Besar pengaruh edukasi disimbolkan dari nilai  $r^2$  menggunakan satuan persentase. Perhitungan nilai  $r$  pada sebaran data normal

menggunakan rumus :  $r = \sqrt{\frac{t^2}{t^2+d}}$

Sedangkan perhitungan nilai  $r$  pada sebaran data tidak normal menggunakan

rumus  $r = \frac{z}{\sqrt{N}}$

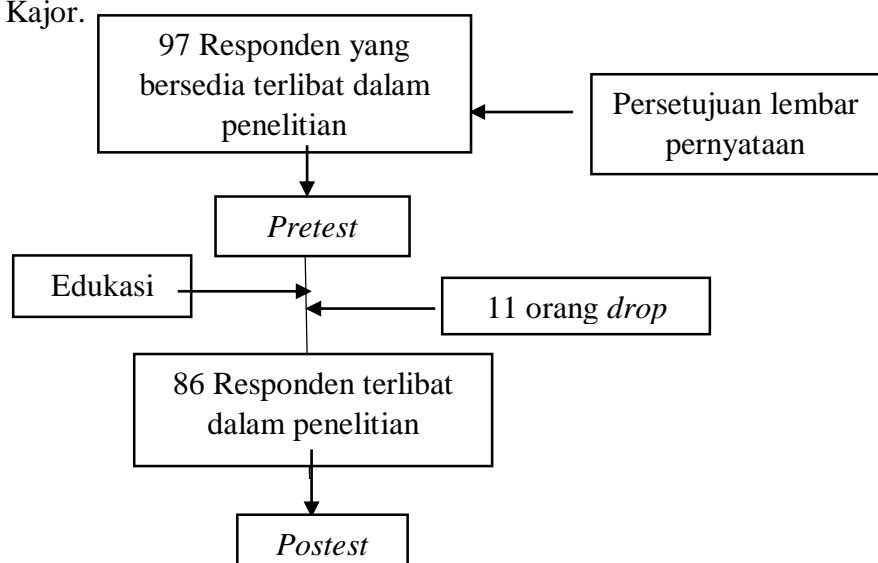
Untuk memaknai hasil penelitian, peneliti menggunakan rujukan dari Cohen (1988) yang menetapkan 3 (tiga) klasifikasi makna *effect size* sebagai berikut :

Koefisien korelasi	Koefisien determinasi	% varian yang dapat dijelaskan	Kategori <i>Effect Size</i>
$r = 0,10$	$r^2 = 0,01$	1%	<i>Small effect</i>
$r = 0,30$	$r^2 = 0,09$	9%	<i>Medium effect</i>
$r \geq 0,50$	$r^2 = 0,25$	25%	<i>Large effect</i>

**BAB IV**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**4.1 Gambaran Umum Penelitian yang Dianalisis Ulang**

Penelitian ini melibatkan empat Puskesmas yaitu Godean 2, Gamping 2, Sleman dan Ngaglik 1. Pemilihan Puskesmas ini berdasarkan keaktifan kader Posbindu dalam upaya pencegahan, pengendalian dan pengelolaan PTM, serta kemudahan mengakses lokasi dan koordinasi dengan ketua kader Posbindu. Pada Puskesmas Ngaglik 1 dan Puskesmas Sleman terdapat 41 kader Posbindu yang terdaftar sebagai responden penelitian dan responden yang mengikuti rangkaian penelitian dari awal hingga akhir sebanyak 37 orang. Puskesmas Ngaglik 1 mengkoordinasi seluruh kader Posbindu di daerah Sinduharjo yang terdiri dari Sindu Selatan, Sindu Utara, dan Sindu Tengah. Puskesmas Sleman mengkoordinasi seluruh kader Posbindu di daerah Sleman yang meliputi Caturharjo, Triharjo, Tridadi, Pendowoharjo, dan Trimulyo. Sedangkan untuk Puskesmas Godean 2 dan Gamping 2 jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 56 orang dan responden yang mengikuti rangkaian penelitian dari awal hingga akhir sebanyak 49 orang. Puskesmas Gamping 2 menaungi kelompok kader Posbindu di wilayah Gamping yang terdiri dari Kaliabu, Kwarasan, Trihanggo, Kronggahan, dan Kajor.



**Gambar 4.1** Skema rekrutmen subjek penelitian

Dalam penelitian ini subyek telah menanda tangani lembar persetujuan mengisi kuesioner dengan didampingi peneliti. Pada pengisian kuesioner *pretest* terdapat 31 kader Posbindu Puskesmas Gamping 2 dan Godean 2. Selama proses penelitian sedang berlangsung ada 7 kader Posbindu *drop out* (3 kader tidak hadir dalam proses kegiatan sejak edukasi 2 dan 4 kader tidak hadir dalam proses kegiatan edukasi 3 dan *postest*) total responden yang mengikuti penelitian hingga akhir yang berupa pengisian kuesioner sebagai *postest* berjumlah 24 kader Posbindu. Pada Puskesmas Ngaglik 1 dan Puskesmas Sleman jumlah responden berjumlah 37 kader. Terdapat 3 responden yang mengalami *drop out* dari penelitian meliputi 2 orang dari Puskesmas Sleman yang tidak dapat hadir saat pengisian kuesioner setelah edukasi dan 1 orang melakukan pengisian kuesioner setelah edukasi berbeda dengan sebelum dilakukan edukasi. Terdapat 1 orang dari Puskesmas Ngaglik 1 yang tidak memenuhi kriteria responden yang masuk kedalam penelitian.

#### 4.2 Karakteristik Demografi

Data karakteristik responden meliputi usia; tingkat pendidikan; pekerjaan; riwayat penyakit responden diabetes melitus tipe 2, hipertensi; riwayat penyakit kronik keluarga diabetes melitus tipe 2, hipertensi, gagal ginjal; keluarga inti yang bekerja di bidang kesehatan; serta pemeriksaan faktor resiko penyakit diabetes melitus tipe 2 dan atau hipertensi yaitu *Body Mass Index* (BMI), tekanan darah, kadar glukosa darah sewaktu, dan kolesterol. Informasi karakteristik kader Posbindu diperoleh berdasarkan pengisian data pada demografi kuisisioner maupun hasil pemeriksaan faktor resiko kader Posbindu. Karakteristik demografi responden tertera pada table 4.1.

**Tabel 4.1.** Ditribusi karakteristik responden

No.	Kategori	Frekuensi Total (n=86)	Nilai P*
1.	Usia (tahun)		0,106
	< 40	23 (26,7%)	
	≥ 40	63 (73,3%)	
2.	Latar belakang pendidikan Dasar	17 (19,8%)	0,060

	Menengah & atas	69 (80,2%)	
3.	Pekerjaan		0,054
	IRT	73 (84,9%)	
	Non IRT	13 (15,1%)	
4.	Riwayat penyakit kronik		0,187
	Tidak ada	53 (61,6%)	
	Ada	33 (38,4%)	
5.	Riwayat penyakit kronik keluarga		0,305
	Tidak ada	37 (43,0%)	
	Ada	49 (57,0%)	
6.	Riwayat pengobatan (6 bulan terakhir)		0,275
	Tidak ada	74 (86,0%)	
	Ada	12 (14,0%)	
7.	Keluarga inti dibidang kesehatan		0,651
	Tidak ada	74 (86,0%)	
	Ada	12 (14,0%)	
8.	Faktor risiko**		0,799
	Tidak ada	67 (77,9%)	
	Ada	19 (22,1%)	

Keterangan :

\*Uji *Chi-square*

\*\*Termasuk faktor risiko penyakit DM tipe 2, hipertensi, dan atau komplikasinya yang bisa menyebabkan gagal ginjal

#### 1. Usia

Pada penelitian ini, usia diklasifikasikan menjadi dua kelompok, yaitu responden dengan usia kurang dari 40 tahun dan lebih atau sama dengan 40 tahun. Berdasarkan table 4.1 tidak terdapat perbedaan signifikan jumlah responden dengan usia <40 dengan jumlah responden yang berusia  $\geq 40$ .

#### 2. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan dalam penelitian ini dikelompokkan menjadi tiga kategori, yaitu pendidikan dasar, menengah dan tinggi. Responden yang dikategorikan dalam pendidikan dasar setingkat Sekolah Dasar (SD) dan Madrasah Ibtidaiyah (MI) serta Sekolah Menengah Pertama (SMP) dan Madrasah Tsanawiyah (MTs). Responden yang dikategorikan dalam pendidikan menengah adalah responden yang telah menyelesaikan

pendidikan menengah atas dan pendidikan menengah kejuruan. Responden yang dikategorikan dalam pendidikan tinggi adalah responden yang telah menyelesaikan pendidikan setelah pendidikan menengah yang mencakup program pendidikan diploma, sarjana, magister, spesialis, dan doktor yang diselenggarakan oleh perguruan tinggi. Pada table 4.1 tidak terdapat perbedaan signifikan jumlah responden yang berpendidikan dasar dengan jumlah responden yang berpendidikan menengah dan atas.

### 3. Pekerjaan

Pada tabel 4.1 tidak terdapat perbedaan signifikan jumlah responden yang memiliki pekerjaan sebagai Ibu rumah tangga dengan jumlah responden yang bekerja selain Ibu rumah tangga.

### 4. Riwayat Penyakit Kronik

Pada tabel 4.1 tidak terdapat perbedaan signifikan jumlah responden yang memiliki riwayat penyakit kronik dengan jumlah responden yang riwayat penyakit kronik.

### 5. Riwayat Penyakit Kronik Keluarga

Pada Pada tabel 4.1 tidak terdapat perbedaan signifikan jumlah responden yang memiliki riwayat penyakit kronik keluarga dengan jumlah responden yang riwayat penyakit kronik keluarga.

### 6. Riwayat Pengobatan (6 bulan terakhir)

Pada tabel 4.1 tidak terdapat perbedaan signifikan jumlah responden yang memiliki riwayat pengobatan selama 6 terakhir dengan jumlah responden yang tidak memiliki riwayat pengobatan selama 6 terakhir.

### 7. Keluarga Inti Dibidang Kesehatan

Pada tabel 4.1 tidak terdapat perbedaan signifikan jumlah responden yang memiliki keluarga inti dibidang kesehatan dengan jumlah responden yang tidak memiliki keluarga inti dibidang kesehatan.

### 8. Faktor Risiko

Pada tabel 4.1 tidak terdapat perbedaan signifikan jumlah responden yang memiliki faktor risiko risiko penyakit DM tipe 2, hipertensi, dan atau komplikasinya yang bisa menyebabkan gagal ginjal dengan jumlah

responden yang tidak faktor risiko risiko penyakit DM tipe 2, hipertensi, dan atau komplikasinya yang bisa menyebabkan gagal ginjal.

#### 4.3 Deskripsi Tingkat Miskonsepsi Kader Posbindu Sebelum Edukasi dan Setelah Edukasi

Deskripsi tingkat miskonsepsi kader Posbindu diperoleh melalui hasil penilaian kuesioner sebelum dan setelah edukasi yang terdapat enam dominan kuesioner. Nilai deskripsi seluruh bagian kuesioner menggunakan norma persentil dan dikategorisasikan menjadi lima kategori pengetahuan yaitu sangat rendah, rendah, sedang, tinggi, dan sangat tinggi.

**Tabel 4.2** Rata-Rata Nilai *Pretest* Kader Posbindu Pada Masing-Masing Model Edukasi Setiap Bagian Kuesioner

Domain Kuesioner	Rata-rata <i>Pretest</i>			
	Model edukasi 1	Model edukasi 2	Model edukasi 3	Model edukasi 4
Bagian A	1,04	0,83	0,83	0,86
Bagian B	0,61	0,41	0,16	0,44
Bagian C	0,62	0,08	0,16	0,09
Bagian D	0,31	0,12	0,09	0,01
Bagian E	4,05	3,80	3,78	3,41
Bagian F	3,90	3,82	3,70	4,04

Keterangan

Domain Pengetahuan A: Terapi HDM

Domain Pengetahuan B: Penggunaan obat rutin

Domain Pengetahuan C: Obat yang menyebabkan gagal ginjal

Domain Pengetahuan D: Faktor resiko gagal ginjal

Domain Pengetahuan E: Tingkat kepatuhan minum obat

Domain Pengetahuan F: Gambaran kesehatan

Berdasarkan tabel 4.2 nilai rata-rata *Pretest* kader Posbindu pada masing-masing model edukasi memiliki nilai rata-rata sebesar 4,05 pada model edukasi 1 kuesioner bagian E, model edukasi 2 sebesar 3,82 pada kuesioner bagian E, model edukasi 3 sebesar 3,78, model edukasi 4 sebesar 4,04.

