

**HUBUNGAN PENGOBATAN DENGAN PERSEPSI PENYAKIT GAGAL  
GINJAL KRONIK KOMORBID HIPERTENSI DAN DIABETES  
MELITUS YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RSUD PROVINSI  
NTB**



Oleh:

**ETTY SUMIYATI**

2019E1C016

Telah Memenuhi Persyaratan Dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian Skripsi  
Penelitian Pada Program Studi S1 Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Mataram

**PROGRAM STUDI S1 FARMASI FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM  
TAHUN 2022-2023**

**LEMBAR PENGESAHAN DOSEN PEMBIMBING**

**SKRIPSI**

**HUBUNGAN PENGOBATAN DENGAN PERSEPSI PENYAKIT GAGAL  
GINJAL KRONIK KOMORBID HIPERTENSI DAN DIABETES  
MELITUS YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RSUD PROVINSI**

**NTB**

**Oleh :**

**Etty Sumiyati**

**2019E1C016**

**Menyetujui,**

**Dosen Pembimbing Pertama**

**Dosen Pembimbing Kedua**



**(apt. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm)  
NIDN. 0807119001**

**(apt. Baiq Nurbaety, M.Sc)  
NIDN. 0829039001**

SKRIPSI INI TELAH DISEMINARKAN DAN DIUJI OLEH TIM  
PENGUJI PADA HARI RABU 15 JUNI 2023

OLEH  
DEWAN PENGUJI

PENGUJI

Apt. Cyntiya Rahmawati, M.K.M  
NIDN. 0822128801

(.....)

Anggota I

Apt. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm  
NIDN. 0807119001

(.....)

Anggota II

Apt. Baiq Nurbaety, M.Sc  
NIDN. 0829039001

(.....)

Mengetahui,

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Mataram

Dekan,

Apt. Nurul Qivaam, M.Farm.klin.

NIDN. 0827108402

## LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS SKRIPSI

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Etty Sumiyati  
Tempat, tanggal lahir : Bima, 19 November 2001  
NIM : 2019E1C016  
Program Studi : S1 Farmasi  
Fakultas : Fakultas Ilmu Kesehatan  
Judul Skripsi : Hubungan Pengobatan Dengan Persepsi Penyakit Gagal Ginjal Kronik Komorbid Hipertensi Dan Diabetes Melitus Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Provinsi NTB

Dengan ini saya menyatakan yang sebenarnya:

1. Bahwa naskah skripsi ini benar-benar orisinal dan baru, dibuat oleh saya sendiri;
2. Bahwa saya tidak menjiplak karya ilmiah milik orang lain;
3. Bahwa naskah ini sepengetahuan saya belum ada yang membuat atau telah dipublikasikan atau pernah ditulis dan/atau diterbitkan oleh orang lain;
4. Bahwa setiap pendapat orang lain yang saya kutip, selalu saya cantumkan sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila pernyataan saya tidak benar dan dikemudian hari ternyata ada pihak lain yang mengklaim sebagai tulisannya yang saya jiplak, maka saya akan mempertanggungjawabkan sendiri tanpa melibatkan dosen pembimbing dan/atau Program Studi S1 Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram dan saya bersedia menerima sanksi akademis berupa dicabutnya predikat kelulusan/gelar kesarjanaannya.

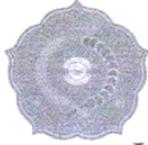
Mataram, Agustus 2023

Yang membuat pernyataan,



Etty Sumiyati

2019E1C016



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PENELITIAN DAN  
PENGEMBANGAN PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM  
UPT. PERPUSTAKAAN H. LALU MUDJITAHID UMMAT

Jl. K.H.A. Dahlan No.1 Telp.(0370)633723 Fax. (0370) 641906 Kotak Pos No. 108 Mataram  
Website : <http://www.lib.ummat.ac.id> E-mail : [perpustakaan@ummat.ac.id](mailto:perpustakaan@ummat.ac.id)

SURAT PERNYATAAN BEBAS  
PLAGIARISME

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Mataram, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ETTY SUMIYATI  
NIM : 2019E1C016  
Tempat/Tgl Lahir : BIMA, 19 November 2001  
Program Studi : S1 Farmasi  
Fakultas : Ilmu Kesehatan  
No. Hp : 082 339 508 515  
Email : ettysumiyati3@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Skripsi/KTI/Tesis\* saya yang berjudul :

Hubungan Pengobatan dengan Persepsi Penyakit Gagal Ginjal Kronik  
Komorbid Hipertensi dan Diabetes Melitus yang Menjalani  
Hemodialisa di RSUD Provinsi NTB.

Bebas dari Plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain. 43%

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari Skripsi/KTI/Tesis\* tersebut terdapat indikasi plagiarisme atau bagian dari karya ilmiah milik orang lain, kecuali yang secara tertulis disitasi dan disebutkan sumber secara lengkap dalam daftar pustaka, saya bersedia menerima sanksi akademik dan/atau sanksi hukum sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Muhammadiyah Mataram.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun dan untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.

Mataram, 11 Agustus .....2023  
Penulis

Mengetahui,  
Kepala UPT. Perpustakaan UMMAT



Etty Sumiyati  
NIM. 2019E1C016



Iskandar, S.Sos., M.A.  
NIDN. 0802048904

\*pilih salah satu yang sesuai



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PENELITIAN DAN  
PENGEMBANGAN PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM  
UPT. PERPUSTAKAAN H. LALU MUDJITAHID UMMAT

Jl. K.H.A. Dahlan No.1 Telp.(0370)633723 Fax. (0370) 641906 Kotak Pos No. 108 Mataram  
Website : <http://www.lib.ummat.ac.id> E-mail : [perpustakaan@ummat.ac.id](mailto:perpustakaan@ummat.ac.id)

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN  
PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Mataram, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : ETTY SUMIYATI  
NIM : 2019E1C016  
Tempat/Tgl Lahir : BIMA, 19 November 2001  
Program Studi : S1 Farmasi  
Fakultas : Ilmu Kesehatan  
No. Hp/Email : 082.339.508.515  
Jenis Penelitian :  Skripsi  KTI  Tesis

Menyatakan bahwa demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada UPT Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Mataram hak menyimpan, mengalih-media/format, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di Repository atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama *tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta* atas karya ilmiah saya berjudul:

Hubungan Pengobatan dengan Persepsi Penyakit Gagal Ginjal Kronik  
Komorbid Hipertensi dan Diabetes Melitus yang Menjalani  
Hemodialisa di RSUD Provinsi NTB

Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggungjawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Mataram, 11 Agustus 2023  
Penulis



ETTY SUMIYATI  
NIM. 2019E1C016

Mengetahui,  
Kepala UPT. Perpustakaan UMMAT



Iskandar, S.Sos., M.A.  
NIDN. 0802048904

## KATA PENGANTAR

Segala puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Skripsi ini dengan judul “Hubungan Pengobatan Dengan Persepsi Penyakit Gagal Ginjal Kronik Komorbid Hipertensi Dan Diabetes Melitus Yang Menjalani Hemodialisa Di RSUD Provinsi NTB”. Proposal skripsi ini merupakan syarat dalam menyelesaikan program pendidikan Sarjana Farmasi Universitas Muhammadiyah Mataram.

Skripsi ini dapat diselesaikan berkat bimbingan dan dukungan ilmiah maupun materil dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankanlah penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Yang saya hormati bapak Drs. Abdul Wahab, M.A. selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Mataram
2. Yang saya hormati ibu apt. Nurul Qiyaam M.Farm.Klin selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
3. Cahaya Indah Lestari M.Keb selaku Wakil Dekan I Program Studi S1 Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram
4. apt. Abdul Rahman Wahid, M. Farm. Selaku Wakil Dekan II Program Studi S1 Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
5. apt. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm selaku Kaprodi Program Studi S1 Farmasi Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram, sekaligus dosen Pembimbing I yang telah membimbing dan

mengarahkan saya selama penyusunan Proposal skripsi ini sehingga dapat terselesaikan dengan baik.

6. apt. Baiq Nurbaety, M.Sc. selaku dosen pembimbing II yang telah membimbing dan mengarahkan saya selama penyusunan Proposal skripsi ini sekaligus sebagai dosen pembimbing akademik yang telah mengajar saya selama menempuh Pendidikan di Program Studi S1 Farmasi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Mataram.
7. Ucapan terima kasih saya yang sebesar-besarnya kepada Kedua orang tua saya Ayahanda Darnadin dan Ibunda Nuryati yang selalu mendoakan saya, mendukung saya dan memberikan saya motivasi serta memberikan kasih sayang yang tak terkira kepada saya.
8. Adik yang mengsupport M. Arya Danu Setiawan dan M. Fajar Maulana Ardiansya yang telah menghibur saya dan memberikan saya semangat dalam menyusun Proposal skripsi.
9. Imam Akbar yang selalu mendoakan saya, mendukung saya dan memberikan saya motivasi untuk mengerjakan Proposal skripsi.
10. Oktavia Putri Aulia dan Nur Istiqamah yang telah menghibur saya dan memberikan saya semangat dalam menyusun Proposal skripsi
11. Sahabat-sahabat saya Ayu, Farima, Lilis, Devi, Gabby, dan Lestari yang selalu memberikan bantuan, dukungan, dan selalu ada di samping saya dari awal menempuh Pendidikan di Universitas Muhammadiyah Mataram hingga saat ini.

12. Serta seluruh teman-teman Mahasiswa Program Studi S1 Farmasi Universitas Muhammadiyah mataram Angkatan 2019 yang telah berjuang Bersama memberikan dukungan, semangat serta motivasi.

Penulis menyadari bahwa Proposal ini masih jauh dari kesempurnaan, sehingga penulis sangat mengharapkan kritik dan saran dari pembaca. Akhir kata semoga proposal skripsi ini dapat bermanfaat bagi bidang pendidikan serta dapat dikembangkan lebih lanjut.

Mataram, 05 Desember 2022

Penulis,

Etty Sumiyati  
2019E1C016



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM

FAKULTAS ILMU KESEHATAN PROGRAM STUDI S1 FARMASI

TAHUN 2023

HUBUNGAN PENGOBATAN DENGAN PERSEPSI PENYAKIT GAGAL  
GINJAL KRONIK KOMORBID HIPERTENSI DAN DIABETES  
MELITUS YANG MENJALANI HEMODIALISA DI RSUD PROVINSI  
NTB

Etty Sumiyati, 2023

Pembimbing : (I) apt. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm., (II) Apt. Baiq  
Nurbaety, M.Sc., (III) Apt. Cyntiya Rahmawati, M.K.M

ABSTRAK

Penyakit gagal ginjal kronis (GGK) adalah sindrom klinis sekunder akibat perubahan definitif fungsi dan/atau struktur ginjal dan ditandai dengan ireversibilitasnya serta evolusinya yang lambat dan progresif. komorbid yang paling banyak menyertai penyakit gagal ginjal kronik adalah hipertensi dan diabetes. Keputusan pasien GGK berawal dari pasien berusaha mempersepsikan penyakit dan pengobatan yang sedang dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan antara pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik dengan komorbid yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB. Metode Penelitian yaitu analitik *korelasional* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian melibatkan 44 pasien yang diambil dengan *purposive sampling* dan dilakukan pada Maret – April 2023. Pengumpulan data menggunakan *Brief Illness Perception Questionnaire* (B-IPQ) dan rekam medik. Hasil penelitian menunjukkan pasien lebih banyak memiliki persepsi negatif (73%) dan mengalami non polifarmasi (66%). Hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik  $p = 0,135$  ( $p > 0,05$ ).

