

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Kajian Pustaka

Penelitian terkait *motivational interviewing* atau *motivational interviewing* dengan metode *hybrid* belum banyak dilakukan di Indonesia terutama dalam melihat pengaruhnya terhadap kepatuhan minum obat pada pasien yang menjalani hemodialisis. Penelitian yang dilakukan oleh Ok & Kutlu (2021) yang meneliti terkait “*The Effect of Motivational Interviewing on Adherence to Treatment and Quality of Life in Chronic Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial*” yang berfokus pada pengaruh *motivational interviewing* terhadap kepatuhan pengobatan dan kualitas hidup pada pasien yang menjalani hemodialisis. Penelitian ini dilakukan di Istanbul dari bulan Maret hingga Juli 2016 dengan *randomized controlled pretest, post test* dan *follow up design*, menggunakan 60 sampel dengan 30 orang dimasukkan kedalam kelompok kontrol dan 30 orang lainnya dimasukkan ke dalam kelompok intervensi. Hasil penelitian Ok & Kutlu (2021) menyatakan bahwa *motivational interviewing* efektif dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan dan kualitas hidup pada pasien hemodialisis.

Penelitian lain yang berjudul “*Effectiveness of Motivational Interviewing Interventions on Medication Adherence in Adults With Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis*” yang dilakukan oleh Zomahoun et al (2017) dengan metode penelitian *review sistematis* dan *meta analisis* pada 19 artikel yang berfokus pada efektivitas intervensi *motivational interviewing* pada kepatuhan pengobatan pada orang dewasa yang menderita penyakit kronis. Simpulan hasil dari

penelitian tersebut menyatakan bahwa intervensi *motivational interviewing* efektif untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan pada orang dewasa yang menderita penyakit kronis.

Studi literatur lain yang dilakukan oleh (Melastuti & Sukartini, 2019) dengan 25 jurnal relevan yang terbit antara tahun 2013 - 2018. Kata kunci yang digunakan dalam pencarian adalah “kepatuhan”, “motivasi” dan “MI” ke dalam database SCOPUS, ScienceDirect, Sage, ProQuest, Elsevier, SpringerLink dan Google Scholar. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sejauh mana intervensi *motivational interviewing* dalam mempengaruhi kepatuhan klien terhadap terapi. Analisis data dilakukan dengan menggunakan desain kuantitatif yang berfokus pada diabetes melitus, penyakit kardiovaskular, ketergantungan alkohol, penyakit mental dan skizofrenia, penyakit kronis, penyakit HIV dan gagal ginjal. Pada penelitian klien dengan penyakit ginjal, menunjukkan hasil bahwa setelah intervensi, klien melaporkan tingkat kepatuhan yang lebih tinggi secara signifikan dan tingkat depresi serta kecemasan yang lebih rendah dan kualitas hidup lebih baik.

## **2.2 Penyakit Ginjal Kronis**

### **2.2.1 Definisi**

Penyakit ginjal kronis atau *Chronic Kidney Disease* dapat diartikan sebagai keadaan di mana terjadinya kelainan fungsional dan struktural pada ginjal selama lebih dari 3 bulan (Ikizler et al., 2020). Penyakit ginjal kronis (CKD) adalah kondisi umum yang mengacu pada hilangnya fungsi ginjal dalam jangka panjang (Fraser &

Blakeman, 2016). Peran vital yang dimiliki ginjal dengan tugasnya untuk menyaring darah untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, membuang limbah (termasuk pemrosesan obat-obatan), melepaskan hormon untuk mengontrol tekanan darah dan merangsang produksi sel darah merah (sehingga mengurangi tekanan darah) dan mengaktifkan vitamin D untuk menjaga kesehatan tulang menjadikan pemeliharaan ginjal merupakan prioritas secara global (Fraser, 2016).

PGK yang bersifat menetap dan tidak bisa diperbaiki merupakan kondisi yang disebabkan oleh berbagai faktor dan juga memberikan dampak multisistem dan kondisi ini ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang ditunjukkan oleh nilai laju filtrasi glomerulus (LFG)  $<60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  yang terjadi dalam waktu lebih dari 3 bulan atau terdapat gejala lainnya yaitu terdeteksinya pencitraan ginjal, kelainan pada sedimentasi urin, histologis, elektrolit, terjadi albuminuris dan terdapat riwayat transplantasi ginjal (Mahesvara et al., 2020).

### **2.2.2 Etiologi Penyakit Ginjal Kronis**

Menurut Divanda, et al (2019), etiologi penyakit ginjal kronis adalah sebagai berikut:

#### **1. Pielonefritis Kronis**

Pielonefritis adalah suatu kondisi peradangan pada ginjal yang disebabkan oleh bakteri. Peradangan dapat terjadi sebagai akibat dari infeksi yang bermula dari saluran kemih ke ureter.

## 2. Glomerulonefritis

Glomerulonefritis merupakan suatu kondisi terjadinya peradangan pada nefron atau glomeruli yang menyebabkan kerusakan pada tubulus.

## 3. Batu Ginjal

Batu ginjal yang terbentuk dari tumpukan kalsium, magnesium, garam sistein menjadi sebuah batu yang mengendap di saluran kemih, batu yang kecil dapat keluar melalui urin namun batu besar akan tersangkut pada saluran kemih dan menyebabkan nyeri.

## 4. Penyakit Endokrin (nefropati diabetik)

Nefropati diabetik adalah salah satu penyebab utama kematian pada pasien diabetes melitus tipe 2. Fungsi dan struktur ginjal secara signifikan terkena dampak negatif dari kondisi diabetes mellitus karena dapat menyebabkan lesi ginjal yang diakibatkan diabetes mellitus.

## 5. Polikistik Ginjal

Penyakit ginjal polikistik disebabkan oleh penyebaran kista multipel sehingga menyebabkan kompresi dan gangguan pada parenkim ginjal.

### 2.2.3 Patofisiologi Penyakit Ginjal Kronis

Patofisiologi penyakit ginjal kronis menurut Nuari, N. A., & Widayati, (2017) adalah sebagai berikut:

#### 1. Penurunan GFR (*Glomerular Filtration Rate*)

Pemeriksaan klirens kreatinin digunakan untuk mendeteksi adanya penurunan GFR dengan cara mendapatkan urin 24 jam dan bila ada penurunan

GFR maka klirens kreatinin akan menurun, kreatinin meningkat dan BUN meningkat.

## 2. Gangguan klirens renal

Berbagai masalah yang timbul dikarenakan penyakit ginjal dimana terjadi penurunan jumlah glomeri yang berfungsi sehingga menyebabkan penurunan klirens (substansi darah yang dibersihkan ginjal).

## 3. Retensi cairan dan natrium

Kondisi ginjal yang telah kehilangan fungsinya dalam mengencerkan dan mengkonsentrasikan urin secara normal termasuk cairan dan natrium maka menyebabkan peningkatan resiko edema, gagal jantung kongestif dan hipertensi.

## 4. Anemia

Fungsi ginjal sebagai perangsang produksi sel darah merah terganggu sehingga proses kerjanya menjadi tidak adekuat, defisiensi nutrisi, usia sel darah merah yang semakin singkat dan resiko terjadi perdarahan dikarenakan uremik yang dialami pasien.

## 5. Ketidakseimbangan kalsium dan fosfat

Hubungan timbal balik antara kalsium dan fosfat membuat keduanya saling keterkaitan dengan tanda jika salah satu mengalami peningkatan, maka satu lainnya akan turun. Penurunan GFR menyebabkan kadar fosfat meningkat dan kalsium menurun yang merangsang sekresi paratormon. Namun, pada pasien PGK, paratormon tidak dapat diolah oleh tubuh sehingga kalsium dalam tulang menurun dan menyebabkan perubahan pada tulang dan penyakit tulang.

Patofisiologis penyakit ginjal kronis yang berkembang seiring perjalanan penyakitnya. Pada tahap awal, saat terjadi penurunan fungsi ginjal menjadikan nefron yang semula dalam kondisi baik harus mengkompensasi nefron yang sudah rusak. Pada pasien yang asimtomatik, hanya sedikit terjadi penurunan GFR namun BUN dan kadar kreatinin serum bernilai normal. Seiring berjalannya waktu, GFR akan kian menurun, terjadi hipertensi dan beberapa manifestasi klinis gangguan ginjal lainnya. Tahap selanjutnya adalah terjadi proses infeksi atau peradangan dan obstruksi saluran kemih menjadikan fungsi ginjal terus menurun dan terjadi uremia. Secara tajam, kadar kreatinin dan BUN akan meningkat diiringi dengan oliguria. Pada stadium akhir atau ESRD, nilai GFR akan bernilai kurang dari 10% dan terapi penggantian ginjal diperlukan untuk mempertahankan kehidupan klien (LeMone, 2015).