**Tabel 4.3** Deskripsi tingkat pengetahuan kader Posbindu tentang terapi HDM

Kategori	Norma	Frekuensi							
		Model Edukasi 1		Model Edukasi 2		Model Edukasi 3		Model Edukasi 4	
		<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Sangat rendah	$X < p20$ (0,6250)	1 (4%)	0 (0%)	2 (10,53%)	2 (10,53%)	4 (16,67%)	1 (4,17%)	3 (16,67%)	5 (27,78%)
Rendah	$X \leq X$ $< p 40$ (0,8750)	1 (4%)	1 (4%)	6 (31,57%)	9 (47,37%)	8 (33,33%)	2 (8,33%)	5 (27,78%)	4 (22,22%)
Sedang	$X \leq X$ $< p 60$ (1,0000)	4 (16%)	0 (0%)	4 (21,05%)	0 (0%)	6 (25%)	0 (0%)	2 (11,11%)	0 (0%)
Tinggi	$X \leq X$ $\leq p 80$ (1,1250)	9 (36%)	9 (36%)	5 (26,32%)	4 (21,05%)	2 (8,33%)	7 (29,17%)	5 (27,77%)	7 (38,89%)
Sangat tinggi	$X > p80$	10 (40%)	15 (60%)	2 (10,53%)	4 (21,05%)	4 (16,67%)	14 (58,33%)	3 (16,67%)	2 (11,11%)
Total		25 (100%)	25 (100%)	19 (100%)	19 (100%)	24 (100%)	24 (100%)	18 (100%)	18 (100%)

Berdasarkan Tabel 4.3 pada kategori sedang terdapat penurunan presentase jumlah responden setelah pemberian edukasi disemua model edukasi yang telah dilakukan. Penurunan jumlah responden ini bermakna bahwa terjadi peningkatan pengetahuan setelah dilakukan edukasi. Penurunan presentase yang paling signifikan terlihat pada model edukasi 3 sebesar 25%. Dapat dilihat pada kategori sedang terjadi penurunan responden dari 6 responden pada saat *pretest* menjadi 0 responden setelah dilakukan *posttest*. Pada kategori sangat tinggi terdapat peningkatan sebesar 16,67% menjadi 58,33% setelah dilakukan edukasi pada model edukasi 3 sedangkan pada model edukasi 1 terjadi peningkatan sebesar 20% dan model edukasi 2 sebesar 10,53%. Dilihat dari hasil presentase bahwa edukasi yang dilakukan berhasil baik dengan ada tidaknya edukasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Sedangkan pada model edukasi 4 juga mengalami peningkatan



pengetahuan dilihat dari jumlah responden yang mengalami penurunan pada kategori sedang.

Deskripsi tingkat pengetahuan kader Posbindu terkait miskonsepsi penggunaan obat rutin pada penyakit hipertensi dan diabetes melitus tersaji pada tabel 4.4

**Tabel 4.4** Deskripsi tingkat pengetahuan kader Posbindu tentang miskonsepsi penggunaan obat rutin

Kategori	Norma	Frekuensi							
		Model Edukasi 1		Model Edukasi 2		Model Edukasi 3		Model Edukasi 4	
		<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Sangat rendah	$X < p20$ (0,3750)	1 (4%)	0 (0%)	5 (26,32%)	1 (5,26%)	3 (12,5%)	0 (0%)	7 (38,89%)	2 (11,11%)
Rendah	$X \leq X$ <p 40 (0,3750)	1 (4%)	0 (0%)	5 (26,32%)	1 (5,26%)	3 (12,5%)	0 (0%)	7 (38,89%)	2 (11,11%)
Sedang	$X \leq X$ <p 60 (0,5000)	3 (12%)	1 (4%)	7 (36,84%)	1 (5,26%)	6 (25%)	2 (8,33%)	6 (33,33%)	2 (11,11%)
Tinggi	$X \leq X$ $\leq p$ 80 (0,7500)	13 (52%)	6 (24%)	7 (36,84%)	10 (52,63%)	6 (25%)	7 (29,17%)	2 (11,11%)	4 (22,22%)
Sangat tinggi	$X > p80$	8 (32%)	18 (72%)	0 (0%)	7 (36,85%)	9 (37,5%)	15 (62,5%)	3 (16,67%)	10 (55,56%)
Total		25 (100%)	25 (100%)	19 (100%)	19 (100%)	24 (100%)	24 (100%)	18 (100%)	18 (100%)

Tabel 4.4 menunjukkan terdapat peningkatan pengetahuan setelah pemberian edukasi mengenai miskonsepsi penggunaan obat rutin disetiap model edukasi pada kategori sangat rendah, rendah dan sedang. Pada kategori sedang penurunan persentase jumlah responden pada masing-masing model edukasi sebesar 8% (2 responden) pada model edukasi 1, sebesar 31,58% (6 responden) model edukasi 2, sebesar 16,67% (4 responden) model edukasi 3 dan sebesar 22,22% (4 responden). Hasil ini sesuai dengan yang diharapkan karena disetiap model edukasi yang dilakukan ada peningkatan pengetahuan pada kader Posbindu. Untuk kategori sangat tinggi juga mengalami peningkatan pengetahuan pada

masing-masing model edukasi yaitu sebesar 40% (10 responden), model edukasi 2 36,58% (7 orang), model edukasi 3 sebesar 25% (6 responden), model edukasi 4 sebesar 38,89% (7 responden).

**Tabel 4.5** Deskripsi tingkat pengetahuan kader Posbindu tentang obat yang dapat menyebabkan gagal ginjal

Kategori	Norma	Frekuensi							
		Model Edukasi 1		Model Edukasi 2		Model Edukasi 3		Model Edukasi 4	
		<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Sangat rendah	$X < p20$	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0000)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)
Rendah	$X \leq X$	0	0	0	0	0	0	0	0
	$< p 40$	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)
Sedang	$X \leq X$	2	4	13	9	14	4	1	3
	$< p 60$	(8%)	(16%)	(68,42%)	(47,37%)	(58,33%)	(16,67%)	(5,56%)	(16,67%)
Tinggi	$X \leq X$	9	6	6	9	9	9	12	2
	$\leq p 80$	(36%)	(24%)	(31,58%)	(47,37%)	(37,5%)	(37,5%)	(66,67%)	(11,11%)
Sangat tinggi	$X > p80$	14	15	0	1	1	11	5	13
		(56%)	(60%)	(0%)	(5,26%)	(4,17%)	(45,83%)	(27,77%)	(72,22%)
		25	25	19	19	24	24	18	18
		(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

Berdasarkan tabel 4.5 pada kategori sedang menunjukkan peningkatan tingkat pengetahuan pada model edukasi 3 dan model edukasi 2 masing-masing sebesar 41,67% (10 responden) dan sebesar 21,04% (4 responden) hal ini dapat dilihat dari berkurangnya jumlah responden antara sebelum edukasi dan setelah edukasi. Sedangkan untuk model edukasi 1, dan model edukasi 4, mengalami penurunan tingkat pengetahuan kader Posbindu tentang obat yang dapat menyebabkan gagal ginjal dengan masing-masing persentase sebesar 8% (2 responden) dan sebesar 11,11% (2 responden) penurunan ini dapat dilihat dengan bertambahnya jumlah responden setelah dilakukan edukasi dibandingkan dengan sebelum dilakukan edukasi Pada kategori sangat tinggi menunjukkan adanya peningkatan pengetahuan kader Posbindu. Hal itu dapat dilihat pada tabel 4.4 pada

semua model edukasi yang diberikan pada kader Posbindu mengalami peningkatan setelah dilakukan edukasi. peningkatan yang signifikan dapat dilihat pada model edukasi 3 dan model edukasi 4 masing-masing mengalami peningkatan sebesar 41,67% (10 responden) dan sebesar 44.44% (8 responden). Hasil ini sesuai dengan dugaan bahwa dengan adanya tenaga kesehatan melakukan pemberian edukasi dapat meningkatkan pengetahuan kader Posbindu dibandingkan dengan edukasi yang dilakukan tanpa tenaga kesehatan.

**Tabel 4.6** Deskripsi tingkat pengetahuan kader Posbindu tentang faktor risiko yang menyebabkan gagal ginjal

Kategori	Norma	Frekuensi							
		Model Edukasi 1		Model Edukasi 2		Model Edukasi 3		Model Edukasi 4	
		<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Sangat rendah	$X < p_{20}$	0	0	0	0	0	0	0	0
	(0,0000)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)
Rendah	$X \leq X$	0	0	0	0	0	0	0	0
	$< p_{40}$	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)
Sedang	$X \leq X$	0	0	0	0	0	0	0	0
	$< p_{60}$	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)	(0%)
Tinggi	$X \leq X$	23	6	17	13	21	10	18	13
	$\leq p_{80}$	(92%)	(24%)	(89,47%)	(68,42%)	(87,5%)	(41,67%)	(100%)	(72,22%)
Sangat tinggi	$X > p_{80}$	2	19	2	6	3	14	0	5
		(8%)	(76%)	(10,53%)	(31,58%)	(12,5%)	(58,33%)	(0%)	(27,78%)
Total		25	25	19	19	24	24	18	18
		(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

Pada tabel 4.6 menunjukkan bahwa tidak terdapat responden pada semua model edukasi baik sebelum edukasi atau setelah dilakukan edukasi pada kategori sangat rendah, rendah, dan sedang dengan presentase sebesar 0%. Terdapat peningkatan pengetahuan setelah pemberian edukasi mengenai faktor resiko yang menyebabkan gagal ginjal dimasing-masing model edukasi pada kategori tinggi dan sangat tinggi. Tidak seperti dugaan apabila dilihat dari total responden dan persentase pada kategori tinggi dan sangat tinggi, tidak terjadi peningkatan

pengetahuan setelah edukasi mengenai faktor resiko yang menyebabkan gagal ginjal. Hal tersebut terlihat dari total responden dan persentase sebelum edukasi hingga setelah dilakukan edukasi pada masing masing model edukasi sebanyak 24 responden dengan persentase sebesar 100% pada model edukasi 1, sebanyak 19 responden dengan persentase sebesar 100% pada edukasi 2, sebanyak 24 responden dengan persentase sebesar 100% pada model edukasi 3, dan sebanyak 18 responden dengan persentase sebesar 100% pada model edukasi 4. Hasil tersebut menunjukkan bahwa total responden dan persentase pada kategori tinggi dan sangat tinggi pada model edukasi tanpa tenaga kesehatan memiliki peningkatan yang sebanding dengan model edukasi yang ada tenaga kesehatannya.