**Kata Kunci** : Gagal Ginjal Kronik, Pengobatan, Persepsi, Komorbid, Hemodialisa

**MUHAMMADIYAH UNIVERSITY OF MATARAM**  
**PHARMACY PROGRAMME, FACULTY OF HEALT SCIENCE**

**YEAR 2023**

**THE ASSOCIATION BETWEEN TREATMENT AND PERCEPTIONS OF  
CHRONIC KIDNEY DISEASE WITH COMORBID HYPERTENSION AND  
DIABETES MELLITUS OF HEMODIALYSIS PATIENTS AT RSUD  
PROVINCIAL HOSPITAL OF NTB**

**Etty Sumiyati, 2023**

*Supervisor : (I) apt. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm., (II) Apt. Baiq Nurbaety,  
M.Sc., (III) Apt. Cyntiya Rahmawati, M.K.M*

**ABSTRACT**

*Chronic Kidney Disease (CKD) is a clinical syndrome resulting from definitive changes in kidney function and/or structure, characterized by its irreversibility and slow, progressive evolution. The most common comorbidities accompanying CKD are hypertension and diabetes. Patient's despair with CKD begins with their attempt to perceive the disease and the treatment being undertaken. This study aims to determine the association between treatment and perceptions of chronic kidney disease in patients with comorbid hypertension and diabetes undergoing hemodialysis at RSUD Provincial Hospital of NTB. The research utilized an analytical correlational design with a cross-sectional approach. The study involved 44 patients, selected through purposive sampling, and was conducted between March and April 2023. Data were collected using the Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) and medical records. The findings indicated that the majority of patients had negative perceptions (73%) and experienced non-polypharmacy (66%). The statistical analysis revealed no significant association between treatment and perceptions of chronic kidney disease ( $p = 0.135$ ,  $p > 0.05$ ).*

**Keywords:** *Chronic Kidney Disease, Treatment, Perceptions, Comorbidities, Hemodialysis*

**MENGESAHKAN**  
SALINAN FOTO COPY SESUAI ASLINYA  
MATARAM, 11 Agustus 2023



## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>I</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN .....</b>	<b>II</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN .....</b>	<b>III</b>
<b>LEMBAR ORISINALITAS .....</b>	<b>IV</b>
<b>LEMBAR BEBAS PLAGIARISMR .....</b>	<b>V</b>
<b>SURAT PERSETUJUAN PUBLIKASI.....</b>	<b>VI</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>VII</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>X</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>VIII</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1.Latar Belakang .....	1
1.2.Rumusan Masalah .....	4
1.3.Tujuan Penelitian .....	4
1.4.Manfaat Penelitian .....	5
1.5.Landasan Teori.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>8</b>
2.1 Tinjauan Teori.....	8
2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronik ( <i>Chonic Kidney Disease</i> ).....	8
2.1.2 Etiologi Gagal Ginjal Kronik ( <i>Chonic Kidney Disease</i> ).....	8

2.1.3	Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik ( <i>Chonic Kidney Disease</i> ) .....	9
2.1.4	Manifestasi Klinik Gagal Ginjal Kronik ( <i>Chonic Kidney Disease</i> ).....	12
2.1.5	Patofisiologi Gagal Ginjal Kronik ( <i>Chonic Kidney Disease</i> ) .....	14
2.1.6	Pelatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik ( <i>Chonic Kidney Disease</i> ).....	15
2.1.7	Kategori Gagal Ginjal Kronik ( <i>Chonic Kidney Disease</i> ).....	17
2.1.8	Proses Terjadinya Persepsi.....	18
2.1.9	Faktor-Faktor Persepsi .....	20
2.1.10	Persepsi Sakit .....	20
2.1.11	Pengukuran Persepsi .....	21
2.1.12	Profil RSUD Provinsi NTB.....	24
2.2	Keaslian Penelitian.....	27
2.3	Kerangka Teori.....	28
2.4	Kerangka Konsep.....	29
2.5	Hipotesis.....	30
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>		<b>31</b>
3.1	Desain Penelitian.....	31
3.2	Waktu dan Tempat Penelitian .....	31
3.3	Variabel Penelitian .....	31

3.3.1	Variabel Bebas .....	31
3.3.2	Variael Terikat .....	31
3.4	Definisi Operasional.....	32
3.5	Populasi dan Sampel .....	33
3.5.1	Populasi.....	33
3.5.2	Sampel.....	33
3.5.3	Tehnik Pengambilan Sampel.....	34
3.6	Alat dan Metode Penelitian .....	35
3.6.1	Metode Pengumpulan Data.....	35
3.7	Metode pengolahan dan Analisi Data .....	37
3.8 .1	Alur Penelitian .....	41
<b>BAB IV</b>	<b>Hasil dan Pembahasan.....</b>	<b>42</b>
4.1	Gambaran Lokasi Penelitian .....	42
4.2	Karakteristik Responden .....	42
4.2.1	Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin .....	43
4.2.2	Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan .....	44
4.2.3	Karakteristik Responden Berdasarkan Usia.....	45
4.2.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir .....	46
4.2.5	Karakteristik Responden Berdasarkan Mulai HD.....	47
4.2.6	Karakteristik Responden Berdasarkan Frekuensi HD.....	48

4.2.7 Karakteristik Responden Berdasarkan Penyakit Penyerta .....	49
4.2.8 Tiga Penyebab Penyakit Terbanyak Menurut Responden .....	51
4.2.9 Data Penggunaan Obat Responden .....	53
4.3 Hubungan Pengobatan dan Persepsi Penyakit Gagal Ginjal Kronik dengan Komorbid Yang Menjalani Hemodialisa.....	58
4.3.1 Persepsi Pasien Terhadap Penyakit GGK dengan Komorbid yang Menjalani Hemodialisa .....	58
4.3.2 Pengobatan Pasien Terhadap Penyakit GGK dengan Komorbid yang Menjalani Hemodialisa .....	60
4.3.3 Hubungan Pengobatan dan Persepsi Penyakit GGK dengan Komorbid di RSUD Provinsi NTB.....	62
4.4 Keterbatasan Penelitian .....	67
<b>BAB V Kesimpulan dan Saran .....</b>	<b>68</b>
DAFTAR PUSTAKA .....	69
Lampiran .....	72

## Daftar Tabel

<b>Tabel 2.1</b> Kategori Penyebab Gagal Ginjal Kronik (KDIGO).....	11
<b>Tabel 2.2</b> Kategori Penyebab Gagal Ginjal Kronik (Kategori Albuminuria) ....	13
<b>Tabel 2.3</b> Keaslian Penelitian.....	26
<b>Tabel 3.1</b> Definisi Operasional.....	31
<b>Tabel 3.2</b> Kisi-Kisi Kuesioner <i>Bref Illnes Perception Questionnaire</i> (B-IPQ)....	36
<b>Tabel 4.1</b> Distribusi Demografi.....	43
<b>Tabel 4.2</b> Tiga Penyebab Penyakit.....	51
<b>Tabel 4.3</b> Data Penggunaan Obat Responden.....	53
<b>Tabel 4.4</b> Distribusi Frekuensi Berdasarkan Persepsi.....	58
<b>Tabel 4.5</b> Distribusi Frekuensi Berdasarkan Pengobatan.....	60
<b>Tabel 4.6</b> Distribusi Hasil Perhitungan Berdasarkan Hubungan Pengobatan dan Persepsi.....	62

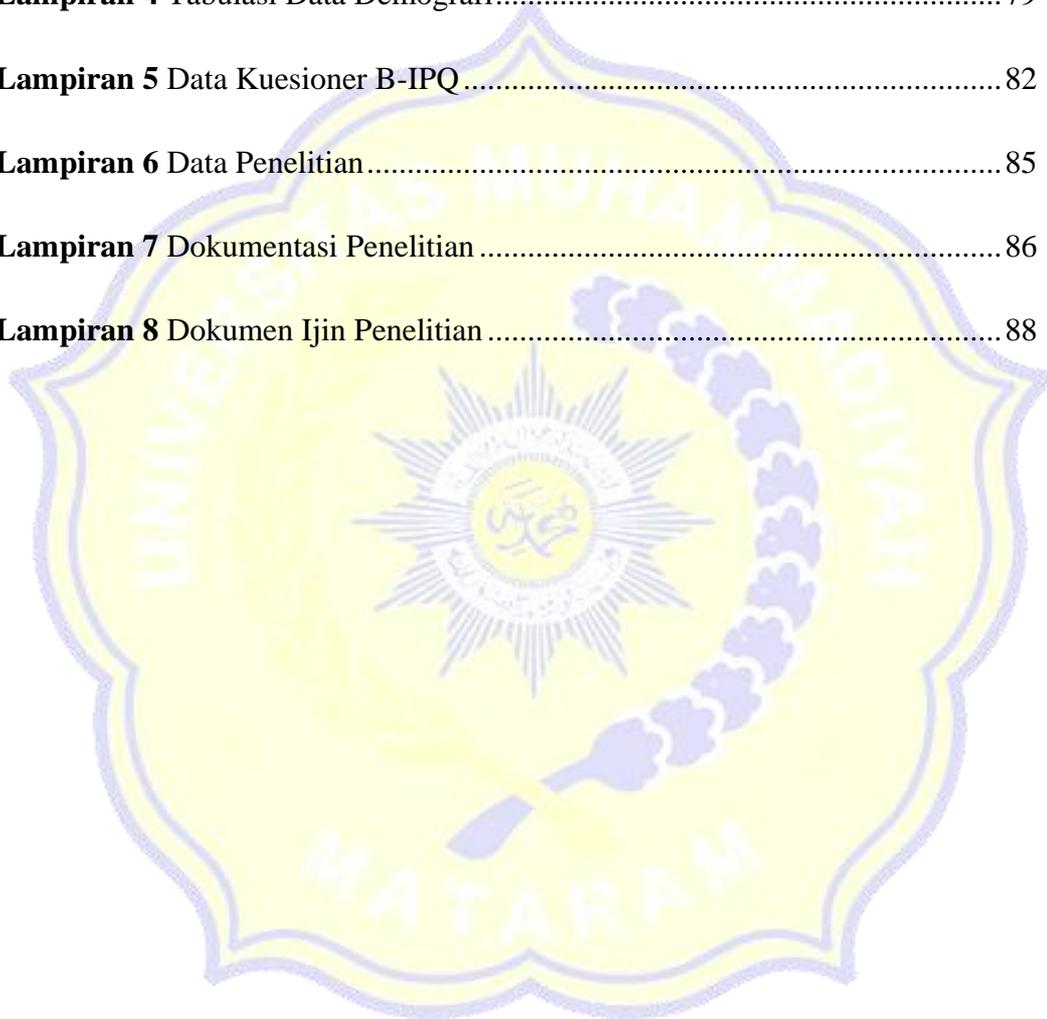
## Daftar Gambar

<b>Gambar 2.1</b> Kerangka Teori .....	28
<b>Gambar 2.2</b> Kerangka Konsep.....	29
<b>Gambar 3.1</b> Alur Penelitian .....	42



## Daftar Lampiran

<b>Lampiran 1</b> Informed Consent .....	73
<b>Lampiran 2</b> Lembar Identitas .....	74
<b>Lampiran 3</b> Kuesioner <i>Bref Illnes Perception Quesionnaire</i> (B-IPQ).....	76
<b>Lampiran 4</b> Tabulasi Data Demografi.....	79
<b>Lampiran 5</b> Data Kuesioner B-IPQ.....	82
<b>Lampiran 6</b> Data Penelitian.....	85
<b>Lampiran 7</b> Dokumentasi Penelitian .....	86
<b>Lampiran 8</b> Dokumen Ijin Penelitian .....	88



## Daftar Singkatan



GGK	: Gagal Ginjal Kronik
B-IPQ	: <i>Bref Ilnes Perception Quesionnaire</i>
CKD	: <i>Chronic Kidney Disease</i>
ESRD	: <i>Stadium End Stage Renal Disease</i>
GFR	: <i>Glomerulo Filtration Rate</i>
GGK	: Gagal Ginjal Kronik
HD	: Hemodialisa
KDIGO	: <i>kidney Disease:Imroving Global Outcome</i>
OAD	: Obat Antidiabetes
PGTA	: Pengganti Ginjal Tahap Akhir
TPG	: Terapi Pengganti Ginjal
WHO	: <i>World Health Organization</i>
AKI	: <i>Acute Kidney Injury</i>
IgAN	: <i>Imunoglobulin A Nefropati</i>
DKD	: <i>Diabetik Kidney Disease</i>
ER	: <i>Estrogen Receptor</i>
LN	: Lupus Nephritis
ET-1	: Endotelin-1
PEW	: <i>Protein energy wasting</i>
ISK	: Infeksi Saluran Kemih

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar belakang

Penyakit gagal ginjal kronik (GGK) adalah sindrom klinis sekunder akibat perubahan definitif peran dan/atau struktur ginjal dan ditandai dengan ireversibilitasnya serta evolusinya yang progresif dan lambat (Luiz, 2020). Gagal ginjal kronik adalah penyakit bersifat progresif dan irreversibel, dimanifestasikan karena oleh ekskresi albumin yang abnormal atau penurunan fungsi ginjal yang diukur melalui laju filtrasi glomerulus (LFG) dan berlangsung selama lebih dari 3 bulan (Pratiwi *et al*, 2019).