#### **2.2.4 Tanda Gejala Penyakit Ginjal Kronis**

Gejala penyakit ginjal kronis akan tampak ketika fungsi nefron semakin memburuk seiring berjalannya waktu karena akan berdampak pada fungsi organ tubuh lainnya (Nurbadriya, 2021). Menurut Nurbadriya (2021) dan *Kidney Health Australia* (2017), tanda gejala umum pada penyakit ginjal kronis adalah sebagai berikut:

1. Hematuria (darah dalam urin)
2. Albuminuria
3. Nyeri saat buang air kecil
4. Sulit saat berkemih

5. Terdapat pasir atau batu dalam urin
6. Infeksi saluran kemih (urin keruh)
7. Kuantitas urin bertambah atau berkurang secara signifikan
8. Nokturia (sering BAK saat malam hari)
9. Nyeri pada bagian pinggang atau perut
10. Kelelahan
11. Bau mulut dan rasa logam di dalam mulut
12. Sesak napas
13. Sulit tidur
14. Sakit kepala
15. Gatal
16. Kurang konsentrasi
17. Kehilangan selera makan
18. Mual muntah

### 2.2.5 Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronik

Tabel 2.1 Klasifikasi PGK

| Stadium | LFG<br>(ml/menit/1,73 m <sup>3</sup> ) | Keterangan                              |
|---------|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| I       | > 90                                   | Nilai LFG normal atau meningkat         |
| II      | 60 – 89                                | Nilai penurunan ringan LFG              |
| IIIa    | 45 – 59                                | Nilai penurunan moderat dalam LFG       |
| IIIb    | 30 – 44                                | Nilai penurunan LFG sedang sampai berat |
| IV      | 15 – 29                                | Nilai LFG yang tinggi                   |
| V       | < 15                                   | Kerusakan ginjal kronis                 |

Sumber: Nurbadriya : 2021

| Prognosis of CKD by GFR and albuminuria categories: KDIGO 2012    |     |                                  |           | Persistent albuminuria categories description and range |                             |                          |
|-------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
|                                                                   |     |                                  |           | A1                                                      | A2                          | A3                       |
|                                                                   |     |                                  |           | Normal to mildly increased                              | Moderately increased        | Severely increased       |
|                                                                   |     |                                  |           | $\geq 30$ mg/g<br><3 mg/mmol                            | 30–300 mg/g<br>3–30 mg/mmol | >300 mg/g<br>>30 mg/mmol |
| GFR categories (ml/min/1.73m <sup>2</sup> ) description and range | G1  | Normal or high                   | $\geq 90$ |                                                         |                             |                          |
|                                                                   | G2  | Mildly decreased                 | 60–89     |                                                         |                             |                          |
|                                                                   | G3a | Mildly to moderately decreased   | 45–59     |                                                         |                             |                          |
|                                                                   | G3b | Moderately to severely decreased | 30–44     |                                                         |                             |                          |
|                                                                   | G4  | Severely decreased               | 15–29     |                                                         |                             |                          |
|                                                                   | G5  | Kidney failure                   | <15       |                                                         |                             |                          |

**GAMBAR 2.1** *KLASIFIKASI PGK BERDASARKAN GFR DAN ALBUMINURIA*  
**SUMBER: IKIZLER ET AL (2020)**

## 2.2.6 Komplikasi Penyakit Ginjal Kronis

### 1. Anemia

Dampak yang ditimbulkan oleh penyakit ginjal kronis mempengaruhi seluruh bagian tubuh (Haq et al, 2020). Salah satu gangguan yang sering terjadi pada pasien PGK adalah defisiensi sistem pembentukan darah yaitu anemia yang merupakan suatu kondisi di mana menurunnya eritrosit atau sel darah merah dalam tubuh. Fungsi ginjal yang menurun menentukan kejadian anemia pada pasien PGK. Produksi eritropoesis yang merupakan hormon yang berfungsi dalam pembentukan sel darah merah di sumsum tulang sebagai tugas fisiologis

ginjal tidak akan berjalan secara maksimal jika fungsi ginjal yang berjalan baik hanya atau kurang dari 50%. Akibatnya, akan terjadi penurunan produksi sel darah merah di sumsum tulang belakang dan muncul gejala anemia seperti pucat, lemas dan gejala lainnya.

## 2. Hipertensi

Salah satu tugas ginjal yang bertugas menyaring darah bersih untuk dialirkan ke jantung kemudian didistribusikan ke seluruh tubuh tidak dapat dilaksanakan saat ginjal sudah rusak menyebabkan tekanan darah yang meningkat. Penyakit pembuluh darah, khususnya hipertensi merupakan penyebab utama kematian pada PGK karena pada kondisi ini ginjal tidak mampu mengeluarkan air dan natrium selama sekresi dan hipertensi yang terjadi pada PGK disebabkan oleh hipervolemia (Bella, 2017).

## 3. Asam urat

Pasien PGK umumnya memiliki komposisi urin yang tidak normal seperti mengandung protein atau sel darah merah dalam jumlah tertentu termasuk ketidakmampuan ginjal dalam menyaring darah membuat tubuh tidak dapat mengeluarkan beberapa zat yang seharusnya dibuang seperti asam urat, urea dan kreatinin sehingga kondisi ini menyebabkan hiperurisemia (kondisi produksi asam urat dan produksinya tidak seimbang) menyebabkan asam urat sebagai salah satu komplikasi yang dapat terjadi pada pasien PGK (Nur, M., Anggunan, A., & Wulandari, 2019).

## 4. Asidosis

Asidosis metabolik terjadi karena ketidakmampuan ginjal dalam mengeluarkan  $H^+$  (asam) karena tubulus ginjal yang menyerap  $HCO_3$  (natrium bikarbonat) dan tidak mensekresi  $NH_3$  (amonia). Gejala yang terjadi pada pasien yang mengalami asidosis adalah kelelahan, anoreksia, mual dan pernapasan kussmaul.

### **2.2.7 Penatalaksanaan Penyakit Ginjal Kronis**

Manajemen PGK menurut Lubis et al, (2016) adalah sebagai berikut:

1. Pengobatan, pencegahan dan komplikasinya
2. Pengobatan dan pencegahan penyakit kardiovaskular
3. Pengobatan penyakit yang mendasarinya
4. Pengobatan dan pencegahan penyakit komorbid
5. Memperlambat atau menghentikan perkembangan penyakit
6. Dialisis atau transplantasi ginjal

Sedangkan, menurut Kurniawan (2018) penatalaksanaan PGK terbagi menjadi dua yaitu terapi non farmakologis dan farmakologis yang terdiri dari:

1. Terapi Nonfarmakologis

- 1) Dialisis

Tujuan dilaksanakannya dialisis adalah untuk mengobati dan mencegah terjadinya hiperkalemia, hipervolemik, edema paru, asidosis, kejang, neuropati dan komplikasi gagal ginjal lainnya. Dialisis dibagi menjadi dua yaitu hemodialisis dan dialisis peritoneal.

- 2) Transplantasi ginjal

Pasien yang akan menjalani transplantasi ginjal diharuskan untuk lolos skrining untuk mengetahui berbagai faktor yang dapat membuat operasi lebih beresiko. Perawatan pasien PGK yang telah menjalani transplantasi ginjal dapat dipersulit dengan kontrol glikemik, hipertensi, retensi urin dan luka serta beberapa kondisi lainnya.

## 2. Terapi Farmakologis

### 1) Anemia

$\text{Fe}^{2+}$  merupakan zat komponen hemoglobin terapeutik yang digunakan pada pasien anemia karena terbuat dari besi sulfat. Selain itu, eritropoetin eksogen dapat digunakan untuk meningkatkan sel darah merah.

### 2) Asidosis Metabolik

Tujuan pengobatan yang dilaksanakan guna menjaga tingkat bikarbonat sedekat mungkin senilai 20 mmol/l, maka obat pengikat kalsium seperti asam sitrat, natrium kalsium bikarbonat, bikarbonat dan kalsium asetat.

### 3) Edema

Pasien yang mengalami edema biasanya menerima terapi diuretik. Namun dalam pengobatan non farmakologis, penatalaksanaan yang umum adalah restriksi  $\text{Na}^+$  namun kepatuhan menjadi hambatan utama dalam tugas ini.

### 4) Hiperkalemi

Terapi farmakologis yang dapat diberikan untuk mencegah terjadinya hiperkalemia adalah pengiriman insulin dan glukosa serta  $\beta_2$  – agonis.

#### 5) Hipertensi

Proses memperlambat perkembangan PGK dapat dilakukan dengan pengobatan hipertensi dengan terapi inhibitor enzim pengubah angiotensin (*ACE inhibitor*) dan *inhibitor sistem renin-angiotensin* (ARB) direkomendasikan pada pasien PGK dengan proteinuria.