**Tabel 4.7** Deskripsi tingkat kepatuhan minum obat pada kader Posbindu

Kategori	Norma	Frekuensi							
		Model Edukasi 1		Model Edukasi 2		Model Edukasi 3		Model Edukasi 4	
		<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Sangat rendah	$X < p_{20}$	2	3	3	5	4	3	5	4
	(3,2500)	(8%)	(12%)	(15,79%)	(26,32%)	(16,67%)	(12,5%)	(27,78%)	(22,22%)
Rendah	$X \leq X$	3	1	2	8	7	5	5	4
	$< p_{40}$	(12%)	(4%)	(10,53%)	(42,10%)	(29,17%)	(20,83%)	(27,78%)	(22,22%)
Sedang	$X \leq X$	4	4	4	3	3	8	5	6
	$< p_{60}$	(16%)	(16%)	(21,05%)	(15,79%)	(12,5%)	(33,33%)	(27,78%)	(33,33%)
Tinggi	$X \leq X$	5	9	7	2	2	4	3	4
	$\leq p_{80}$	(20%)	(36%)	(36,84%)	(10,53%)	(8,33%)	(16,67%)	(16,67%)	(22,22%)
Sangat tinggi	$X > p_{80}$	11	8	3	1	8	4	0	0
		(44%)	(32%)	(15,79%)	(5,26%)	(33,33%)	(16,67%)	(0%)	(0%)
Total		25	25	19	19	24	24	18	18
		(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

Tabel 4.7 menunjukkan terdapat penurunan tingkat kepatuhan minum obat pada kader Posbindu setelah dilakukan edukasi pada kategori sangat rendah, rendah, sedang, tinggi, dan sangat tinggi pada beberapa model edukasi. Pada model edukasi 2 mengalami penurunan tingkat kepatuhan minum obat pada responden yang paling besar diantara model edukasi lainnya yaitu sebesar 31,58% (6 responden). Sedangkan pada model edukasi 1 mengalami peningkatan yang paling

besar diantara yang lain sebesar 16% (4 responden). Hal tersebut tidak sesuai dengan dugaan karena pada model edukasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tidak berpengaruh secara signifikan dalam meningkatkan kepatuhan pada kader Posbindu.

**Tabel 4.8** Deskripsi gambaran kesehatan pada kader Posbindu

Kategori	Norma	Frekuensi							
		Model Edukasi 1		Model Edukasi 2		Model Edukasi 3		Model Edukasi 4	
		<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>
Sangat rendah	$X < p20$	2	5	4	0	8	8	1	1
	(3,5000)	(8%)	(20%)	(21,05%)	(0%)	(33,33%)	(33,33%)	(5,56%)	(5,56%)
Rendah	$X \leq X$	6	5	3	1	4	5	2	3
	$<p 40$ (3,8333)	(24%)	(20%)	(15,80%)	(5,26%)	(16,67%)	(20,83%)	(11,11%)	(16,67%)
Sedang	$X \leq X$	5	0	4	3	6	3	4	2
	$<p 60$ (4,0000)	(20%)	(0%)	(21,05%)	(15,80%)	(25%)	(12,5%)	(22,22%)	(11,11%)
Tinggi	$X \leq X$	8	7	4	7	4	4	4	7
	$\leq p 80$ (4,3000)	(32%)	(28%)	(21,05%)	(36,84%)	(16,67%)	(16,67%)	(22,22%)	(38,89%)
Sangat tinggi	$X > p80$	4	8	4	8	2	4	7	5
		(16%)	(32%)	(21,05%)	(42,10%)	(8,33%)	(16,67%)	(38,89%)	(27,77%)
		25	25	19	19	24	24	18	18
		(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)	(100%)

Berdasarkan tabel 4.8 menunjukkan terdapat peningkatan gambaran kesehatan untuk kategori sedang pada semua model edukasi. Peningkatan gambaran kesehatan paling besar pada model edukasi 1 sebesar 20% (5 responden) diantara model edukasi yang lain. Namun pada model edukasi 1 juga mengalami penurunan responden dan persentase sebesar 12% (3 responden). Meskipun pada model edukasi 1 pemberian edukasi tidak dilakukan oleh tenaga kesehatan tetapi persentase peningkatan gambaran kesehatan kader Posbindu paling besar jika dibandingkan dengan persentase pada model edukasi oleh tenaga kesehatan yang sebesar 12,5% (3 responden). Hal ini menunjukkan bahwa edukasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan belum bisa meningkatkan gambaran kesehatan pada kader Posbindu.

#### 4.4 Perbandingan Tingkat Pengetahuan Kader Posbindu Sebelum Edukasi dan Setelah Edukasi

Uji asumsi normalitas sebaran penelitian ini menggunakan *Shapiro-Wilk* pada model edukasi 1,2,3, dan 4. Pada penelitian ini model edukasi 1 menggunakan media edukasi berupa modul pintar dan poster, untuk model edukasi 2 media edukasi yang digunakan modul pintar dan *leaflet*. Sedangkan untuk model edukasi 3 menggunakan modul pintar dan untuk model edukasi 4 menggunakan modul pintar, poster, dan *leaflet*. Pada model edukasi 3 dan model edukasi 4 selain menggunakan modul pintar, poster, dan *leaflet* juga dilakukan pemberian edukasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

**Table 4.9** Hasil uji normalitas sebaran data penelitian

Domain Kuesioner	Model Edukasi 1	Model Edukasi 2	Model Edukasi 3	Model Edukasi 4
Bagian A	0,219 <sup>a</sup>	0,208 <sup>a</sup>	0,008 <sup>b</sup>	0,241 <sup>a</sup>
Bagian B	0,004 <sup>b</sup>	0,056 <sup>a</sup>	0,088 <sup>a</sup>	0,088 <sup>a</sup>
Bagian C	0,385 <sup>a</sup>	0,221 <sup>a</sup>	0,024 <sup>b</sup>	0,533 <sup>a</sup>
Bagian D	0,047 <sup>b</sup>	0,010 <sup>b</sup>	0,016 <sup>b</sup>	0,033 <sup>b</sup>
Bagian E	0,050 <sup>a</sup>	0,565 <sup>a</sup>	0,834 <sup>a</sup>	0,001 <sup>b</sup>
Bagian F	0,436 <sup>a</sup>	0,465 <sup>a</sup>	0,196 <sup>a</sup>	0,007 <sup>b</sup>

Keterangan

Domain Pengetahuan A: Terapi HDM

Domain Pengetahuan B: Penggunaan obat rutin

Domain Pengetahuan C: Obat yang menyebabkan gagal ginjal

Domain Pengetahuan D: Faktor resiko gagal ginjal

Domain Pengetahuan E: Tingkat kepatuhan minum obat

Domain Pengetahuan F: Gambaran kesehatan

<sup>a</sup>: Sebaran data normal

<sup>b</sup>: Sebaran data tidak normal

Pada tabel 4.9 menunjukkan bahwa model edukasi 1 pada domain kuesioner bagian A, C, F, dan G, memiliki sebaran data yang terdistribusi normal karena nilai signifikansinya lebih dari 0,05 ( $p > 0,05$ ), sedangkan pada domain kuesioner bagian B dan D mempunyai nilai signifikansi kurang dari 0,05 ( $p < 0,05$ ). Hasil ini bermakna bahwa pada domain kuesioner bagian B dan D memiliki sebaran data yang terdistribusi tidak normal. Untuk model edukasi 2 domain kuesioner bagian A, B, C, F, dan G nilai signifikansinya lebih dari 0,05 ( $p > 0,05$ ) yang bermakna bahwa sebaran data terdistribusi normal, sedangkan untuk domain kuesioner bagian

D memiliki sebaran data tidak normal karena nilai signifikansinya kurang dari 0,05 ( $p < 0,05$ ). Pada model edukasi 3 domain kuesioner yang memiliki nilai signifikansi lebih dari 0,05 ( $p > 0,05$ ) yaitu pada domain kuesioner bagian B, F, dan G yang bermakna bahwa pada domain kuesioner tersebut sebaran data terdistribusi normal, sedangkan untuk domain kuesioner bagian A, C, dan D memiliki sebaran data tidak terdistribusi normal karena nilai signifikansinya kurang dari 0,05 ( $p < 0,05$ ). Untuk model edukasi 4 domain kuesioner bagian A, B, dan C memiliki sebaran data terdistribusi normal karena nilai signifikansinya lebih dari 0,05 ( $p > 0,05$ ), pada domain kuesioner bagian D, E, dan F memiliki nilai signifikansi kurang dari 0,05 ( $p < 0,05$ ) yang bermakna bahwa pada domain kuesioner D, E, dan F memiliki sebaran data yang terdistribusi tidak normal.

Berdasarkan hasil uji normalitas sebaran data uji hipotesis penelitian dikelompokkan menjadi dua yaitu *Paired Sample T-test* untuk kelompok variable dengan sebaran data terdistribusi normal dan *Wilcoxon-Test* untuk kelompok variabel dengan sebaran data tidak terdistribusi normal. Gambaran tingkat pengetahuan responden antara sebelum (*pretest*) dan setelah edukasi (*posttest*) dilihat dari rata-rata tingkat pengetahuan responden. Besar pengaruh edukasi terhadap tingkat miskonsepsi kader posbindu diperoleh dari perhitungan nilai *effect size*.

Perhitungan nilai nilai *effect size* ( $r$ ) digunakan sebagai suatu pengukuran tambahan untuk mengetahui besarnya dampak pengaruh yang diberikan dari edukasi oleh tenaga kesehatan. Terdapat tiga kategori yang dapat digunakan untuk menentukan besarnya pengaruh, yakni nilai  $r = 0,1$  untuk kategori *small effect* (pengaruh sebesar 1%),  $r = 0,3$  untuk kategori *medium effect* (pengaruh sebesar 9%) dan  $r \geq 0,5$  untuk kategori *large effect* (pengaruh sebesar 25%).

Berikut deskripsi gambaran tingkat pengetahuan sebelum dan setelah edukasi pada domain kuesioner bagian A, B, C, D, E, dan F;

**a. Bagian A: Kuesioner Pengetahuan Terapi Hipertensi dan Diabetes Melitus**

**Tabel 4.10** Gambaran tingkat pengetahuan responden sebelum dan setelah edukasi tentang terapi HDM

Model Edukasi	Mean / SD		Nilai P	Effect Size (r)	Kategori
	Pretest	Posttest			
1	1,0350 / 0,21201	1,2800 / 0,16471	0,000	0,7929	<i>large effect</i>
2	0,8289 / 0,28016	0,8684 / 0,27543	0,597	0,0127	<i>no effect</i>
3	0,8281 / 0,28507	1,1597 / 0,26228	0,000	0,8518	<i>large effect</i>
4	0,8542 / 0,28196	0,8333 / 0,40423	0,863	0,0424	<i>no effect</i>

Tabel 4.10 menunjukkan tingkat pengetahuan responden tentang terapi HDM sebelum dan sesudah edukasi untuk model edukasi 1 dan 3 memiliki pengaruh signifikansi karena nilai signifikansi kurang dari 0,05 ( $p < 0,05$ ) dengan masing-masing nilai P 0,000. Untuk *effect size* yang diperoleh pada model edukasi 1 dan 3 sebesar 0,7929 dan 0,8518 terjadi perbedaan hanya sebesar 0,0589, hal ini dapat diartikan bahwa edukasi yang dilakukan tidak terlalu berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan responden tentang terapi HDM. Hal ini dapat dipengaruhi karena responden memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi sehingga tanpa dilakukan edukasi oleh tenaga kesehatan responden sudah memiliki pengetahuan terkait terapi HDM. Sedangkan untuk model edukasi 2 dan 4 tidak memiliki pengaruh yang signifikan karena nilai signifikansinya lebih dari 0,05 ( $p > 0,05$ ) dengan nilai P masing-masing model edukasi yaitu 0,597 dan 0,863. Hasil ini bermakna bahwa ada tidaknya tenaga kesehatan tidak memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan pengetahuan responden tentang terapi HDM, hal ini dapat disebabkan karena tingkat pendidikan dan usia sehingga pada saat tenaga kesehatan memberikan edukasi responden kurang memahami materi yang disampaikan.



**b. Bagian B: Kuesioner Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin**

**Tabel 4.11** Gambaran tingkat pengetahuan responden tentang miskonsepsi penggunaan obat rutin

Model Edukasi	Mean / SD		Nilai P	Effect Size (r)	Kategori
	Pretest	Posttest			
1	0,6050 / 0,16008	0,9550 / 0,23352	0,000	0,8314	<i>large effect</i>
2	0,4079 / 0,13720	0,7368 / 0,20368	0,000	0,8646	<i>large effect</i>
3	0,5417 / 0,22014	0,8854 / 0,26559	0,000	0,7994	<i>large effect</i>
4	0,4375 / 0,25814	0,7986 / 0,35907	0,000	0,7752	<i>large effect</i>

Pada tabel 4.11 menunjukkan bahwa model edukasi 1, 2, 3, dan 4 memiliki pengaruh terhadap peningkatan pengetahuan responden tentang miskonsepsi penggunaan obat. Hal ini dapat dilihat dari hasil *pretest* dan *posttest* bahwa terjadi peningkatan pada hasil *posttest* jika dibandingkan dengan hasil *pretest* dapat diartikan bahwa model edukasi yang digunakan berhasil untuk mengubah miskonsepsi responden terkait penggunaan obat rutin baik itu dengan adanya tenaga kesehatan atau tanpa adanya tenaga kesehatan. Hal ini juga dapat dipengaruhi dengan tingkat pendidikan responden. Semakin tinggi tingkat pendidikan responden maka semakin tinggi pengetahuan dan wawasan responden.