Prevalensi GGK di seluruh dunia mencapai 697,5 juta kasus, selain itu terjadi peningkatan 41,5% kematian di semua usia (Bikbov *et al.*, 2020). Menurut hasil Riskesdes 2018, penyakit gagal ginjal kronik di Indonesia berdasarkan diagnosis pada penduduk usia  $\geq 15$  tahun meningkat dari 2,0% per 1.000 penduduk atau 499.800 penduduk menjadi 3,8% per 1.000 penduduk (Kemenkes, 2018). Menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS), prevalensi penyakit gagal ginjal kronik di provinsi NTB adalah 0,4% dari penderita penyakit gagal ginjal kronik di Indonesia. Jumlah pasien penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Provinsi tahun 2022, dari Januari sampai September 2022, rata-rata 184 pasien perbulan.

Gagal ginjal kronik dibagi menjadi lima derajat berdasarkan komplikasi yang dapat dilihat dari kerusakan ginjal dan *glomerulus filtrasi Rate* (GFR) (Cholina, 2020). Gagal ginjal kronik yang sudah berlanjut ke stadium 5 atau

penyakit ginjal tahap akhir (PGTA) membutuh terapi pengganti ginjal (TPG), berupa hemodialisa atau dialisis peritoneal (Soelistyoningsih *et al*, 2019). Hemodialisis merupakan terapi pengganti fungsi ginjal yang menggunakan alat khusus bertujuan mengeluarkan toksin uremik dan mengatur cairan elektrolit pada tubuh (Kemenkes RI, 2017).

Kriteria pasien hemodialisa adalah seseorang yang mempunyai ginjal abnormal dan rusak selama tiga bulan atau lebih, ditandai penurunan fungsi ginjal 78-85% atau laju filtrasi glomerulus atau *glomerular Filtration Rate* (GFR) kurang dari 60 ml gagal /menit/1.73m<sup>2</sup>, didiagnosis disfungsi ginjal kronik. Penurunan GFR akan berlanjut hingga terjadi disfungsi organ, dimana pada titik tersebut laju filtrasi glomerulus akan turun dibawah 15ml/menit/1.73m<sup>2</sup>, hal ini disebut penyakit ginjal stadium akhir *Stadium End Stage Renal Disease* (ESRD) (Cholina, 2020).

Penyakit penyerta merupakan adanya dua atau lebih penyakit dalam individu yang sama. seseorang dengan penyakit komorbid yang tidak dapat dikendalikan seperti hipertensi dan diabetes disarankan tidak boleh divaksinasi terlebih dahulu, sehingga sebelum vaksinasi, setiap orang harus memeriksakan tubuhnya. Masyarakat dengan penyakit penyerta harus dikontrol agar disetujui oleh tenaga medis untuk divaksinasi (Kemenkes, 2020).

Deskripsi komorbid pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik diantaranya berhubungan dengan kesehatan pasien dan dapat memperparah kerusakan ginjal. Komorbid yang paling umum dijumpai pada penyakit ginjal kronik adalah diabetes dan hipertensi (Coates *et al.*, 2021). Obat antidiabetes

seperti oral antidiabetes (OAD) ataupun obat injeksi insulin untuk pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa adalah obat yang menggabungkan injeksi insulin dan obat antidiabetes (OAD), khususnya adalah sulfonilurea. Terapi obat antihipertensi pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa merupakan terapi gabungan yaitu obat antihipertensi kelompok *calcium channel blocker* (CCB) dengan obat antihipertensi kelompok *Angiotensin Receptor Blocker* (ARB) (Ninik *et al*, 2018).

Poorgholami *et al* (2016) menyatakan keputusan menjadi peristiwa yang sering terjadi pada penderita gagal ginjal kronik, menjadi tantangan bagi petugas kesehatan dan berpengaruh pada ketidakpatuhan penderita GGK terhadap penurunan kualitas hidup dan pengobatan. Keputusan penderita gagal ginjal kronik dimulai dari pasien berusaha mempersepsikan penyakit dan pengobatan yang sedang dijalani. Cengiz & Saritaş (2019) menyatakan bahwa keputusan penderita gagal ginjal kronik masih sangat tinggi ( $13.70 \pm 6.82$ ). Penyebab yang utama tinggi keputusan yaitu persepsi. Persepsi mempengaruhi aspek kognitif dan pengalaman penyakit serta respon emosional (Dempster *et al.*, 2015).

Persepsi mengacu pada sudut pandang seseorang, bisa positif ataupun negatif, tergantung pemikirkan seseorang tersebut tentang sesuatu (Ike, 2018). Menurut studi fenomenologi yang dilakukan Jensen (2013) *terkait illness perception and treatment perception of patients with chronic kidney disease: Different phases, different perceptions* mengatakan bahwa pengobatan dan penyakit berhubungan dengan persepsi. Persepsi negatif terhadap penyakit dapat meningkatkan jumlah kesakitan dan kematian, ketidakpatuhan dan turunnya

kualitas hidup, pada pasien hemodialisis dalam berbagai terapi medis (Tsironi & Tzavella, 2017) ). Sementara itu tanggapan negatif pasien mengenai penyakitnya membuat pasien hemodialisa kehilangan harapan karena pasien cemas dengan penyakitnya (Mollaoglu M & Candan F, 2016). Maka dari itu, penulis tertarik untuk memilih judul penelitian yang dilakukan di RSUD Provinsi NTB tersebut. RSUD Provinsi NTB adalah rumah sakit rujukan di Mataram dengan unit hemodialisa rujukan. Sehingga, penting dilakukan penelitian mengenai persepsi pasien terhadap penyakit di RSUD Provinsi NTB.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas penulis tertarik menyusun skripsi atau tugas akhir mengenai “hubungan pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB”.

### **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini, yaitu “Apakah terdapat hubungan pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB?”.

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB.

#### 1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat penelitian dengan judul “hubungan antara pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik dengan komorbid yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB” antara lain:

1. Bagi Peneliti

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi yang tersedia bagi peneliti mengenai hubungan pengobatan dengan persepsi penyakit GJK komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB.

2. Bagi ilmu pengetahuan (*Scientife*):

Penelitian ini bertujuan untuk memberikan tambahan informasi yang dapat dimanfaatkan sebagai literatur untuk proses pembelajaran tentang asuhan kefarmasian pada pasien gagal ginjal kronik.

3. Bagi pengguna (*Consumer*):

Penelitian ini dapat menjadi sumber informasi yang berharga untuk meningkatkan pemahaman kita tentang hubungan pengobatan dengan persepsi penyakit GJK komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB.

4. Bagi Rumah Sakit

Penelitian menawarkan beberapa manfaat bagi rumah sakit adalah data dan hasil yang diperoleh dari penelitian tersebut dapat menjadi tolak ukur upaya pihak rumah sakit untuk meningkatkan pemahaman tentang

hubungan pengobatan dengan persepsi penyakit GGK komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB.

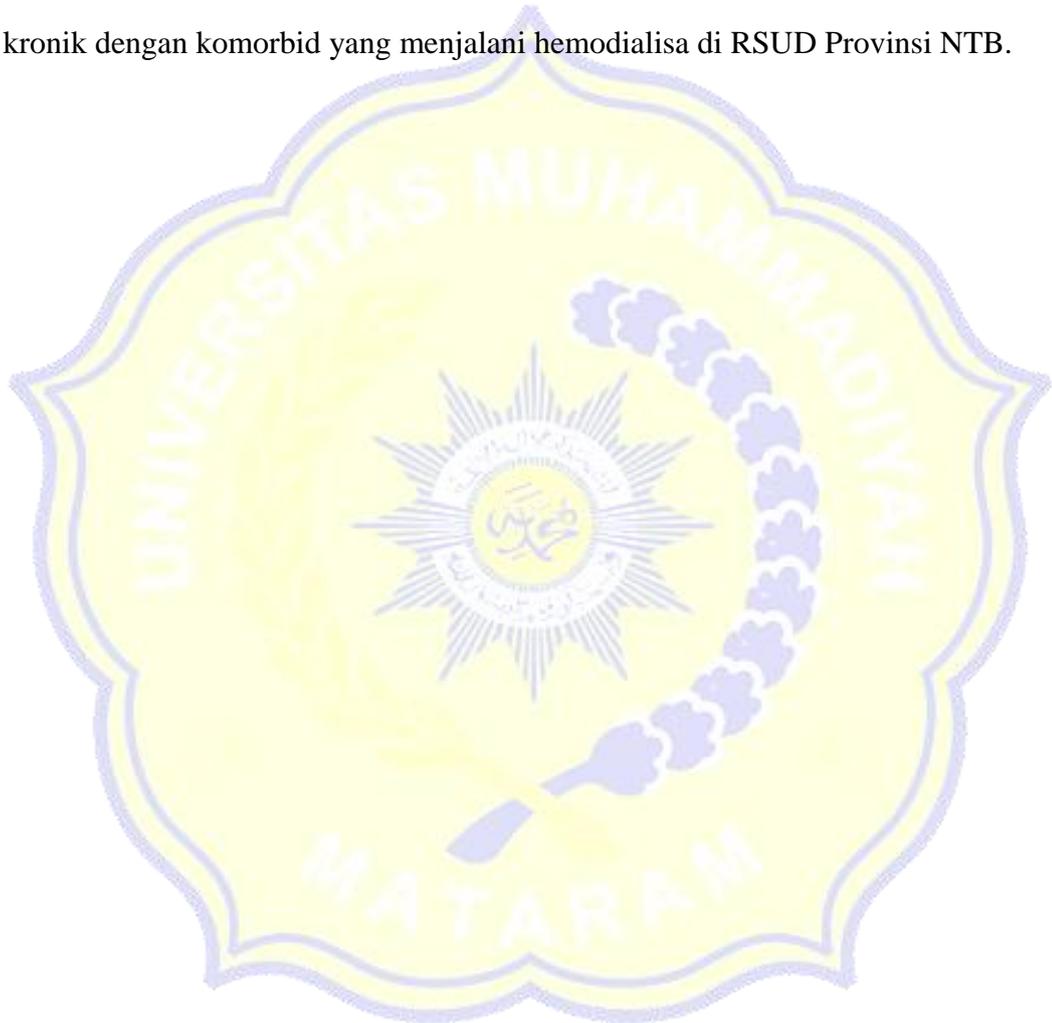
### 1.5 Landasan Teori

Penelitian dilakukan untuk mengetahui adanya hubungan pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB. Kriteria pasien pada penelitian ini adalah pasien dengan penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Kelompok karakteristik pasien adalah pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus dan pasien gagal ginjal kronik dengan komorbid hipertensi, pemilihan pasien disesuaikan dengan kriteria inklusi dari penelitian ini.