## 2.3 Konsep Hemodialisis

### 2.3.1 Pengertian Hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu metode di mana zat sisa metabolisme/racun tubuh dikeluarkan dari tubuh ketika ginjal tidak dapat melakukan fungsi normalnya (Schilthuisen, 2015). Dialisis berasal dari kata Yunani “*dialysis*” yang berarti peleburan, “*dia*” berarti melalui sedangkan “*lisis*” berarti melepaskan (Preus, 2015). Hemodialisis adalah terapi yang paling sering dilakukan pada pasien PGK khususnya dengan stadium 5 (Nurbadriya, 2021). Hemodialisis adalah metode yang paling umum digunakan untuk menghilangkan zat beracun dari tubuh pada pasien dengan PGK (Mehmood, Y. Ashraf, U. Ali, 2019). Hemodialisis menggantikan fungsi filtrasi dari ginjal dalam kasus disfungsi ginjal (Singbartl, 2014).

Prinsip kerja dari hemodialisis adalah memisahkan darah dari cairan dan zat yang seharusnya berdifusi melalui membran semipermeabel hingga mencapai titik

kesetimbangan. Hemodialisis umumnya dilakukan tiga kali seminggu dan terdapat di rumah sakit dengan fasilitas lengkap (Kurniawan, 2018).

### **2.3.2 Pengelolaan Predialisis**

Nurbadriya (2021) menyatakan bahwa pendidikan predialisis yang disampaikan oleh tim multidisiplin telah terbukti memberikan hasil yang baik dimulai dari nilai biokomia, inisiasi dialisis yang direncanakan, peningkatan kualitas hidup selama dialisis, pengurangan pengobatan dan biaya perawatan lebih rendah. Keputusan dan keyakinan pasien sangat diperlukan karena harapan dan keinginan yang terbaik harus dari kesadaran pasien (Nurbadriya, 2021). Prinsip yang digunakan dalam mengkomunikasikan predialisis menurut Nurbadriya (2021) adalah dengan cara:

- 1) Mengkaji tingkat pengetahuan dan pemahaman pasien
- 2) Memastikan bahwa pasien memahami dan menerima informasi yang diberikan
- 3) Memberikan informasi yang tepat sesuai tingkat pengetahuan pasien

Selain diberikan pendidikan mengenai dialisis, pasien juga dibekali dengan ilmu bagaimana modifikasi gaya hidup, mempersiapkan akses vaskular, latihan fisik, diet, berhenti merokok dan dukungan untuk kondisi mental pasien (sedih, cemas atau depresi (Nurbadriya, 2021). Pengelolaan predialisis ini tidak hanya berfokus pada kemampuan pasien dalam menerima pendidikan namun turut mempertahankan perawatan karena dalam setiap kunjungan, manajemen PGK akan bertambah nilainya tergantung pada jumlah pengobatan dan konsistensi pasien mengunjungi pusat dialisis untuk mengelola anemia dan hipertensi akan semakin

melatih pasien untuk melalui proses yang kompleks dalam mempersiapkan kebutuhan dialisis, membangun akses dialisis dan membuat keputusan untuk modalitas TPG (Hustrini, 2020).

### **2.3.3 Indikasi Hemodialisis**

Menurut Nurbadriya (2021), inisiasi HD akan dilaksanakan jika tahapan dibawah ini terpenuhi:

- a. Anemia yang resisten terhadap eitropoietin dan zat besi
- b. Kelebihan (*overload*) cairan
- c. Penurunan berat badan atau malnutsisi jika terdapat kondisi lain seperti mual muntah dan lainnya.
- d. Asidosis metabolik
- e. Hiperkalemia
- f. Hiperfosfatemia
- g. Penurunan kapasitas fungsional atau kualitas hidup hipertensi yang sulit dikendalikan
- h. Gangguan neurologis

### **2.3.4 Manajemen Perawatan Diri pada Pasien HD**

1. Pembatasan Cairan

Pembatasan asupan cairan telah diidentifikasi sebagai penyebab stres yang paling sering diungkapkan oleh pasien PGK yang menjalani HD (Hong et al, 2017). Hambatan yang paling sering teridentifikasi adalah kepatuhan pembatasan cairan karena rasa haus dan mulut kering secara terus menerus terutama setelah minum obat jenis diuretik (Lee et al., 2021; Nazly et al, 2013). Ketidakpatuhan pasien terhadap pembatasan cairan dapat menyebabkan hipervolemia, beban sirkulasi yang berlebih, edema, gangguan kardiovaskular, gangguan kognitif hingga kematian (Chawla et al, 2014).

## 2. Diet

Penumpukan uremia sebagai efek dari proses hemodialisis mengharuskan pasien HD menjalani diet rendah protein yang dapat mengurangi penumpukan limbah nitrogen sehingga resiko gejala uremik dapat dicegah (Nurbadriya, 2021). Selain itu, asupan makanan juga meningkatkan natrium yang mampu menimbulkan rasa haus sehingga asupan air meningkat dan menyebabkan penambahan berat badan interdialitik (Maimani et al, 2021). Maka dari itu, pengaturan pola makan merupakan aspek penting saat membatasi asupan cairan pasien (Thomas, 2019).

## 3. Rutin menjalani Hemodialisis

Kepatuhan terhadap hemodialisis dapat dikatakan adalah kepatuhan paling tinggi diantara 3 aspek manajemen perawatan HD lainnya karena didapatkan sebanyak 93% responden hanya melewati 1 sesi HD (Chirona et al, 2014). Ketidakpatuhan terhadap rencana pengobatan pada pasien HD bermasalah ketika mereka melewati salah satu sesi HD (Duong et al, 2015). Sebanyak 11%

pasien membutuhkan perawatan tambahan dimana hal ini juga menambah biaya dan beban kerja perawatan unit hemodialisa sebagai konsekuensi akibat ketidakpatuhan yang terjadi (Chironda & Bhengu, 2016; Mukakarangwa et al., 2018). Berdasarkan beberapa literatur, perilaku ketidakpatuhan HD adalah penyebab kematian dan rehospitalisasi (Chironda & Bhengu, 2016; Mersal et al., 2016).

#### 4. Minum obat

Konsumsi obat pada pasien HD harus dipantau secara ketat agar kadar obat dalam darah dan jaringan dapat dipertahankan tanpa menyebabkan akumulasi toksik karena banyak obat yang diekskresikan sebagian atau seluruhnya melalui ginjal (Isroni, 2016). Pada saat hemodialisis, beberapa obat dikeluarkan dari tubuh tergantung pada berat dan ukuran molekulnya, salah satu obat yang tidak akan dikeluarkan adalah obat yang terikat protein (Isroni, 2016).

Tingkat ketidakpatuhan untuk diet dan pembatasan cairan adalah 39,1%, untuk HD sebesar 33,6% sedangkan untuk pengobatan sebesar 20,1% (Ozen et al., 2019). Kepatuhan yang paling jarang diperhatikan adalah kepatuhan minum obat karena mayoritas fokus terhadap pembatasan cairan dan pelaksanaan HD sedangkan komorbiditas dan polifarmasi adalah hal yang umum pada pasien PGK, bahkan pada tahap awal penggunaan obat dapat menggunakan obat nefrotoksik berbahaya yang secara signifikan mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menghadapi beban pengobatan (Tonelli et al, 2015; Bowling et al, 2017; Fassett et al, 2014).

## **2.4 Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hemodialisis**

### **2.4.1 Pengertian Kepatuhan Minum Obat**

Kepatuhan adalah perilaku pasien yang mengikuti rekomendasi profesional kesehatan (Cohen & Kimmel, 2018). Sedangkan ketidakpatuhan adalah perilaku memperpendek atau melewatkan atau melakukan keduanya dalam pengobatan yang dijalani (Cohen & Kimmel, 2018).

Kepatuhan minum obat adalah perilaku pasien dalam mengonsumsi obat-obat yang telah ditentukan oleh penyedia layanan kesehatan (*American Food and Drug Administration*, 2015). Seorang pasien dapat dikatakan patuh apabila mereka meminum obat sebanyak 80% dari yang diresepkan (*American Medical Association*, 2015). Beban asupan pil yang tinggi menyebabkan pasien melewatkan minum obat, terlebih beberapa pasien menyatakan bahwa cenderung memprioritaskan obat yang mereka yakini penting dan memberikan efek yang nyata seperti menghilangkan rasa sakit dan meredakan gejala (Burnier et al., 2015; Nielsen et al., 2018; Schmidt et al., 2019).

### **2.4.2 Tujuan Kepatuhan Minum Obat pada Pasien Hemodialisis**

Pada penyakit ginjal kronis, kepatuhan terhadap pengobatan adalah komponen kunci dari manajemen penyakit yang efektif (Burnier et al., 2015; Ellis, R. J. B., & Welch, 2017). Tujuan utama pengobatan adalah untuk memperlambat perkembangan penyakit dan memantau serta memperbaiki komplikasi dan komorbiditas terkait penyakit sambil mengobati etiologi yang mendasarinya (Ellis, R. J. B., & Welch, 2017).