**c. Bagian C: Kuesioner Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal**

**Tabel 4.12** Gambaran tingkat pengetahuan responden tentang obat yang menyebabkan gagal ginjal

Model Edukasi	Mean / SD		Nilai P	Effect Size (r)	Kategori
	Pretest	Posttest			
1	0,6200 / 0,34641	0,6200 / 0,42622	1,000	0	<i>no effect</i>
2	0,0842 / 0,12589	0,1947 / 0,19571	0,005	0,6069	<i>large effect</i>
3	0,1583 / 0,21653	0,5042 / 0,33425	0,000	0,7281	<i>large effect</i>
4	0,0944 / 0,18302	0,5944 / 0,37491	0,000	0,7873	<i>large effect</i>

Dilihat pada tabel 4.12 pada model edukasi 3 dan 4 dilihat dari nilai signifikansi kurang dari 0,05 ( $p < 0,05$ ) maka edukasi yang dilakukan tenaga kesehatan memiliki berpengaruh signifikan terhadap perubahan tingkat miskonsepsi mengenai obat yang dapat menyebabkan gagal ginjal ditunjukkan dengan nilai rata-rata sebelum dan sesudah edukasi pada masing-masing model edukasi 3 dan 4 sebesar 0,3459 dan 0,5.

**d. Bagian D:** Kuesioner Pengetahuan Faktor Resiko Penyebab Gagal Ginjal

**Tabel 4.13** Gambaran tingkat pengetahuan responden tentang faktor resiko yang menyebabkan gagal ginjal

Model Edukasi	Mean / SD		Nilai P	Effect Size (r)	Kategori
	Pretest	Posttest			
1	0,3100 / 0,26300	0,6700 / 0,41908	0,001	0,691	<i>large effect</i>
2	0,1184 / 0,17417	0,4605 / 0,36575	0,004	0,6549	<i>large effect</i>
3	0,0937 / 0,1773	0,7292 / 0,51561	0,000	0,7665	<i>large effect</i>
4	0,0139 / 0,05893	0,3611 / 0,28726	0,001	0,7592	<i>large effect</i>

Dari tabel 4.13 kuesioner bagian faktor resiko yang dapat menyebabkan gagal ginjal nilai signifikansi yang diperoleh kurang dari 0,05 ( $p < 0,05$ ) dan nilai *effect size* yang diperoleh dari model edukasi 1, 2, 3, dan 4 masuk dalam kategori *large effect* ( $r > 0,5$ ). Dari keempat model edukasi, model edukasi 3 memiliki nilai kenaikan yang paling tinggi sebesar 0,6355 dengan media edukasi yang diberikan berupa modul pintar dan pemberian materi oleh tenaga kesehatan.

**e. Bagian E:** Kuesioner Tingkat Kepatuhan Berobat

**Tabel 4.14** Gambaran tingkat pengetahuan responden tentang tingkat kepatuhan berobat

Model Edukasi	Mean / SD		Nilai P	Effect Size (r)	Kategori
	Pretest	Posttest			
1	4,0500 / 0,61343	4,0200 / 0,57132	0,738	0,0688	<i>no effect</i>
2	3,7961 / 0,50210	3,4671 / 0,54779	0,025	0,4991	<i>medium effect</i>

3	3,7656 / 0,67195	3,7969 / 0,53646	0,814	0,0496	<i>no effect</i>
4	3,4097 / 0,72229	3,5208 / 0,46426	0,959	0,0122	<i>no effect</i>

Berdasarkan tabel 4.14 kuesioner bagian tingkat kepatuhan berobat tidak berpengaruh secara signifikan pada metode edukasi 1, 3, dan 4. Sedangkan pada model edukasi 2 dengan media modul pintar, dan leaflet berpengaruh secara signifikan dengan kategori *medium effect*.

**f. Bagian F: Kuesioner Gambaran Kondisi Kesehatan Dan Kesejahteraan**

**Tabel 4.15 Gambaran kondisi kesehatan dan kesejahteraan**

Model Edukasi	Mean / SD		Nilai P	Effect Size (r)	Kategori
	Pretest	Posttest			
1	3,8967 / 0,36426	3,9633 / 0,46090	0,236	0,2407	<i>small effect</i>
2	3,8289 / 0,50114	4,2544 / 0,30615	0,001	0,6917	<i>large effect</i>
3	3,6910 / 0,41665	3,7153 / 0,51950	0,858	0,0377	<i>no effect</i>
4	4,0417 / 0,73834	4,0648 / 0,43776	0,695	0,0926	<i>no effect</i>

Pada tabel 4.15 kuesioner bagian gambaran kondisi kesehatan dan kesejahteraan pada model edukasi 2 dengan media edukasi yang diberikan berupa modul pintar dan *leaflet* berpengaruh signifikan dengan kategori *large effect*. Sedangkan untuk model edukasi 1 berpengaruh signifikan dengan kategori *small effect* dengan menggunakan media edukasi berupa modul pintar dan poster.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **1.1 Kesimpulan**

Dari penelitian yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa

1. Kuesioner bagian C memiliki tingkat miskonsepsi yang tinggi dilihat dari hasil *Pretest*, kuesioner bagian A dan B memiliki tingkat miskonsepsi yang sedang, dilihat dari hasil nilai *Pretest* yang diperoleh dari responden termasuk dalam kategori pengetahuan sangat rendah, rendah, dan sedang, sedangkan pada kuesioner bagian D kader posbindu memiliki tingkat miskonsepsi yang rendah karena dilihat dari hasil *Pretest* tingkat pengetahuan responden termasuk dalam kategori tinggi dan sangat tinggi.
2. Edukasi yang dilakukan memiliki pengaruh signifikan terhadap penurunan miskonsepsi dan terjadi peningkatan pengetahuan pada kuesioner bagian penggunaan obat rutin dan obat yang menyebabkan gagal ginjal dengan kategori *large effect*.

#### **1.2 Saran**

1. Untuk penelitian selanjutnya diharapkan dapat memilih model edukasi yang lebih baik untuk kuesioner bagian yang memiliki miskonsepsi yang tinggi.
2. Dapat melibatkan responden yang lebih banyak lagi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aslam, M., Chik, K. . and Adji, P. (2003) *Farmasi Klinis Menuju Pengobatan Rasional dan Penghargaan Pilihan Pasien*. Surabaya: Elex Media Komputindo.
- Collins, C. *et al.* (2011) ‘Effect of pharmacist intervention on glycemic control in diabetes.’, *Diabetes research and clinical practice*. Ireland, 92(2), pp. 145–152. doi: 10.1016/j.diabres.2010.09.023.
- Dipiro, Joseph T. *et al.* (2008) *Pharmacotherapy : A Pathophysiologic Approach Seventh Edition*. New York: Mc-Graw Hill.
- Dorner, T. E. *et al.* (2013) ‘Health information regarding diabetes mellitus reduces misconceptions and underestimation of consequences in the general population’, *Public Health Nutrition*, 16(11), pp. 2032–2039. doi: 10.1017/S1368980012003886.
- Faizah, A. K. (2016) *Pengembangan Kuisisioner Pengetahuan Masyarakat Tentang Terapi Pengobatan Hipertensi dan Diabetes Melitus Terkait Kejadian Gagal Ginjal : Studi Pendahuluan*. Universitas Islam Indonesia.
- Guyton, A. . and Hall, J. . (2008) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. 11th edn. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Isabella, C., Sitorus, R. and Afiyanti, Y. (2008) ‘Pengalaman Ketidapatuhan Pasien Terhadap Penatalaksanaan Diabetes Mellitus: Studi Fenomenologi’, *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(2), pp. 84–90. doi: 10.7454/jki.v12i2.205.
- Kemenkes RI (2018) ‘Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2018’, *Riset Kesehatan Dasar 2018*, pp. 182–183.
- Lacy, C. . *et al.* (2006) *Drug Information Handbook*. 14th edn. Hudson Ohio: AphA Lexi-Comp Inc.
- Mitchell, B. *et al.* (2011) ‘Diabetes Medication Assistance Service: The pharmacist’s role in supporting patient self-management of type 2 diabetes

- (T2DM) in Australia', *Patient education and counseling*, 83, pp. 288–294. doi: 10.1016/j.pec.2011.04.027.
- Muhadi (2016) 'JNC 8 : Evidence-based Guideline Penanganan Pasien Hipertensi Dewasa', *Cermin Dunia Kedokteran*, 43(1), pp. 54–59.
- Nadia, A. F. (2017) *Pengaruh Edukasi Terhadap Perubahan Miskonsepsi Penggunaan Obat Penyakit DM tipe 2 dan Hipertensi Pada Kader Posbindu*. Universitas Islam Indonesia.
- Nasional, D. P. (2003) *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. 3rd edn. Jakarta: Balai Pustaka.
- Nastiti, L. I. (2017) *Pengaruh Edukasi Terhadap Perubahan Miskonsepsi Penggunaan Obat Penyakit DM tipe 2 dan Hipertensi Pada Kader Posbindu*. Universitas Islam Indonesia.
- Notoatmodjo, S. (2007) *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Nugroho, A. . (2012) *Farmakologi Obat-Obatan Penting dalam Pembelajaran Ilmu Farmasi dan Dunia Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Price, S. A. and Wilson, L. M. C. (2002) *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Rantucci, M. . (2007) *Pharmacists Talking With Patients: A Guide To Patients Counseling*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Schwartz, G. L. and Sheps, S. G. (2004) 'A review of the Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure', *Current Opinion in Cardiology*, 14(2), pp. 161–168. doi: 10.1097/00001573-199903000-00014.
- Setyoadi, S., Ahsan, A. and Abidin, A. (2013) 'Hubungan Peran Kader Kesehatan Dengan Tingkat Kualitas Hidup Lanjut Usia', *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 1(2), p. pp.183-192.

Siregar, C. J. . (2006) *Farmasi Klinik & Penerapan*. Jakarta: EGC.

Soelistijo, S. A., Novida, H. and Rudijanto, A. (2015) *Konsensus Pengolahan Dan Pencegahan Diabetes Melitus Tipe 2 Di Indonesia*. Jakarta: Pengurus Besar Perkumpulan Endrokrinologi Indonesia (PB PERKENI).

Suparno, P. (2005) *Miskonsepsi Dan Perubahan Konsep Dalam Pendidikan Fisika*. Jakarta: Gramedia Widya Sarana Indonesia.

Weber, M. A. *et al.* (2014) 'Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Comm', *Journal of Clinical Hypertension*, 16(1), pp. 14–26. doi: 10.1111/jch.12237.