Pasien dengan kedua kriteria dan karakteristik tersebut masuk dalam kriteria inklusi penelitian sehingga kemudian penulis mencari tahu terkait profil jumlah pengobatan pasien dengan dua kategori yaitu, jumlah obat kurang dari 5 (non polifarmasi) dan jumlah obat  $\geq 5$  polifarmasi. Kemudian, dihubungkan dengan persepsi penyakit pasien dengan menggunakan kuesioner B-IPQ, pasien akan diminta untuk mengisi kuesioner B-IPQ dengan 9 dimensi pertanyaan yaitu *identity, timeline, personal cure/control, consequences, cause, emotion, treatment control, illness coherence*, dan *causal representation*. Setelah didapatkan hasil dari data pengobatan dan persepsi tersebut dilihat adanya hubungan dengan menggunakan aplikasi SPSS 22 dengan uji Chi-Square.

Dari penelitian yang dikerjakan oleh Anggreani 2020, terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pengobatan yaitu faktor pendidikan, tempat

tinggal, biaya dan pekerjaan. Adapun untuk faktor persepsi yaitu obyek yang dipersepsi, alat indra, saraf dan pusat susunan saraf, nilai-nilai dalam kebutuhan individu, pengalaman sebelumnya dan agama atau iman. Akan tetapi, pada penelitian ini penulis tidak meneliti tentang penguat faktor tersebut melainkan melihat adanya hubungan pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik dengan komorbid yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Tinjauan Teori**

##### **2.1.1 Definisi Gagal Ginjal Kronik**

Gagal ginjal kronik (*Chronic Kidney Disease/CKD*) adalah penyakit yang disebabkan karena kelainan pada struktur atau fungsi ginjal yang terjadi selama tiga bulan atau lebih secara progresif dan irreversible, gagal ginjal kronik di definisikan sebagai kerusakan ginjal dan/atau penurunan pengukuran kreatinin pasien (Clcr) yang kurang dari 50 mL / menit (0,83 mL / s) (Dipiro *et al.*, 2020).

##### **2.1.2 Etiologi atau Penyebab Gagal Ginjal Kronik**

Menurut Dipiro edisi 11, ada beberapa faktor resiko untuk kerentanan dan inisiasi penyakit GGK yaitu (Dipiro *et al.*, 2020)

1. Faktor Klinis :
  - a. Diabetes
  - b. Hipertensi
  - c. Obesitas
  - d. Penyakit Autoimun
  - e. Infeksi Sistemik
  - f. Infeksi Saluran Kemih
  - g. Batu Ginjal
  - h. Obstruksi Saluran Kemih Bagian Bawah
  - i. Neoplasia
  - j. Riwayat Keluarga GGK

- k. Pemulihan dari Penyakit Ginjal Akut
  - l. Pengurangan Massa Ginjal
  - m. Paparan Obat-Obatan Tertentu
  - n. Berat Badan Lahir Rendah
2. Faktor Sosiodemografi
- a. Usia Lanjut
  - b. Status Etnik Minoritas AS: Amerika Afrika, Indian Amerika, Hispanic, Asia atau Penduduk Pulau Pasifik
  - c. Paparan Kondisi Kimia dan Lingkungan Tertentu
  - d. Berpenghasilan Rendah/Berpendidikan Rendah

### **2.1.3 Klasifikasi Gagal Ginjal Kronik**

Klasifikasi GGK menurut *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Clinical Practice Guideline for Evaluation and Management of CKD* 2012, klasifikasi GGK dibagi menjadi 3 kategori (Dipiro *et al.*, 2020).

## 1) Kategori Penyebab

**Tabel 2.1** Kategori Penyebab

	Contoh penyakit sistemik, yang berpengaruh pada ginjal	Contoh gangguan primer ginjal (tanpa ada penyakit sistemik yang berpengaruh pada ginjal)
Gangguan Glomerulus	Diabetes, penyakit autoimun sistemik, infeksi sistemik, obat - obatan, neoplasia (termasuk amyloidosis)	Difusi, fokal atau proliferasi bulan sabit; fokal dan glomerusklerosis tersegmentasi, nefropati membran, penyakit yang berganti – ganti
Gangguan Tubulusinterstisial	Infeksi sistemik, autoimun, sarkiodosis, obat - obatan, asam urat, lingkungan toxin, asam aristolisik, sklerosis sistemik	ISK, batu ginjal, sembelit
Gangguan Vaskular	Arterosklerosis, HT, iskemi, emboli kolesterol, vaskulitik sistemik, pembekuan mikroangiopati, sklerosis sistemik	Displasia fibromuskular, ANCA-berhubungan dengan vaskulitik terbaas pada ginjal
Kista dan Penyakit Bawaan	Polikista ginjal, sidrom alport	Displasia ginjal, kista sumsum tulang belakang, podositopati

Kategori penyebab berdasarkan (*KDIGO Clinical Practice Guideline for Evaluation and Management of CKD, 2012*)

## 2) Kategori GFR

Penyakit ginjal kronik diklasifikasikan menurut sisa jumlah nefron yang mampu melakukan filtrasi glomerulus. Tingkat kerusakan ginjal yang lebih tinggi ditunjukkan oleh filtrasi glomerulus yang rendah. Penyakit ginjal kronik diklasifikasikan menjadi lima tingkatan, yaitu:\

1. Tingkatan 1 adalah keadaan dimana ginjal mengalami kerusakan struktur ginjal tetapi fungsi ginjal masih normal (laju filtrasi glomerulus  $>90\text{ml}/\text{menit}$ ).
2. Tingkatan 2 adalah kondisi kerusakan ginjal dengan penurunan fungsi ginjal ringan (laju filtrasi glomerulus  $60\text{-}89\text{ ml}/\text{menit}$ )
3. Tingkatan 3 adalah kondisi kerusakan ginjal diikuti penurunan peran ginjal sedang (laju filtrasi glomerulus  $30\text{-}59\text{ ml}/\text{menit}$ )
4. Tingkatan 4 adalah kerusakan ginjal, diikuti penurunan fungsi ginjal berat (laju filtrasi glomerulus  $15\text{-}29\text{ml}/\text{min}$ )
5. Tingkatan 5 disebut penyakit ginjal kronik (laju filtrasi glomerulus  $<15\text{ml}/\text{min}$ )

(Siregar, 2020)

## 3) Kategori Albuminuria

**Tabel 2.2** kategori albuminuria

Kategori	Laju Ekskresi Albumin (mg/24 jam)	Rasio Albumin Kreatinin		Kondisi
		(mg/mmol)	(mg/g)	
A1	< 30	< 3	< 30	Meningkat normal dan perlahan
A2	30-300	3-30	3-300	Meningkat secara moderet
A3	>300	>30	>300	Meningkat dengan parah

Kategori berdasarkan Albuminuria (*KDIGO Clinical Practice Guideline for Evaluation and Management of CKD, 2012*)

Jenis albuminuria merupakan prediktor penting. Hubungan antara proteinuria tinggi dan gejala sindrom nefrotik mudah dikenali. Deteksi dan evaluasi kecil kadar proteinuria memiliki hasil signifikan. Beberapa penelitian sudah menyatakan kepentingnya diagnostik, patogen, dan prognostiknya.

**2.1.4 Manifestasi Klinik**

Manifestasi klinik gagal ginjal kronik menurut Kowalak, Welsh, & Mayer (2017) yaitu:

- a. Sistem hematopoietik: Anemia (cepat lelah) diakibatkan penurunan eritropoietin, trombositopenia diakibatkan adanya perdarahan, memar

karena trombositopenia ringan, perdarahan karena gangguan pembekuan darah, dan penurunan aktivitas trombosit.

- b. Sistem kardiovaskular: Hipervolemia karena retensi natrium, hipertensi karena berlebihnya cairan, takikardia, aritmia karena hiperkalemia, gagal jantung kongestif karena hipertensi kronik, perikarditis toksin uremik dalam cairan perikardial.
- c. Sistem pernafasan: Takipnea, pernapasan Kussmaul, halitosis uremik atau janin, dahak lengket, batuk nyeri, suhu tubuh tinggi, pneumonia hilar, gesekan pleura, edema paru.
- d. Sistem gastrointestinal: Anoreksia, mual dan muntah akibat hiponatremia, perdarahan gastrointestinal, distensi abdomen, diare dan konstipasi
- e. Sistem neurologi: Perubahan tingkat kesadaran (letargi, bingung, pingsan dan koma) karena hiponatremia dan akumulasi zat beracun, kejang, gangguan tidur, asteriksis
- f. Sistem skeletal: Osteodistrofi ginjal, rakhitis ginjal, nyeri sendi akibat ketidakseimbangan kalsium-fosfor dan akibat ketidakseimbangan hormon paratiroid.
- g. Kulit: Pucat karena anemia, pigmentasi kulit, pripuritus karena uremia gatal, memar, lecet
- h. Sistem perkemihan: Penurunan haluaran urin, penurunan densitas urin, proteinuria, urin tipis dan sel urin, penurunan natrium urin semuanya karena kerusakan nefron

- i. Sistem reproduksi: Interfilitas dikarenakan abnormalitas hormonal, libido menurun, disfungsi ereksi, amenorea.

### **2.1.5 Patofisiologi**

Patofisiologi GGK menurut (Dipiro *et al.*,2021)

1. Faktor risiko klinis dan sosiodemografi untuk kerentanan dan inisiasi CKD berguna untuk mengidentifikasi individu yang berisiko terkena CKD. Faktor klinis meliputi, namun tidak terbatas pada, diabetes, hipertensi, obesitas, penyakit autoimun, infeksi sistemik, riwayat CKD keluarga, pengurangan massa ginjal, dan berat badan lahir rendah. Faktor sosiodemografi termasuk usia yang lebih tua, status etnis minoritas AS, pendapatan atau pendidikan rendah, dan paparan kondisi kimia dan lingkungan tertentu.
2. KDIGO merekomendasikan agar prognosis dipertimbangkan untuk membantu memandu keputusan pengujian dan pengobatan. Persamaan estimasi yang divalidasi seperti persamaan risiko gagal ginjal (KFRE) memberikan risiko progresif 2 dan 5 tahun yang akurat menjadi gagal ginjal untuk individu dengan CKD stadium 3–5.
3. Faktor risiko perkembangan dikaitkan dengan penurunan fungsi ginjal lebih lanjut. Kegigihan dari faktor inisiasi yang mendasari (misalnya, diabetes mellitus, hipertensi, glomerulonefritis) tampaknya menjadi prediktor paling penting dari CKD progresif.
4. Sebagian besar nefropati progresif berbagi jalur umum akhir menuju kerusakan parenkim ginjal yang ireversibel dan ESRD. Elemen kunci dari

jalur ke ESRD meliputi hilangnya massa nefron, hipertensi kapiler glomerulus, dan proteinuria.

### **2.1.6 Penatalaksanaan**

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik dilakukan dalam dua tahap, yakni pengobatan konservatif dan terapi pengganti ginjal. Tujuan pengobatan konservatif adalah untuk mencegah penurunan fungsi faal ginjal secara bertahap, mengurangi keluhan akibat akumulasi toksin azotemia, mengoptimalkan metabolisme, dan menjaga keseimbangan cairan elektrolit. (Haryanti, I.A.P., & Berawi, K. N.(2015).