### 2.4.3 Faktor yang Mempengaruhi Ketidapatuhan Minum Obat

Menurut Nielsen, et al (2018) dan Kirman (2020), beberapa faktor yang mempengaruhi ketidapatuhan minum obat pada pasien disebabkan oleh faktor-faktor berikut:

1. Kesulitan dalam membuat dan mempertahankan rutinitas

Pasien kesulitan mengingat obat, mengatasi kompleksitas beban pil yang tinggi dengan dosis berbeda sepanjang hari dan instruksi tambahan lainnya tentang mengingat kapan harus membeli dan memperbarui resep tepat waktu terlebih di saat beberapa obat habis di waktu yang berbeda.

2. Biaya pembelian obat

Pasien yang terbebani secara finansial menggambarkan bahwa mereka mencoba untuk membuat persediaan obat yang mereka miliki lebih lama dengan cara melewati beberapa dosis, mengambil dosis obat lebih rendah dari yang sudah ditentukan atau sebagai alternatifnya mereka meminta dokter untuk meresepkan obat yang memiliki kekuatan lebih untuk mengurangi biaya yang terkait dengan pembelian obat.

3. Membandingkan kebutuhan akan obat-obatan

Sebagian pasien memprioritaskan obat-obatan yang mereka yakini penting dan yang mereka rasakan menghasilkan efek yang nyata yaitu meredakan gejala, menghilangkan rasa sakit atau meningkatkan parameter klinis. Beberapa obat yang dianggap kurang penting karena tidak menunjukkan efek atau susah ditelan dan tidak enak sering pasien lewatkan. Pasien juga menyampaikan terdapat

pengurangan dosis, perubahan pengaturan waktu atau tidak minum obat sama sekali jika obat menimbulkan efek samping dan kekhawatiran mengenai interaksi potensial.

4. Kurang memahami indikasi dan efek dari obat

Beberapa pasien tidak tahu mengapa obat diresepkan atau bagaimana cara kerjanya, sehingga kurangnya pemahaman tentang pentingnya minum obat. Maka sebaliknya, mengetahui mengapa obat-obatan diresepkan dan bagaimana cara kerja dari obat tersebut meningkatkan kepatuhan.

5. Munculnya gejala perkembangan penyakit

Saat muncul gejala perkembangan penyakit, pasien merasa menyesal gagal mematuhi obat yang diresepkan meskipun memiliki efek samping. Gejala yang muncul mengubah tolak ukur mereka tentang pentingnya pengobatan.

6. Kualitas hubungan pasien dan dokter mempengaruhi pengobatan

Hubungan pasien dan dokter menimbulkan keinginan pasien untuk terlibat dalam pengambilan keputusan yang menyangkut obat. Beberapa pasien mempercayakan seluruh obatnya pada dokter sedangkan yang lain ingin berkolaborasi sebagai mitra setara bersama dokter. Kurangnya kesinambungan, waktu dan kepercayaan pasien menyebabkan mereka mengambil tindakannya sendiri dalam meminum obat.

7. Kurang informasi

Beberapa pasien menyatakan bahwa merasa kurang informasi tentang indikasi, efek serta efek samping dan interaksi antar obat yang diberikan

memberikan pengaruh ketidakpatuhan. Salah satu diantaranya adalah pasien merasa curiga pada dokter seperti ada sesuatu yang disembunyikan.

#### 8. Lupa minum obat dan lupa meresepkan obat

Sebesar 33,6% pasien menyatakan pernah lupa minum obat dan 18,7% lupa untuk meresepkan kembali obat tepat waktu dimana hal ini dianggap sebagai indikator motivasi pada pasien mengingat bahwa kompleksitas pengobatan yang diterimanya (Kirman, 2020).

#### 9. Motivasi yang rendah

Hasil penelitian Kirman (2020) menunjukkan bahwa pasien memiliki motivasi rendah sebesar 17,2%. Sejumlah besar penelitian menunjukkan bahwa pasien HD dengan penyakit penyerta menunjukkan tingkat kepatuhan yang rendah dimana hipertensi dan diabetes adalah yang paling sering terjadi (Ghimire et al., 2015; Rolnick et al., 2013; Sulowicz & Radziszewski, 2006).

#### 10. Tingkat pengetahuan rendah

Usia yang lebih muda mungkin menjadi faktor risiko untuk tingkat motivasi yang rendah yang berakibat pada kejadian ketidakpatuhan pada terapi pengobatan. Hal ini disebabkan karena pasien yang berusia lebih muda mungkin belum menerima bahwa mereka terkena penyakit kronis atau mungkin menganggap diri mereka lebih kuat terhadap komplikasi ketidakpatuhan dan memiliki perasaan kemandirian yang lebih menonjol sehingga mengabaikan masalah kesehatan (Mollaoğlu & Kayataş, 2015).

#### 2.4.4 Dampak Ketidakpatuhan Minum Obat pada Pasien Hemodialisis

Rehospitalisasi menjadi resiko tinggi bagi para pasien dengan penyakit ginjal kronis stadium akhir (Mathew et al., 2015). Frekuensi rehospitalisasi paling sedikitnya 2 kali dalam setahun dijalani oleh pasien hemodialisis dan sebanyak 35% kembali untuk rehospitalisasi setelah 30 hari keluar dari rumah sakit dikarenakan berbagai kondisi seperti penyakit kardiovaskular, kelebihan volume cairan, edema paru, fosfor tinggi, diabetes mellitus, hipertensi dan hemoglobin yang rendah (United States Renal Data System, 2020; Mathew et al., 2015, 2018; Plantinga et al., 2018; Wetmore et al., 2018).

Terjadinya penumpukan berbagai zat berbahaya di dalam darah sebagai hasil dari proses metabolisme tubuh merupakan salah satu dampak akibat ketidakpatuhan pasien terhadap hemodialisis (Puspasari, S & Nggobe, 2018). Kualitas hidup, angka mortalitas dan morbiditas akan semakin tinggi karena berbagai komplikasi dimulai dari gangguan fisik seperti kelelahan yang luar biasa hingga gangguan psikis dan sosial yang menimbulkan frustrasi menjadi akibat serius dari ketidakpatuhan minum obat pada pasien hemodialisis (Hutagaol E.V, 2017).

Dalam rangka memenuhi tujuan untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidup serta menghasilkan status kesehatan yang baik dengan cara meminimalkan komplikasi menjadi aspek penting dalam kepatuhan pasien terhadap minum obat (Alawiyah, ASK & Edison, 2017; American Food and Drug Administration, 2019; American Kidney Fund, 2019; Naderifar et al, 2019). Sebaliknya, fenomena ketidakpatuhan minum obat pada pasien hemodialisis dapat menjadi hambatan besar dalam tujuan mencapai *clinical outcome* yang baik dan

mampu menyebabkan kegagalan terapi pada pasien dengan penyakit ginjal kronis stadium akhir (American Kidney Fund, 2019; Meilianna, R & Wiarsih, 2013).

Ketidakpatuhan terhadap pengobatan dapat menyebabkan kualitas hidup yang tidak diinginkan (Ibrahim, S., Hossam, M., & Belal, 2015). Ketidakpatuhan pada rejimen pengobatan dapat menyebabkan kadar fosfor serum yang meningkat secara kronis yang dapat menyebabkan hiperparatiroidisme sekunder dan osteodistrofi ginjal (Alikari et al, 2018). Kepatuhan pasien dengan rejimen terapi adalah salah satu perilaku yang berhubungan dengan keberhasilan pengobatan dan mengurangi efek samping serta keparahan penyakit (Chironda et al, 2014). Ketidakpatuhan pasien HD terhadap rejimen pengobatan akan mempengaruhi frekuensi rawat inap, kurangnya manfaat pengobatan, biaya pengobatan dan jumlah hubungan antara HD dan ruang kunjungan dokter yang semakin meningkat (Lins SM, Leite JL, Godoy S, Tavares JM, Rocha RG, 2018)

#### **2.4.5 Intervensi untuk Meningkatkan Kepatuhan Minum Obat**

Menurut (Kini & Michael Ho, 2018), beberapa intervensi keperawatan untuk meningkatkan kepatuhan minum obat adalah sebagai berikut:

##### **1. Edukasi pasien**

Intervensi pendidikan yang dipersonalisasi, diulang kemudian dimulai pada saat diagnosis baru ditegakkan menunjukkan keberhasilan dalam meningkatkan kepatuhan. Beberapa uji coba telah dilakukan seperti yang dilakukan oleh Eussen et al (2010) dan Solomon et al (2012) menyatakan bahwa dokter dapat meningkatkan kepatuhan dengan mendidik pasien tentang

risiko yang dialami mereka dengan atau tanpa terapi pada saat diagnosis penyakit dan dengan melakukan panggilan telepon sebagai tindak lanjut (oleh staf klinik) untuk memperkuat risiko terjadinya ketidakpatuhan. Namun, waktu dan intervensi berkelanjutan menjadi tantangan sekaligus hambatan bagi para praktisi kesehatan.