## Lampiran

A) Kuesioner pengetahuan tentang miskonsepsi penggunaan obat rutin pada penyakit diabetes melitus dan hipertensi

1. Tn. X adalah seorang wiraswasta berusia 50 tahun. Dalam sehari Tn. X biasa minum kopi 2 gelas, dan mempunyai kebiasaan makan gorengan, serta jarang berolahraga. Sudah beberapa minggu ini Tn. X sering mengalami sakit kepala dan pusing. Kemudian Tn. X memeriksakan ke Puskesmas, diketahui **tekanan darahnya 123/90 mmHg**. Menurut Anda, apa yang perlu dilakukan oleh Tn. X terkait hasil pemeriksaan tekanan darahnya di Puskesmas? Mengapa?
2. Sebulan yang lalu Tn. B 49 tahun memiliki keluhan sakit kepala, pusing dan tegang di area leher. Tn. B datang ke Puskesmas untuk memeriksakan diri, diketahui **tekanan darahnya 145/95 mmHg**, dokter memberikan obat antihipertensi. Setelah 1 bulan obat habis, Tn. B datang kembali ke Puskesmas dan diberikan obat yang sama. Setelah pengobatan, tekanan darah Tn. B menjadi **120/90 mmHg**, sudah tidak ada gejala sakit kepala dan tegang di area leher. Menurut Anda, bagaimana **tindakan selanjutnya** terkait pengobatan hipertensi yang telah dijalani oleh Tn. B? Mengapa?
3. Ny. C berusia 37 tahun, mempunyai kebiasaan makan makanan manis dan jarang berolahraga. Sudah beberapa minggu ini Ny. C sering buang air kecil dan cepat haus. Keluarganya memiliki riwayat diabetes melitus. Kemudian Ny. C memeriksakan ke Puskesmas, diketahui **kadar gula darahnya 190 mg/dl**. Menurut Anda, apa yang perlu dilakukan oleh Ny. C terkait hasil pemeriksaan kadar gula darah di Puskesmas? Mengapa?
4. Ny. X memiliki keluhan sering buang air kecil, urinnya beraroma buah, sering haus, serta ingin makan terus. Diketahui Ny. X sudah mengidap diabetes melitus dari 3 tahun yang lalu. Ny. X memiliki kebiasaan minum es teh manis, makan makanan manis dan tidak pernah berolahraga. Keluarganya memiliki riwayat diabetes melitus. Kemudian Ny. X datang ke Puskesmas untuk memeriksakan diri, diketahui **kadar gula darahnya 223 mg/dl**, dokter memberikan obat antidiabetes. Setelah 1 bulan obat habis, Ny. X datang kembali ke Puskesmas dan diberikan obat yang



sama. Setelah pengobatan, kadar gula darah Ny. X menjadi **180 mg/dl** dan sudah tidak ada keluhan. Menurut Anda, bagaimana **tindakan selanjutnya** terkait pengobatan diabetes yang dijalani oleh Ny. X? Mengapa?

**Bagian B mengenai pengetahuan penggunaan obat rutin**

1. Sebutkan tujuan pengobatan tahap awal dari penggunaan obat rutin antihipertensi (obat untuk menurunkan tekanan darah tinggi)?
2. Sebutkan tujuan pengobatan jangka panjang dari penggunaan obat rutin antihipertensi (obat untuk menurunkan tekanan darah tinggi)?
3. Apakah Anda akan menghentikan pengobatan ketika tekanan darah sudah tercapai sesuai target yang diharapkan? **YA/TIDAK**
4. Sebutkan tujuan pengobatan tahap awal dari penggunaan obat rutin antidiabetes (obat untuk menurunkan kadar gula dalam darah)?
5. Sebutkan tujuan pengobatan jangka panjang dari penggunaan obat rutin antidiabetes (obat untuk menurunkan kadar gula dalam darah)?
6. Apakah Anda akan menghentikan pengobatan ketika kadar gula darah sudah tercapai sesuai target yang diharapkan? **YA/TIDAK**
7. Sebutkan contoh obat antihipertensi beserta efek sampingnya (kejadian setelah pengobatan)?
8. Sebutkan contoh obat antidiabetes beserta efek sampingnya (kejadian setelah pengobatan)?

**Bagian C mengenai pengetahuan obat yang menyebabkan gagal ginjal**

- 2) Apakah ada obat yang dapat menyebabkan gagal ginjal? Sebutkan contohnya?
- 3) Apakah Anda percaya penggunaan obat antihipertensi secara rutin dapat menyebabkan gagal ginjal? **YA/TIDAK**. Mengapa?
- 4) Sebutkan obat-obat antihipertensi yang menyebabkan gagal ginjal?
- 5) Apakah Anda percaya penggunaan obat antidiabetes secara rutin dapat menyebabkan gagal ginjal? **YA/TIDAK**. Mengapa?
- 6) Sebutkan obat-obat antidiabetes yang menyebabkan gagal ginjal?

**Bagian D mengenai faktor risiko yang menyebabkan gagal ginjal**

1. Sebutkan faktor terkait penggunaan obat seperti apa yang dapat meningkatkan risiko gagal ginjal?

2. Sebutkan faktor terkait kader Posbindu yang dapat meningkatkan risiko gagal ginjal?

4) Kuesioner tingkat kepatuhan kader Posbindu dalam mengkonsumsi obat

1	Apakah Anda lupa untuk meminum obat-obatan Anda?	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
2	Orang-orang kadang-kadang sengaja melewatkan minum obat mereka dengan alasan-alasan tertentu, bukan karena lupa. Dalam dua minggu terakhir ini, adakah hari dimana Anda tidak meminum obat Anda?	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
3	Apakah Anda mengurangi atau berhenti minum obat Anda tanpa memberitahu dokter Anda karena Anda merasa lebih buruk kondisinya/bertambah parah sakitnya ketika Anda meminumnya?	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
4	Ketika Anda bepergian atau meninggalkan rumah, apakah Anda lupa untuk membawa serta obat-obatan Anda?	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
5	Apakah Anda meminum semua obat-obatan Anda kemarin?	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
6	Ketika Anda merasa gejala-gejala sakit yang Anda alami di luar kendali Anda, apakah Anda berhenti meminum obat-obatan Anda?	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
7	Meminum obat-obatan setiap hari bagi sejumlah orang bisa jadi permasalahan tersendiri, tidak nyaman, menyulitkan. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk tetap berpegang teguh mengikuti rencana pengobatan yang diberikan dokter untuk Anda?	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu

8	Seberapa sering Anda mengalami kesulitan mengingat untuk meminum semua obat-obatan Anda?	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-kadang	Sering	Selalu
---	--	--------------	--------	---------------	--------	--------

## B) Kuesioner Gambaran Kesehatan

1. Secara umum, bagaimana kondisi kesehatan Anda?

Sangat Memuaskan	Memuaskan	Cukup Memuaskan	Kurang Memuaskan	Tidak Memuaskan	Sangat Tidak Memuaskan
------------------	-----------	-----------------	------------------	-----------------	------------------------

2. Apakah kondisi kesehatan Anda saat ini membatasi Anda untuk tidak melakukan kegiatan seperti memindahkan meja, mendorong, menggunakan mesin pembersih ruangan, berolahraga?

Ya, sangat terbatas	Ya, agak terbatas	Tidak terbatas sama sekali
---------------------	-------------------	----------------------------

3. Apakah kondisi kesehatan Anda saat ini membatasi Anda untuk tidak melakukan kegiatan seperti menaiki tangga?

Ya, sangat terbatas	Ya, agak terbatas	Tidak terbatas sama sekali
---------------------	-------------------	----------------------------

4. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering Anda tidak mencapai apa yang Anda inginkan dikarenakan kondisi kesehatan fisik Anda?

Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Jarang	Tidak Pernah
--------	--------	---------------	--------	--------------

5. Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering Anda membatasi diri dalam jenis pekerjaan atau kegiatan-kegiatan yang Anda ikuti dikarenakan kondisi kesehatan fisik Anda?

Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Jarang	Tidak Pernah
--------	--------	---------------	--------	--------------

6. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering Anda tidak mencapai apa yang Anda inginkan dikarenakan permasalahan emosional Anda (misalnya perasaan cemas, perasaan tertekan yang kuat) ?

Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Jarang	Tidak Pernah
--------	--------	---------------	--------	--------------

7. Selama 4 minggu terakhir ini, seberapa sering Anda membatasi diri dalam jenis pekerjaan atau kegiatan-kegiatan yang Anda ikuti dikarenakan permasalahan emosional Anda (misalnya perasaan cemas, perasaan tertekan yang kuat) ?

Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Jarang	Tidak Pernah
--------	--------	---------------	--------	--------------

8. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering rasa sakit yang Anda alami mengganggu Anda dalam melakukan dan menyelesaikan pekerjaan rutin Anda sehari-hari (baik pekerjaan di dalam maupun di luar rumah)?

Tidak mengganggu sama sekali	Sedikit mengganggu	Cukup mengganggu	Cukup banyak mengganggu	Sangat mengganggu
------------------------------	--------------------	------------------	-------------------------	-------------------

9. Dalam 4 minggu terakhir ini, seberapa sering Anda merasa tenang dan damai?

Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Jarang	Tidak Pernah
--------	--------	---------------	--------	--------------

10. Dalam 4 minggu terakhir ini, seberapa sering Anda merasa memiliki banyak tenaga?

Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Jarang	Tidak Pernah
--------	--------	---------------	--------	--------------

11. Dalam 4 minggu terakhir ini, seberapa sering Anda merasa sedih dan tertekan yang berkepanjangan?

Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Jarang	Tidak Pernah
--------	--------	---------------	--------	--------------

12. Selama 4 minggu terakhir, seberapa sering kegiatan-kegiatan sosial Anda seperti mengunjungi teman, saudara, dan lain-lain terganggu dikarenakan kondisi kesehatan fisik atau masalah emosional Anda?

Selalu	Sering	Kadang-Kadang	Jarang	Tidak Pernah
--------	--------	---------------	--------	--------------

C) Kuesioner Social Desirability

1. Apakah Anda PERNAH merasa malas untuk melanjutkan pekerjaan jika Anda sudah tidak bersemangat lagi?

YA	TIDAK
----	-------

2. Apakah Anda PERNAH merasa kesal ketika tidak mendapatkan seperti yang Anda inginkan?

YA	TIDAK
----	-------

3. Apakah Anda SELALU menjadi pendengar yang baik dengan siapa pun Anda sedang berbicara?

YA	TIDAK
----	-------

4. Apakah PERNAH terlintas dalam pikiran Anda untuk membalas orang yang telah menyakiti/merugikan daripada memaafkan dan melupakannya?

YA	TIDAK
----	-------

5. Apakah Anda PERNAH merasa kesal terhadap seseorang yang mengungkapkan pemikiran sangat berbeda dengan pemikiran Anda?

YA	TIDAK
----	-------

6. Apakah Anda SELALU bersikap ramah/sopan kepada siapa pun, termasuk terhadap orang yang tidak Anda sukai?

YA	TIDAK
----	-------

7. Apakah Anda PERNAH merasa iri dengan nasib baik orang lain?

YA	TIDAK
----	-------

8. Apakah Anda PERNAH merasa jengkel dengan orang yang meminta bantuan Anda?

YA	TIDAK
----	-------

9. Apakah Anda SELALU bersedia mengakui kesalahan yang Anda lakukan?

YA	TIDAK
----	-------

10. Apakah Anda PERNAH dengan sengaja mengatakan/melakukan sesuatu yang merugikan/menyakiti perasaan orang lain?

YA	TIDAK
----	-------

11. Apakah Anda PERNAH mengambil kesempatan dalam kesempatan yang sedang dialami orang lain?

YA	TIDAK
----	-------

Berikut merupakan skoring yang diberikan kepada masing-masing jenis kuesioner

- 1) Skoring kuesioner pengetahuan tentang miskonsepsi penggunaan obat rutin pada penyakit diabetes melitus tipe 2 dan hipertensi.