#### **1. Terapi Konservatif**

Penatalaksanaan konservatif gagal ginjal meliputi tindakan yang ditujukan untuk menghambat perkembangan gagal ginjal, menstabilkan kondisi pasien, dan mengobati segala faktor reversibel. Pencegahan atau pengobatan komplikasi (penyakit tulang, penyakit kardiovaskular, efek endokrin, anemia, sosial ekonomi).

##### **1) Hiperkalemia**

Hentikan asupan per oral atau intravena. Resin pertukaran ion, misalnya kalsium resonium 15 g tiap 6 jam per oral (atau per rektal). Pada keadaan darurat, kalsium intravena (10 mL kalsium glukonat 10%) bersifat antagonis terhadap efek hiperkalemia pada jantung.

##### **2) Hipertensi**

Perkembangan gagal ginjal kronik diperbaiki dengan terapi antihipertensi, diuretik thiazide, beta-blocker, ACE inhibitor, dan

antagonis kalsium semuanya efektif pada pasien dengan gagal ginjal dini.

3) Pembatasan protein makanan

Protein seringkali dibatasi 0,6 g/kg/hari bila GFR turun sampai bawah 50 mL/menit =, walaupun hanya ada sedikit bukti bahwa ini dapat memperlambat progresi menuju gagal ginjal.

4) Hiperglikemia

a. Perawatan intensif pasien diabetes tipe 1 dan 2 dapat mengurangi komplikasi mikrovaskular, termasuk penyakit ginjal. Perawatan intensif termasuk insulin atau obat oral dan membutuhkan pengukuran gula darah minimal tiga kali sehari.

b. Perkembangan CKD dibatasi melalui kontrol optimal hiperglikemia dan hipertensi.

c. Untuk informasi tambahan mengenai diabetes,

2. Sementara operasi penggantian ginjal dilakukan dengan dialisis intermiten atau transplantasi ginjal, ini adalah cara yang paling efektif mengobati gagal ginjal. Pada penyakit ginjal stadium akhir, fungsi ginjal harus diganti dengan prosedur berikut:

1) Transplantasi ginjal

Merupakan pengobatan pilihan pada kebanyakan pasien, namun terbatas karena sedikit suplai organ donor.

## 2) Hemodialisis

Hemodialisis merupakan terapi berteknologi canggih, yaitu terapi pengganti fungsi ginjal yang ditujukan untuk mengeluarkan sisa metabolisme atau zat berbahaya didalam tubuh manusia (aliran darah) seperti air, natrium, kreatinin, kalium, hidrogen, urea, asam urat dan lain-lain. Zat-zat yang melintasi membran semi permeabel berperan dalam memisahkan darah dan dialisat pada ginjal buatan, tempat berlangsungnya proses difusi, osmosis, dan ultrafiltrasi (Rendy, 2012). Sistem hemodialisa terdiri dari vaskular eksternal melalui mana darah pasien dipindahkan ke tabung polietilen steril ke dialyzer melalui pompa mekanis. Darah pasien kemudian melalui dialiser di salah satu sisi membran semipermeabel dan dikembalikan ke pasien. Larutan dialisat, terdiri dari air murni dan elektrolit, dipompa melalui mesin hemodialisis pada sisi berlawanan dari membran semipermeabel. Dalam kebanyakan kasus, antikoagulan sistemik (dengan heparin) digunakan untuk mencegah pembentukan bekuan darah di tabung hemodialisis. Dialisis menghasilkan pembuangan produk limbah metabolisme, obat-obatan, dan air, serta penambahan penyangga tubuh, seperti asetat dan bikarbonat. (Dipiro *et al.*, 2020).

### **2.1.7 Kategori Pengobatan Gagal Ginjal Kronik**

Pengobatan pasien gagal ginjal kronik dapat kategorikan menjadi 2 kelompok perlakuan yaitu pengobatan dengan jumlah obat <5 (non polifarmasi) dan pengobatan dengan jumlah obat  $\geq 5$  (polifarmasi). Jumlah maksimum obat

yang digunakan untuk mengobati penyakit ginjal kronik oleh pasien dalam sehari adalah 9 dan paling sedikit 2 obat. Salah satu faktor di balik penggunaan beberapa obat adalah pasien memiliki kondisi medis tertentu yang mengharuskan mereka menemui lebih dari satu dokter. Konsumsi obat terbanyak adalah obat antihipertensi yang terjadi pada sebagian besar pasien hipertensi (Pratiwi ayu *et al*, 2019).

Polifarmasi cenderung terjadi pada pasien gagal ginjal kronik karena banyaknya komplikasi dan penyakit penyerta yang mengarah pada penatalaksanaan gagal ginjal kronik yang kompleks dan variasi rejimen yang mencakup beberapa kelompok kelas terapi dan subterapi. yaitu antihipertensi, antidiabetes. , anti anemia dan lainnya yang ditujukan untuk mempengaruhi penurunan kualitas hidup seseorang (Hanyaq *et al.*, 2021).

### **2.1.8 Proses Terjadinya Persepsi**

Keputusan pasien GGK dimulai saat pasien mencoba mempersepsikan penyakit dan perawatan saat ini. Cengiz & Saritaş (2019) menyatakan bahwa tingkat keputusan pasien GGK sangat tinggi ( $13,70 \pm 6,82$ ). Faktor utama keputusan pengobatan adalah persepsi. Persepsi mempengaruhi aspek kognitif dan respons emosional serta pengalaman penyakit (Dempster *et al.*, 2015). Sefarini *et al* (2020) pada penelitiannya menyatakan persepsi penyakit adalah faktor utama yang menyebabkan hasil pengobatan yang buruk dan kemungkinan kematian. Persepsi pasien terhadap penyakit berperan penting dalam kepatuhan pasien hemodialisis terhadap pengobatan, pengendalian nutrisi, dan kontrol cairan. Persepsi pasien tentang penyakit termasuk keyakinan mereka tentang

gejala, penyebab dan prognosis, dampak penyakit, dan kemampuan mereka untuk mengatur diri sendiri. Persepsi yang tidak baik terkait penyakit meningkatkan kesakitan dan kematian pasien, penurunan kualitas hidup, dan ketidakpatuhan pasien terhadap hemodialisa untuk mencapai berbagai terapi medis (Tsironi & Tzavella), 2017). Selain itu, persepsi pasien yang tidak baik (negatif) mengenai penyakitnya dapat menyebabkan pasien cuci dara kehilangan harapan akibat kekhawatiran pasien terhadap penyakitnya (Mollaoglu M & Candan F, 2016).

Pada penelitian ini teori persepsi sebenarnya banyak digunakan oleh penelitian lain, namun dari penelitian ini persepsi digunakan sebagai pengobatan penyakit terutama penyakit ginjal kronik. Dengan begitu, pada hakikatnya persepsi mempunyai tahapan-tahapan yang dianggap proses pembentukan persepsi pada diri seseorang mulai rangsangan yang diterima oleh panca indera dari objek dan kejadian atau kondisi tergantung dari yang dialami dalam kepribadian masing-masing individu. Persepsi pasien dapat dipakai untuk melihat kesehatan dan kualitas hidup individu selain dilihat berdasarkan hasil pengobatan sebelumnya (Rahmah, N. 2018).

Pasien berpersepsi baik akan berpengaruh pada peningkatan kualitas hidup, sedangkan persepsi buruk terkait penyakit akan membuat pasien kehilangan harapan hidup. Selain itu, persepsi sakit mempengaruhi kepatuhan pasien terhadap pengobatan akibat adanya hubungan antara kedua faktor tersebut (Pratiwi *et al.* 2019).

### 2.1.9 Faktor-Faktor Persepsi

Menurut penelitian yang dilakukan (Dia, 2021) terdapat 2 faktor yang mempengaruhi persepsi yaitu :

1) Persepsi eksternal

Faktor eksternal seperti media massa adalah faktor dominan yang mempengaruhi masyarakat, diikuti faktor pendidikan, masalah sosial yang mempengaruhi persepsi.

2) Persepsi internal

Sedangkan faktor internal yaitu kepribadian, keinginan, kemampuan, dan perasaan tidak berpengaruh signifikan terhadap persepsi.

### 2.1.10 Persepsi Sakit

Persepsi penyakit atau *Illness perception* digunakan sebagai indikator dalam penelitian ini meliputi aspek, konsekuensi, timeline kronik akut, timeline siklus, kontrol pribadi, kontrol pengobatan, konsistensi penyakit, ekspresi emosional, dan causal representation. Faktor kedua mempengaruhi pengobatan pasien adalah perilaku kepatuhan. Perilaku kepatuhan merupakan upaya yang diarahkan pada pasien di mana pasien bertindak (dalam bentuk mengikuti aturan medis, diet, atau mengubah gaya hidup) atas saran petugas kesehatan atau petugas medis (Aflakseir, 2013).

### 2.1.11 Pengukuran Persepsi

Pada penelitian ini persepsi penyakit diukur dengan menggunakan *Brief Illnes Perception Questionnaire* (B-IPQ). Alat B-IPQ ini adalah kuesioner untuk menginterpretasikan aspek kognitif dan emosional yang dikembangkan oleh Broadbent *et al.* B-IPQ Terdiri dari 9 soal (5 soal aspek kognitif, 2 soal aspek emosional, 1 soal terkait siklus penyakit dan 1 soal penyebab penyakit). Nilai setiap soal dari 0 sampai 10. Skor akhir adalah 0 sampai 80. Menggunakan *Brief Illnes Perception Questionnaire* (B-IPQ), ini diuji di Indonesia pada pasien GGK (Luh *et al.*, 2018)

*Brief Illnes Perception Questionnaire* (B-IPQ) merupakan alat kuesioner singkat yang dapat memberikan informasi rinci tentang sakit dialami pasien. alat ini sederhana dan cepat diisi, sehingga cocok pada pasien penyakit kronik dan lansia serta pasien dengan keterbatasan menulis dan membaca. Instrumen B-IPQ adalah kuesioner persepsi penyakit singkat, pada awalnya digunakan di London untuk 5 penyakit yang tidak sama seperti asma, penyakit ginjal, infark miokard, diabetes mellitus (DM tipe 2), dan diagnosis awal stres dan berhasil lulus tes validitas dan reliabilitas, telah terbukti adaptif terhadap penyakit (Luh *et al.*, 2018). Penelitian dilakukan oleh Luh *et al.*, tentang persepsi pasien menurut anggapan B-IPQ (*Brief Illnes Perception Questionnaire*) versi Indonesia dan catatan pengobatan pasien CLD (*chronic liver disease*), telah diuji validitas dan reliabilitasnya, setiap Pertanyaan dengan instrumen B-IPQ.

Kuesioner B-IPQ dibuat untuk memberikan penilaian yang sederhana dan persepsi penyakit. Skor tertinggi menunjukkan persepsi yang kuat, domain dievaluasi oleh: persepsi konsekuensi, waktu, kontrol diri, kontrol obat, identitas, kecemasan tentang penyakit, pemahaman tentang penyakit, emosi (Pratiwi *et al.*, 2019).

Persepsi penyakit mengukur manifestasi kognitif dan emosional dari penyakit yang dirasakan, dimana 9 aspek mempengaruhinya (Noer, 2017). Persepsi penyakit terdiri dari 9 dimensi. Berikut penjelasan sembilan aspek (Noer, 2017):

1) *Identity* (identitas) :

Dipahami sebagai ide pasien mengenai nama mereka, kondisi yang mendasarinya (gejala terkait), dan hubungan antara keduanya.

2) *Consequences* (konsekuensi) :

Dipahami sebagai keyakinan pribadi mengenai tingkat keparahan suatu penyakit dan kemungkinan dampaknya terhadap kondisi fisik, sosial, dan psikologis.