## 2. Manajemen Rejimen Obat

Beberapa uji coba meneliti pengaruh penyesuaian rejimen pengobatan dengan cara menggunakan pil kombinasi untuk mengurangi jumlah pil yang diminum pasien setiap hari yang salah satunya dilakukan oleh Castellano et al (2014) yang melakukan percobaan pada pasien dengan risiko gangguan kardiovaskular untuk menerima dosis tetap yang sudah dikombinasi dalam 1 pil (pil tunggal) aspirin, statin dan 2 obat antihipertensi dibandingkan dengan 4 pil biasa dan menghasilkan pasien yang menerima kombinasi dosis mengalami peningkatan kepatuhan. Percobaan ini menunjukkan bahwa dokter dapat meningkatkan kepatuhan dengan mengurangi pil harian bila memungkinkan.

## 3. Konsultasi Apoteker Klinis

Apoteker klinis dapat meningkatkan kepatuhan dan pengelolaan penyakit kronis melalui pengelolaan bersama penyakit kronis. Studi yang dilakukan oleh Hedegaard et al., (2015); Ho et al., (2014); Magid et al., (2011); Stewart et al., (2014) yang menguji efek intervensi multikomponen yang dipimpin oleh apoteker dengan komponen sebagai berikut:

- 1) Kunjungan klinik apoteker dengan pendidikan tentang tujuan tekanan darah yang baik
- 2) Monitoring dan pelaporan tekanan darah melalui telepon atau kunjungan rutin
- 3) Penyesuaian obat berdasarkan pemeriksaan di rumah
- 4) Peningkat pembelian ulang obat melalui telepon

Meskipun dalam semua penelitian ini tidak menunjukkan peningkatan klinis yang konsisten, namun bukti menunjukkan bahwa dokter dapat meningkatkan kepatuhan dan potensi pengendalian penyakit dengan merujuk pasien ke apoteker klinis untuk pengelolaan penyakit bersama jika tersedia.

#### 4. Terapi Perilaku Kognitif

Intervensi perilaku kognitif seperti *motivational interviewing*, pendidikan perilaku yang direncanakan atau strategi manajemen diri dapat meningkatkan kepatuhan. Sebuah meta-analisis menemukan bahwa 11 studi yang menggunakan ukuran objektif kepatuhan dengan intervensi *motivational interviewing* dinyatakan sukses saat disampaikan oleh konselor dan melibatkan beberapa sesi (Chisholm-Burns et al., 2013; de Bruin et al., 2017; Dobbels et al., 2017; Gross et al., 2013; Palacio et al., 2016; Wu et al., 2008) yang masing-masing menggunakan 4 sesi tatap muka. Namun, sebagian besar uji coba yang menguji intervensi ini ditargetkan pada kepatuhan dengan terapi antiretroviral yang sangat aktif dan pasien yang memiliki kondisi psikososial depresi pada saat yang bersamaan. Maka uji

coba ini direkomendasikan untuk disampaikan oleh konselor dan dilakukan selama minimal 4 sesi.

#### 5. Peningat Minum Obat

Tiga belas penelitian menguji efek pengingat minum obat (pesan teks, panggilan telepon dan atau perangkat seperti monitor obat elektronik) untuk kepatuhan. Pesan teks atau pengingat panggilan telepon paling efektif bila bersifat pribadi dan interaktif daripada hanya rekaman suara. Vollmer, (2011) yang melakukan penelitian pengingat isi ulang obat dengan cara melakukan panggilan telepon mendapatkan hasil terdapat peningkatan kepatuhan sebesar 2%. Sementara itu, Bobrow et al (2016) yang melakukan penelitian pengingat isi ulang obat dengan cara mengirimkan teks interaktif mendapatkan hasil bahwa terdapat perbedaan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dimana kelompok intervensi menunjukkan hasil yang lebih baik.

Sebaliknya, monitor obat elektronik tidak mungkin dapat meningkatkan kepatuhan tanpa dukungan tambahan dari dokter atau sistem kesehatan. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Choudhry et al., (2017) untuk mengetahui keefektifan kotak pil standar dan botol pil dengan tutup pengatur waktu menampilkan waktu yang telah berlalu sejak obat terakhir diminum atau strip botol pil dengan sakelar yang dapat digeser setelah dosis setiap hari diambil tidak menemukan perbedaan dalam kepatuhan antara salah satu kelompok. Studi-studi ini menyarankan bahwa dokter dapat meningkatkan kepatuhan dengan pengingat isi ulang interaktif atau pribadi

terutama ketika disampaikan pada pasien yang tidak mengisi resep baru pada saat diagnosis penyakit.

#### 2.4.6 Instrumen Pengukuran Kepatuhan Minum Obat

Beberapa alat ukur kepatuhan minum obat telah banyak digunakan oleh para peneliti diantaranya adalah *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ), *8 Item Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS), *Brief Medication Questionnaire*, *Hill Bone Compliance Scale*, *The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale* (SEAMS) dan *Medication Adherence Report Scale* (MARS).

Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Lam & Fresco, 2015) Lam *et al* (2015), menyatakan perbedaan di antara alat ukur kepatuhan minum obat dari segi fungsi, target populasi, keuntungan dan kekurangan. Adapun secara terperinci tertulis dalam tabel 2.2.

Tabel 2.2 Instrumen Pengukuran Kepatuhan Minum Obat

| Kuesioner dan skala                                     | Fungsi                                          | Target populasi           | Keuntungan                                                                                   | Kekurangan            |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <i>Hill Bone Compliance Scale</i>                       | Perilaku minum obat<br>Hambatan untuk kepatuhan | Khusus hipertensi         | Konsistensi internal yang tinggi dalam perawatan secara primer dan rawat jalan               | Generalisasi terbatas |
| <i>8 Item Morisky Medication Adherence Scale</i> (MMAS) | Perilaku minum obat<br>Hambatan untuk kepatuhan | Semua kondisi tervalidasi | Validitas dan reliabilitas yang lebih tinggi pada pasien dengan penyakit kronis daripada MAQ | -                     |

|                                                                       |                                                                       |                                                |                                                                                                                         |                                                |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <i>Medication Adherence Questionnaire (MAQ)</i>                       | Hambatan untuk kepatuhan                                              | Semua kondisi tervalidasi                      | Tercepat untuk dikelola<br>Divalidasi dalam jangkauan penyakit terluas<br>Divalidasi pada pasien dengan literasi rendah | Relatif pendek<br>Cocok untuk penyaringan awal |
| <i>The Self-Efficacy for Appropriate Medication Use Scale (SEAMS)</i> | Hambatan untuk kepatuhan                                              | Semua kondisi kronis yang divalidasi           | Konsistensi internal yang tinggi pada pasien dengan literasi tinggi atau rendah                                         | Membuang-buang waktu                           |
| <i>Medication Adherence Report Scale (MARS)</i>                       | Hambatan kepatuhan pengobatan<br>Keyakinan untuk kepatuhan pengobatan | Penyakit mental kronis (khususnya skizofrenia) | Skor sederhana<br>Korelasi positif yang kuat dibandingkan dengan DAI dan MAQ                                            | Generalisasi terbatas                          |

Sumber: Lam *et al* : 2015

Peneliti menggunakan alat ukur *Medication Adherence Questionnaire* (MAQ) dimana cocok untuk pasien dengan literasi rendah dan tepat serta tepat untuk penyaringan awal. Hal ini sesuai dengan penelitian Zeng *et al.*, (2018) yang menyatakan bahwa status sosial ekonomi secara bias mempengaruhi kejadian PGK terutama pada indikator pendidikan yang rendah berdampak pada perilaku yang dapat menyebabkan PGK seperti merokok, minum alkohol dan hal lainnya. Kemudian MAQ disederhanakan atau biasa disebut dengan *Simplified* dengan *Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ) dengan indeks reliabilitas dan

validitas yang memadai dan invarian untuk seluruh kelompok pembanding dan terbukti untuk memeriksa, mengumpulkan dan membandingkan skor kepatuhan antar kelompok (Agala et al., 2020).

## **2.5 *Motivational Interviewing***

### **2.5.1 Definisi**

Definisi umum dari *motivational interviewing* adalah sebuah gaya konseling yang dilakukan secara direktif dengan pasien menjadi fokus utama dan bertujuan untuk membuat perubahan perilaku dengan cara mengeksplorasi dan menyelesaikan ambivalensi (Miller, R.W. Rollnick, 2012). *Motivational Interviewing* sendiri dapat dimaknai sebagai sebuah gaya komunikasi *patient centered* dengan tujuan memperkuat komitmen dan motivasi dengan cara mendukung, kolaboratif, empati untuk mencapai perubahan perilaku yang digunakan oleh perawat dalam meningkatkan kepatuhan minum obat dan intervensi kesehatan lain secara keseluruhan (Abughosh et al., 2017).