### 3.1 Tabel Skoring Kuesioner Bagian A,B,C, dan D

Domain Kuesioner	Indikator Pengetahuan	Skoring
<b>BAGIAN A</b> Terapi HDM	1. Kasus Hipertensi TD 123/90 mmHg (Prehipertensi) = Modifikasi gaya hidup	2 : jika menjawab 4 jawaban benar
	a. Mengurangi kebiasaan minum kopi	1,5 : jika menjawab 3 jawaban benar
	b. Mengurangi kebiasaan makan makanan manis	1 : jika menjawab 2 jawaban benar
	c. Rutin berolahraga	
	d. Alasan, TD termasuk prehipertensi, belum membutuhkan obat, memiliki resiko hipertensi	
	2. Kasus Hipertensi TD dari 145/95 mmHg menjadi 120/90 mmHg	0,5 : jika menjawab 1 jawaban benar
	a. Tetap dilanjutkan pengobatan (2)	
	b. Modifikasi gaya hidup (1)	
	c. Alasan, pengobatan hipertensi dilakukan seumur hidup (1)	

3. Kasus Diabetes Melitus  
KGD 190 mg/dl = Modifikasi gaya hidup (3)
  - a. Mengurangi makanan manis
  - b. Rutin berolahraga
  - c. Alasan, memiliki resiko diabetes melitus, KGD tinggi (1)
  
4. Kasus Diabetes Melitus  
KGD dari 223 mg/dl menjadi 180 mg/dl
  - a. Tetap melanjutkan pengobatan (1)
  - b. Modifikasi gaya hidup (2)
  - c. Alasan, pengobatan DM seumur hidup (1)

<b>BAGIAN B</b> Miskonsepsi penggunaan obat rutin	5. Tujuan pengobatan tahap awal antihipertensi	1 : jika menjawab 1 jawaban benar
	a. Menurunkan / mengendalikan TD	
	6. Tujuan pengobatan jangka panjang antihipertensi	0 : jika tidak menjawab atau menjawab
	a. Mencegah komplikasi	jawaban salah
	7. TIDAK menghentikan pengobatan	
	8. Tujuan pengobatan tahap awal antidiabetes	
	a. Menurunkan/mengendalikan KGD	
	9. Tujuan pengobatan jangka panjang antidiabetes	
	a. Mencegah komplikasi	
	10. TIDAK menghentikan pengobatan	
	11. Contoh obat antihipertensi beserta efek samping	2 : jika menjawab nama obat dengan benar beserta efek sampingnya
	a. ACEI (Kaptopil, Lisinopril) : batuk kering, ruam kulit,hipotensi	
	b. CCB Dihidropiridin (Amlodipin, Nifedipin, Nifedipin) : Edema, konstipasi, mual, pusing	1 : jika menjawab nama obatnya saja
	c. Diuretik Hidroclorotiazid : hipotensi	

	12. Contoh obat antidiabetes beserta efek sampingnya	
	a. Glibenklamid : gejala hipoglikemia, merasa mual, konstipasi, nyeri ulu hati	
	b. Metformin : mual muntah, penurunan nafsu makan, sakit	
	c. Penurunan Kadar Gula Darah ( pusing, lemas, keringat dingin)	
<b>BAGIAN C</b> Obat yang menyebabkan gagal ginjal	13. Ada obat yang menyebabkan gagal ginjal	2 : jika menjawab 4 jawaban benar
	a. Aminoglikosida	
	b. NSAID (Asam mefenamat, Ibuprofen, Na. Diklofenak, Ketoprofen, Naproxen, Aspirin, Ka. Diklofenak)	1,5 : jika menjawab 3 jawaban benar
		1 : jika menjawab 2 jawaban benar
		0,5 : jika menjawab 1 jawaban benar
	14. TIDAK PERCAYA Alasan, hipertensi yang tidak tertangani yang dapat menyebabkan gagal ginjal, jika rutin minum antihipertensi sesuai dosis maka akan mengurangi kejadian gagal ginjal	2 : jika menjawab TIDAK dengan alasan yang Tepat
		1 : jika menjawab jawaban TIDAK tanpa alasan yang tepat
	15. Obat antihipertensi yang menyebabkan gagal ginjal	2 : jika menjawab 4 jawaban benar
	a. ACEI (Captopril, Ramipril, Lisinopril, Enalapril, Benazepril, Fosinopril, Perindopril)	1,5 : jika menjawab 3 jawaban benar



	b. ARB (Valsartan, Candesartan, Losartan, Telmisartan, Irbesarta)	1 : jika menjawab 2 jawaban benar
	c. CCB Dihidropiridin (Amlodipin, Nifedipin, Nicardipin)	0,5 : jika menjawab 1 jawaban benar
	16. TIDAK PERCAYA Alasan, hipertensi yang tidak tertangani yang dapat menyebabkan gagal ginjal, jika rutin minum antihipertensi sesuai dosis maka akan mengurangi kejadian gagal ginjal	2 : jika menjawab TIDAK dengan alasan yang tepat  1 : jika menjawab jawaban TIDAK tanpa alasan yang tepat
	17. Obat obat antidiabetes yang menyebabkan gagal ginjal TIDAK ADA (2)	2 : jika menjawab tidak ada
<b>BAGIAN D</b> Faktor Resiko Gagal Ginjal	18. Faktor terkait penggunaan obat a. Obat-obatan tertentu secara inheren nefrotoksik (1) b. Dosis tinggi (2) c. Kombinasi dengan beberapa nefrotoksik (1)	2 : jika menjawab 5-4 jawaban benar  1,5 : jika menjawab 3 jawaban benar
	19. Faktor terkait kader Posbindu a. Usia > 60 tahun b. Fungsi ginjal menurun c. Dehidrasi d. Diabetes e. Hipertensi	1 : jika menjawab 2 jawaban benar  0,5 : jika menjawab 1 jawaban benar

2) Skoring kuesioner tingkat kepatuhan, gambaran kesehatan, dan social desirability

### 3.2 Tabel Skoring Kuesioner Bagian E,F dan G

	Jenis Pertanyaan	Jawaban	Skor	Nomor Pertanyaan		
Kuesioner tingkat kepatuhan	Unfavorable	Tidak Pernah	5	1,2,3,4,5,6,7,8		
		Jarang	4			
		Kadang-kadang	3			
		Sering	2			
		Selalu	1			
Kuesioner Gambaran Kesehatan	Favorable	Sangat Memuaskan	6	1		
		Memuaskan	5			
		Cukup Memuaskan	4			
		Kurang Memuaskan	3			
		Tidak Memuaskan	2			
		Sangat Tidak Memuaskan	1			
		Unfavorable	Tidak mengganggu sama sekali		5	8
			Sedikit mengganggu		4	
			Cukup mengganggu		3	
	Cukup banyak mengganggu		2			
			Sangat mengganggu	1		
	Unfavorable	Unfavorable	Ya, sangat terbatas	1	2,3	
			Ya, agak terbatas	2		
Tidak terbatas sama sekali			3			

	Unfavorable	Selalu	1	4,5,6,7,9,10,11,12
		Sering	2	
		Kadang-kadang	3	
		Jarang	4	
		Tidak pernah	5	
Kuesioner Social Desirability	Favorable	Ya	1	3,5,10
		Tidak	0	
	Unfavorable	Tidak	0	1,2,4,6,7,8,9,11
		Ya	1	

#### Data Normalitas

##### Tests of Normality

	Kelompok	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pengetahuan Terapi HDM	Puskesmas Godean 2	.157	25	.113	.947	25	.219
	Puskesmas Sleman	.161	19	.200 <sup>*</sup>	.934	19	.208
	Puskesmas Gamping 2	.225	24	.003	.878	24	.008
	Puskesmas Ngaglik 1	.121	18	.200 <sup>*</sup>	.935	18	.241
Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin	Puskesmas Godean 2	.235	25	.001	.866	25	.004
	Puskesmas Sleman	.277	19	.000	.903	19	.056
	Puskesmas Gamping 2	.180	24	.042	.928	24	.088
	Puskesmas Ngaglik 1	.199	18	.058	.911	18	.088
Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal	Puskesmas Godean 2	.140	25	.200 <sup>*</sup>	.958	25	.385
	Puskesmas Sleman	.168	19	.161	.936	19	.221
	Puskesmas Gamping 2	.192	24	.022	.903	24	.024
	Puskesmas Ngaglik 1	.117	18	.200 <sup>*</sup>	.956	18	.533
	Puskesmas Godean 2	.249	25	.000	.918	25	.047
	Puskesmas Sleman	.220	19	.016	.862	19	.010

Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	Puskesmas Gamping 2	.210	24	.008	.894	24	.016
	Puskesmas Ngaglik 1	.234	18	.010	.886	18	.033
Tingkat Kepatuhan Minum Obat	Puskesmas Godean 2	.145	25	.188	.920	25	.050
	Puskesmas Sleman	.175	19	.129	.960	19	.565
	Puskesmas Gamping 2	.141	24	.200*	.977	24	.834
	Puskesmas Ngaglik 1	.214	18	.029	.786	18	.001
Gambaran Kondisi Kesehatan	Puskesmas Godean 2	.158	25	.110	.961	25	.436
	Puskesmas Sleman	.124	19	.200*	.954	19	.465
	Puskesmas Gamping 2	.173	24	.062	.944	24	.196
	Puskesmas Ngaglik 1	.168	18	.193	.845	18	.007
Social Desirability	Puskesmas Godean 2	.163	25	.086	.953	25	.287
	Puskesmas Sleman	.219	19	.017	.888	19	.029
	Puskesmas Gamping 2	.172	24	.064	.957	24	.377
	Puskesmas Ngaglik 1	.126	18	.200*	.971	18	.815

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

a. Lilliefors Significance Correction

#### Persentil 4 kelompok

#### Statistics

		PreTest Pengetahuan Terapi HDM	PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin	PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal	PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat	PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan	PreTest Social Desirability
N	Valid	86	86	86	86	86	86	86
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		.8939	.5087	.2628	.1453	3.7805	3.8547	.4989
Std. Error of Mean		.02964	.02263	.03582	.02356	.07126	.05523	.01092
Median		.8750	.5000	.1500	.0000	3.8750	3.9167	.4545
Mode		1.00	.38	.00	.00	4.00 <sup>a</sup>	3.83	.45
Std. Deviation		.27488	.20986	.33221	.21850	.66086	.51214	.10127

Variance		.076	.044	.110	.048	.437	.262	.010
Range		1.25	.88	1.50	.75	4.00	3.25	.45
Minimum		.25	.13	.00	.00	1.00	1.42	.27
Maximum		1.50	1.00	1.50	.75	5.00	4.67	.73
Sum		76.88	43.75	22.60	12.50	325.13	331.50	42.91
Percentiles	20	.6250	.3750	.0000	.0000	3.2500	3.5000	.4545
	40	.8750	.3750	.0000	.0000	3.6250	3.8333	.4545
	60	1.0000	.5000	.2000	.0000	4.0000	4.0000	.5455
	80	1.1250	.7500	.4000	.5000	4.3750	4.3000	.5455

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

**PreTest Pengetahuan Terapi HDM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.38	1	4.0	4.0	4.0
	.75	1	4.0	4.0	8.0
	.88	4	16.0	16.0	24.0
	1.00	9	36.0	36.0	60.0
	1.13	4	16.0	16.0	76.0
	1.25	4	16.0	16.0	92.0
	1.38	2	8.0	8.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

**PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.25	1	4.0	4.0	4.0
	.38	3	12.0	12.0	16.0
	.50	5	20.0	20.0	36.0
	.63	8	32.0	32.0	68.0
	.75	6	24.0	24.0	92.0
	.88	2	8.0	8.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

**PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	2	8.0	8.0	8.0
	.40	9	36.0	36.0	44.0
	.60	3	12.0	12.0	56.0
	.80	9	36.0	36.0	92.0
	1.40	1	4.0	4.0	96.0
	1.50	1	4.0	4.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

**PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	9	36.0	36.0	36.0
	.25	3	12.0	12.0	48.0
	.50	11	44.0	44.0	92.0
	.75	2	8.0	8.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

**PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.50	1	4.0	4.0	4.0
	2.88	1	4.0	4.0	8.0
	3.25	1	4.0	4.0	12.0
	3.38	2	8.0	8.0	20.0
	3.63	2	8.0	8.0	28.0
	3.88	2	8.0	8.0	36.0
	4.00	1	4.0	4.0	40.0
	4.25	4	16.0	16.0	56.0
	4.38	6	24.0	24.0	80.0
	4.50	2	8.0	8.0	88.0

4.75	1	4.0	4.0	92.0
4.88	1	4.0	4.0	96.0
5.00	1	4.0	4.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

**PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3.00	1	4.0	4.0	4.0
	3.33	1	4.0	4.0	8.0
	3.50	3	12.0	12.0	20.0
	3.58	2	8.0	8.0	28.0
	3.67	1	4.0	4.0	32.0
	3.83	2	8.0	8.0	40.0
	3.92	3	12.0	12.0	52.0
	4.00	2	8.0	8.0	60.0
	4.08	3	12.0	12.0	72.0
	4.17	2	8.0	8.0	80.0
	4.25	1	4.0	4.0	84.0
	4.33	3	12.0	12.0	96.0
	4.50	1	4.0	4.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Terapi HDM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.83	1	4.0	4.0	4.0
	1.00	1	4.0	4.0	8.0
	1.17	8	32.0	32.0	40.0
	1.33	10	40.0	40.0	80.0
	1.50	5	20.0	20.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

**PostTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.38	1	4.0	4.0	4.0
	.50	1	4.0	4.0	8.0
	.75	5	20.0	20.0	28.0
	.88	3	12.0	12.0	40.0
	1.00	7	28.0	28.0	68.0
	1.13	3	12.0	12.0	80.0
	1.25	5	20.0	20.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	1	4.0	4.0	4.0
	.10	3	12.0	12.0	16.0
	.20	4	16.0	16.0	32.0
	.40	2	8.0	8.0	40.0
	.50	1	4.0	4.0	44.0
	.60	2	8.0	8.0	52.0
	.70	1	4.0	4.0	56.0
	.80	4	16.0	16.0	72.0
	.90	2	8.0	8.0	80.0
	1.00	1	4.0	4.0	84.0
	1.10	1	4.0	4.0	88.0
	1.30	1	4.0	4.0	92.0
	1.40	2	8.0	8.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	3	12.0	12.0	12.0



.25	3	12.0	12.0	24.0
.50	4	16.0	16.0	40.0
.75	9	36.0	36.0	76.0
1.00	3	12.0	12.0	88.0
1.25	2	8.0	8.0	96.0
1.75	1	4.0	4.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

**PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.63	1	4.0	4.0	4.0
	2.88	1	4.0	4.0	8.0
	3.00	1	4.0	4.0	12.0
	3.50	1	4.0	4.0	16.0
	3.63	2	8.0	8.0	24.0
	3.75	1	4.0	4.0	28.0
	3.88	1	4.0	4.0	32.0
	4.00	3	12.0	12.0	44.0
	4.13	3	12.0	12.0	56.0
	4.25	3	12.0	12.0	68.0
	4.38	3	12.0	12.0	80.0
	4.50	2	8.0	8.0	88.0
	4.63	1	4.0	4.0	92.0
	4.88	2	8.0	8.0	100.0
Total		25	100.0	100.0	

**PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3.17	1	4.0	4.0	4.0
	3.25	2	8.0	8.0	12.0
	3.33	1	4.0	4.0	16.0
	3.42	1	4.0	4.0	20.0

3.50	1	4.0	4.0	24.0
3.58	1	4.0	4.0	28.0
3.67	1	4.0	4.0	32.0
3.75	2	8.0	8.0	40.0
4.00	3	12.0	12.0	52.0
4.17	3	12.0	12.0	64.0
4.25	1	4.0	4.0	68.0
4.33	1	4.0	4.0	72.0
4.42	3	12.0	12.0	84.0
4.50	3	12.0	12.0	96.0
4.58	1	4.0	4.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

Kelompok 2

**PreTest Pengetahuan Terapi HDM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.25	1	5.3	5.3	5.3
	.38	1	5.3	5.3	10.5
	.63	4	21.1	21.1	31.6
	.75	2	10.5	10.5	42.1
	.88	4	21.1	21.1	63.2
	1.00	5	26.3	26.3	89.5
	1.13	1	5.3	5.3	94.7
	1.50	1	5.3	5.3	100.0
Total		19	100.0	100.0	

**PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.25	5	26.3	26.3	26.3
	.38	7	36.8	36.8	63.2
	.50	5	26.3	26.3	89.5
	.63	1	5.3	5.3	94.7
	.75	1	5.3	5.3	100.0

Total	19	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

**PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	12	63.2	63.2	63.2
	.10	1	5.3	5.3	68.4
	.20	4	21.1	21.1	89.5
	.30	1	5.3	5.3	94.7
	.40	1	5.3	5.3	100.0
Total		19	100.0	100.0	

**PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	12	63.2	63.2	63.2
	.25	5	26.3	26.3	89.5
	.50	2	10.5	10.5	100.0
Total		19	100.0	100.0	

**PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.88	2	10.5	10.5	10.5
	3.00	1	5.3	5.3	15.8
	3.25	1	5.3	5.3	21.1
	3.50	1	5.3	5.3	26.3
	3.63	1	5.3	5.3	31.6
	3.75	1	5.3	5.3	36.8
	3.88	2	10.5	10.5	47.4
	4.00	7	36.8	36.8	84.2
	4.50	3	15.8	15.8	100.0
Total		19	100.0	100.0	

**PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3.00	3	15.8	15.8	15.8
	3.08	1	5.3	5.3	21.1
	3.67	2	10.5	10.5	31.6
	3.75	1	5.3	5.3	36.8
	3.83	3	15.8	15.8	52.6
	3.92	1	5.3	5.3	57.9
	4.00	1	5.3	5.3	63.2
	4.08	1	5.3	5.3	68.4
	4.17	2	10.5	10.5	78.9
	4.33	1	5.3	5.3	84.2
	4.42	2	10.5	10.5	94.7
	4.58	1	5.3	5.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Terapi HDM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.33	1	5.3	5.3	5.3
	.50	1	5.3	5.3	10.5
	.67	5	26.3	26.3	36.8
	.83	4	21.1	21.1	57.9
	1.00	4	21.1	21.1	78.9
	1.17	3	15.8	15.8	94.7
	1.50	1	5.3	5.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

**PostTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	.25	1	5.3	5.3	5.3
	.38	1	5.3	5.3	10.5
	.63	5	26.3	26.3	36.8
	.75	5	26.3	26.3	63.2
	.88	5	26.3	26.3	89.5
	1.00	1	5.3	5.3	94.7
	1.13	1	5.3	5.3	100.0
Total		19	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	4	21.1	21.1	21.1
	.10	5	26.3	26.3	47.4
	.20	6	31.6	31.6	78.9
	.40	3	15.8	15.8	94.7
	.80	1	5.3	5.3	100.0
Total		19	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	3	15.8	15.8	15.8
	.25	7	36.8	36.8	52.6
	.50	3	15.8	15.8	68.4
	.75	3	15.8	15.8	84.2
	1.00	2	10.5	10.5	94.7
	1.25	1	5.3	5.3	100.0
Total		19	100.0	100.0	

**PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.38	1	5.3	5.3	5.3
	2.63	1	5.3	5.3	10.5
	2.75	1	5.3	5.3	15.8
	2.88	1	5.3	5.3	21.1
	3.13	1	5.3	5.3	26.3
	3.38	1	5.3	5.3	31.6
	3.50	7	36.8	36.8	68.4
	3.75	2	10.5	10.5	78.9
	3.88	1	5.3	5.3	84.2
	4.00	1	5.3	5.3	89.5
	4.38	1	5.3	5.3	94.7
	4.50	1	5.3	5.3	100.0
Total		19	100.0	100.0	

**PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3.67	1	5.3	5.3	5.3
	3.83	1	5.3	5.3	10.5
	3.92	2	10.5	10.5	21.1
	4.00	2	10.5	10.5	31.6
	4.17	2	10.5	10.5	42.1
	4.25	3	15.8	15.8	57.9
	4.33	1	5.3	5.3	63.2
	4.50	2	10.5	10.5	73.7
	4.58	3	15.8	15.8	89.5
	4.67	2	10.5	10.5	100.0
Total		19	100.0	100.0	

Kelompok 3

**PreTest Pengetahuan Terapi HDM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.38	2	8.3	8.3	8.3
	.50	2	8.3	8.3	16.7
	.63	3	12.5	12.5	29.2
	.75	5	20.8	20.8	50.0
	.88	6	25.0	25.0	75.0
	1.00	2	8.3	8.3	83.3
	1.13	1	4.2	4.2	87.5
	1.25	1	4.2	4.2	91.7
	1.38	1	4.2	4.2	95.8
	1.50	1	4.2	4.2	100.0
Total		24	100.0	100.0	

**PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.13	1	4.2	4.2	4.2
	.25	2	8.3	8.3	12.5
	.38	6	25.0	25.0	37.5
	.50	6	25.0	25.0	62.5
	.75	6	25.0	25.0	87.5
	.88	3	12.5	12.5	100.0
Total		24	100.0	100.0	

**PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	11	45.8	45.8	45.8
	.10	3	12.5	12.5	58.3
	.20	5	20.8	20.8	79.2
	.40	4	16.7	16.7	95.8
	.90	1	4.2	4.2	100.0

Total	24	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

**PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	18	75.0	75.0	75.0
	.25	3	12.5	12.5	87.5
	.50	3	12.5	12.5	100.0
Total		24	100.0	100.0	

**PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.63	2	8.3	8.3	8.3
	2.75	1	4.2	4.2	12.5
	3.00	1	4.2	4.2	16.7
	3.25	3	12.5	12.5	29.2
	3.38	1	4.2	4.2	33.3
	3.50	3	12.5	12.5	45.8
	3.63	1	4.2	4.2	50.0
	3.88	2	8.3	8.3	58.3
	4.00	1	4.2	4.2	62.5
	4.13	1	4.2	4.2	66.7
	4.38	1	4.2	4.2	70.8
	4.50	5	20.8	20.8	91.7
	4.63	1	4.2	4.2	95.8
	4.75	1	4.2	4.2	100.0
Total		24	100.0	100.0	

**PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------



Valid	2.75	1	4.2	4.2	4.2
	3.08	1	4.2	4.2	8.3
	3.17	1	4.2	4.2	12.5
	3.25	2	8.3	8.3	20.8
	3.33	1	4.2	4.2	25.0
	3.42	2	8.3	8.3	33.3
	3.58	2	8.3	8.3	41.7
	3.75	2	8.3	8.3	50.0
	3.83	4	16.7	16.7	66.7
	3.92	2	8.3	8.3	75.0
	4.00	2	8.3	8.3	83.3
	4.17	2	8.3	8.3	91.7
	4.33	1	4.2	4.2	95.8
	4.42	1	4.2	4.2	100.0
Total		24	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Terapi HDM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.50	1	4.2	4.2	4.2
	.83	2	8.3	8.3	12.5
	1.00	7	29.2	29.2	41.7
	1.17	5	20.8	20.8	62.5
	1.33	5	20.8	20.8	83.3
	1.50	3	12.5	12.5	95.8
	1.67	1	4.2	4.2	100.0
Total		24	100.0	100.0	

**PostTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.38	2	8.3	8.3	8.3
	.50	1	4.2	4.2	12.5

.63	3	12.5	12.5	25.0
.75	3	12.5	12.5	37.5
.88	3	12.5	12.5	50.0
1.00	5	20.8	20.8	70.8
1.13	4	16.7	16.7	87.5
1.25	3	12.5	12.5	100.0
Total	24	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	1	4.2	4.2	4.2
	.10	3	12.5	12.5	16.7
	.20	2	8.3	8.3	25.0
	.30	1	4.2	4.2	29.2
	.40	6	25.0	25.0	54.2
	.50	2	8.3	8.3	62.5
	.60	2	8.3	8.3	70.8
	.70	1	4.2	4.2	75.0
	.80	3	12.5	12.5	87.5
	1.00	1	4.2	4.2	91.7
	1.20	2	8.3	8.3	100.0
Total		24	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	3	12.5	12.5	12.5
	.25	3	12.5	12.5	25.0
	.50	4	16.7	16.7	41.7
	.75	7	29.2	29.2	70.8
	1.00	2	8.3	8.3	79.2
	1.25	3	12.5	12.5	91.7

1.75	1	4.2	4.2	95.8
2.00	1	4.2	4.2	100.0
Total	24	100.0	100.0	

**PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.88	2	8.3	8.3	8.3
	3.00	1	4.2	4.2	12.5
	3.25	2	8.3	8.3	20.8
	3.38	1	4.2	4.2	25.0
	3.50	2	8.3	8.3	33.3
	3.75	2	8.3	8.3	41.7
	3.88	6	25.0	25.0	66.7
	4.00	3	12.5	12.5	79.2
	4.25	1	4.2	4.2	83.3
	4.38	1	4.2	4.2	87.5
	4.50	1	4.2	4.2	91.7
	4.63	1	4.2	4.2	95.8
	5.00	1	4.2	4.2	100.0
Total		24	100.0	100.0	

**PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.83	1	4.2	4.2	4.2
	2.92	1	4.2	4.2	8.3
	3.00	1	4.2	4.2	12.5
	3.08	2	8.3	8.3	20.8
	3.33	2	8.3	8.3	29.2
	3.42	1	4.2	4.2	33.3
	3.58	2	8.3	8.3	41.7
	3.67	1	4.2	4.2	45.8

3.75	2	8.3	8.3	54.2
3.83	2	8.3	8.3	62.5
3.92	1	4.2	4.2	66.7
4.00	2	8.3	8.3	75.0
4.08	1	4.2	4.2	79.2
4.17	1	4.2	4.2	83.3
4.42	2	8.3	8.3	91.7
4.58	2	8.3	8.3	100.0
Total	24	100.0	100.0	

Kelompok 4

**PreTest Pengetahuan Terapi HDM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.38	2	11.1	11.1	11.1
	.50	1	5.6	5.6	16.7
	.63	1	5.6	5.6	22.2
	.75	4	22.2	22.2	44.4
	.88	2	11.1	11.1	55.6
	1.00	5	27.8	27.8	83.3
	1.13	2	11.1	11.1	94.4
	1.50	1	5.6	5.6	100.0
Total		18	100.0	100.0	

**PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.13	1	5.6	5.6	5.6
	.25	6	33.3	33.3	38.9
	.38	6	33.3	33.3	72.2
	.63	2	11.1	11.1	83.3
	.75	1	5.6	5.6	88.9
	1.00	2	11.1	11.1	100.0

Total	18	100.0	100.0
-------	----	-------	-------

**PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	13	72.2	72.2	72.2
	.10	1	5.6	5.6	77.8
	.20	1	5.6	5.6	83.3
	.40	2	11.1	11.1	94.4
	.60	1	5.6	5.6	100.0
Total		18	100.0	100.0	

**PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	17	94.4	94.4	94.4
	.25	1	5.6	5.6	100.0
Total		18	100.0	100.0	

**PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00	1	5.6	5.6	5.6
	2.75	1	5.6	5.6	11.1
	3.00	2	11.1	11.1	22.2
	3.13	1	5.6	5.6	27.8
	3.38	1	5.6	5.6	33.3
	3.50	4	22.2	22.2	55.6
	3.63	1	5.6	5.6	61.1
	3.75	3	16.7	16.7	77.8
	3.88	1	5.6	5.6	83.3
	4.00	1	5.6	5.6	88.9

4.13	1	5.6	5.6	94.4
4.25	1	5.6	5.6	100.0
Total	18	100.0	100.0	

**PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.42	1	5.6	5.6	5.6
	3.58	1	5.6	5.6	11.1
	3.75	1	5.6	5.6	16.7
	3.83	2	11.1	11.1	27.8
	3.92	2	11.1	11.1	38.9
	4.00	1	5.6	5.6	44.4
	4.25	3	16.7	16.7	61.1
	4.33	1	5.6	5.6	66.7
	4.42	2	11.1	11.1	77.8
	4.58	1	5.6	5.6	83.3
	4.67	3	16.7	16.7	100.0
Total		18	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Terapi HDM**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	1	5.6	5.6	5.6
	.33	3	16.7	16.7	22.2
	.50	2	11.1	11.1	33.3
	.83	3	16.7	16.7	50.0
	1.00	2	11.1	11.1	61.1
	1.17	5	27.8	27.8	88.9
	1.33	2	11.1	11.1	100.0
Total		18	100.0	100.0	

**PostTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.25	2	11.1	11.1	11.1
	.38	2	11.1	11.1	22.2
	.50	1	5.6	5.6	27.8
	.63	3	16.7	16.7	44.4
	.75	1	5.6	5.6	50.0
	.88	1	5.6	5.6	55.6
	1.00	3	16.7	16.7	72.2
	1.13	1	5.6	5.6	77.8
	1.25	4	22.2	22.2	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	1	5.6	5.6	5.6
	.10	2	11.1	11.1	16.7
	.20	1	5.6	5.6	22.2
	.30	1	5.6	5.6	27.8
	.40	1	5.6	5.6	33.3
	.50	3	16.7	16.7	50.0
	.60	2	11.1	11.1	61.1
	.70	1	5.6	5.6	66.7
	.90	2	11.1	11.1	77.8
	1.00	1	5.6	5.6	83.3
	1.10	2	11.1	11.1	94.4
	1.20	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

**PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	.00	4	22.2	22.2	22.2
	.25	7	38.9	38.9	61.1
	.50	2	11.1	11.1	72.2
	.75	5	27.8	27.8	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

**PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.50	1	5.6	5.6	5.6
	2.75	1	5.6	5.6	11.1
	2.88	1	5.6	5.6	16.7
	3.00	1	5.6	5.6	22.2
	3.38	1	5.6	5.6	27.8
	3.50	3	16.7	16.7	44.4
	3.63	3	16.7	16.7	61.1
	3.75	2	11.1	11.1	72.2
	3.88	1	5.6	5.6	77.8
	4.00	3	16.7	16.7	94.4
	4.13	1	5.6	5.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

**PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2.83	1	5.6	5.6	5.6
	3.67	1	5.6	5.6	11.1
	3.75	2	11.1	11.1	22.2
	3.92	2	11.1	11.1	33.3
	4.00	3	16.7	16.7	50.0
	4.08	1	5.6	5.6	55.6



4.17	2	11.1	11.1	66.7
4.25	1	5.6	5.6	72.2
4.33	2	11.1	11.1	83.3
4.50	1	5.6	5.6	88.9
4.75	2	11.1	11.1	100.0
Total	18	100.0	100.0	

Paired Sampel T-test

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 PreTest Pengetahuan Terapi HDM - PostTest Pengetahuan Terapi HDM	-.24500	.19219	.03844	-.32433	-.16567	-6.374	24	.000
Pair 2 PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal - PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal	.00000	.37859	.07572	-.15628	.15628	.000	24	1.000
Pair 3 PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat - PostTest	.03000	.44382	.08876	-.15320	.21320	.338	24	.738



**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 PreTest Pengetahuan Terapi HDM - PostTest Pengetahuan Terapi HDM	-.03947	.31989	.07339	-.19366	.11471	-.538	18	.597
Pair 2 PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin - PostTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin	-.32895	.19637	.04505	-.42359	.23430	-7.302	18	.000
Pair 3 PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal - PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal	-.11053	.14868	.03411	-.18219	.03887	-3.240	18	.005

Pair 4	PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat - PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat	.32895	.58661	.13458	.04621	.61169	2.444	18	.025
Pair 5	PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan - PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan	-.42544	.45635	.10469	-.64539	-.20549	-4.064	18	.001

**Paired Samples Test**

	Paired Differences	t	df	Sig. (2-tailed)
--	--------------------	---	----	-----------------

	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin - PostTest	.34375	.26388	.05386	.45518	-.23232	-6.382	23	.000
Pair 2 PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat - PostTest	.03125	.64400	.13146	.30319	-.24069	-.238	23	.814
Pair 3 PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan - PostTest	.02431	.65914	.13455	.30264	-.25403	-.181	23	.858

**Paired Samples Test**

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 PreTest Pengetahuan Terapi HDM - PostTest Pengetahuan Terapi HDM	.02083	.50513	.11906	-.23036	.27203	.175	17	.863
Pair 2 PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin - PostTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin	-.36111	.30283	.07138	-.51171	-.21052	-5.059	17	.000
Pair 3 PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal - PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal	-.50000	.40293	.09497	-.70037	-.29963	-5.265	17	.000

a. Uji Walcoxon

Ranks			
	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Negative Ranks	0 <sup>a</sup>	.00	.00

PostTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin - PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin	Positive Ranks	22 <sup>b</sup>	11.50	253.00
	Ties	3 <sup>c</sup>		
	Total	25		
PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal - PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	Negative Ranks	1 <sup>d</sup>	10.50	10.50
	Positive Ranks	18 <sup>e</sup>	9.97	179.50
	Ties	6 <sup>f</sup>		
	Total	25		

- a. PostTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin < PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin
- b. PostTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin > PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin
- c. PostTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin = PreTest Miskonsepsi Penggunaan Obat Rutin
- d. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal < PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal
- e. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal > PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal
- f. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal = PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal

#### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal - PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	Negative Ranks	1 <sup>a</sup>	3.00	3.00
	Positive Ranks	11 <sup>b</sup>	6.82	75.00
	Ties	7 <sup>c</sup>		
	Total	19		

- a. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal < PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal
- b. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal > PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal
- c. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal = PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal



### Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PreTest Pengetahuan Terapi HDM	24	.8281	.28507	.38	1.50
PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal	24	.1583	.21653	.00	.90
PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	24	.0937	.17773	.00	.50
PostTest Pengetahuan Terapi HDM	24	1.1597	.26228	.50	1.67
PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal	24	.5042	.33425	.00	1.20
PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	24	.7292	.51561	.00	2.00

### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PostTest Pengetahuan Terapi HDM - PreTest	Negative Ranks	1 <sup>a</sup>	1.00	1.00
Pengetahuan Terapi HDM	Positive Ranks	22 <sup>b</sup>	12.50	275.00
	Ties	1 <sup>c</sup>		
	Total	24		
PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal - PreTest	Negative Ranks	1 <sup>d</sup>	4.00	4.00
Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal	Positive Ranks	17 <sup>e</sup>	9.82	167.00
	Ties	6 <sup>f</sup>		
	Total	24		
PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal - PreTest	Negative Ranks	0 <sup>g</sup>	.00	.00
Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	Positive Ranks	18 <sup>h</sup>	9.50	171.00
	Ties	6 <sup>i</sup>		
	Total	24		

a. PostTest Pengetahuan Terapi HDM < PreTest Pengetahuan Terapi HDM

b. PostTest Pengetahuan Terapi HDM > PreTest Pengetahuan Terapi HDM

- c. PostTest Pengetahuan Terapi HDM = PreTest Pengetahuan Terapi HDM
- d. PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal < PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal
- e. PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal > PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal
- f. PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal = PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal
- g. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal < PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal
- h. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal > PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal
- i. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal = PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	PostTest Pengetahuan Terapi HDM - PreTest Pengetahuan Terapi HDM	PostTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal - PreTest Pengetahuan Obat yang Menyebabkan Gagal Ginjal	PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal - PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal
Z	-4.173 <sup>b</sup>	-3.567 <sup>b</sup>	-3.755 <sup>b</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

**Descriptive Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	18	.0139	.05893	.00	.25
PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat	18	3.4097	.72229	1.00	4.25

PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan	18	4.0417	.73834	1.42	4.67
PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	18	.3611	.28726	.00	.75
PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat	18	3.5208	.46426	2.50	4.13
PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan	18	4.0648	.43776	2.83	4.75

#### Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	Negative Ranks	1 <sup>a</sup>	4.50	4.50
PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	Positive Ranks	14 <sup>b</sup>	8.25	115.50
Gagal Ginjal - PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	Ties	3 <sup>c</sup>		
Total		18		
PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat	Negative Ranks	8 <sup>d</sup>	8.38	67.00
PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat	Positive Ranks	8 <sup>e</sup>	8.63	69.00
Tingkat Kepatuhan Minum Obat - PreTest	Ties	2 <sup>f</sup>		
Total		18		
PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan	Negative Ranks	10 <sup>g</sup>	9.45	94.50
PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan	Positive Ranks	8 <sup>h</sup>	9.56	76.50
Gambaran Kondisi Kesehatan - PreTest	Ties	0 <sup>i</sup>		
Total		18		

a. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal < PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal

b. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal > PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal

c. PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal = PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal

d. PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat < PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat

e. PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat > PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat

f. PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat = PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat

g. PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan < PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan

h. PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan > PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan

i. PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan = PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	PostTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal - PreTest Pengetahuan Faktor Risiko Penyebab Gagal Ginjal	PostTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat - PreTest Tingkat Kepatuhan Minum Obat	PostTest Gambaran Kondisi Kesehatan - PreTest Gambaran Kondisi Kesehatan
Z	-3.221 <sup>b</sup>	-.052 <sup>b</sup>	-.393 <sup>c</sup>
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001	.959	.695

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

c. Based on positive ranks.