3) *Timeline acute/chronic* (durasi akut/kronik) :

Didefinisikan sebagai waktu awal penyakit sampai pemulihan.

4) *Timeline cyclical* (durasi siklis):

adalah gambaran suatu penyakit diduga memiliki masa waktu berganti-ganti, terkadang tidak ditandai gejala atau bahkan beberapa gejala, disebut penyakit siklus.

5) *Personal control* (kontrol pribadi):

Menggambarkan keyakinan (beliefs) tentang bagaimana seseorang dapat mengelola gejala suatu penyakit.

6) *Treatment control* (kontrol pengobatan):

menggambarkan keyakinan seseorang tentang pengobatan atau saran yang direkomendasikan (seperti harapan akan hasil).

7) *Illness coherence* (koherensi) :

Didefinisikan sebagai jenis metakognisi yang menggambarkan arah di mana pasien mengevaluasi logika ataupun kegunaan dari *illness representation* mereka.

8) *Emotion* (emosi) :

Menggambarkan reaksi emosional negatif, seperti ketakutan, kemarahan, dan kesedihan terhadap penyakit yang dialami.

9) *Causal representation* (penyebab penyakit) :

Menjelaskan beberapa faktor yang diduga dapat meningkatkan penyakit pada seseorang, seperti faktor lingkungan dan perilaku.

Persepsi sakit diukur dengan menggunakan *Illness Perception Questionnaire Revised* (IPQ-R) yang dikembangkan oleh Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron dan Buick (2002), yang mengukur persepsi pasien terhadap penyakitnya. Hitungan skor persepsi dengan skor rendah < Skor 40 dan skor tinggi  $\geq 40$ . Semakin tinggi skor total, maka semakin negatif nilai persepsi dan penyakit dianggap berbahaya bagi pasien

dan sebaliknya, semakin rendah skor total, semakin positif nilai persepsi dan penyakit dianggap sesuatu yang tidak mengancam pasien (Noer, 2017).

#### **2.1.12 Profil RSUD Provinsi NTB**

Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat adalah salah satu penyedia layanan kesehatan yang dimiliki oleh pemerintah NTB. Tanggal 5 November 1969 adalah hari yang sangat bersejarah ketika kedudukan pengurusan rumah sakit yang semula dibawah administrasi Pemerintah Kabupaten Lombok Barat diubah menjadi kepunyaan dan dioperasikan oleh Pemerintah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. Dengan memanfaatkan perkembangan teknologi dan informasi, serta sistem informasi manajemen rumah sakit, RSUD Provinsi NTB berupaya agar terus berinovasi menghadirkan kemudahan dengan satu sentuhan komputer dalam semua kegiatan operasional rumah sakit.

Sebagai rumah sakit milik pemerintah daerah, Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat berusaha memberikan pelayanan dengan kualitas terbaik pada semua. Salah satu cara untuk meningkatkan mutu pelayanan medik di RSUD Provinsi NTB adalah mengikuti penilaian akreditasi rumah sakit versi 2012, meningkatkan angka kepuasan pasien, meningkatkan dan melengkapi sumber daya manusia, menyediakan sistem pelayanan sinkron serta sarana dan prasarana pendukung. ini nyaman dan aman. Ini tentunya memerlukan biaya perancangan, operasional dan investasi besar, sehingga membutuhkan penanganan yang sesuai dengan prinsip *good*

*governance* yaitu profesionalisme, akuntabilitas, transparansi, efektifitas dan efisiensi.

1915, Gedung Sekolah Dasar (HIS). Dimasa pemerintahan kolonial Jepang, gedung ini digunakan sebagai tempat pengajaran Perguruan Tinggi Guru Tji Gako (KYO IN dan SI HANG GAKO). Kemudian sesudah kemerdekaan Republik Indonesia, gedung itu tidak lagi difungsikan sebagai tempat pendidikan tetapi digunakan sebagai sarana kegiatan Palang Merah. Berjalannya waktu kemudian digunakan menjadi rumah sakit (*Beatrix Hospital*).

1947-1948 Rumah Sakit Beatrix menjadi Rumah Sakit Umum Mataram dan merupakan intansi dari Dinas Kesehatan Masyarakat Lombok. Pada saat itu dibangun beberapa bangunan untuk melengkapi atau memenuhi bangunan yang ada sesuai dengan kebutuhan zaman.

Berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Daerah Nusa Tenggara Barat Tingkat 1 No. 448/Pem.47/5/151 tanggal 5 November 1969, status Rumah Sakit Umum Mataram yang dikelola oleh Pemerintah Kabupaten Lombok Barat beralih menjadi hak milik. dan dikelola di bawah Pemerintah Kabupaten Lombok Barat. Pemerintah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat.

Menurut SK Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 13/Menkes/SK/I/2005 mengenai tingginya status, Rumah Sakit Umum Daerah Mataram (nomenklatur masa itu) berubah status dari Rumah Sakit Grade B menjadi Grade B rumah sakit pendidikan. Peraturan Gubernur Nusa Tenggara Barat Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penerapan Model Pengelolaan Keuangan

Badan Layanan Umum Daerah (PKK-BLUD) pada Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB telah berhasil meningkatkan pelayanan masyarakat.

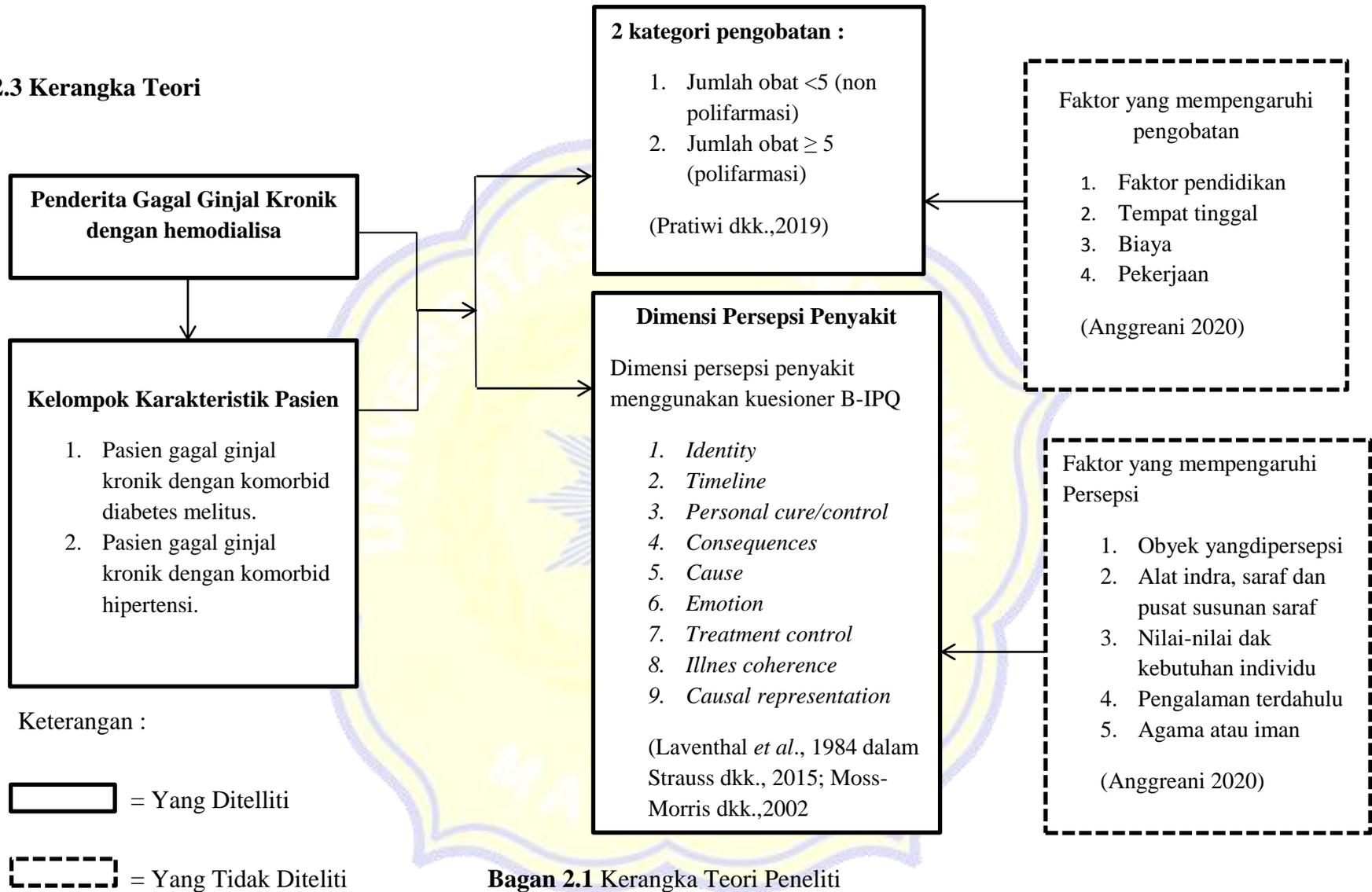


## 2.2. Keaslian Penelitian

**Tabel 2.3** Penelitian Terdahulu

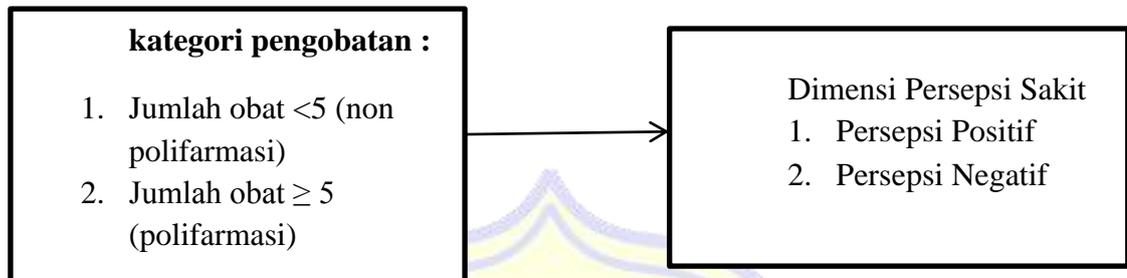
Penulis	Judul	Tahun	Metode dan Hasil	Perbedaan Penelitian
Pratiwi ayu, Eka Kartika Untari, dan Muhammad Akib Yuswar.	Hubungan Antara Pengobatan Dengan Persepsi Penyakit Gagal Ginjal Kronik Dan Kualitas Hidup Pasien Yang Menjalani Haemodialisa Di RSUD Soedarso Pontianak.	2019	Metode : metode penelitian ini menggunakan desain studi analitik observasional dengan pendekatan cross-sectional. Hasil : Hasil analisis data menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik pada pasien yang menjalani haemodialisa di RSUD dr. Soedarso Pontianak.	Kajian yang dilakukan oleh Pratiwi Ayu, Eka Kartika Untari, dan Muhammad Akib Yuswar ini bertujuan untuk mengetahui hubungan pengobatan dengan persepsi gagal ginjal kronik, serta dampaknya terhadap kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis. Selain itu, penulis meneliti hubungan antara pengobatan dan persepsi penyakit.
Pratiwi Sri Hartati, Eka Afrima Sari, dan Titis Kurniawan.	Persepsi Terhadap Penyakit Pada Pasien Hemodialisis Di Bandung	2020.	Metode : metode penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan tehnik pengambilan sampel consecutive sampling. Hasil : Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar pasien hemodialisis memiliki persepsi terhadap penyakit yang negatif (50,4%).	penelitian yang dilakukan Pratiwi Sri Hartati, Eka Afrima Sari, dan Titis Kurniawan hanya meneliti terkait persepsi pada penyakit hemodialisis sedangkan penulis meneliti terkait hubungan pengobatan dan persepsi khusus penyakit GGK yang menjalani hemodialisis.
Wijayanti Anggia Riske dan Ode Irman.	Persepsi Penyakit Dan Keputusan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis	2021	Metode : jenis penelitian analitik korelasional dengan pendekatan cross-sectional. Hasil : Hasil dan analisis penelitian menunjukkan terdapat hubungan positif (korelasi sedang) antara persepsi penyakit dengan keputusan pasien GGK menjalani HB ( $p < 0,003$ dan $r < 0,423$ ).	Penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti Anggia Riske dan Ode Irman ini fokus mempelajari persepsi penyakit dan pengambilan keputusan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa. Penulis juga mengeksplorasi hubungan antara pengobatan dan persepsi gagal ginjal kronik pada pasien dengan penyakit penyerta yang menjalani hemodialisis.