Namun perlu diingat bahwa *motivational interviewing* bukanlah teknik komunikasi yang mengharuskan pasien merubah perilaku karena *motivational interviewing* adalah sebuah metode yang mengutamakan hubungan yang baik dan saling menghormati dengan pasien sehingga mereka dapat berkomunikasi secara leluasa mengenai kesulitan yang mereka alami dan mewujudkan perubahan perilaku yang lebih baik dengan landasan tujuan dan nilai yang telah mereka tetapkan sehingga hasil akhir yang didapatkan akan jauh lebih baik (Mulawarman. & Afiwilda, 2020). Penelitian ini menggunakan *motivational interviewing* dengan

metode *hybrid* yang merupakan metode pelaksanaan *motivational interviewing* yang dilaksanakan dengan dua cara yaitu tatap muka dan melalui telepon.

## **2.5.2 Tujuan dan Manfaat**

### **2.5.2.1 Tujuan**

Menurut Szczekala et al (2018), tujuan dari *motivational interviewing* adalah untuk meningkatkan kesadaran dan keinginan individu untuk berubah ke perilaku baru dan menstimulasi pemikiran positif karena didasarkan pada sumber daya, nilai dan minat pasien. Melalui proses konseling, *motivational interviewing* akan menstimulasi motivasi intrinsik yang dimiliki pasien sehingga akan melibatkan diri mereka sendiri dalam melakukan sebuah perubahan (Mulawarman. & Afriwilda, 2020).

### **2.5.2.2 Manfaat**

Manfaat *motivational interviewing* menurut Hartney (2021) adalah sebagai berikut:

1. Membantu klien untuk mengambil tanggung jawab atas diri dan tindakan mereka
2. Menunjukkan kepada klien bahwa mereka memiliki kekuatan untuk mengubah hidup mereka sendiri
3. Mempersiapkan klien untuk menjadi lebih sadar terhadap pengobatan
4. Membangun kepercayaan diri klien dan kepercayaan pada diri mereka sendiri
5. Menurunkan kemungkinan kekambuhan di masa depan

### 2.5.3 Indikasi dan Kontraindikasi

#### 2.5.3.1 *Indikasi*

Miller & Rollnick (2013) menyatakan bahwa *motivational interviewing* akan sangat berguna dan membantu individu dalam menyadari situasi dan memutuskan sebuah pilihan ketika terjadi kondisi seperti dibawah ini, yaitu:

1. Ambivalensi tinggi dan perasaan yang tidak menentu untuk melakukan perubahan
2. Keyakinan yang rendah sehingga meragukan kemampuan untuk berubah
3. Keinginan rendah dan tidak yakin mengenai seberapa ingin mereka melakukan perubahan
4. Merasa perubahan bukan suatu hal yang penting dan manfaat serta kerugiannya tidak jelas

#### 2.5.3.2 *Kontraindikasi*

Kontraindikasi untuk *motivational interviewing* tidak dijelaskan secara jelas namun menurut Denise et al (2016), gangguan kognitif menjadi tantangan yang signifikan karena keterbatasan dalam memahami, menafsirkan dan mengingat menyebabkan hambatan dalam proses konseling. Maka, ketika melakukan konseling bersama pasien dengan gangguan kognitif diperlukan penyampaian konseling dengan kecepatan bicara lebih lambat, melakukan pengulangan serta strategi lainnya untuk mencegah retensi informasi (Denise et al, 2016).

## 2.5.4 Elemen - Elemen dalam *Motivational Interviewing*

### 2.5.4.1 *Spirit dalam Motivational Interviewing*

Spirit dalam *motivational interviewing* adalah serangkaian prinsip dan filosofi yang dijadikan panduan bagi konselor dalam berperilaku dalam upaya mendapatkan wicara perubahan dari klien (Mulawarman, 2020). Adapun spirit dalam *motivational interviewing* menurut Mulawarman (2020) terdiri dari:

#### 1. *Collaboration* (Kolaborasi)

Makna kolaborasi dalam hal ini adalah hubungan kerja sama antara konselor dengan klien dengan memandang bahwa klien adalah ahli bagi dirinya sendiri. Maka, konselor akan mudah untuk memahami aspirasi dan tujuan milik klien hingga tercipta lingkungan yang positif yang mendorong untuk terjadinya sebuah perubahan. Namun, dalam kolaborasi ini, pemberian saran kepada klien lebih baik dihindari walaupun klien ragu akan keputusan yang diambilnya.

#### 2. *Evocation* (Pembangkitan)

Tujuan utama dari spirit ini adalah membangkitkan dan mendapatkan penjelasan dari alasan keputusan klien untuk berubah. Hal ini akan cukup sulit ketika klien memilih keputusan yang buruk dan ini membangkitkan naluri alamiah konselor untuk mengoreksi hal tersebut.

#### 3. *Acceptance* (Penerimaan)

Sebuah bentuk penerimaan secara mendalam terhadap keputusan klien. Namun, menerima tidak sama dengan menyetujui. Penerimaan dalam hal ini dapat diartikan dari teori Carl Rogers yang terdiri dari menghargai potensi dan nilai yang dimiliki individu, berusaha menggunakan sudut pandang klien untuk

mendapatkan pemahaman, mendukung keputusan klien dan memberikan apresiasi dalam bentuk pujian kepada klien atas usaha yang telah dilakukannya. Maka, Carl Rogers menyatakan bahwa dari bentuk penerimaan ini adalah dasar dari mendapatkan kepercayaan.

#### 4. *Compassion* (Belas Kasih)

Belas kasih dalam hal ini bukan tentang perasaan atau kepentingan pribadi namun membentuk komitmen dengan tujuan meningkatkan kesejahteraan dan memprioritaskan kepentingan klien.

#### 2.5.4.2 *Prinsip Motivational Interviewing*

Miller & Rollnick menjelaskan terdapat 4 prinsip untuk *motivational interviewing* yang menjadi pedoman untuk konselor ketika menjalankan peran dan fungsinya dalam proses konseling (Mulawarman, 2020). Adapun prinsip *motivational interviewing* menurut Mulawarman (2020) terdiri dari:

##### 1. *Express Empathy* (Menunjukkan Empati)

Empati dapat ditunjukkan dengan menampilkan sikap penerimaan sepenuhnya dan tanpa syarat dengan menggunakan keterampilan mendengarkan secara aktif dan reflektif agar klien merasa didengar dan dimengerti. Sikap empati akan diikuti dengan ketulusan dan kehangatan. Tolak ukur konselor dikatakan memiliki empati adalah ketika dia berhasil untuk melihat dari sudut pandang pasien.

## 2. *Develop Discrepancy* (Mengembangkan Perbedaan)

Perubahan perilaku pada klien harus sejalan dengan nilai dan tujuan miliknya. Ketika perubahan perilaku terjadi dengan tuntutan dari eksternal, maka secara tidak langsung dia akan menganggap itu adalah sebuah ancaman, rasa malu, rasa bersalah dan kehilangan rasa yakin. Perubahan yang didorong oleh kekuatan eksternal cenderung kurang stabil dan bersifat jangka pendek. Tugas konselor adalah untuk mengarahkan klien untuk menyampaikan beragam perasaan, pikiran dan konflik sehingga klien menyadari tentang cara hidupnya selama ini dan mencari jalan yang ingin mereka tempuh dalam hidup.

## 3. *Roll with Resistance* (Menerima Resistensi)

Resistensi sering terjadi dalam proses perubahan yang berarti klien menolak untuk melakukan perubahan. Dalam *motivational interviewing*, resistensi adalah hal yang lazim sebagai proses interpersonal tanpa konselor melakukan koreksi atau interpretasi sehingga konselor dapat melihat dari sudut pandang klien untuk menemukan dan mengklarifikasi perubahan. Resistensi klien untuk berubah harus diterima oleh klien. Pada tahap ini, kemampuan refleksi digunakan dengan memberikan beberapa pertanyaan dari berbagai macam sudut pandang dan mengulang kembali pernyataan tentang motivasi untuk berubah. Konselor menyampaikan umpan balik berupa pernyataan pertentangan secara halus, membujuk dan argumen seiring dengan proses perubahan.

Beberapa perilaku konselor yang menimbulkan perilaku resistensi pada klien adalah sebagai berikut:

- a. Terlalu berusaha dalam menunjukkan bahwa klien memiliki masalah
- b. Berdebat tentang keuntungan dari sebuah perubahan
- c. Menggurui klien tentang bagaimana cara untuk berubah
- d. Memperingati konsekuensi sebagai akibat jika klien tidak berubah

#### 4. *Support Self-Efficacy* (Mendukung Efikasi Diri)

*Self-efficacy* dapat didefinisikan sebagai keyakinan individu terhadap kemampuan dirinya untuk menjadi kompeten dalam situasi atau tugas tertentu (Mulawarman, 2020). Perubahan perilaku pada klien akan terjadi ketika dia merasa perubahan adalah sebuah hal yang penting dan mereka yakin dapat melakukan hal tersebut (Miller & Rollnick, 2002). Pada umumnya, klien akan merasa lebih kompeten ketika konselor menunjukkan harapan, optimisme dan keyakinan pada diri sendiri akan memungkinkan terjadi perubahan.

#### **2.5.4.3 Teknik Konseling *Motivational Interviewing***

Keterampilan komunikasi yang digunakan pada *motivational interviewing* menurut Mulawarman (2020) melibatkan 4 proses yang terdiri dari:

##### 1. *Open-Ended Question* (Pertanyaan Terbuka)

Pertanyaan terbuka merupakan pertanyaan yang dijawab dengan penjelasan panjang dengan memberikan kebebasan bagi penjawab untuk berpikir tentang bagaimana cara menjawab pertanyaan tersebut. Konselor tidak dapat mengetahui bagaimana respon yang akan diungkapkan oleh klien.

Pertanyaan terbuka akan memusatkan perhatian pada arah tertentu seiring berjalannya percakapan. *Motivational interviewing* yang merupakan teknik yang berpusat pada klien dan bersifat mengarahkan, melibatkan perpaduan pertanyaan terbuka dan refleksi. Semakin banyak konselor bertanya, maka eksplorasi klien semakin dibatasi. Semakin banyak refleksi yang konselor berikan, maka cara pikir serta eksplorasi klien akan meningkat.

Sederhananya, alur kerja *motivational interviewing* adalah mengajukan pertanyaan terbuka yang kemudian merefleksikan jawaban klien dengan minimal 2 refleksi untuk setiap pertanyaan. Contoh pertanyaan terbuka adalah sebagai berikut:

“Apa yang membawamu kesini?”

“Bagaimana kamu berharap hidupmu akan berbeda 5 tahun mendatang?”

“Bagaimana masalah ini memengaruhi kehidupanmu sehari-hari?”

## 2. *Affirming* (Afirmasi)

Afirmasi adalah suatu cara berpikir dengan mendahulukan hal-hal yang positif. Afirmasi atau penegasan dapat diartikan sebagai proses mengakui segala penilaian klien termasuk nilai inheren klien sebagai sesama manusia. Sifat afirmasi haruslah orisinal yang berarti menghargai apa yang klien anggap benar. Pemberian afirmasi akan memberikan dampak positif akan hubungan konselor dan klien karena seorang individu akan cenderung lebih nyaman, mendengarkan, percaya, terbuka dan menghabiskan waktu bersama sehingga mekanisme pertahanan diri atau resistensi yang dimiliki klien, dapat diminimalisir dengan pemberian afirmasi.

Cara melakukan afirmasi yang baik adalah fokus dengan klien. Gunakan frasa “kamu” dalam setiap kalimatnya. Contoh dari afirmasi positif adalah sebagai berikut:

“Kamu hebat!”

“Kamu sungguh bekerja keras minggu ini!”

“Wah lihat ini! Kamu telah melakukan yang terbaik sehingga kamu menang!”

### 3. *Reflective Listening* (Mendengarkan Reflektif)

Proses mendengarkan reflektif adalah keahlian dasar yang harus dipelajari untuk melakukan konseling *motivational interviewing*. Pernyataan reflektif berarti memberikan penjelasan dan makna dari dugaan setiap kalimat yang diungkapkan klien sehingga didapatkan pemahaman secara dalam. Pernyataan reflektif juga mampu menstimulasi klien untuk mengungkapkan kembali pikiran dan perasaan dengan kata-kata yang berbeda. Maka, mendengarkan reflektif yang baik dapat membuat klien lebih mengeksplorasi dan mempertimbangkan sesuatu.

Sebuah pernyataan dapat mengandung banyak makna. Maka, keahlian konselor dalam mendengarkan reflektif pada pernyataan klien haruslah tepat. Contoh kalimat reflektif adalah apa makna dibalik pernyataan “Seandainya saya lebih mudah bergaul?”

Maka, beberapa makna dibalik pernyataan tersebut adalah sebagai berikut:

“Saya kesepian dan ingin memiliki banyak teman”

“Saya seharusnya lebih banyak berusaha untuk mengenal orang”

“Saya kesulitan untuk memulai percakapan”

#### 4. *Summarizing* (Meringkas)

Meringkas adalah kumpulan pernyataan klien dan menguraikannya kembali. Meringkas menunjukkan kemampuan konselor dalam mendengarkan dengan cermat kemudian mengingat dan menilai pernyataan klien. Pada tahap ini, klien juga dapat menambahkan bilamana ada pernyataan yang sempat terlewat.

##### 2.5.4.4 *Change Talk (Wicara Perubahan)*

*Change talk* merupakan pernyataan klien yang mengandung arti gerakan menuju perubahan seperti kalimat “saya ingin berubah” , “saya berharap saya bisa”. Maka, ketika konseling sudah mencapai tahap ini, konselor harus mendukung dan memperkuat keinginan itu dan mendorong agar *change talk* lebih banyak dinyatakan. Mempertahankan lingkungan yang aman bagi klien sehingga ambivalensi dapat dideteksi oleh klien adalah tanggung jawab dari konselor.

Jika *change talk* yang dinyatakan tidak cukup banyak, maka konselor disarankan untuk mengajukan pertanyaan yang akan menghasilkan *change talk*. Adapun contoh pertanyaan tersebut adalah:

“Mengapa anda ingin melakukan perubahan?”

“Bagaimana anda bisa melakukannya?”

“Apa yang akan menjadi langkah pertama anda?”

### 2.5.5 Proses *Motivational Interviewing*

Secara teori, proses *motivational interviewing* berjalan sesuai dengan urutannya. Namun dalam kenyataan, bila proses sebelumnya belum benar-benar berakhir maka akan terjadi pengulangan atau tumpang tindih. Adapun proses *motivational interviewing* menurut Mulawarman (2020) dan Ok & Kutlu (2021) terdiri dari:

#### 1. *Engaging* (Membangun Keterlibatan)

*Engaging* adalah sebuah proses membangun sebuah hubungan yang dilakukan oleh dua pihak untuk mendapatkan manfaat dalam sebuah aliansi kerja. Pada pertemuan pertama, klien biasanya sudah memiliki ekspektasi tentang bagaimana mereka akan memberikan kepercayaan dan menyukai konselor serta rencana untuk mengikuti konseling pada sesi selanjutnya.

Beberapa faktor diluar percakapan dapat mempengaruhi proses ini seperti keadaan klien, kondisi pikiran saat memulai dan keadaan emosional konselor. Sehingga, pada saat membangun keterlibatan, konselor harus bersikap lebih dari hanya bersikap ramah dan baik. Proses ini adalah tahapan yang penting karena hubungan saling percaya dan saling menghormati adalah tujuan utama sehingga tercipta koneksi antara klien dan konselor dan akhirnya dapat memulai percakapan yang lebih jauh tentang bagaimana mendorong terjadinya sebuah perubahan perilaku. Tujuan lain dalam proses ini adalah untuk mengetahui tentang apa hal yang harus dihindari dan apa yang harus dilakukan.

Hal yang harus dihindari pada tahap ini adalah memberikan penilaian pada diri klien dengan bertanya secara langsung yang membuat klien tidak akan terlibat dalam prosesnya, memberitahu klien tentang cara mengatasi masalah, melakukan diagnosis atau menawarkan sebuah solusi. Maka, hal yang harus dilakukan pada tahap ini adalah konselor harus mampu membuat klien nyaman dan yakin bahwa keduanya memiliki tujuan yang sama.

## 2. *Focusing* (Memfokuskan Tujuan)

*Focusing* adalah sebuah proses ketika konselor berupaya untuk mengembangkan serta mempertahankan arah tentang sebuah perubahan yang telah dibicarakan secara singkat pada tahap *engaging*. Biasanya akan dihasilkan beberapa rencana tujuan perubahan sehingga formulasi konseling perlu dibuat. Dalam menciptakan arah yang jelas, maka perlu mempertimbangkan tujuan dan prioritas dari klien yang akan berguna bagi perubahan.

## 3. *Evoking* (Membangkitkan Motivasi)

Setelah mendapatkan beberapa rencana tujuan perubahan pada tahapan sebelumnya, maka selanjutnya adalah membangkitkan motivasi intrinsik klien untuk berubah. *Evoking* adalah proses membangkitkan motivasi yang akhirnya akan membuat individu menyatakan perubahan. Beberapa klien akan datang dan melakukan konsultasi dengan sepenuhnya siap untuk melanjutkan perubahan ketika sudah terbentuk fokus pada perubahan tertentu dan konselor dapat memahami itu serta klien sudah berpikir tentang mengapa dan bagaimana mereka dapat melakukan sebuah perubahan. Namun, beberapa hambatan pada

tahap ini adalah ketika individu tidak mampu membicarakan perubahan diri atau menolak diberi informasi mengenai apa yang harus dilakukan karena hal tersebut bertentangan dengan apa yang mereka nilai.