2.3 Kerangka Teori

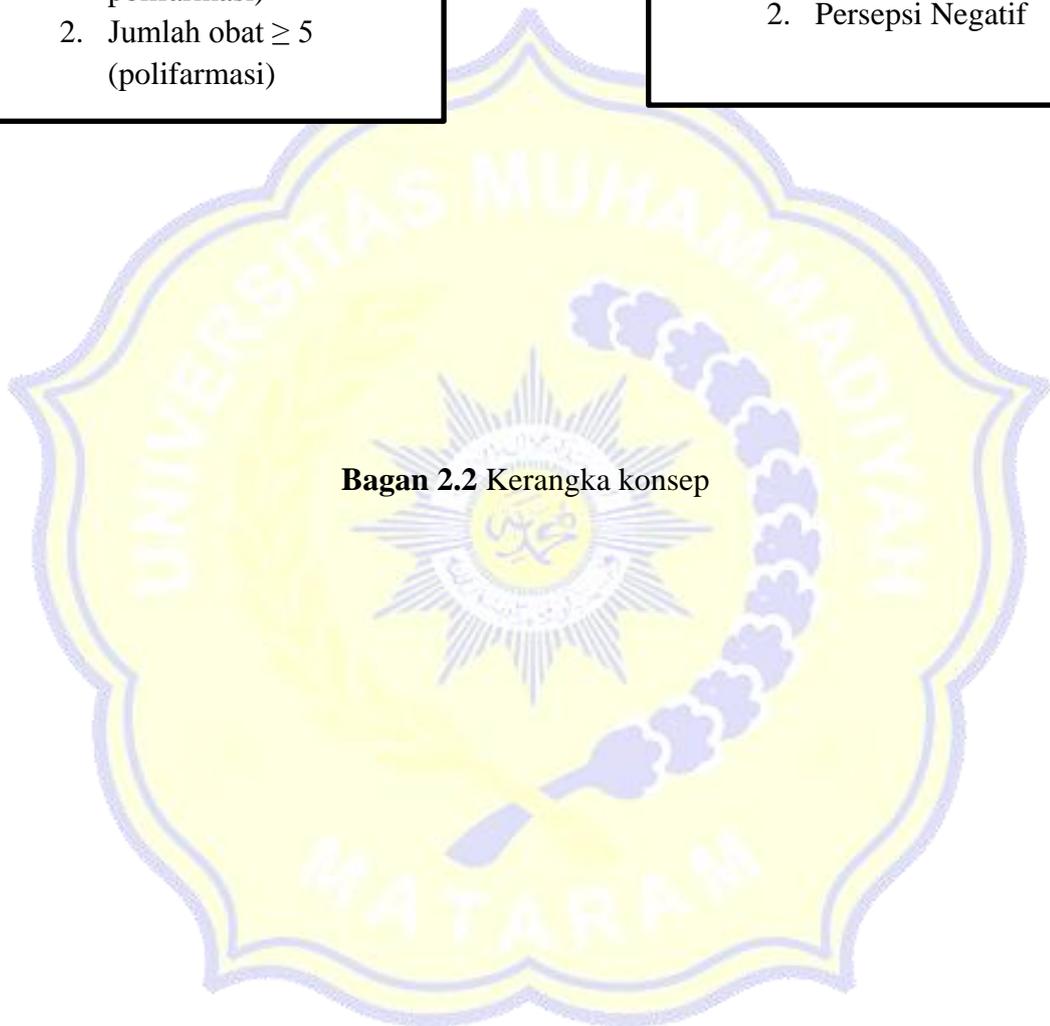


Bagan 2.1 Kerangka Teori Peneliti

## 2.4 Kerangka Konsep



**Bagan 2.2** Kerangka konsep

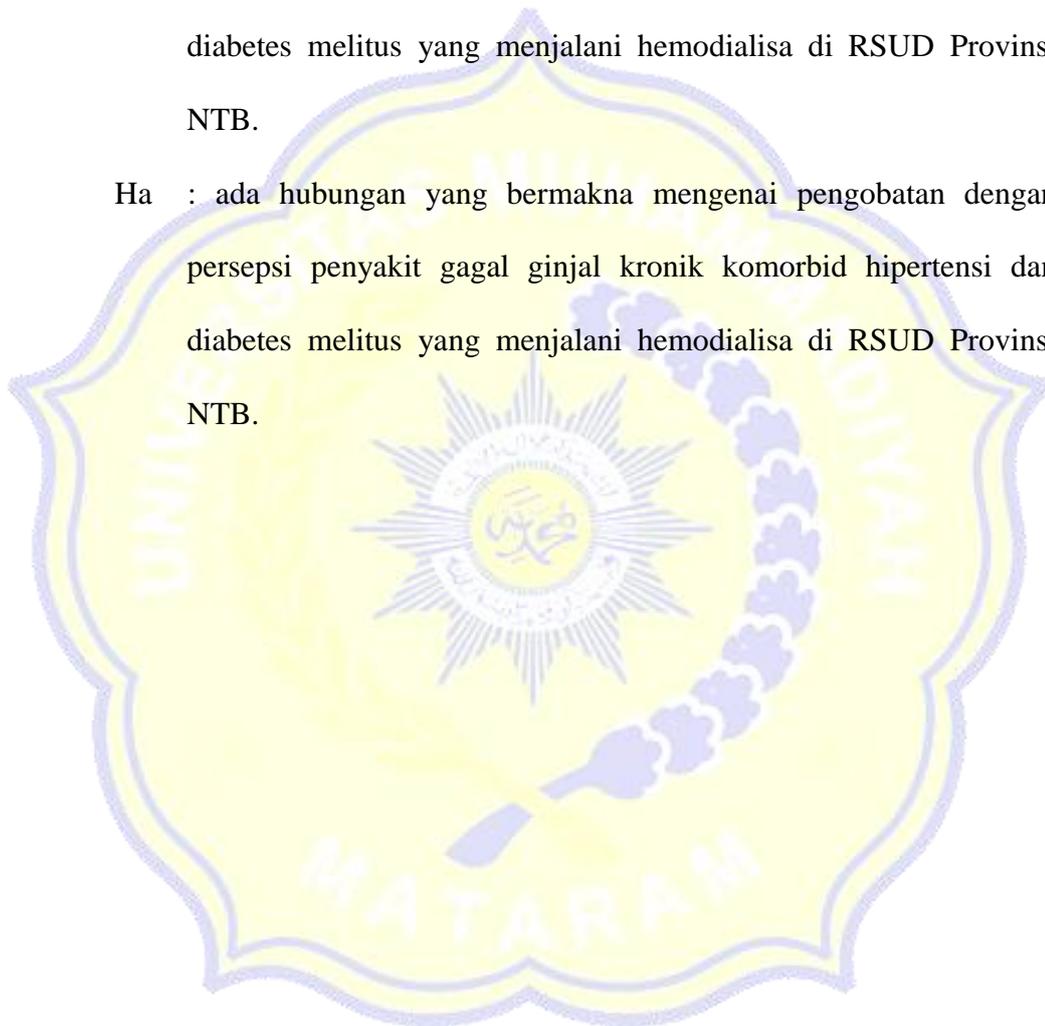


## 2.5 Hipotesis

Hipotesis penelitian ini didasarkan pada kerangka penelitian yang disusun oleh penulis.

Ho : tidak ada hubungan yang bermakna mengenai pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB.

Ha : ada hubungan yang bermakna mengenai pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB.



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian *korelasional*, dimana peneliti mengukur dua variabel, memahami dan menilai hubungan statistik antara keduanya tanpa dipengaruhi dari variabel asing. Desain penelitian ini adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*, yakni penelitian yang dilakukan hanya satu kali pada saat itu. Studi *cross sectional* dalam penelitian ini, dimaksud melihat adanya hubungan antara pengobatan dengan persepsi penyakit gagal ginjal kronik dengan komorbid yang menjalani hemodialisa dalam satu kali pengukuran.

#### **3.2 Waktu dan Tempat Penelitian**

##### 1. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Maret sampai dengan April tahun 2023.

##### 2. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di unit hemodialisa RSUD Provinsi NTB.

#### **3.3 Variabel Penelitian**

##### 1. Variabel Independent

Variabel bebas adalah variabel yang mempengaruhi atau Independent. Variabel bebas penelitian ini adalah pengobatan penyakit gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB.

## 2. Variabel Dependent

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau dependent.

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah persepsi penyakit gagal ginjal kronik komorbid hipertensi dan diabetes melitus yang menjalani hemodialisa di RSUD Provinsi NTB.

## 3.4 Definisi Operasional

**Tabel 3.1** Devinisi Operasional

<b>Nama Variabel</b>	<b>Definisi Operasional</b>	<b>Alat Ukur</b>	<b>Hasil pengukuran</b>	<b>Skala</b>
<b>Variabel Independent</b>				
Pengobatan Penyakit	Pengobatan penyakit merupakan proses sembuh dengan menggunakan alat maupun obat-obatan yang bersifat menyembuhkan.	Observasi	Jumlah Obat 1. Non-Polifarmasi 2. Polifarmasi	Nominal 1. <5 (Non polifarmasi) 2. ≥5 (polifarmasi)
<b>Variabel Dependent</b>				
Persepsi Pengobatan Penyakit	Persepsi pengobatan adalah cara pandang individu baik positif maupun negatif terhadap proses pengobatannya.	Kuesioner B-IPQ.	1. Skor rendah < 40 2. Skor tinggi ≥ 40	Ordinal 1. Positif 2. Negarif

### 3.5 Populasi dan Sampel

#### 1. Populasi

Populasi adalah subjek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2020). Populasi dalam penelitian ini yaitu pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dalam kurun waktu Maret-April tahun 2023 di unit hemodialisa RSUD Provinsi NTB. Rata-rata sebanyak 184 pasien perbulan.

#### 2. Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan metode *non probability* dengan tehnik *purposive sampling* yaitu penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu dengan menentukan kriteria berdasarkan tujuan dan permasalahan penelitian. Adapun besaran sampel yang akan diambil dari populasi yang memenuhi kriteria penelitian yaitu :

##### a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien yang menjalani hemodialisa
- 2) Pasien dengan komorbid diabetes melitus dan/atau hipertensi.
- 3) Bersedia menjadi responden

##### b. Kriteria eksklusi

- 1) Pasien yang tidak kooperatif

### 3. Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini sampel yang digunakan merupakan bagian dari populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Teknik pengambilan sampel yang diambil menggunakan metode *purposive*, yaitu pasien yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sebesar 44 pasien.

### 3.6 Alat dan Metode Pengumpulan Data

#### 1. Alat Pengumpulan data

Alat pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner atau angket. Kuesioner yang di gunakan untuk mengetahui persepsi dalam penelitian ini adalah kuesioner B-IPQ, kuesioner ini dapat menjelaskan mengenai aspek kognitif dan emosional yang dikembangkan oleh Broadbent *et al* (2006). B-IPQ Berisi sembilan pertanyaan dengan (5 pertanyaan terhadap aspek kognitif, 2 pertanyaan terhadap aspek emosional, 1 pertanyaan terkait siklus penyakit dan 1 pertanyaan penyebab penyakit. Nilai setiap pertanyaan yaitu 0-10. Dengan skor akhir yaitu 0-80. menggunakan *Brief Illnes Perception Questionnaire* (B-IPQ) ini sudah di uji cobakan di Indonesia pada penderita Gagal ginjal kronik dengan skor tinggi  $\geq 40$ , semakin tinggi total skor nilai persepsi semakin negatif dan penyakit tersebut dianggap sebagai suatu yang mengancam bagi pasien.

*Brief Illnes Perception Questionnaire* memiliki 9 indikator pertanyaan yaitu : pengaruh, waktu, kontrol penyakit, pengendalian

penyakit, pengalaman, perhatian, pemahaman, emosi dan penyebab. hasil perhitungan kuesioner menggunakan program IBM SPSS Statistic 22 menggunakan Uji Chi-Square. Nilai p value ( $p < 0,05$ ) menunjukkan terdapat hubungan.

**Tabel 3.2** Kisi-kisi kuesioner

Variabel	Indikator	Nomor Pertanyaan	Positif	Negatif	Jumlah pertanyaan
Persepsi penyakit gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus dan hipertensi yang menjalani hemodialisa.	a. Pengaruh	1	√	-	1
	b. Waktu	2	√	-	1
	c. Kontrol penyakit	3	-	√	1
	d. Pengendalian penyakit	4	-	√	1
	e. Pengalaman	5	√	-	1
	f. Perhatian	6	√	-	1
	g. Pemahaman	7	-	√	1
	h. Emosi	8	√	-	1
	i. Penyebab	9		Esai	1
Total			9	9	9

### 1) Uji validitas dan Reliabilitas

Prinsip uji validitas yang dilakukan oleh Anggia Riske Wijayanti dan Ode Irman 2021 di uji cobakan di Indonesia pada penderita GGK yang menjalani hemodialisa. Hasil pengujian menunjukkan bahwa instrumen ini dapat digunakan dengan nilai korelasi  $> 0.3$  dan koefisien cronbach's alpha  $> 0.755$ . Hasil uji

validitas dan reliabilitas dalam penelitian ini diperoleh nilai corrected item-total correlation  $> r$  tabel (0.631) dan nilai cronbach's alpha = 0.796. Maka instrumen yang digunakan valid dan reliabel.

## 2. Metode pengumpulan data

Metode pengumpulan data penelitian ini adalah data primer. Data primer dalam penelitian yaitu menggunakan pengisian kuesioner serta wawancara dan dilakukan setelah pasien mendapatkan penjelasan singkat mengenai maksud dan tujuan penelitian, pengisian *informed consent* dan masuk ke dalam kriteria inklusi.

### 3.7 Metode Pengolahan dan Analisis Data

#### 1. Metode pengolahan data

Langkah-langkah yang dilakukan dalam penelitian ini adalah :

##### a. *Editing* (pemeriksaan data)

*Editing* merupakan proses penyuntingan dan atau memperbaiki dari data hasil kuesioner sebelumnya, untuk mengecek ada atau tidaknya jawaban yang masih kosong, jika masih ketidaklengkapan data, maka dilakukan pengumpulan data ulang untuk melengkapi (Masturoh dan Anggita, 2018).

##### b. *Coding*

*Coding* adalah pembuatan kode untuk data yang diambil dan disesuaikan dengan alat ukur yang digunakan (Masturoh dan Anggita, 2018). Tujuan dari coding data yakni untuk mempermudah peneliti

untuk meringkas dan menganalisis data. Jenis-jenis coding akan bervariasi sesuai dengan jenis data yang dikumpulkan dan tujuan dari analisis peneliti. Coding data numerik, bisa dilakukan dengan mengelompokkan data agar lebih mudah untuk dianalisis misalnya, dari 0-5, 6-10, 11-20, 21-30. Data kategorik, bisa dilakukan dengan merubah data kategorik menjadi data numerik misalnya, coding “ya” = 1, untuk “tidak” = 2, dan “keduanya” = 3 (Jones dkk, 2013).

Pemberian kode pada penelitian ini antara lain :

a. Jenis kelamin

Laki-laki : 1

Perempuan : 2

b. Pekerjaan

Tidak bekerja : 1

Bekerja : 2

c. Umur

17-25 : 1

26-35 : 2

36-45 : 3

46-55 : 4

56-65 : 5

d. Pendidikan

Tidak tamat SD/tidak sekolah : 1

Tamat SD : 2

Tamat SLTP : 3

Tamat SLTA : 4

Tamat Akademi/Perguruan Tinggi : 5

e. HD Sejak Kapan

< 2 tahun : 1

≥ 2 tahun : 2

f. Frekuensi HD

2 : 1

>2 : 2

g. Penyakit Penyerta

Diabetes Melitus : 1

Hipertensi : 2

DM dan Hipertensi : 3

h. Jumlah obat

< 5 Obat : 1

≥ 5 Obat : 2

c. *Processing/Entry*

*Processing* dilakukan dengan menggunakan program statistik, kuesioner, dibuat dengan memberikan skor pada masing-masing pertanyaan, hasil pengolahan data disajikan dalam bentuk tabel distribusi (Oktavia Eka 2020). Data yang sudah diberi kode oleh

peneliti, kemudian dimasukkan ke SPSS untuk mempermudah penyajian dan pengolahan data penelitian.

d. *Cleaning*

*Cleaning* yaitu hasil data yang sudah di input diperiksa kembali untuk memastikan data sudah benar dari kesalahan dan siap untuk dianalisis.

e. *Tabulasi Data*

Data – data dari hasil penelitian yang diperoleh digolongkan kategori jawabannya berdasarkan variabel dan sub-sub variabel yang diteliti kemudian dimasukkan ke dalam tabel. Pengertian tabulasi dalam pengolahan data disini adalah usaha penyajian data dengan bentuk tabel. Tabulasi adalah pembuatan tabel-tabel yang berisi data yang telah diberi kode sesuai dengan analisis yang dibutuhkan. Dalam melakukan tabulasi di perlukan agar tidak terjadi kesalahan.

## 2. Analisis data

Hasil pengumpulan data kemudian diubah ke dalam bentuk tabel dan diolah menggunakan analisis statistic. Teknik analisa yaitu analisis univariat dan analisis bivariat.

a. Analisis Univariat

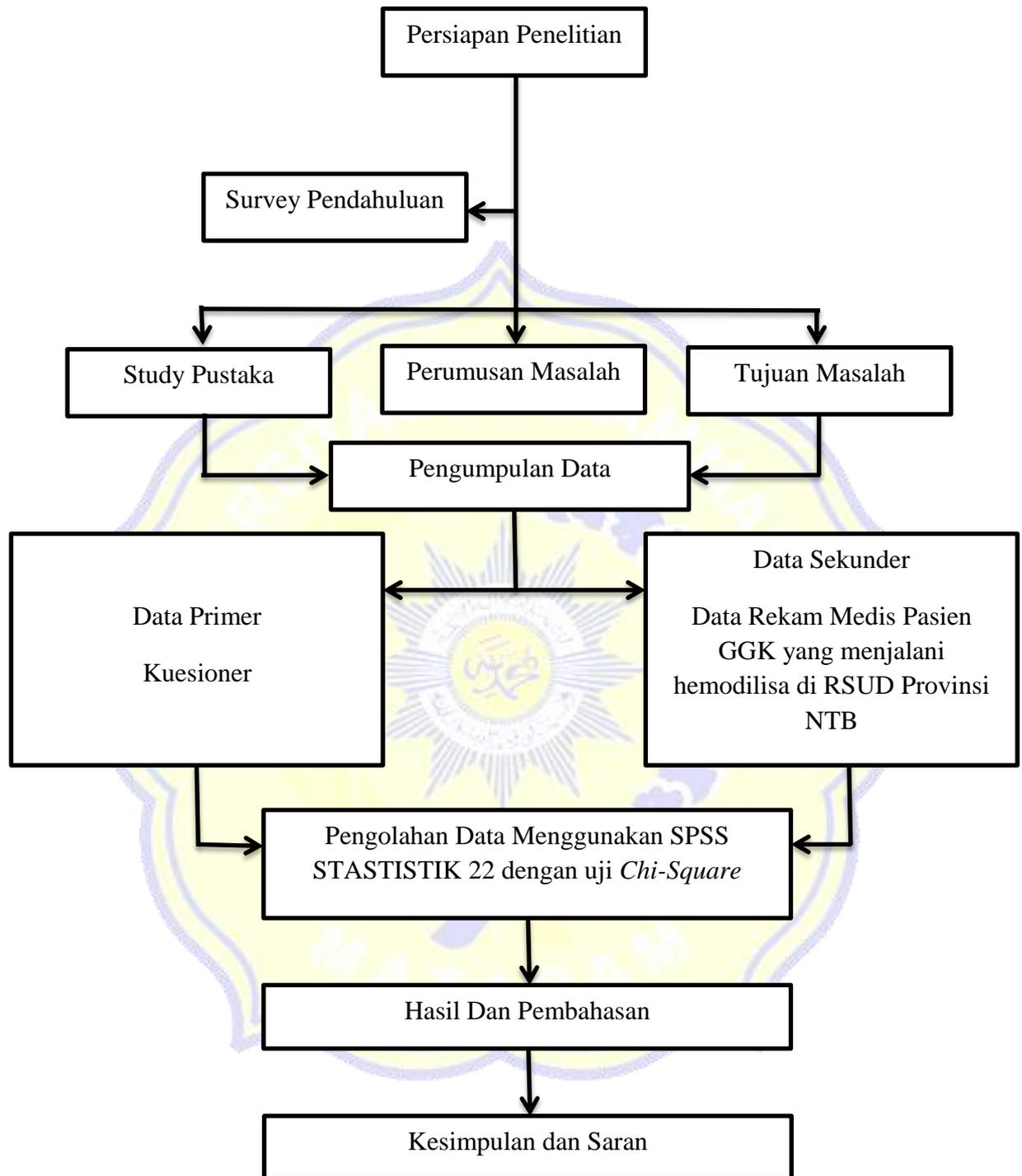
Analisis univariate dianalisis secara deskriptif dalam bentuk tabel berupa frekuensi dan persentase. Analisa univariat ini bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Data ini merupakan data primer yang dikumpulkan melalui pengisian kuesioner yang rencananya dilakukan

terhadap 184 responden. Data univariat ini terdiri atas jenis kelamin, umur, pekerjaan, pendidikan terakhir, frekuensi HD, berapa kali HD dalam seminggu, penyakit penyerta, dan jumlah obat.

b. Analisis Bivariat

Untuk mengetahui hubungan antara dua variabel apakah signifikan atau tidak dengan kemaknaan ( $p \text{ value} < 0,05$ ), maka ada hubungan antara pengobatan dan persepsi gagal ginjal kronik dengan komorbid diabetes melitus dan hipertensi. Sedangkan nilai ( $p \text{ value} > 0,05$ ), maka tidak ada hubungan antara pengobatan dan persepsi gagal ginjal kronik dengan komorbid yang menjalani Hemodialisa. Dalam melakukan analisis kuantitatif, peneliti menggunakan bantuan program penghitung SPSS Statistic 22 *for windows* menggunakan Uji ChiSquare. Nilai  $p \text{ value}$  ( $p < 0,05$ ) menunjukkan terdapat hubungan.

### 3.8 Alur Penelitian



**Bagan 3.1** Alur Penelitian