#### 4. *Planning* (Merencanakan Perubahan)

*Planning* dapat diartikan sebagai sebuah rangkaian rancangan perubahan spesifik yang disusun oleh klien dan mengubah atau merumuskan rencana tindakan khusus melalui peningkatan komitmen. Tahap ini dimulai saat motivasi klien sudah siap untuk melakukan perubahan ditandai dengan klien yang lebih sering bertanya mengenai kapan dan bagaimana.

Pada tahap ini, percakapan akan membicarakan perihal otonomi klien dalam memutuskan, mendapat hingga memperdalam hingga rencana muncul. Tahap ini dapat digambarkan sebagai kopling yang digunakan individu untuk mencapai sebuah perubahan. Wicara perubahan (*change talk*) adalah tujuan dari tahap ini dimana klien menyatakan alasan, manfaat dan cara-cara klien dalam melakukan sebuah perubahan sehingga tujuan akhir *motivational interviewing* tercapai.

#### 5. *Evaluation*

Jika pada sesi sebelumnya pasien memutuskan untuk melakukan perubahan, maka pada sesi ini pasien menceritakan pengalaman positif atau negatif dengan menerapkan rencana yang telah disusun (Ok & Kutlu, 2021). Jika berhasil, berikan apresiasi berupa pujian dan dorong untuk terus mempertahankan hal tersebut (Ok & Kutlu, 2021). Namun jika pasien mengalami masalah dengan rencana, lakukan kembali evaluasi. Jika pada sesi

sebelumnya pasien tidak memutuskan untuk melakukan perubahan, maka rencana tersebut dibuat disesi ini (Ok & Kutlu, 2021).

## **2.5.6 Kelebihan dan Kekurangan *Motivational Interviewing***

### **2.5.6.1 Kelebihan**

*Motivational interviewing* memiliki keunggulan yakni dapat digunakan secara khusus pada masalah kecanduan dan membantu klien untuk menemukan alasan pribadi dalam melakukan sebuah perubahan (Mulawarman, 2020). Kelebihan dari *motivational interviewing* adalah tidak memerlukan biaya yang besar, mudah diaplikasikan khususnya oleh para perawat dengan teknik komunikasi terapeutik yang dimilikinya dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien (Zuliani, 2019).

### **2.5.6.2 Kekurangan**

*Motivational interviewing* tidak memiliki efektivitas yang begitu baik pada klien dengan sakit mental atau gangguan kognitif yang cukup parah karena menjadi hambatan membuat afirmasi tidak efektif, eksplorasi terbatas dan proses lainnya (Mulawarman 2020). *Motivational interviewing* juga mungkin tidak cukup untuk memenuhi semua tujuan klien yang beragam (Mulawarman, 2020)

## **2.6 Pengaruh Pemberian *Motivational Interviewing* Dengan Metode Hybrid**

### **Terhadap Kepatuhan Minum Obat**

Penelitian yang dilakukan oleh Ok & Kutlu (2021) yang meneliti terkait “*The Effect of Motivational Interviewing on Adherence to Treatment and Quality*

*of Life in Chronic Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial*” yang berfokus pada pengaruh *motivational interview* terhadap kepatuhan pengobatan dan kualitas hidup pada pasien yang menjalani hemodialisis. Penelitian ini dilakukan di Istanbul dari bulan Maret hingga Juli 2016 dengan desain *randomized controlled pretest, post test* dan *follow up design*, menggunakan 60 sampel dengan 30 orang dimasukkan kedalam kelompok kontrol dan 30 orang lainnya dimasukkan ke dalam kelompok intervensi. Hasil penelitian Ok & Kutlu (2021) menyatakan bahwa *motivational interview* efektif dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan dan kualitas hidup pada pasien hemodialisis.

*Motivational interviewing* dapat dilakukan dengan beberapa metode seperti tatap muka, melalui telepon, internet, dokumentasi tertulis atau dengan kelompok (Zomahoun et al., 2017). *Motivational interviewing* memiliki 5 sesi dalam jangka waktu yang tidak ditentukan karena dalam praktiknya berbagai karakteristik *motivational interviewing* mungkin berbeda antar intervensi (Zomahoun et al., 2017). Seperti yang dilakukan oleh Ok & Kutlu (2021) yang menerapkan prosedur *motivational interviewing* tatap muka selama 4 minggu dan melakukan *follow up* pada 1 dan 3 bulan setelah pemberian *motivational interviewing* pada kelompok intervensi. Berbeda dengan *motivational interviewing* yang dilakukan oleh Thurman et al (2015), *motivational interviewing* hanya dibagi menjadi 2 sesi tatap muka. *Motivational interviewing* yang dilakukan oleh Abughosh et al (2017) hanya melalui telepon selama 6 bulan berturut-turut. Maka *motivational interviewing dengan metode hybrid* akan mengadaptasi beberapa cara dalam melaksanakan *motivational interviewing* sehingga akan dilaksanakan dengan melakukan 5 sesi

yang dipersingkat menjadi 2 pertemuan tatap muka dan *follow up* selama 1 bulan melalui telepon. Durasi setiap sesi dan setiap pasien akan berbeda namun rata-rata menghabiskan waktu 20-30 menit (Melastuti & Sukartini, 2019). Pada sesi pertama akan dilakukan *engaging* (membangun keterlibatan) dan *focusing* (merumuskan tujuan) dimulai dari penetapan sesuai dengan pemikiran dan pengalaman pasien tentang HD, kepatuhan diet, cairan dan minum obat (Ok & Kutlu, 2021). Penyebab masalah menjadi tujuan yang digali dalam sesi ini dan upaya pertama untuk menunjukkan empati dan melakukan pendekatan kooperatif tanpa berdebat atau menghakimi.

Pada sesi kedua yaitu *evoking* (membangkitkan motivasi) yang dimulai dengan ringkasan hasil sesi pertama (Ok & Kutlu, 2021). Pasien diberitahukan mengenai target yang ditentukan dan jika pasien memiliki pengalaman mengenai cara menangani masalah yang menjadi target saat ini, maka hal ini bisa didiskusikan (Ok & Kutlu, 2021). Keputusan untuk berubah dinilai dari konsistensi pasien (Ok & Kutlu, 2021). Jika pasien tidak siap untuk berubah, maka pendapat kontradiktif mereka harus diselesaikan dengan menyadari kontradiksi dan kondisi mereka saat ini dengan kondisi yang mereka harapkan (Ok & Kutlu, 2021).

Sesi ketiga yaitu *planning* (merencanakan perubahan) berisi tentang ringkasan mengenai kebiasaan positif pasien mengenai kepatuhan dengan pendekatan empati (Ok & Kutlu, 2021). Perubahan adalah sebuah keputusan yang harus diputuskan oleh pasien, namun konselor adalah kekuatan pendorong bagi pasien untuk mempersiapkan hal tersebut (Ok & Kutlu, 2021). Dalam sesi ini, konsultan menanyakan apa yang ingin dilakukan pasien selanjutnya (Ok & Kutlu,

2021). Jika pasien sudah siap untuk perubahan, maka selanjutnya rencana perubahan disusun bersama dengan pasien (Ok & Kutlu, 2021). Rencana tersebut berisi secara mendetail seperti bagaimana, kapan dan dimana rencana dilakukan (Ok & Kutlu, 2021). Jika pasien masih belum siap untuk berubah, maka tahap sebelumnya perlu diulang dan meningkatkan harapan pasien untuk tujuan dan nilai masa depan (Ok & Kutlu, 2021).

Ok & Kutlu (2021) menambahkan sesi terakhir dengan *evaluation* (evaluasi) pada sesi terakhir, jika pada sesi sebelumnya pasien memutuskan untuk melakukan perubahan, maka pada sesi ini pasien menceritakan pengalaman positif atau negatif dengan menerapkan rencana yang telah disusun (Ok & Kutlu, 2021). Jika berhasil, berikan apresiasi berupa pujian dan dorong untuk terus mempertahankan hal tersebut (Ok & Kutlu, 2021). Namun jika pasien mengalami masalah dengan rencana, lakukan kembali evaluasi. Jika pada sesi sebelumnya pasien tidak memutuskan untuk melakukan perubahan, maka rencana tersebut dibuat disesi ini (Ok & Kutlu, 2021).

## 2.7 Kerangka Konsep Penelitian

Bagan 2.1

Kerangka Teori Pengaruh Pemberian *Motivational interviewing* dengan metode *hybrid* Terhadap Kepatuhan Minum Obat Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis

