

TESIS

**PENGARUH MOTIVATIONAL INTERVIEWING DENGAN
PENDEKATAN SPIRITUAL TERHADAP KEPUTUSASAAN DAN
MOTIVASI SEMBUH PASIEN END STAGE RENAL DISEASE YANG
MENJALANI HEMODIALISIS REGULER**



Oleh :

**DINY KUSUMAWARDANI
131614153070**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

**PENGARUH MOTIVATIONAL INTERVIEWING DENGAN
PENDEKATAN SPIRITUAL TERHADAP KEPUTUSASAAN DAN
MOTIVASI SEMBUH PASIEN END STAGE RENAL DISEASE YANG
MENJALANI HEMODIALISIS REGULER**

TESIS

Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)

Dalam Program Studi Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Oleh:

Diny Kusumawardani

NIM. 1316143070

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Diny Kusumawardani

NIM : 131614153070

Tanda: 

Tanggal : 16 Juli 2018

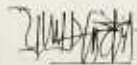
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

PENGARUH *MOTIVATIONAL INTERVIEWING* DENGAN
PENDEKATAN SPIRITUAL TERHADAP KEPUTUSASAAN DAN
MOTIVASI SEMBUH PASIEN *END STAGE RENAL DISEASE* YANG
MENJALANI HEMODIALISIS REGULER

Oleh:
Diny Kusumawardani
NIM. 131614153070

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL,

Oleh
Pembimbing Ketua



Dr. H. Budi Utomo, dr., M.Kes
NIP. 19650552219972021001

Pembimbing Kedua



Erna Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198402012014042001

Mengetahui,
Koordinator Program Studi Magister Keperawatan



Dr. Lili Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Diny Kusumawardani
NIM : 131614153070
Program Studi : Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
Judul : Pengaruh *Motivational Interviewing* dengan Pendekatan Spiritual Terhadap Keputusan dan Motivasi Sembuh Pasien *End Stage Renal Disease* yang Menjani Hemodialisis Regular

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal, 16 Juli 2018

Panitia Penguji,

Ketua Penguji : Dr. Ah Yusuf, S.Kp., M.Kes

(.....)

Anggota :

1. Dr. H. Budi Utomo, dr., M.Kes

(.....)

2. Dr. Abu Bakar S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.M.B

(.....)

3. Dr. Erwin Astha Triyono, dr., SpPD., KPTL, FINASIM

(.....)

4. Dr. Ninuk Dian Kurniawati, S.Kep., Ns., MANP

(.....)

Mengetahui
Koordinator Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga



Dr. Bintu Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayah-Nya saya dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “Pengaruh Motivatioanal Interviewing dengan Pendekatan Spiritual Terhadap Keputusan dan Motivasi Sembuh Pasien ESRD yang Menjani Hemodialisis Regular”. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program Magister Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama dengan ini perkenankanlah saya menyampaikan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. H. Budi Utomo, dr., M.Kes selaku pembimbing 1 yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan tesis ini.
2. Ibu Erna Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan tesis ini.
3. Bapak Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes, Bapak Dr. Erwin Astha Triyono, dr.,SpPD., KPTI., FINASIM, Dr. Ninuk Dian K, S.Kep., MANP, Dr, Abu Bakar S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.M.B, selaku tim panitia penguji tesis, yang telah memberi banyak ilmu, masukan, bimbingan dan petunjuk dalam pembuatan tesis saya.
4. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), sebagai Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan saya kesempatan menuntut ilmu di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya

5. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan saya kesempatan menuntut ilmu di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya
6. Bagian Pendidikan dan Pelatihan RSUD Provinsi NTB yang telah memberikan izin dan kesempatan dalam pengambilan data penelitian
7. Bapak Nyoman Putra, S.Kep.Ners selaku Kepala Ruang Hemodialisis RSUD Provinsi NTB yang telah memberikan izin dalam melakukan penelitian
8. Pasien dialisis reguler di RSUD Provinsi NTB yang telah bersedia menjadi responden dalam penyusunan tesis.
9. Ayahandaku H.Masjidi (Alm), yang semangatnya selalu hidup dalam hati dan jiwaku.
10. Mama, suami, anak-anak, mertua, adik dan semua keluarga yang selalu memberikan do'a dan dukungan sehingga tesis ini bisa selesai tepat waktu.
11. Teman-teman Magister 9 yang telah memberikan bantuan dan dukungan selama ini.
12. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu, atas bantuan yang diberikan dalam penyusunan tesis ini.

Tesis ini masih jauh dari sempurna, saran dan kritik yang bersifat membangun sangat dibutuhkan agar tesis ini dapat diterima dan layak untuk dimanfaatkan.

Surabaya, 2018

Penulis
Diny Kusumawardani

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

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

Nama : Diny Kusumawardani
NIM : 131614153070
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Keperawatan Universitas Airlangga
Jenis karya : Tesis

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

"Pengaruh *Motivational Interviewing* dengan Pendekatan Spiritual Terhadap Keputusan dan Motivasi Sembuh Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis Reguler "

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal 16 Juli 2018
Yang menyatakan,



(Diny Kusumawardani)

ABSTRAK**PENGARUH MOTIVATIONAL INTERVIEWING DENGAN
PENDEKATAN SPIRITUAL TERHADAP KEPUTUSASAAN DAN
MOTIVASI SEMBUH PASIEN ESRD YANG MENJALANI
HEMODIALISIS REGULER**

Oleh: Diny Kusumawardani

Pendahuluan: Berbagai masalah yang timbul akibat tidak berfungsinya ginjal pada klien dengan gagal ginjal terminal diatas dapat mengakibatkan timbulnya keputusan dan penurunan motivasi sembuh. Salah satu cara untuk mengatasi masalah tersebut yaitu dengan intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual (syukur, sabar dan ikhlas). Tujuan penelitian ini adalah mengetahui pengaruh motivational interviewing terhadap keputusan dan motivasi sembuh pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler. **Metode:** Penelitian ini menggunakan quasi experiment dengan rancangan pre-post test dan posttest only with control group design. Teknik sampling menggunakan acak sederhana. Sampel penelitian berjumlah 32 responden berdasarkan kriteria inklusi. Intervensi dilakukan selama 4 minggu dengan 2 kali pertemuan/minggu. Variabel independen penelitian ini adalah motivational interviewing dengan pendekatan spiritual. Variabel dependennya adalah keputusan dan motivasi sembuh. Penelitian ini menggunakan instrumen kuesioner untuk mengukur keputusan dan motivasi sembuh, yang sebelumnya telah dilakukan uji validitas dan reabilitas. Uji statistik menggunakan paired t test, independent t test, mann whitney dan wilcoxon signed rank test. **Hasil:** Hasil uji statistik menunjukkan bahwa MI dengan pendekatan spiritual berpengaruh terhadap penurunan keputusan ($p=0,001$) dan peningkatan motivasi sembuh ($p=0,001$). **Diskusi:** Intervensi MI membantu pasien dalam mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali membentuk perilaku dengan mengubah pesan –pesan internal. **Kesimpulan:** intervensi MI dengan pendekatan spiritual berpengaruh terhadap penurunan keputusan dan peningkatan motivasi sembuh pada pasien ESRD dengan HD reguler. **Saran:** Penelitian ini dapat menjadi data awal dalam melakukan penelitian lanjutan tentang salah satu bentuk intervensi kognitif (MI) dengan pendekatan spiritual dalam mengatasi berbagai masalah psikologis.

Kata kunci: Motivational interviewing, spiritual (syukur, sabar dan ikhlas), keputusan, motivasi sembuh, ESRD dan hemodialisis.

ABSTRACT**THE EFFECTS OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING WITH SPIRITUAL APPROACH ON DESPAIR AND RECOVERY MOTIVATION OF ESRD PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE REGULAR HEMODIALYSIS****By: Diny Kusumawardani**

Introduction: Various problems that arise due to kidney malfunction in the client with terminal renal failure above can result in despair and decreased motivation to recover. One way to overcome this problem is by motivational interviewing with a spiritual approach (gratitude, patience and sincerity). **The purpose** of this research was to identify the effects of motivational interviewing with spiritual approach on despair and recovery motivation of esrd patients who have undergone regular hemodialysis. **Methods:** This research used quasi experiment with pre-post test and posttest only design with control group design. Technical sampling by using simple method. The research sample were 32 respondents based on the inclusion criteria. The intervention was carried out for 4 weeks with 2 meetings / week. The independent variable of this study was motivational interviewing with a spiritual approach . The independent variable were despair and recovery motivation. This research used a questionnaire instrument to measure despair and recovery motivation and the validity and reliability tests have been conducted previously. Statistical tests have used paired t test, independent t test, mann whitney and wilcoxon signed rank test. **Results:** The result of statistical test showed that MI with spiritual approach has effected on decrease anxiety ($p=0,001$) and an improvement in recovery motivation ($p = 0.001$). **Discussions:** MI intervention assists patients in identifying, evaluating and responding to their deformities and beliefs. Helping patients develop a rational mindset, engage in reality testing, and reshape form behavior by changing internal messages. **Conclusion:** MI interventions with spiritual approaches have an effect on reducing despair and increasing recovery motivation in ESRD patients with regular HD. **Suggestion:** this research can be the initial data in conducting further research on one form of cognitive intervention (MI) with a spiritual approach in dealing with various psychological problems.

Keywords:. ESRD, Hemodialysis, Despair, Spiritual (Gratitude, Patience, Sincerity), Recovery Motivation, Motivational Interviewing,

RINGKASAN

PENGARUH MOTIVATIONAL INTERVIEWING DENGAN PENDEKATAN SPIRITUAL TERHADAP KEPUTUSASAAN DAN MOTIVASI SEMBUH PASIEN ESRD YANG MENJALANI HEMODIALISIS REGULER

Oleh: Diny Kusumawardani

Pasien ESRD yang menjalani hemodialisis mengalami berbagai masalah yang timbul akibat tidak berfungsinya ginjal. Keadaan tersebut muncul setiap waktu hingga akhir kehidupan. Stressor fisik ini, mempengaruhi berbagai dimensi kehidupan pasien yang meliputi bio, psiko, sosio, spiritual. Kelemahan fisik yang dirasakan seperti mual, muntah, nyeri, lemah otot, oedema adalah sebagian dari manifestasi klinik dari pasien yang menjalani perawatan hemodialisa.

Berbagai masalah yang timbul akibat tidak berfungsinya ginjal pada klien dengan gagal ginjal terminal diatas dapat mengakibatkan timbulnya keputusan dan penurunan motivasi sembuh. Salah satu cara untuk mengatasi masalah tersebut yaitu dengan intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual. MI dengan pendekatan spiritual adalah salah satu dari bentuk konseling wawancara motivasi yang digunakan untuk merubah perilaku atau ambivalensi perasaan yang terjadi pada pasien, dengan pasien sebagai pusat pengambilan keputusan dikombinasikan dengan spiritual: syukur, sabar dan ikhlas. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui pengaruh intervensi MI dengan pendekatan spiritual terhadap keputusan dan motivasi sembuh pasien ESRD yang menjalani HD reguler.

Motivational Interviewing tidak memaksa klien untuk melakukan sesuatu yang diinginkan oleh perawat tetapi memotivasi klien untuk dapat menemukan solusi secara individual dengan pendampingan profesional. Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual menimbulkan resolusi ambivalensi yang berasal dari diri klien sendiri (client centered), yang akan menstimulus pre frontal korteks sehingga memberikan efek positif yaitu proses belajar klien terhadap keadaan atau stressor yang dihadapi. Learning process membantu klien dalam menerima stressor berdampak pada respon kognitif yang positif yaitu emosional spiritual klien. Hal ini mendorong klien untuk melakukan sebuah perubahan serta meningkatkan motivasi yang tumbuh dari keyakinan individu sehingga menekan keputusan dan meningkatkan motivasi sembuh pasien dengan hemodialisis reguler.

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian quasy eksperiment dengan bentuk pre test-post test with control design. Variabel independen dalam penelitian ini adalah motivational interviewing dengan pendekatan spiritual dan variabel dependennya adalah keputusan dan motivasi sembuh. Kelompok perlakuan diberikan intervensi selama 4 minggu dengan 2x pertemuan dalam 1 minggu, sedangkan kelompok kontrol hanya mengikuti perawatan standar ruangan. Kedua kelompok diawali dengan pre test dan setelah pelaksanaan intervensi MI dengan pendekatan spiritual berakhir pada minggu keempat dipertemuan terakhir, dilakukan post test untuk kelompok perlakuan dan kontrol.

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah semua pasien ESRD yang menjalani HD regular di RSUD Provinsi NTB, yang memenuhi kriteria sampel dengan 32 responden dipilih dengan tehnik acak sederhana. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Uji analisis pada variabel keputusan karena data berdistribusi dengan normal menggunakan Paired T-Test dan Independent T-Test, sedangkan pada variabel motivasi sembuh menggunakan Wilcoxon Signed Rank Test dan Mann Whitney karena data berdistribusi tidak normal. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa MI dengan pendekatan spiritual (syukur, sabar dan ikhlas) berpengaruh terhadap penurunan keputusan ($p=0,001$), dan peningkatan motivasi sembuh ($p=0,001$).

Motivational interviewing sebagai bentuk terapi kognitif dikombinasikan dengan pendekatan spiritual secara signifikan memberikan pengaruh terhadap penurunan keputusan pada pasien ESRD dengan dialisis. Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya yang menyatakan terapi kognitif memiliki pengaruh yang lebih signifikan jika dikombinasikan (Prasetya et al., 2008; Dennilson, 2009). Intervensi MI membantu pasien dalam mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali membentuk perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal. Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual bekerja dengan cara mengaktifkan motivasi dalam diri pasien untuk berubah dan menaati semua tahapan dalam pengobatan khususnya dialisis. MI dengan pendekatan spiritual: sabar, syukur dan ikhlas, dapat menumbuhkan keyakinan dalam memotivasi pasien berdasarkan keinginan mereka sendiri, diperkuat dengan kesabaran, disertai dengan rasa syukur sehingga muncullah rasa ikhlas dalam menerima kondisi yang dialami saat ini.

Perawat mengubah motivasi pasien dengan dialisis untuk dapat menjalani menerima dan menjalani terapi pengobatan hemodialisis melalui motivational interviewing dengan pendekatan spiritual (sabar, syukur dan ikhlas), melalui hubungan interpersonal yang terapeutik dengan penderita dan bersama-sama secara perlahan menumbuhkan ataupun menguatkan kesabaran, rasa syukur serta keikhlasan dalam diri pasien. Menurut Peplau dalam (Tomey & Alligood, 2006), keperawatan merupakan suatu proses yang signifikan, terapeutik, dan interpersonal. Keperawatan merupakan instrumen yang edukatif, upaya pendewasaan yang bertujuan meningkatkan diri ke arah peralihan kepribadian. Proses ini dimulai ketika seseorang mengungkapkan kebutuhan yang dirasakan, identifikasi dan resolusi berbagai kebutuhan yang tidak terpenuhi, sekaligus secara simultan meningkatkan hubungan terapeutik antara penderita-perawat.

EXECUTIVE SUMMARY

THE EFFECTS OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING WITH SPIRITUAL APPROACH ON DESPAIR AND RECOVERY MOTIVATION OF ESRD PATIENTS WHO HAVE UNDERGONE REGULAR HEMODIALYSIS

Oleh: Diny Kusumawardani

ESRD patients undergoing hemodialysis experience various problems that arise due to renal dysfunction. This situation arises every time until the end of life. This physical stressors, affect the various dimensions of the patient's life that includes bio, psycho, socio, spiritual. Perceived physical weaknesses such as nausea, vomiting, pain, muscle weakness, edema are some of the clinical manifestations of patients undergoing hemodialysis treatment.

Various problems that arise due to kidney malfunction in the client with terminal renal failure above can result in despair and decreased motivation to recover. One way to overcome this problem is by motivational interviewing with a spiritual approach. MI with a spiritual approach is one of the forms of motivational interview counseling that is used to change the behavior or ambivalence of feelings that occur in patients, with patients as the center of decision making combined with spiritual: gratitude, patience and sincerity. The purpose of this study was to determine the effect of MI interventions with a spiritual approach to the despair and motivation to recover ESRD patients undergoing regular HD.

Motivational Interviewing does not force the client to do something the nurse wants but motivates the client to find solutions individually with professional assistance. Motivational interviewing with a spiritual approach leads to ambivalence resolution originating from the client himself (client centered), which will stimulate the pre frontal cortex so as to provide a positive effect that is the client's learning process on the situation or stressor faced. Learning process helps clients in accepting stressors impact on positive cognitive responses, namely emotional clients. This encourages the client to make a change and increase the motivation that grows out of the individual's beliefs so as to suppress despair and improve the recovery of the patient with regular hemodialysis.

This research used quasi experiment with pre-post test and posttest only design with control group design. Technical sampling by using simple method. The independent variable of this study was motivational interviewing with a spiritual approach and dependent variable were despair and recovery motivation. The research sample were 32 respondents based on the inclusion criteria. The intervention was carried out for 4 weeks with 2 meetings a week, while the control group only followed standard room care. Both of groups began with pre-test and after the implementation of MI intervention with a spiritual approach ended in the fourth week of the last meeting, post-test was conducted for the treatment and control groups. The affordable population in this study were all ESRD patients who underwent regular HD in NTB Province Hospital, which met the sample criteria with 32 respondents selected with simple random techniques. The

instrument used a questionnaire. The analysis test on despair variables because of the data is normally distributed using Paired T-Test and Independent T-Test, whereas in the recovery motivation variable, the data is not normally distributed using Wilcoxon Signed Rank Test and Mann Whitney. Statistical test results showed that MI with a spiritual approach (gratitude, patience, sincerity) had an effect on decreasing despair ($p = 0.001$), and increasing recovery motivation ($p = 0.001$).

Motivational interviewing as a form of cognitive therapy combined with a spiritual approach significantly influences the reduction of despair in ESRD patients with dialysis. The results of this study support previous research which states that cognitive therapy has a more significant effect when combined (Prasetya et al., 2008; Dennilson, 2009). MI interventions assist patients in identifying, evaluating and responding to deformities of their thoughts and beliefs. Helping the patient develop a rational mindset, engaging in reality tests, and reshaping behavior by altering internal messages. Motivational interviewing with a spiritual approach works by activating motivation in the patient to change and adhering to all stages of treatment, especially dialysis. MI with a spiritual approach: patience, gratitude and sincerity, can foster confidence in motivating patients based on their own desires, strengthened by patience, accompanied by gratitude so that there is a sense of sincerity in accepting the conditions experienced today.

The nurse changes the motivation of the patient with dialysis to be able to receive and undergo hemodialysis treatment therapy through motivational interviewing with spiritual approach (patience, gratitude and sincerity), through interpersonal relationships that are therapeutic with the patient and together slowly grow or strengthen patience, gratitude and sincerity in the patient. According to Peplau in (Tomey & Alligood, 2006), nursing is a significant, therapeutic, and interpersonal process. Nursing is an educational instrument, a maturation effort that aims to improve themselves toward a personality transition. This process begins when a person expresses the perceived needs, identification and resolution of unmet needs, simultaneously improves the therapeutic relationship between sufferers and nurses.

DAFTAR ISI

Judul	i
Halaman Prasyarat	i
Halaman Orisinalitas	ii
Lembar Pengesahan Pembimbing Tesis	ii
Lembar Pengesahan Tesis	iii
Kata Pengantar	iv
Halaman Pernyataan Persetujuan Publikasi	vii
Abstrak	viii
Abstract	ix
Ringkasan	x
Executive Summary	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR GAMBAR	xviii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	6
1.3.1 Tujuan umum.....	6
1.3.2 Tujuan khusus.....	6
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Manfaat teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat praktis.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Gagal Ginjal Terminal.....	8
2.1.1 Definisi.....	8
2.1.2 Etiologi.....	9
2.1.3 Patofisiologi.....	10
2.1.4 Klasifikasi.....	12
2.1.5 Manifestasi klinis.....	12
2.1.6 Penatalaksanaan.....	14
2.2 Hemodialisis.....	21
2.2.1 Pengertian dan prinsip kerja hemodialisis.....	21
2.2.2 Indikasi inisiasi terapi hemodialisis.....	22
2.2.3 Persiapan pasien hemodialisis.....	22
2.2.4 Komplikasi.....	24
2.2.5 Asupan nutrisi pasien hemodialisis.....	24
2.3 Terapi Motivational Interviewing (MI).....	25
2.3.1 Aplikasi terapi motivational interviewing (MI).....	26
2.3.2 Pembahasan terapi motivational interviewing (MI).....	33

2.4	Spiritual	39
2.4.1	Pengertian spiritualitas	39
2.4.2	Dimensi spiritual.....	40
2.4.3	Spiritualitas dan religiusitas (agama)	44
2.4.4	Spiritualitas dalam keperawatan.....	45
2.5	Pendekatan Spiritual dalam Motivational Interviewing	47
2.5.1	Rasa syukur.....	47
2.5.2	Rasa sabar dan ikhlas.....	47
2.6	Keputusasaan (Hopelessness).....	50
2.6.1	Pengertian keputusasaan.....	50
2.6.2	Tanda keputusasaan.....	55
2.6.3	Keputusasaan pada pasien gagal ginjal kronik	57
2.7	Konsep Motivasi	59
2.7.1	Pengertian motivasi	59
2.7.2	Beberapa faktor yang mempengaruhi motivasi seseorang	60
2.7.3	Fungsi motivasi.....	62
2.7.4	Cara memotivasi	63
2.7.5	Motivasi untuk sembuh	63
2.8	Keaslian Penelitian	65
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS		76
3.1	Kerangka Konseptual.....	76
3.2	Hipotesis Penelitian	77
BAB 4 METODE PENELITIAN		78
4.1	Desain Penelitian	78
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel	79
4.2.1	Populasi	79
4.2.2	Sampel	79
4.3	Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional	81
4.3.1	Variabel penelitian.....	81
4.3.2	Definisi operasional	82
4.4	Instrumen Penelitian	88
4.4.1	Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual	88
4.4.2	Keputusasaan	88
4.4.3	Motivasi Sembuh.....	89
4.5	Uji Validitas dan Reliabilitas.....	90
4.6	Lokasi dan Waktu Penelitian	91
4.7	Prosedur Pengumpulan Data	91
4.7.1	Persiapan.....	91
4.7.2	Pelaksanaan	91
4.7.3	Pengolahan data	95
4.8	Analisis Data.....	95
4.9	Kerangka Operasional	96
4.10	Masalah Etik (Ethical Clearance)	96

BAB 5 HASIL PENELITIAN	100
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	100
5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Demografi.....	101
5.3 Data dan Analisis Variabel Penelitian	103
5.3.1 Nilai keputusan pada pasien ESRD yang menjalani HD regular pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol	103
5.3.2 Nilai motivasi sembuh pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.....	105
BAB 6 PEMBAHASAN	107
6.1 Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual terhadap keputusan.....	107
6.2 Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual terhadap motivasi sembuh.....	118
6.3 Keterbatasan penelitian.....	127
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	129
7.1 Simpulan	129
7.2 Saran	130

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Pola etiologi gagal ginjal kronik.....	10
Tabel 2.2 Penyebab ESRD di Indonesia.....	10
Tabel 2.3 Klasifikasi gagal ginjal kronik	12
Tabel 2.4 Rencana tata laksana gagal ginjal kronik	15
Tabel 2.5 Pembatasan protein dan fosfat	16
Tabel 2.6 Komplikasi gagal ginjal kronik	18
Tabel 2.8 Keaslian penelitian	66
Tabel 4.1 Definisi operasional.....	83
Tabel 4.2 Daftar kuesioner motivasi sembuh.....	90
Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan demografi	101
Tabel 5.2 Homogenitas keputusan dan motivasi sembuh.....	103
Tabel 5.3 Keputusan pasien kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah diberikan intervensi.....	103
Tabel 5.4 Motivasi sembuh pasien kelompok perlakuan dan kontrol sebelum dan sesudah intervensi.....	105

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka konsep penelitian.....	77
Gambar 4.1 Desain penelitian.....	79
Gambar 4.2 Kerangka operasional.....	97

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Hemodialisis merupakan salah satu terapi pengganti ginjal (TPG) yang paling umum dijalani oleh pasien end stage renal disease (ESRD). Seseorang dengan terapi ginjal pengganti (hemodialisis) dengan seketika harus merubah seluruh aspek dalam kehidupannya (Kim, 2010). Hemodialisis akan mencegah kematian, bagi penderita ESRD, akan tetapi hemodialisis tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal.

Pasien ESRD yang menjalani hemodialisis mengalami berbagai masalah yang timbul akibat tidak berfungsinya ginjal. Keadaan tersebut muncul setiap waktu hingga akhir kehidupan. Stressor fisik ini, mempengaruhi berbagai dimensi kehidupan pasien yang meliputi bio, psiko, sosio, spiritual. Kelemahan fisik yang dirasakan seperti mual, muntah, nyeri, lemah otot, oedema adalah sebagian dari manifestasi klinik dari pasien yang menjalani perawatan hemodialisa.

Berbagai masalah yang timbul akibat tidak berfungsinya ginjal pada klien dengan gagal ginjal terminal diatas dapat mengakibatkan timbulnya keputusasaan dan penurunan motivasi sembuh. Motivational interviewing sebagai sebuah intervensi dengan prinsip, menjadi salah satu intervensi yang dapat dilakukan dengan mudah oleh perawat dengan kemampuan komunikasi terapeutik yang dimiliki. Berbagai penelitian telah banyak membahas pengaruh MI terhadap pasien dengan kebiasaan merokok (Heckman et al., 2011), alkoholisme dan narkotika (Carroll et al., 2011), maupun penyakit kronik (Linden et al., 2010). Berbagai penelitian tersebut sebagian besar membahas tentang perubahan

perilaku ataupun pencegahan penyakit. Adapun penelitian sebelumnya yang meneliti tentang pengaruh MI terhadap kejiwaan (alam perasaan), selama ini hanya menitik beratkan kepada stress, kecemasan (Westra et al., 2009), wellbeing (Garcı et al., 2014), dan kualitas hidup (Patrick & Williams, 2012). Penelitian tentang pengaruh MI, khususnya yang meneliti tentang keputusan serta motivasi sembuh pada pasien dengan ESRD masih sangat minim bahkan belum pernah dilakukan sebelumnya.

Yulianti et al., (2015) dalam penelitiannya di SMC RS Telogorejo menerangkan bahwa dari 37 pasien dialysis, 36 pasien (97.3 %) diantaranya mengalami keputusan dan hanya 1 pasien (2,7%) yang tidak mengalami putus asa. Hasil penelitian oleh Margianti (2009) dengan judul Hubungan Tingkat Gambaran Diri dengan Tingkat Hopelessness pada Pasien Hemodialisis di Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten, menyatakan bahwa sebanyak 13,2% (5 pasien) mengalami hopelessness sedang; 44,7% (17 pasien) mengalami hopelessness ringan; dan 42,1% (16 pasien) tidak mengalami hopelessness.

Keputusan merupakan kondisi subyektif ketika individu melihat keterbatasan atau ketiadaan alternatif pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi untuk kepentingan individu (Wilkinson & Ahern, 2012). Pasien ESRD yang menjalani terapi hemodialisis mungkin mengalami ketidakberdayaan dan keputusan. Ketidakberdayaan pada pasien ESRD berhubungan dengan ketergantungan pada mesin hemodialisis. Perubahan rasa nyaman berhubungan dengan rasa haus dan gatal, cemas berhubungan dengan ketidakpastian menunggu donor ginjal (jika diindikasikan), gangguan gambaran

diri berhubungan dengan gangguan sistem integumen, ketakutan terhadap kematian dan peralatan hemodialisis, perubahan peran berhubungan dengan pelaksanaan hemodialisis tiap minggu (Barry, 1996 dikutip Maryanti 2005).

Perasaan keputusasaan dan ketidakberdayaan dapat menjadi penyebab seseorang bunuh diri sebagai cara keluar dari masalah atau krisis yang menyebabkan penderitaan yang kuat (Sadock & Sadock, 2010). Perasaan putus asa juga dapat mengarah pada gangguan jiwa alam perasaan (Nasir & Abdul, 2011). Penelitian Fitriani (2013) menunjukkan bahwa ketidakrutinan menjalani hemodialisis disebabkan oleh perasaan malas, putus asa akan mengakibatkan kematian. Perubahan tersebut dapat mengakibatkan klien mengalami penurunan motivasi, klien tidak mau melakukan hemodialisa yang seharusnya sudah dijadwalkan, tidak mau membatasi cairan dan diit, tidak mempunyai gairah hidup, pesimis dan mempunyai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri sampai merasa kehilangan. Klien merasakan bahwa menderita GGK adalah akhir dari segalanya, menganggap hidupnya tidak berguna, akan membebani keluarga dan tidak dapat bekerja kembali. Keputusan atau perasaan ketidakberdayaan bisa dipengaruhi oleh sisi spiritualitas dari penderita gagal ginjal kronik.

Pasien dengan hemodialisis harus memiliki motivasi yang tinggi untuk mencapai derajat kesehatan yang lebih baik. Motivasi dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dan menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu dan dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang diterima. Syamsiah, pada penelitiannya tahun 2011, motivasi pada pasien GGK yang menjalani hemodialisis yaitu motivasi tinggi sebanyak 49,7% dan motivasi rendah sebanyak 53,3%. Studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan oktober

2017 di RSUD Provinsi NTB, didapatkan dari 10 responden yang menjalani hemodialisis selama ≤ 6 bulan, 7 (70%) responden memiliki motivasi sembuh yang rendah dan 3 (30%) responden dengan motivasi sembuh yang tinggi. Motivasi inilah yang menjadi sebuah kekuatan, tenaga atau daya, atau suatu keadaan yang kompleks dan kesiapsediaan dalam diri untuk bergerak ke arah tujuan tertentu, baik disadari maupun tidak disadari (Effendi & Nursalam, 2008)

Pasien yang menjalani perawatan memerlukan kebutuhan spiritual untuk mengatasi perasaan keputusasaan, kecemasan, isolasi, ketidakpastian, kehilangan dan kematian (Hodge & Horvath, 2011). World Health Organization (1992), juga menetapkan unsur spiritual (agama) adalah salah satu dari empat unsur kesehatan. Spiritualitas manusia di sentuh dengan pendekatan terhadap kepercayaan yang dianut oleh klien dengan cara memberikan pencerahan. Kebutuhan spiritual seseorang berkaitan dengan makna dalam kehidupan seseorang, dan hubungan seseorang dengan makhluk yang lebih tinggi (Kolkaba, 2006 dalam Kisvetrová, Vévodová, & Školoudík, 2017)

Motivational interviewing (MI) adalah bentuk terapi kognitif. MI adalah teknik konseling berfokus pada individu yang didesain untuk membantu individu mengeksplorasi dan mengatasi ambivalensi dalam merubah perilaku mereka (Miller & Rollnick, 2012). MI adalah strategi yang bertujuan untuk membantu individu mengartikulasikan dan mengatasi ambivalensi mereka mengenai perilaku dan mendorong motivasi intrinsik untuk menemukan solusi individual. MI merupakan salah satu intervensi yang dapat dengan mudah dapat dilakukan khususnya pada klien dengan penyakit kronik, serta bernilai coast effective.

Motivational Interviewing tidak memaksa klien untuk melakukan sesuatu yang diinginkan oleh perawat tetapi memotivasi klien untuk dapat menemukan solusi secara individual dengan pendampingan profesional. Garcı, et al., 2014 dalam penelitiannya terhadap pasien dengan dialisis menunjukkan bahwa setelah intervensi (MI), pasien melaporkan secara signifikan peningkatan dari kepatuhan, penurunan tingkat depresi dan kecemasan, dan HRQL lebih baik (yaitu, kesehatan umum dan domain peran emosional), parameter biokimia dikendalikan secara signifikan lebih baik setelah intervensi. Temuan ini menyoroti potensi manfaat menerapkan program intervensi individu psiko-pendidikan berdasarkan wawancara motivasi dan menggunakan tahapan perubahan model untuk mempromosikan kepatuhan dan kesejahteraan pada pasien ESRD.

Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual menimbulkan resolusi ambivalensi yang berasal dari diri klien sendiri (client centered), yang akan menstimulus pre frontal korteks sehingga memberikan efek positif yaitu proses belajar klien terhadap keadaan atau stressor yang dihadapi. Learning process membantu klien dalam menerima stressor berdampak pada respon kognitif yang positif yaitu emosional spiritual klien. Hal ini mendorong klien untuk melakukan sebuah perubahan serta meningkatkan motivasi yang tumbuh dari keyakinan individu sehingga menekan keputusasaan dan meningkatkan motivasi sembuh pasien dengan hemodialisis reguler.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Pengaruh Motivational Interviewing dengan Pendekatan Spiritual Terhadap Keputusan (Hopelessness) dan Motivasi Sembuh pada Pasien End Stage Renal Disease yang menjalani Hemodialisis Reguler ?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisis pengaruh motivational interviewing dengan pendekatan spiritual terhadap keputusan (hopelessness) dan motivasi sembuh pada pasien End Stage Renal Disease yang menjalani hemodialisis reguler

1.3.2 Tujuan khusus

- 1) Menentukan distribusi dan frekuensi penderita ESRD yang menjalani hemodialisis regular di RSUD Provinsi NTB
- 2) Menganalisis pengaruh pemberian motivational interviewing (MI) dengan pendekatan spiritual terhadap keputusan pasien hemodialisis regular.
- 3) Menganalisis pengaruh pemberian motivational interviewing (MI) dengan pendekatan spiritual terhadap motivasi sembuh pasien hemodialisis regular.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Memberikan informasi ilmiah dan sebagai sumber referensi mengenai pengaruh motivational interviewing dengan pendekatan spiritual pada pasien hemodialisis sebagai suatu tindakan keperawatan untuk membantu klien dalam beradaptasi dengan keadaan sakit serta proses terapi yang dilalui sehingga

menumbuhkan motivasi intrinsik dari diri individu sendiri, sehingga mampu meningkatkan atau mempertahankan derajat kesehatannya. Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual adalah sebuah intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat dalam menurunkan dan mencegah keputusasaan serta meningkatkan motivasi sembuh pada klien hemodialis reguler.

1.4.2 Manfaat praktis

Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual diharapkan dapat menjadi intervensi keperawatan untuk membantu pasien merubah ambivalensi yang terjadi dengan keinginannya sendiri dalam menghadapi keadaan sakit yang dialami

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gagal Ginjal Terminal

2.1.1 Definisi

Gagal ginjal terminal atau End Stage Renal Disease (ESRD) adalah suatu proses patofisiologis dengan etiologi yang beragam, mengakibatkan penurunan fungsi ginjal yang progresif dan irreversibel, memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap berupa dialisis atau transplantasi ginjal (Suwitra, 2009).

Transplantasi ginjal merupakan proses operasi dimana ginjal yang diperoleh dari donor “ditanam” dalam tubuh pasien penderita gagal ginjal terminal. Transplantasi ginjal memungkinkan pasien memperoleh fungsi ginjalnya kembali sehingga pasien tidak perlu melakukan anjuran medis. Pelaksanaan operasi ini pasien harus mencari donor ginjal yang benar - benar sesuai dengan kondisi fisik pasien, karena jika tidak sesuai tubuh akan memberi reaksi penolakan terhadap donor ginjal sehingga transplantasi gagal dilakukan. Mencari donor ginjal yang sesuai juga sangat sulit, selain itu transplantasi ginjal juga membutuhkan biaya yang cukup banyak (Falvo, 2013).

Terapi dialisis dapat membantu mengganti fungsi ginjal pasien meski tidak dapat mengobati kerusakan ginjal pasien. Terdapat dua pilihan teknik dialisis yang umum digunakan yaitu hemodialisis (HD) dan dialisis peritoneal (DP). Teknik DP menggunakan selaput peritonium pada perut pasien sebagai membran penyaring zat sisa metabolisme dalam darah. Terdapat dua bentuk DP, yakni akut peritoneal dialisis, yang diberikan pada pasien yang membutuhkan

dialisis temporer, dan continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD), yang diberikan pada pasien gagal ginjal terminal (Kellenbach, 2015)

2.1.2 Etiologi

Umumnya gagal ginjal terminal atau ESRD disebabkan penyakit ginjal intrinsik difus dan menahun, tetapi hampir semua nefropati bilateral dan progresif akan berakhir dengan gagal ginjal kronik. Umumnya penyakit diluar ginjal, misal nefropati obstruktif dapat menyebabkan kelainan ginjal instrinsik dan berakhir dengan gagal ginjal kronik.

Glomerulonefritis, hipertensi esensial dan pielonefritis merupakan penyebab paling sering dari ESRD, kira-kira 60%. End Stage Renal Disease yang berhubungan dengan penyakit ginjal polikistik dan nefropati obstruktif hanya 15-20%. Glomerulonefritis kronik merupakan penyakit parenkim ginjal progresif dan difus, seringkali berakhir dengan ESRD. Laki-laki lebih sering dari wanita, umur antara 20-40 tahun. Sebagian besar pasien relatif muda dan merupakan calon utama untuk transplantasi ginjal.

Glomerulonefritis mungkin berhubungan dengan berbagai penyakit sistem (glomerulonefritis sekunder) seperti lupus eritomatosus sistemik, poliartritis nodosa, granulomatosus wagner. Glomerulonefritis (glomerulopati) yang berhubungan dengan diabetes mellitus (glomerulosklerosis) tidak jarang dijumpai dan dapat berakhir dengan ESRD. Glomerulonefritis yang berhubungan dengan amiloidosis sering dijumpai pada pasien-pasien dengan penyakit menahun seperti tuberkulosis, lepra, osteomielitis, artritis reumatoid dan mieloma.

Tabel 2.1 Pola etiologi gagal ginjal kronik

No .	Etiologi
1.	Glomerulonefritis
2.	Penyakit ginjal herediter
3.	Hipertensi esensial
4.	Uropati obstruktif
5.	Infeksi saluran kemih dan ginjal
6.	Nefritis interstitial

(Suwitra, 2009)

Penyakit ginjal hipertensi (arteriolar nephrosclerosis) merupakan salah satu penyebab gagal ginjal kronik. Insiden hipertensi esensial berat yang berakhir dengan gagal ginjal kronik kurang dari 10 %. Perkiraan 10-15% pasien-pasien dengan gagal ginjal kronik disebabkan penyakit ginjal kongenital seperti sindrom alport, penyakit fabry, sindrom nefrotik kongenital, penyakit ginjal polistik, dan amiloidosis.

End Stage Renal Disease pada orang dewasa, yang berhubungan dengan infeksi saluran kemih dan ginjal (pielonefritis) tipe uncomplicated jarang dijumpai, kecuali tuberkulosis, abses multipel, nekrosis papilla renalis yang tidak mendapat pengobatan yang adekuat.

Tabel 2.2 Penyebab ESRD yang menjalani hemodialisis di Indonesia

Penyebab	Insiden
Glomerulonefritis	46,39%
Diabetes mellitus	18,65%
Obstruksi dan infeksi	12,85%
Hipertensi	8,46%
Sebab lain	13,65%

(Suwitra, 2009)

2.1.3 Patofisiologi

Patofisiologi awalnya tergantung dari penyakit yang mendasari dan pada perkembangan lebih lanjut proses yang terjadi hampir sama. Adanya pengurangan massa ginjal mengakibatkan hipertrofi struktural dan fungsional nefron yang

masih tersisa sebagai upaya kompensasi, yang diperantarai oleh molekul vasoaktif seperti sitokin dan growth factor sehingga menyebabkan terjadinya hiperfiltrasi yang diikuti oleh peningkatan tekanan kapiler dan aliran darah glomerulus.

Proses adaptasi ini berlangsung singkat, yang diikuti proses maladaptasi berupa sklerosis nefron yang masih tersisa dan pada akhirnya akan terjadi penurunan fungsi nefron secara progresif (Suwitra, 2009). Peningkatan aktivitas aksis renin-angiotensin-aldosteron intrarenal yang dipengaruhi oleh Growth Factor Transforming Growth Factor β (TGF- β) menyebabkan hiperfiltrasi, sklerosis dan progresifitas. Progresifitas penyakit ginjal kronik juga dipengaruhi oleh albuminuria, hipertensi, hiperglikemia, dislipidemia (Suwitra, 2009).

Stadium awal penyakit ginjal kronik mengalami kehilangan daya cadangan ginjal (renal reserve), laju filtrasi glomerulus (LFG) basal masih normal atau malah meningkat dan dengan perlahaurunan fungsi nefron yang progresif ditandai adanya peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. LFG sebesar 60% masih belum ada keluhan atau asimtomatik tetapi sudah terjadi peningkatan kadar urea dan kreatinin serum. LFG sebesar 30% mulai timbul keluhan seperti nokturia, lemah, mual, nafsu makan kurang dan penurunan berat badan dan setelah terjadi penurunan LFG dibawah 30% terjadi gejala dan tanda uremia yang nyata seperti anemia, peningkatan tekanan darah, gangguan metabolisme fosfor dan kalsium, pruritus, mual, muntah. Akibat lain yang dapat ditimbulkan yaitu mudah terjadi infeksi pada saluran perkemihan, pencernaan dan pernafasan, terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit yaitu hipovolemia, hipervolemia, natrium dan kalium. Pada LFG kurang dari 15% merupakan stadium gagal ginjal yang sudah terjadi gejala dan komplikasi yang lebih berat dan memerlukan terapi pengganti

ginjal (renal replacement therapy) antara lain dialisis atau transplantasi ginjal (Suwitra, 2009).

2.1.4 Klasifikasi

Klasifikasi gagal ginjal kronik didasarkan atas dua hal yaitu, atas dasar derajat (stage) penyakit dan atas dasar diagnosis etiologi. Klasifikasi atas dasar derajat penyakit, dibuat atas dasar Laju Filtrasi Glomerulus (LFG). Fungsi ginjal dapat dilihat berdasarkan nilai LFG yang dihitung dengan menggunakan rumus Kockcroft- Gault. Derajat glomerular filtration rate (GFR) normal yaitu 125 mL/min/1,73 m².

$$\text{LFG (ml/menit/1,73 m}^2\text{)} = \frac{(\text{140} - \text{umur}) \times \text{berat badan}^*}{72 \times \text{kreatinin plasma (mg/dl)}}$$

*) pada perempuan dikalikan 0,85

Tabel 2.3 Klasifikasi gagal ginjal kronik

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mnt/1,73m ²)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau ↑	≥90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ ringan	60-89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ sedang	30-59
4	Kerusakan ginjal dengan LFG ↓ berat	15-29
5	Gagal ginjal	< 15 atau dialisis

(Suwitra, 2009)

2.1.5 Manifestasi klinis

1) Gangguan pada sistem gastrointestinal

Anoreksia, nausea dan vomitus, berhubungan dengan gangguan metabolisme protein di dalam usus, terbentuknya zat toksik akibat metabolisme bakteri usus seperti amonia dan metal guanidine, serta sebabnya mukosa usus. Faktor uremik disebabkan oleh ureum yang

berlebihan pada air liur diubah oleh bakteri di mulut menjadi amonia sehingga napas berbau amonia.

2) Gangguan pada sistem integumen

Kulit berwarna pucat akibat anemia dan kekuning-kuningan akibat penimbunan urokrom, gatal-gatal dengan ekskoriiasi akibat toksin uremik dan pengendapan kalsium di pori-pori kulit. Ekimosis akibat gangguan hematologis. Urea fros, akibat kristalisasi urea yang ada pada keringat.

3) Gangguan pada sistem hematologi

Anemia dapat terjadi karena gangguan pada hormon eritropoietin. Gangguan trombosit dan trombositopenia serta fungsi leukosit juga dapat terjadi.

4) Gangguan sistem saraf dan otot

Restless leg syndrome yaitu pasien merasa pegal pada kakinya sehingga selalu digerakkan. Burning feet syndrome, rasa semutan dan seperti terbakar, terutama di telapak kaki. Miopati, kelemahan dan hipotrofi otot-otot terutama otot-otot ekstermitas proksimal.

5) Gangguan sistem kardiovaskuler

Hipertensi akibat penimbunan cairan dan garam atau peningkatan aktivitas sistem renin-angiotensin-aldosteron. Nyeri dada dan sesak napas akibat perikarditis, efusi perikardial, penyakit jantung koroner akibat aterosklerosis yang timbul dini, dan gagal jantung akibat penimbunan cairan hipertensi. Gangguan irama jantung akibat elektrolit dan klasifikasi metafisik. Edema akibat penimbunan cairan

6) Gangguan sistem endokrin

Gangguan seksual: libido, fertilitas dan ereksi menurun pada laki-laki akibat produksi testoteron dan spermatogenesis yang menurun, dihubungkan juga dengan metabolik tertentu (seng, hormon paratiroid). Pada wanita timbul gangguan menstruasi, gangguan ovulasi sampai amenorea. Gangguan metabolisme glukosa, resistensi insulin dan gangguan sekresi insulin. Pada gagal ginjal yang lanjut (klirens kreatinin < 15 mL/ menit), terjadi penurunan klirens metabolik insulin menyebabkan waktu paruh hormon aktif memanjang. Keadaan ini dapat menyebabkan kebutuhan obat penurun glukosa darah akan berkurang, gangguan metabolisme lemak, gangguan metabolisme vitamin D.

7) Gangguan sistem lain

Tulang pasien gagal ginjal terjadi osteodistrofi renal, yaitu osteomalasia osteitis fibrosa, osteoklerosis, dan klasifikasi metastatik. Asidosis metabolik terjadi akibat penimbunan asam organik sebagai hasil metabolisme. Elektrolit pasien gagal ginjal bisa mengalami kondisi hiperfosfatemia, hiperkalemia, hipokalsemia

2.1.6 Penatalaksanaan

1) Terapi spesifik terhadap penyakit dasarnya

Waktu yang paling tepat untuk terapi penyakit dasarnya adalah sebelum terjadinya penurunan LFG, sehingga pemburukan fungsi ginjal tidak terjadi. Pada ukuran ginjal yang masih normal secara ultrasonografi, biopsi dan pemeriksaan histopatologi ginjal dapat menentukan indikasi yang tepat terhadap terapi spesifik. Sebaliknya, bila LFG sudah menurun

sampai 20-30% dari normal terapi terhadap penyakit dasar sudah tidak banyak bermanfaat.

Tabel 2.4 Rencana tatalaksana gagal ginjal kronik sesuai dengan derajatnya

Derajat	LFG (ml/mnt/1,73m ²)	Rencana tindakan
1	≥ 90	Terapi penyakit dasar, kondisi komorbid evaluasi pemburukan (progression) fungsi ginjal, memperkecil risiko kardiovaskuler
2	60-89	Menghambat pemburukan (progression) fungsi ginjal
3	30-59	Evaluasi dan terapi komplikasi
4	12-29	Persiapan untuk terapi pengganti ginjal
5	<15	Terapi pengganti ginjal

(Suwitra, 2009)

2) Pencegahan dan terapi terhadap kondisi komorbid

Penting sekali untuk mengikuti dan mencatat penurunan LFG pada pasien penyakit ginjal kronik. Hal ini untuk mengetahui kondisi komorbid (superimposed factors) yang dapat memperburuk keadaan pasien. Berbagai faktor komorbid ini antara lain gangguan keseimbangan cairan, hipertensi yang tidak terkontrol infeksi traktus urinarius, obat-obat nefrotoksik, bahan radiokontras, atau peningkatan aktivitas penyakit dasarnya.

3) Menghambat pemburukan fungsi ginjal

Dua cara penting untuk mengurangi hiperfiltrasi glomerulus ini adalah pembatasan asupan protein. Pembatasan asupan protein mulai dilakukan pada LFG < 60 ml/mnt, sedangkan di atas nilai tersebut, pembatasan asupan protein tidak selalu dianjurkan. Protein diberikan 0,6-0,8 kg.bb/hari, yang 0,35 – 0,50 gr diantaranya merupakan protein nilai biologi tinggi. Jumlah kalori yang diberikan sebesar 30 -35

kkal/kgBB/hari. Pemantauan teratur terhadap status nutrisi pasien perlu untuk dilakukan, bila terjadi malnutrisi jumlah asupan kalori dan protein dapat ditingkatkan. Kelebihan protein tidak disimpan dalam tubuh tapi dipecah menjadi urea dan substansi nitrogen lain, yang terutama diekskresikan melalui ginjal. Pemberian diet tinggi protein pada pasien penyakit ginjal kronik akan mengakibatkan penimbunan substansi nitrogen dan ion anorganik lain, dan mengakibatkan gangguan klinis dan metabolik yang disebut uremia.

Tabel 2.5 Pembatasan asupan protein dan fosfat pada gagal ginjal kronik

LFG ml/menit	Asupan Protein g/kg/hari	Fosfat g/kg/hari
>60	Tidak dianjurkan	Tidak dibatasi
25 – 60	0,6-0,8/kg/hari, termasuk >0,35 gr/kg/hari nilai biologi tertinggi	< 10 g
5 – 25	0,6-0,8/kg/hari, termasuk >0,35 gr/kg/hari protein nilai biologi tertinggi atau tambahan 0,3 g asam amino esensial atau asam keton	< 10 g
<60 (sindrom nefrotik)	0,8/kg/hr(+ 1 gr protein /g proteinuria atau 0,3 gr/kg tambahan asam amino esensial asam keton	< 9 gram

Pembatasan asupan protein akan mengakibatkan berkurangnya sindrom uremik. Masalah penting lain adalah asupan protein berlebih (protein overload) akan mengakibatkan perubahan hemodinamik ginjal berupa peningkatan aliran darah dan tekanan intraglomerulus (intraglomerulus hyperfiltration), yang akan meningkatkan progresifitas pemburuan fungsi ginjal. Pembatasan asupan protein juga berkaitan dengan pembatasan asupan fosfat, karena protein dan fosfat selalu berasal dari sumber yang sama. Pembatasan fosfat perlu untuk mencegah terjadinya hiperfosfatemia (Suwitra, 2009)

Terapi farmakologis untuk mengurangi hipertensi intraglomerulus. Pemakaian obat anti hipertensi, disamping bermanfaat untuk memperkecil resiko

kardiovaskular juga sangat penting untuk memperlambat pemburukan kerusakan nefron dengan mengurangi hipertensi intraglomerulus dan hipertrofi glomerulus. Beberapa studi membuktikan bahwa pengendalian tekanan darah mempunyai peran yang sama pentingnya dengan pembatasan asupan protein dalam memperkecil hipertensi intraglomerulus dan hipertrofi glomerulus. Sasaran terapi farmakologis sangat terkait dengan derajat proteinuria. Saat ini diketahui secara luas bahwa, proteinuria merupakan faktor resiko terjadi pemburukan fungsi ginjal dengan kata lain derajat proteinuria berkaitan dengan proses pemburukan fungsi ginjal pada penyakit ginjal kronik (Suwitra, 2009). Beberapa obat antihipertensi, terutama Angiotensin Converting Enzyme/ACE inhibitor, melalui berbagai studi terbukti dapat memperlambat proses pemburukan fungsi ginjal. Hal ini terjadi lewat mekanisme kerjanya sebagai antihipertensi dan antiproteinuria.

4) Pencegahan dan terapi terhadap penyakit kardiovaskuler

Pencegahan dan terapi terhadap kardiovaskuler merupakan hal yang penting, karena 40-45% kematian pada penyakit ginjal kronik disebabkan oleh penyakit kardiovaskular adalah, pengendalian diabetes, pengendalian hipertensi, pengendalian dislipidemia, pengendalian anemia, pengendalian hiperfosfatemia dan terapi terhadap kelebihan cairan dengan gangguan keseimbangan elektrolit. Semua ini terkait dengan pencegahan dan terapi terhadap komplikasi penyakit ginjal kronik secara keseluruhan.

5) Pencegahan dan terapi terhadap komplikasi

Penyakit ginjal kronik mengakibatkan berbagai komplikasi yang manifestasinya sesuai dengan derajat penurunan fungsi ginjal yang terjadi.

Tabel 2.6 Komplikasi gagal ginjal kronik

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/mnt)	Komplikasi
1	Kerusakan Ginjal dengan LFG normal	≥ 90	
2	Kerusakan Ginjal dengan penurunan LFG ringan	60 – 89	- Tekanan darah mulai meningkat
3	Penurunan LFG sedang	30 – 59	- Hiperfosfatemia - Hipokalsemia - Anemia - Hiperparatiroid - Hipertensi - Hiperhomosistinemia
4	Penurunan LFG berat	15 – 29	- Malnutrisi - Asidiosis - Metabolik - Cenderung Hiperkalemia - Dislipidemia
5	Gagal ginjal	<15	- Gagal Jantung - Uremia

Anemia terjadi pada 80-90% pasien penyakit ginjal kronik. Anemia pada penyakit ginjal kronik terutama disebabkan oleh defisiensi eritopoitin. Berbagai hal yang ikut berperan dalam terjadinya anemia adalah defisiensi besi kehilangan darah (misal; pendarahan saluran cerna, hematuri) masa hidup eritrosit yang pendek akibat terjadinya hemolisis, defisiensi asam folat, penekanan sumsum tulang oleh substansi uremik, proses inflamasi akut maupun kronik. Evaluasi terhadap anemia dimulai saat kadar hemoglobin < 10 g % atau hematokrit < 30% meliputi evaluasi terhadap status besi (kadar besi serum/serum iron, kapasitas ikat besi total/ Total Iron Binding Capacity, feritin serum), mencari sumber pendarahan, morfologi eritrosit, kemungkinan adanya hemolisis dan lain sebagainya. Penatalaksanaan terutama ditujukan pada penyebab utamanya, disamping penyebab lain bila ditemukan. Pemberian eritropoipin (EPO)

merupakan hal yang dianjurkan. Pemberian EPO ini status besi harus selalu mendapat perhatian karena EPO memerlukan besi dalam mekanisme kerjanya. Pemberian transfusi pada pasien ESRD harus dilakukan secara hati-hati, berdasarkan indikasi yang tepat dan pemantauan yang cermat. Transfusi darah yang dilakukan secara tidak cermat dapat mengakibatkan kelebihan cairan tubuh, hiperkalemia dan pemburukan fungsi ginjal sasaran hemoglobin menurut berbagai studi klinik adalah 11 -12 g/dl.

Osteodistrofi renal merupakan komplikasi penyakit ginjal kronik yang sering terjadi. Penatalaksanaan osteodistrofi renal dilaksanakan dengan cara mengatasi hiperfosfatemia dan pemberian hormon kalsitriol ($1.25(\text{OH})_2\text{D}_3$). Penatalaksanaan hiperfosfatemia meliputi pembatasan asupan fosfat, pemberian pengikat fosfat dengan tujuan absorpsi fosfat di saluran cerna. Dialisis yang dilakukan pada pasien dengan gagal ginjal juga ikut berperan dalam mengatasi hiperfosfatemia.

Hiperfosfatemia diatasi dengan cara pemberian diet rendah fosfat sejalan dengan diet pada pasien ESRD secara umum yaitu, tinggi kalori, rendah protein dan rendah garam, karena fosfat sebagian besar terkandung dalam daging dan produk hewan seperti susu dan telur. Asupan fosfat dibatasi 600-800 mg/hari. Pembatasan asupan fosfat yang terlalu ketat tidak dianjurkan, untuk menghindari terjadinya malnutrisi. Pemberian pengikat fosfat yang banyak dipakai adalah, garam kalsium, aluminium hidroksida, garam magnesium. Berbagai garam ini diberikan secara oral, untuk menghambat absorpsi fosfat yang berasal dari makanan. Garam kalsium yang banyak dipakai adalah kalsium karbonat (CaCO_3) dan kalsium asetat, memperlihatkan cara dan jenis pengikat fosfat, efikasi dan efek

sampingnya. Pemberian bahan kalsium memetik (calcium mimetic agent). Akhir-akhir ini dikembangkan sejenis obat yang dapat menghambat reseptor Ca pada kelenjar paratiroid, dengan nama sevelamer hidroklorida. Obat ini disebut juga calcium mimetic agent, dan dilaporkan mempunyai efektivitas yang sangat baik serta efek samping yang minimal (Kurniasih et al., 2015)

Pemberian kalsitriol untuk mengatasi osteodistrofi renal banyak dilaporkan. Pemakaiannya tidak begitu luas, karena dapat meningkatkan absorpsi fosfat dan kalsium disaluran cerna sehingga dikhawatirkan mengakibatkan penumpukan barang calcium carbonate di jaringan, yang disebut kalsifikasi metastatik, selain itu juga dapat mengakibatkan penekanan yang berlebihan terhadap kelenjar paratiroid. Berdasarkan alasan tersebut maka pemakaiannya dibatasi pada pasien dengan kadar fosfat darah normal dan kadar hormon paratiroid (PTH) > 2,5 kali normal.

Pembatasan asupan air pada pasien ESRD, sangat perlu dilakukan. Hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya oedem dan komplikasi kardiovaskular. Air yang masuk ke dalam tubuh dibuat seimbang dengan air yang keluar baik melalui urine maupun insensible water loss. Asumsi bahwa air yang keluar melalui insensible water antara 500-800 ml/hari (sesuai dengan luas permukaan tubuh), maka air yang masuk dianjurkan 500-800 ml ditambah jumlah urine.

Elektrolit yang harus diawasi asupannya adalah kalium dan natrium. Pembatasan kalium dilakukan, karena hiperkalemia dapat mengakibatkan aritmia jantung yang fatal. Pemberian berbagai obat yang mengandung kalium dan makanan yang tinggi kalium (seperti buah dan sayuran) harus dibatasi kadar kalium darah dianjurkan 3,5-5,5 mEq/l. Pembatasan natrium dimaksudkan untuk

mengendalikan hipertensi dan edema. Jumlah garam natrium yang diberikan, disesuaikan dengan tingginya tekanan darah derajat edema yang terjadi.

1) Terapi pengganti ginjal

Terapi pengganti ginjal pada gagal ginjal terminal yaitu pada LFG kurang dari 15 ml/mnt. Terapi pengganti tersebut dapat berupa hemodialisis, peritoneal dialisis atau transplantasi ginjal.

2.2 Hemodialisis

2.2.1 Pengertian dan prinsip kerja hemodialisis

Hemodialisis merupakan suatu cara untuk mengeluarkan produk sisa metabolisme berupa larutan (ureum dan kreatinin) dan air yang ada pada darah membran semipermeabel atau yang disebut dengan dialyzer. Prinsip kerja fisiologis dari hemodialisis adalah difusi dan ultra filtrasi. Difusi merupakan proses perpindahan molekul dari larutan dengan konsentrasi tinggi ke daerah dengan larutan berkonsentrasi rendah sampai tercapai kondisi seimbang. Proses terjadinya difusi dipengaruhi oleh suhu, viskositas dan ukuran dari molekul. Darah pasien dipompa dan dialirkan ke kompartemen darah yang dibatasi oleh selaput semipermeable buatan dengan kompartemen dialisat. Kompartemen dialisat dialiri cairan dialisat yang bebas pirogen berisi larutan dengan komposisi elektrolit mirip serum normal dan tidak mengandung sisa metabolisme nitrogen. Cairan dialisis dan darah yang terpisah akan mengalami perubahan konsentrasi karena zat terlarut berpindah dari konsentrasi tinggi ke arah konsentrasi yang rendah sampai konsentrasi zat terlarut sama di kedua kompartemen (difusi). Proses ini disebut dengan ultrafiltrasi (Suwitra, 2009).

2.2.2 Indikasi inisiasi terapi hemodialisis

Inisiasi terapi hemodialisis tidak boleh terlambat untuk mencegah gejala toksikazotemia, dan malnutrisi, tetapi terapi hemodialisis terlalu cepat pada pasien GJK yang belum tahap akhir akan memperburuk faal ginjal (LFG). Keputusan untuk inisiasi terapi dialisis berdasarkan pertimbangan klinis dan parameter biokimia, tidak jarang presentasi klinik retensi atau akumulasi toksin azotemia tidak sejalan dengan gangguan biokimia.

Keputusan untuk inisiasi terapi dialisis berdasarkan parameter laboratorium bila LFG antara 5 dan 8 ml/menit/1.73 m². Pemeriksaan LFG (radionuklida) paling tepat untuk mencerminkan faal ginjal yang sebenarnya, sesuai dengan klirens inulin. Pemeriksaan ini terbatas di RS Rujukan. Untuk kepentingan klinis, estimasi klirens kreatinin dapat digunakan formula Cockcroft dan Gault.

2.2.3 Persiapan pasien hemodialisis

Setiap pasien yang akan menjalani program dialisis regular harus mendapat informasi yang harus dipahami sendiri dan keluarganya. Beberapa persiapan (preparasi) dialisis regular:

- 1) Sesi dialisis 3-4 kali per minggu (12-15 jam) per minggu
- 2) Psikologis yang stabil
- 3) Finansial cukup untuk program terapi dialisis regular selama waktu tidak terbatas sebelum transplantasi ginjal
- 4) Pemeriksaan laboratorium dan perasat lainnya sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan. Pemeriksaan ini sangat penting untuk menjamin kualitas hidup optimal

- 5) Disiplin pribadi untuk menjalankan program terapi ajuvan : Diet, perbatasan asupan cairan dan buah-buahan, obat-obatan yang diperlukan yang tidak terjangkau dialisis
- 6) Operasi A-V fistula dianjurkan pada saat kreatinin serum 7 mg/% terutama pasien wanita, pasien usia lanjut dan diabetes mellitus.

Periode waktu mulai dialisis sampai memulai terapi pengganti ginjal atau Renal Replacement Therapy (RRT), biasanya hanya dalam waktu yang pendek, tetapi sering ada periode waktu dari beberapa bulan sampai beberapa tahun ketika pasien harus diberikan waktu untuk menyesuaikan gaya hidup mereka dan mempersiapkan apapun bentuk dialisis yang sesuai. Keperluan penanganan predialisis meliputi bantuan psikologis, termasuk monitor klinis tentang kondisi gangguan ginjal. Semua pasien dengan kondisi CKD dengan kreatinin plasma diatas 150 mmol L⁻¹ dan /atau signifikansi proteinuria (<1 g 24 h⁻¹) sebaiknya dirujuk kepada ahli nephrologis. Pasien dengan kreatinin di atas 300 mmol L⁻¹ sebaiknya dirujuk secepat mungkin. Struktur pendidikan dan konseling bagi gangguan ginjal tahap akhir ini harus diberikan oleh tim multidisiplin ilmu (National Kidney Foundation, 2002)

Latihan reguler tentang dry weight sangat penting untuk memungkinkan perawat dan pasien menentukan jumlah cairan yang dibuang yang dibutuhkan selama dialisis. Satu kilogram sama dengan 1 L cairan, artinya berat pasien merupakan metode yang sederhana dan akurat untuk menentukan penambahan dan pengurangan cairan selama dialisis. Istilah dry weight merujuk pada berat ketika tidak ada bukti klinis oedema, nafas yang pendek, peningkatan tekanan

nadi leher atau hipertensi. Penentuan dry weight harus berdasarkan hasil pemeriksaan perawat, dokter dan ahli diet.

Tujuan dari hemodialisis adalah untuk membuang kelebihan volume cairan. Untuk menghitung ini, digunakan ilustrasi sebagai berikut. Pasien dengan berat sebenarnya 68,5 Kg. Dry weight 66 Kg. Berat yang akan dicapai : 2,5 Kg. Penambahan cairan selama tindakan (washback salin 300mL, dua minuman 300mL). Total cairan yang harus dibuang : $2,5 + 0,3 + 0,3 = 3,1$ L.

2.2.4 Komplikasi

Komplikasi akut hemodialisis adalah komplikasi yang terjadi selama hemodialisis berlangsung. Komplikasi yang terjadi diantaranya adalah hipotensi, kram otot, mual dan muntah, sakit kepala, sakit dada, sakit punggung, gatal, demam, dan menggigil. Komplikasi yang jarang terjadi misalnya sindrom disequilibrium, reaksi dialiser, aritmia, tamponade jantung, perdarahan intrakranial, kejang, hemolisis, emboli udara, neutropenia, serta aktivasi komplemen akibat dialisis dan hipoksemia (Rahardjo et al., 2009).

2.2.5 Asupan nutrisi pasien hemodialisis

Pasien hemodialisis harus mendapat asupan nutrisi yang cukup agar tetap dalam status gizi yang baik. Gizi kurang merupakan predictor yang penting untuk terjadinya kematian pada pasien hemodialisis. Asupan protein diharapkan 1-1,2 g/Kg BB/hari dengan 50% terdiri atas protein dengan nilai biologis tinggi. Asupan kalium diberikan 40-70 meq/hari. Pembatasan kalium sangat diperlukan karena itu makanan tinggi kalium seperti buah dan umbi tidak dianjurkan untuk dikonsumsi. Jumlah asupan cairan dibatasi sesuai dengan jumlah air kencing yang ada ditambah insensible water loss (IWL). Asupan natrium dibatasi 40-120

meq/hari untuk mengendalikan tekanan darah dan edema. Asupan tinggi natrium akan menyebabkan rasa haus yang akan mendorong pasien untuk minum (Rahardjo et al., 2009).

2.3 Terapi Motivational Interviewing (MI)

Menurut Miller & Rollnick (2012), motivational interviewing (MI) atau yang berarti wawancara motivasi merupakan intervensi yang berfokus pada eksplorasi, menyelesaikan dua hal yang bertentangan dan berpusat pada proses motivasi dalam diri individu. Metode ini berbeda dari metode yang lebih "memaksa" atau didorong dari luar diri individu untuk memotivasi perubahan karena tidak memaksakan perubahan (yang mungkin tidak konsisten dengan nilai-nilai orang itu sendiri, keyakinan atau keinginan), melainkan mendukung perubahan dalam cara kongruen dengan nilai-nilai orang itu sendiri dan kekhawatiran.

Definisi terbaru dari Motivational Interviewing (2009) adalah: "Bentuk kolaborasi, berpusat dalam membimbing untuk memperoleh dan memperkuat motivasi orang untuk berubah". Motivasi wawancara (MI) adalah berpusat pada klien dan dipandu pendekatan, yang bertujuan untuk meningkatkan kesiapan untuk mengubah perilaku yang tidak pantas tertentu. Hal ini merupakan suatu cara terapis yang berpusat pada klien untuk mencapai perubahan perilaku dengan cara membantu klien mengeksplorasi dan mengatasi ketidakseimbangan. Klinisi melakukan treatment dengan klien melalui proses wawancara yang dapat membuat klien rileks. Proses ini klinisi dapat memasuki dunia dan pengalaman klien sehingga klinisi dapat memotivasi klien agar secara perlahan klien dapat menyadari dan menginginkan serta melakukan perubahan perilaku

2.3.1 Aplikasi terapi motivational interviewing (MI)

Praktik dalam motivational interview therapy melibatkan penggunaan terampil dari teknik-teknik tertentu untuk membawa kehidupan motivational interview therapy yang semangat, menunjukkan prinsip - prinsip, dan membimbing proses menuju memunculkannya klien dengan perubahan bicara dan komitmen untuk sebuah perubahan. Perubahan bicara melibatkan pernyataan atau non-komunikasi lisan yang menunjukkan klien dapat mempertimbangkan kemungkinan perubahan yang terjadi. Motivational interviewing bertujuan menumbuhkan motivasi pasien untuk berubah dengan empat prinsip utama yaitu express empathy, support self-efficacy, roll with resistance, dan develop discrepancy. Meta-analisis yang dilakukan oleh Carrol et al., 2006 menunjukkan bahwa wawancara untuk memotivasi efektif dalam mengurangi alkohol dan penggunaan narkoba pada orang dewasa dan remaja dan bukti terakumulasi di lain bidang kesehatan termasuk berhenti merokok, mengurangi perilaku seksual berisiko, meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan dan obat-obatan dan manajemen diabetes.

Motivasi wawancara (MI) merupakan metode konseling yang efektif yang meningkatkan motivasi melalui resolusi ambivalensi. Model ini tumbuh dari Prochaska dan DiClemente dan Miller dan Rollnick karya di bidang kedokteran kecanduan, yang menarik pada frase 'siap, bersedia dan mampu' untuk menguraikan tiga komponen penting dari motivasi. Ini adalah: pentingnya perubahan bagi pasien (kemauan) kepercayaan diri untuk perubahan (kemampuan) apakah perubahan adalah prioritas utama (kesiapan).

Meta-analisis terbaru menunjukkan bahwa motivational interview setara atau lebih baik dari pengobatan lain seperti terapi perilaku kognitif (CBT) atau farmakoterapi, dan unggul dengan plasebo dan kontrol non-treatment untuk mengurangi penggunaan alkohol dan narkoba pada orang dewasa dan remaja (Riper et al., 2013). Motivational interview juga telah terbukti manjur dalam beberapa kondisi kesehatan lainnya, seperti berhenti merokok, mengurangi perilaku seksual berisiko, meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan dan obat-obatan, serta manajemen diabetes. Studi yang mendukung penerapan motivational interview untuk perawatan HIV, seperti meningkatkan kepatuhan terhadap terapi antiretroviral dan pengurangan penggunaan narkoba di kalangan laki-laki yang positif HIV dan wanita (Dilorio et al., 2011) dengan demikian, motivational interview adalah teknik terapi penting yang diterapkan secara luas dalam pengaturan kesehatan pada orang memotivasi untuk berubah.

Miller & Rollnick, dalam *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2012), terdapat empat keterampilan dasar Motivational Interviewing yaitu **OARS**. OARS, sering disebut keterampilan konseling mikro, OARS adalah cara singkat untuk mengingat pendekatan dasar yang digunakan dalam motivational interview. Open Ended Questions, Affirmations, Reflections, dan Summaries (OARS) adalah perilaku konselor inti yang digunakan untuk memindahkan proses ke depan dengan membentuk aliansi teraupetik dan memunculkan diskusi mengenai perubahan.

Open Ended Questions, adalah pertanyaan yang tidak mudah dijawab dengan "ya/tidak" atau jawaban singkat yang hanya berisi, sepotong terbatas informasi yang spesifik. Pertanyaan teerbuka ini mengundang elaborasi dan

berpikir lebih dalam tentang masalah. Pertanyaan terbuka membantu Anda memahami sudut pandang klien Anda dan memunculkan perasaan mereka tentang topik atau situasi tertentu. Pertanyaan terbuka memfasilitasi dialog, yang tidak bisa dijawab dengan satu kata atau frasa dan tidak memerlukan respon tertentu. Pertanyaan terbuka adalah sarana untuk meminta informasi tambahan secara netral. Pertanyaan terbuka mendorong klien untuk melakukan sebagian besar pembicaraan, serta menghindari membuat keputusan yang tidak tepat, dan terus komunikasi terus berlanjut (Najavits, 1999)

Affirmations, adalah pernyataan yang mengakui kekuatan klien. Hal ini, membantu dalam membangun hubungan dan membantu klien melihat diri mereka menjadi lebih positif. Penggunaan afirmasi dapat membantu klien merasa bahwa perubahan itu mungkin bahkan ketika upaya sebelumnya telah gagal. Afirmasi sering melibatkan reframing perilaku atau masalah sebagai bukti kualitas klien positif. Afirmasi adalah suatu keterampilan komunikasi untuk menekankan hal-hal yang positif dari pasien. Seringkali petugas lebih fokus untuk mengoreksi apa yang dianggap sebagai suatu kesalahan sehingga lupa menghargai hal-hal yang positif pada pasien. Pelaksanaan afirmasi berarti menegaskan hal-hal positif yang sudah dilakukan pasien sehingga pasien merasa dihargai dan dipercaya oleh petugas. Afirmasi adalah elemen kunci dalam memfasilitasi prinsip motivational interview yaitu Supporting Self-Efficacy. Penting untuk diingat bahwa afirmasi bukan memuji. Memuji bisa menjadi hambatan berkomunikasi dengan pasien karena menempatkan petugas dalam posisi menilai pasien dimana petugas memutuskan perilaku mana yang dipuji dan mana yang dikritisi (Miller, R & Rollnick, 2012).

Reflections, mendengarkan mungkin keterampilan yang paling penting dalam motivational interview. Reflections memiliki dua tujuan utama. Pertama adalah untuk membawa ke kehidupan dengan prinsip mengekspresikan Empati. Dengan mendengarkan dan reflektif tanggapan hati, klien datang untuk merasa bahwa konselor memahami masalah dari sudut pandang mereka. Di luar ini, penggunaan strategis reflektif mendengarkan adalah intervensi inti menuju membimbing klien terhadap perubahan, mendukung tujuan-aspek diarahkan dari motivational interview. Refleksi adalah pernyataan (bukan pertanyaan) yang mengharuskan petugas kesehatan mendengarkan, mengamati dan menginterpretasi isyarat verbal dan visual pasien agar sesuai dengan yang dimaksud. Untuk dapat mengulang pernyataan pasien, petugas harus mendengarkan dengan baik apa yang disampaikan pasien. Keterampilan ini membutuhkan banyak praktik.

Pertanyaan adalah bagian penting dari MI, tetapi dengan bertanya petugas mengambil alih kontrol percakapan dari pasien dan mendorong pasien untuk memberikan jawaban. Refleksi adalah cara petugas (perawat) untuk mengarahkan pembicaraan dan menyemangati pasien agar menambahkan informasi tanpa mengambil kontrol dari pasien. Mendengarkan yang baik bukan berarti diam dan hanya mendengarkan apa yang pasien katakan. Kunci mendengarkan secara aktif adalah bagaimana petugas menanggapi kata-kata pasien. Oleh karena itu teknik ini kadang disebut juga “mendengarkan secara aktif”. Berikut berbagai hal-hal yang tidak disarankan dan dihindari dalam refleksi (Miller & Rollnick, 2012):

1. Memberi saran atau solusi tanpa diminta
2. Memerintah, mempengaruhi atau menggurui
3. Mengatakan setuju/tidak setuju, menghakimi atau menyalahkan

4. Mempermalukan, mengolok-olok atau memberi julukan
5. Menganalisa
6. Meyakinkan atau memberi simpati
7. Mempertanyakan atau menggali informasi

Perilaku-perilaku di atas tidak disarankan pada saat mendengarkan aktif walaupun kadang-kadang dilakukan. Hal ini bukan termasuk cara mendengarkan yang aktif karena justru mengalihkan perhatian petugas dari mendengarkan pasien dan menghambat penggalan diri pasien. Hambatan yang dimaksud ialah mengarahkan pasien untuk mendengarkan petugas, seolah-olah petugas mengerti yang terbaik bagi pasien.

Berbagai perilaku di atas tidak membantu dalam menggali sikap mendua (ambivalensi) dari pasien. Petugas kesehatan tidak sungguh-sungguh mendengarkan, dan tidak memberi kesempatan kepada pasien untuk berbicara. Perilaku di atas hanya mencoba memaksa pasien untuk menyetujui sebuah perubahan secara dini.

Memaksa pasien untuk menyetujui sebuah perubahan secara dini dapat menyebabkan pasien marah dan menjadi tidak komunikatif. Pasien juga dapat saja menyetujui dengan cepat hanya untuk menyenangkan petugas kesehatan, namun dalam hatinya tidak benar-benar akan melakukan perubahan.

Inti dari refleksi adalah berusaha untuk mengerti maksud perkataan pasien. Dalam komunikasi bisa terjadi salah pengertian. Sebelum pasien berbicara, mereka harus memikirkan hal yang ingin dikomunikasikan, lalu mengucapkannya dalam bentuk kalimat. Refleksi memungkinkan petugas menduga maksud perkataan pasien dan menyuarakan dugaan tersebut dalam sebuah pernyataan.

Tingkat refleksi berbeda-beda, dari yang sederhana, terdiri dari satu dua kata atau mengulangi pernyataan pasien, hingga tingkat refleksi kompleks. Refleksi Sederhana dilakukan dengan menyatakan kembali perkataan pasien dapat dengan kata-kata yang sama atau berbeda, namun tidak menambah makna. Refleksi sederhana dapat digunakan untuk memberikan sinyal kepada pasien bahwa kita mendengarkan dan menyemangati mereka untuk terus bicara. Namun bila terlalu banyak digunakan, petugas akan merasa seperti burung beo, hanya mengulangi segala perkataan pasien – ini bisa melelahkan bagi petugas dan menjengkelkan bagi pasien.

Refleksi Kompleks dilakukan dengan menyatakan kembali perkataan pasien dengan menambah arti atau penekanan terhadap apa yang dikatakan pasien, sering dengan membuat dugaan tentang makna lebih dalam (tersirat) dari pernyataan pasien atau menduga apa yang akan mereka katakan selanjutnya.

Pada refleksi kompleks, pasien tidak menyatakan kekhawatirannya pada hasil pemeriksaan dahak tapi petugas menduga apa yang ditakutkan pasien. Percakapan juga dapat mengarah ke pembicaraan tentang apa yang menjadi hambatan untuk tes laboratorium. Refleksi ini walaupun awalnya terasa canggung, tapi mempermudah proses komunikasi dan kesamaan persepsi antara petugas dan pasien. Prinsipnya adalah untuk tidak membuat dugaan terlalu jauh. Refleksi sederhana petugas cenderung sulit mendapatkan informasi lebih dalam tentang apa yang pasien ungkapkan

Ada beberapa jenis Refleksi Kompleks yang dapat digunakan agar percakapan dengan pasien terus mengalir, yaitu:

1. Parafrase: menyatakan ulang sambil menyimpulkan arti dari pernyataan pasien
2. Refleksi perasaan: kurang menekankan pada maksud dari kalimat pasien namun memperkuat aspek emosi yang diekspresikan pasien
3. Refleksi dua arah: menyampaikan dua sisi yang saling bertentangan: "Di satu sisi ..., di lain sisi ..."
4. Merangkum: merefleksikan beberapa pesan yang disampaikan oleh pasien, dan merangkumnya menjadi satu

Refleksi tidak lebih panjang dari pernyataan yang direfleksikan, semakin ringkas semakin baik.

Summaries, adalah kemampuan untuk meringkas secara berkala apa yang telah terjadi dalam sesi konseling. Meringkas terdiri dari pemilihan esensi dari apa yang telah diungkapkan klien dan mengkomunikasikannya kembali. "Ringkasan memperkuat apa yang telah dikatakan, menunjukkan bahwa Anda telah mendengarkan dengan saksama, dan mempersiapkan klien untuk melanjutkan"(Miller, R & Rollnick, 2012). Ringkasan yang menghubungkan perasaan positif dan negatif klien dapat memfasilitasi pemahaman tentang ambivalensi awal dan mendorong persepsi ketidaksesuaian. Meringkas juga merupakan cara yang baik untuk memulai dan mengakhiri setiap sesi konseling dan memberikan jembatan alami saat klien melakukan transisi antara tahap perubahan. Meringkas juga upaya dalam menentukan tujuan strategis.

Penyajian ringkasan dapat dilakukan dengan memilih informasi apa yang harus disertakan dan apa yang bisa diminimalkan atau ditinggalkan. Klien dalam hal ini harus dilibatkan untuk dapat mengoreksi benar atau tidaknya ringkasan

yang, dan ini sering mengarah pada komentar dan diskusi lebih lanjut. Meringkas membantu klien mempertimbangkan tanggapan mereka sendiri dan merenungkan pengalaman mereka sendiri, ini juga memberi Anda dan klien Anda kesempatan untuk memperhatikan apa yang mungkin telah diabaikan dan juga dinyatakan salah (Najavits, 1999).

2.3.2 Pembahasan terapi motivational interviewing (MI)

1. Dalam Segi Budaya

Berdasarkan sudut pandang kebudayaan, terapi wawancara motivasi ini tidak melanggar atau menyimpang dari nilai-nilai yang ada pada budaya tertentu. Justru dapat dikatakan memiliki pengaruh yang sangat besar terhadap perubahan perilaku. Motivasi merupakan komponen penting dalam perubahan perilaku seseorang (Lundahl & Burke, 2009; 3). Kekuatan motivasi pada proses wawancara saat terapi berlangsung mampu berperan besar untuk mendorong manusia agar memiliki pola pikir dan tingkah laku yang secara sadar dapat dikontrol sehingga individu mampu bergerak dan menguasai dirinya sendiri. Sadar dan mampu menguasai dirinya sendiri merupakan sebuah nilai yang cukup penting bagi individu. Berbagai nilai inilah yang selalu diharapkan oleh semua budaya untuk dapat dikuasai oleh setiap individu. Tata nilai budaya menuntun seseorang (klien) bertindak dan berperilaku sesuai dengan apa yang dikehendaki oleh terapis wawancara motivasi ini (Haleem et al., 2012).

Proses perubahan tidak hanya membutuhkan bekal pengetahuan saja. Pengetahuan tanpa dorongan yang kuat tidak akan menghasilkan sebuah perubahan. Suatu perubahan dapat terjadi setelah melalui beberapa

proses yang panjang dalam jangka waktu lama. Seseorang yang kurang akan kekuatan dalam dirinya untuk berubah akan jauh lebih sulit memulai gerakan perubahan. Dalam menjalankan proses perubahan, seseorang dituntut untuk tegas dan disiplin dengan peraturan yang ditetapkan. Nasehat yang baik saja belum tentu dapat merubah perilaku seseorang. Pendekatan lebih jauh melalui wawancara sangat diperlukan. Teknik yang sederhana seperti ini lebih dipilih oleh masyarakat ketimbang harus menyelesaikan masalah dengan jalan penelitian yang dianggap lebih rumit.

MI bukanlah teknik untuk mengelabui seseorang untuk melakukan apa yang mereka tak ingin lakukan. MI merupakan gaya klinis yang penuh ketrampilan untuk mendatangkan motivasi yang baik pada diri pasien agar membuat perubahan dalam perilakunya sebab peduli pada kesehatannya, ini membutuhkan sikap membina dibandingkan memerintah, mendengarkan dibandingkan bercerita. Secara keseluruhan digambarkan sebagai kolaboratif, evokatif, dan rasa hormat pada otonomi pasien (Miller & Rollnick, 2012).

Motivational interviewing disebut kolaboratif melibatkan kerjasama antara pasien dengan perawat/praktisi kesehatan lainnya dan meletakkan pasien pada posisi sentral. Serta disebut evokatif karena dapat membangkitkan semangat pasien dengan menunjukkan apa yang mereka miliki dan menggunakan sumberdaya tersebut untuk berubah. Hal ini sangat berkebalikan dengan kebiasaan yang dilakukan oleh praktisi dengan metode biasa yang justru menunjukkan kelemahan dan kesalahan pasien lalu menginstruksikan hal yang dianggap benar dengan mencari berbagai

hal lain sebagai instrumen, padahal pasien juga tidak sepenuhnya tidak memiliki apapun untuk dimanfaatkan sebagai kelebihan, sedangkan disebut menghargai otonomi pasien sebab tidak menghilangkan caring dan menerima bahwa setiap manusia dapat membuat keputusannya sendiri untuk kehidupannya (Miller & Rollnick, 2012). Menghargai otonomi pasien juga merupakan kunci dalam memfasilitasi perubahan perilaku kesehatan.

Nilai-nilai diatas dapat disimpulkan bahwa dalam melakukan proses MI, perawat tidak memaksa pasiennya untuk sepakat, justru sebagai seorang fasilitator, perawat harus menghargai pendapat pasien. Dalam segi budaya, MI tidak menjadi permasalahan, sebab MI mendudukan pasien pada sentral pembicaraan dan mendengarkan segala pendapat dan persepsi pasiennya. Pada kebudayaan tertentu, semisal menganggap menatap mata merupakan ketidaksopanan atau pada kebudayaan yang tidak menyukai orang asing menanyai persepsi pribadinya, MI perlu dilakukan dengan modifikasi teknik agar dalam penyampaiannya tetap dapat diterima oleh masyarakat

2. Dalam segi agama

Berdasarkan sudut pandang keagamaan, teori wawancara motivasi merupakan teori yang melibatkan ketenangan di dalamnya, dimana hal ini dapat mempengaruhi jalan pikir klien terhadap Tuhan-Nya. Teori yang berisi berbagai motivasi di dalamnya, cukup mengandung banyak nasehat hidup yang dinilai penting untuk memberikan ruang bagi klien untuk merenung, mengakui kesalahannya, menyadari masalahnya, dan timbul

usaha kuat untuk lepas dari masalah yang dihadapi. Motivasi yang diterima mampu meningkatkan wawasan seseorang tentang masalahnya dan akan sangat membantu dalam bertindak bagaimana seharusnya ia berperilaku (Miller & Thoresen, 2003).

Penggunaan bahasan tentang tujuan hidup atau target dalam hidup menjadi sangat penting. Penjelasan mengenai berbagai kesalahan perilaku klien dapat difokuskan ke akibat yang akan terjadi pada individu tersebut. Melihat dari segi keagamaan, terapi ini termasuk terapi yang mengutamakan ketenangan yang membebaskan klien untuk merenung dan memohon kepada Tuhan-Nya, sehingga bisa jadi perubahan perilaku yang terjadi pada klien adalah akibat kedekatan klien dengan Tuhan (Miller & Thoresen, 2003). Terapi ini memiliki nilai manfaat yang positif. Selain bertujuan merubah perilaku, juga dapat mendekatkan klien kepada Sang Pencipta.

Motivational interviewing tidak menggunakan bahan, alat dan perlengkapan yang diharamkan atau membahayakan sehingga tidak merugikan pasien seperti yang dianjurkan agama untuk tidak merugikan diri sendiri, pada agama seperti Islam yang menjunjung tinggi kehormatan wanita sehingga wanita dilarang berdua-duaan dengan lelaki yang bukan mahramnya dalam waktu yang cukup lama dan dikhawatirkan menimbulkan perasaan lain, sehingga sangat perlu diperhatikan untuk jenis kelamin dan hubungan pasien-perawat. Apabila pasien wanita, hendaknya interviewer juga wanita, dan bila pasien laki-laki, hendaknya interviewer

adalah laki-laki, atau perempuan dengan catatan perbedaan umur dan keamanan profesionalisme perawat.

3. Dalam segi kesehatan

Berdasarkan sudut pandang kesehatan, terapi wawancara motivasi dianggap efektif sesuai dengan tujuan terapinya. Terapi ini merupakan jenis terapi yang diadopsi sebagai gaya/konsep konseling tujuannya agar mampu merubah perilaku seseorang menjadi ke arah yang lebih baik dan sesuai dengan yang diharapkan (Markland, Ryan, Tobin, & Rollnick, 2005; 811). MTI mampu mempengaruhi pertumbuhan personal seseorang dengan berfokus pada psikologis. Psikologis merupakan salah satu aspek dalam lingkup holistik. Pendekatan holistik melihat keadaan sehat sakit seseorang melalui berbagai aspek, bio-psiko-sosio-kultural, religi. Pendekatan psikologis yang distimulasi oleh beberapa wawancara motivasi akan sangat mempengaruhi pengetahuan atau kognitif individu, sehingga secara tidak langsung, individu dapat memiliki performa atau perilaku yang sesuai.

Motivational Interviewing (MI) teruji efektif untuk membantu mengubah perilaku kesehatan. Tahun 1993, untuk pertamakalinya dikembangkan metode klinis MI sebagai intervensi untuk masalah perilaku minum minuman keras, dimana diketahui bahwa motivasi pasien menjadi tantangan dan kendala untuk berubah. MI pada tahun 1990, mulai diujikan pada masalah kesehatan lain, yaitu penyakit kronis, dimana perubahan perilaku adalah kunci dan motivasi pasien merupakan tantangannya. Hasil dari uji tersebut ditemukan hasil yang positif dari penggunaan MI pada

manajemen penyakit jantung, diabetes, diet, hipertensi, psychosis, dan penyakit patologis dan pada perawatan dan pencegahan infeksi HIV. Palacio et al., 2015 dalam sistematik reviewnya tentang efektifitas MI dalam meningkatkan kepatuhan pengobatan dijelaskan bahwa kelompok perlakuan dengan MI memiliki tingkat kepatuhan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol.

Motivational interviewing bekerja dengan cara mengaktifkan motivasi diri pasien untuk berubah dan ketaatannya pada perawatan. Pasien yang melakukan MI (vs. perawatan biasa) ditemukan dalam berbagai percobaan klinis lebih senang mengikuti perawatan, menetap, dan menyelesaikan pengobatan; untuk berpartisipasi pada berbagai jadwal kunjungan; untuk mengikuti monitor glukosa dan untuk meningkatkan kontrol glikemi; untuk meningkatkan latihan fisik dan konsumsi buah dan sayur; untuk mengurangi stress dan konsumsi sodium; untuk menjaga pola makan; untuk mengurangi seks yang tidak terjaga dan saling mengganggu; untuk meningkatkan ketaatan pada pengobatan; untuk mengurangi konsumsi alkohol dan narkotika; untuk berhenti merokok; dan untuk mengurangi akibat cedera dan hospitalisasi. Crown et al., 2017 dalam penelitiannya tentang manajemen perawatan diri pada pasien hemodialisis menggunakan intervensi motivational interviewing didapatkan bahwa MI dapat menjadi salah satu intervensi yang dapat membantu pasien meningkatkan motivasi perawatan diri dan kontrol cairan sehingga perlu dan sangat efektif untuk dilakukan oleh seorang perawat.

2.4 Spiritual

2.4.1 Pengertian spiritualitas

Spiritual adalah suatu yang multidimensi yaitu dimensi eksistensial dan dimensi agama. Dimensi eksistensial berfokus pada tujuan dan arti kehidupan, sedangkan dimensi agama lebih fokus pada hubungan seseorang dengan Tuhan Yang Maha Kuasa (Mickey 1992 dalam Yusuf et al., 2017).

Spiritualitas adalah faktor kultural penting yang memberi struktur dan arti pada nilai manusia, perilaku dan pengalamannya. Spiritualitas adalah dimensi yang dalam dari suatu agama dan menjadi substansi dari ajaran suatu agama. Spiritualitas bukan suatu agama, tetapi spiritualitas agama sebenarnya menyatu dalam spiritualitas manusia dan berada dalam dimensi batin kepribadiannya (Yusuf, et al., 2017). Spiritualitas juga didefinisikan sebagai kepercayaan yang dipegang seseorang yang berhubungan dengan hubungan eksistensial meliputi kepercayaan yang menggambarkan hubungan dengan orang lain, mengakui adanya kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan Yang Maha Esa) dan mengakui bahwa setiap individu punya tempat masing-masing di dunia serta kepercayaan yang mengarah ke praktik spiritual (White, Peters, & Schim, 2011).

Spiritualitas merupakan pola pikir yang mensintesis kepribadian dan mengarahkan energi untuk menjadi lebih tertib. Spiritualitas mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kondisi fisik, perasaan, pikiran dan hubungan antara ketiganya. Dimensi spiritual mencoba menjadi selaras dengan alam semesta, berusaha menjawab tentang yang tidak terbatas, dan menjadi fokus sandaran pada saat stress emosional, penyakit fisik dan mental, kerugian, kehilangan dan kematian (Pasiak, 2012). Perspektif spiritual adalah “kedalaman spiritualitas meresap dalam

kehidupan sehingga mereka terlibat dalam interaksi spiritual, dengan demikian perspektif spiritual merupakan pilihan panduan, memberikan kenyamanan, merumuskan nilai pribadi/moral, dan membantu mengatasi selama sakit, kesedihan, dan kehilangan (Yusuf, et al, 2017)

2.4.2 Dimensi spiritual

Pasiak dalam Yusuf et al., (2017) terdapat 4 dimensi spiritualitas manusia yaitu makna hidup, emosi positif, kecenderungan ritual, dan pengalaman spiritual.

1. Makna hidup

Spiritualitas merupakan penghayatan intrapersonal yang bersifat unik, ditunjukkan dalam hubungan sosial (interpersonal) yang bermanfaat, menginspirasi dan mewariskan sesuatu yang bernilai bagi kehidupan manusia.

2. Emosi positif

Manifestasi spiritual berupa kemampuan mengelola pikiran dan perasaan dalam hubungan intrapersonal sehingga seseorang memiliki nilai kehidupan yang mendasari kemampuan bersikap dengan tepat.

3. Pengalaman spiritual

Manifestasi spiritual di dalam diri seseorang berupa pengalaman spesifik dan unik terkait hubungan dirinya dengan Tuhan Yang Maha Esa dalam berbagai tingkatannya.

4. Ritual

Manifestasi spiritual berupa tindakan terstruktur, sistematis, berulang, melibatkan aspek motorik, kognisi dan afeksi yang dilakukan menurut suatu tata cara tertentu baik individual maupun komunal.

Karakteristik spiritual tergambarkan pada hubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam dan hubungan dengan Tuhan (Puchalski et al., 2004). Terdapat beberapa karakteristik spiritual meliputi :

1. Hubungan dengan diri sendiri

Merupakan kekuatan dari diri sendiri seseorang yang meliputi pengetahuan diri yaitu siapa dirinya, apa yang dapat dilakukan dan juga sikap yang menyangkut kepercayaan pada diri sendiri, percaya pada kehidupan atau masa depan, ketenangan pikiran serta keselarasan dengan diri sendiri. Kekuatan yang timbul dari diri seseorang membantunya menyadari makna dan tujuan hidupnya, diantaranya memandang pengalaman hidupnya sebagai pengalaman yang positif, kepuasan hidup, optimis terhadap masa depan dan tujuan hidup yang semakin jelas (Kozier et al., 1995)

1) Kepercayaan (Faith)

Fowler dan Keen (1995) kepercayaan bersifat universal dimana merupakan penerimaan individu terhadap kebenaran yang tidak dapat dibuktikan dengan pikiran yang logis. Kepercayaan dapat memberikan arti hidup dan kekuatan bagi individu ketika mengalami kesulitan dan stres. Mempunyai kepercayaan berarti mempunyai komitmen terhadap sesuatu atau seseorang sehingga dapat memahami kehidupan manusia dengan wawasan yang lebih luas.

2) Harapan (Hope)

Harapan berhubungan dengan ketidakpastian dalam hidup dan merupakan suatu proses interpersonal yang terbina melalui hubungan saling percaya dengan orang lain, termasuk dengan Tuhan. Harapan sangat penting bagi

individu untuk mempertahankan hidup, tanpa harapan banyak orang menjadi depresi dan lebih cenderung terkena penyakit (Grimm,1999)

3) Makna atau arti dalam hidup (Meaning Of Life)

Perasaan mengetahui makna hidup, yang kadang diidentikan dengan perasaan dekan dengan Tuhan, merasakan hidup sebagai suatu pengalaman yang positif seperti membicarakan tentang sesuatu yang nyata, membuat hidup lebih terarah, penuh harapan dengan masa depan, merasa mencintai dan dicintai oleh orang lain (Puchalski et al., 2004)

2. Hubungan dengan orang lain

Hubungan ini terbagi atas harmonis dan tidak harmonisnya hubungan dengan orang lain. Keadaan harmonis meliputi pembagian waktu, pengetahuan dan sumber timbal balik, mengasuh anak, mengasuh orang tua dan orang yang sakit, serta menyakini kehidupan dan kematian. Keadaan tidak harmonis mencakup konflik dengan orang lain dan resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan dan friksi serta keterbatasan asosiasi (Kozier et al.,1995)

Maaf dan pengampunan (forgiveness). Menyadari kemampuan untuk menggunakan sumber dan kekuatan dalam diri sendiri seperti marah, mengingkari, rasa bersalah, malu, bingung, meyakini bahwa Tuhan sedang menghukum serta mengembangkan arti penderitaan dan meyakini hikmah dari suatu kejadian atau penderitaan. Pengampunan bagi seorang individu dapat meningkatkan coping terhadap stres, cemas, depresi, dan tekanan emosional, penyakit fisik serta meningkatkan perilaku sehat dan perasaan damai (Puchalski, 2004).

Cinta kasih dan dukungan sosial (Love and social support).

Keinginan untuk menjalin dan mengembangkan hubungan antar manusia yang positif melalui keyakinan, rasa percaya, dan cinta kasih. Teman dan keluarga dekat dapat memberikan bantuan dan dukungan emosional untuk melawan banyak penyakit. Seseorang yang mempunyai pengalaman cinta kasih dan dukungan sosial yang kuat cenderung untuk menentang perilaku tidak sehat dan melindungi individu dari penyakit jantung (Hart, 2002).

3. Hubungan dengan alam

Harmoni merupakan gambaran hubungan seseorang dengan alam yang meliputi pengetahuan tentang tanaman, pohon, margasatwa, iklim, dan berkomunikasi dengan alam serta melindungi alam tersebut (Kozier, Erb, Blais & Wilkinson, 1995).

Rekreasi (Joy). Rekreasi merupakan kebutuhan spiritual seseorang dalam menumbuhkan keyakinan, rahmat, rasa terimakasih, harapan dan cinta kasih. Dengan rekreasi seseorang dapat menyelaraskan antara jasmani dan rohani sehingga timbul perasaan kesenangan dan kepuasan dalam pemenuhan berbagai hal yang dianggap penting dalam hidup seperti, menonton televisi, mendengarkan musik, olahraga dan lain-lain (Pulchaki, 2004)

Kedamaian (Peace). Kedamaian merupakan keadilan, rasa kasihan dan kesatuan. Dengan kedamaian seseorang akan merasa lebih tenang dan dapat meningkatkan status kesehatan (Hamid, 2000).

4. Hubungan dengan Tuhan

Meliputi agamis maupun tidak agamis. Keadaan ini menyangkut sembahyang dan berdoa, keikutsertaan dalam kegiatan ibadah, perlengkapan keagamaan, serta bersatu dengan alam (Kozier, Erb, Blais & Wilkinson, 1995).

Hal yang dapat disimpulkan bahwa seseorang terpenuhi kebutuhan spiritual apabila mampu merumuskan arti personal yang positif tentang tujuan keberadaannya di dunia atau kehidupan, menjalin hubungan yang positif dan dinamis, membina integritas personal dan merasa diri berharga, merasakan kehidupan yang terarah terlihat melalui harapan dan mengembangkan hubungan antar manusia yang positif (Hamid, 1999).

2.4.3 Spiritualitas dan religiusitas (agama)

Spiritualitas mengimplikasikan sesuatu yang intrinsik dalam kehidupan. Spiritulitas banyak diartikan sebagai saripati, pusat, inti, dan dimensi integrasi. Dimensi ini sering diartikan sebagai domain of life yang membawa signifikansi, tujuan, arti, dan arah kehidupan seseorang. Agama mengacu pada agregasi komunitas di mana para pengikutnya mempertahankan sense of belonging melalui keyakinan, ibadah, pengajaran etik, dan tradisi keagamaan (Yusuf et al., 2017).

Agama dapat merupakan salah satu jalan untuk mencapai spiritualitas, dan cara lain di luar agama juga dapat digunakan untuk mencapai spiritualitas. Beberapa penulis mengatakan bahwa pencapaian spiritualitas tidak memerlukan syarat memiliki konsep ketuhanan (Bessing, 2010). Mereka yang atheis pun dapat memiliki kehidupan spiritualitas yang kaya, sama dengan mereka yang mencapai spiritualitas melalui jalur agama.

Alpot, seorang psikolog membagi dua macam religiusitas yaitu ekstrinsik dan intrinsik. Religiusitas ekstrinsik memandang agama sebagai sesuatu yang dapat dimanfaatkan agar dia memperoleh status dirinya. Ia berpuasa, kebaktian atau membaca kitab suci, bukan untuk meraih berkah Tuhan, melainkan supaya orang lain menghargai dirinya. Religiusitas intrinsik adalah cara beragama yang memasukkan nilai agama ke dalam dirinya. Ibadah ritual bukan hanya praktik tanpa makna, semua ibadah memiliki pengaruh dalam sikap setiap hari. Spiritualitas sering digambarkan sebagai dimensi intrinsik dari kehidupan agama. Menurut sejarah spiritualitas lebih dahulu daripada agama, sebagai strukturisasi spiritual dalam institusi sosial dan ritual (Yusuf et al., 2017)

2.4.4 Spiritualitas dalam keperawatan

Spiritualitas merupakan faktor penting yang membantu individu mencapai keseimbangan yang diperlukan untuk memelihara kesehatan dan kesejahteraan, serta untuk beradaptasi dengan penyakit. Peneliti menunjukkan spiritualitas yang positif mempengaruhi dan meningkatkan kesehatan, kualitas hidup, perilaku yang meningkatkan kesehatan, dan kegiatan pencegahan penyakit (Aaron et al., 2003; Figueroa et al., 2006; Gibson dan Hendricks, 2006; Grey et al., 2004; Grimsley, 2006, dalam Potter & Perry, 2011)

Asuhan keperawatan juga meliputi tindakan untuk menolong klien menggunakan sumber daya spiritual selama mereka menentukan dan menggali apa yang paling berarti dalam kehidupan mereka dan menemukancara untuk beradaptasi dengan akibat yang ditimbulkan oleh penyakit dan tekanan. Kepercayaan dan keyakinan dalam diri seseorang merupakan sumber daya yang paling kuat untuk proses penyembuhan. Spiritualitas memberikan individu energi

yang dibutuhkan untuk menumbuhkan kesadaran diri dalam mengambil hikmah dan kepercayaan terhadap kekuatan Tuhan. Energi yang berasal dari spiritualitas membantu klien merasa sehat dan membantu membuat pilihan sepanjang kehidupan. Kekuatan batiniah merupakan suatu sumber energi yang menanamkan harapan, memberikan motivasi, dan mempromosikan harapan yang positif pada kehidupan (Poter & Perry, 2011)

Penyakit atau trauma menciptakan suatu perjuangan yang tidak diharapkan untuk menggabungkan dan beradaptasi dengan kenyataan baru (misalnya kecacatan). Kekuatan spiritualitas klien mempengaruhi bagaimana klien beradaptasi dengan penyakit yang tiba-tiba dan seberapa cepat klien beralih ke masa pemulihan. Perawat menggunakan pengetahuan kesejahteraan spiritual individu untuk memaksimalkan perasaan damai dan penyembuhan dari dalam (Grant, 2004, dalam Potter dan Perry, 2010).

Menurut Wardhana (2011) motivasi diri yang mendorong penderita penyakit kronis untuk mendapatkan kesembuhan atas dasar kehidupan beragama seseorang sebagai berikut:

1. Menerima, menjalani dan menikmati kehidupan berikut dampak stroke dengan penuh keikhlasan adalah suatu bentuk kegiatan ibadah. Hal ini berarti penderita stroke telah berusaha untuk mendekatkan diri kepada Tuhan.
2. Keinginan untuk sembuh didasarkan pada rasa tanggung jawab sebagai pemimpin (kepala) keluarga, tanggung jawab kepada pekerjaan (apapun pekerjaannya), kepada masyarakat.

3. Keinginan untuk sembuh didasarkan pada keinginan untuk menceritakan cara-cara pulih dari penyakit kronis dan mengajari penderita penyakit kronis lainnya sebagai suatu tanda syukur.

2.5 Pendekatan Spiritual dalam Motivational Interviewing

2.5.1 Rasa syukur

Syukur adalah menyadari bahwa semua yang kita miliki adalah karunia dan pemberian Tuhan, Allah SWT. Manusia yang bersyukur sebenarnya adalah manusia yang kaya, hatinya lapang dan jiwanya bersih dari angan kosong dan impian yang melemahkan gairah hidup. Tidak ada waktu baginya memikirkan apa yang dimiliki orang lain, selalu sibuk dengan berbagai nikmat yang dia dapatkan.

Bersyukur bukan hanya dengan ucapan Alhamdulillah di bibir, tetapi harus ditampkkan dalam sikap hidup menjaga dan memanfaatkan sebaik mungkin nikmat dan karunia Allah, dengan cara tujuan yang baik pula. Tidak iri dan dengki terhadap anugerah yang Allah titipkan kepada orang lain, serta adanya perbaikan kualitas hubungan dengan Allah (ibadah) dan hubungan dengan manusia (sosial). Allah SWT berfirman: “Dan (ingatlah juga) tatkala Tuhanmu memaklumkan; Sesungguhnya jika kamu bersyukur, niscaya Aku akan menambah nikmat kepadamu, dan jika kamu mengingkari (nikmat-Ku), maka sesungguhnya azab-Ku sangat berat “(QS.Ibrahim,7).

Sebuah hadist; Aisyah RA, menceritakan tentang ibadah Rasullullah, bahwa Nabi Muhammad SAW berdiri pada shalat malam (tahajud) sampai bengkak kedua kakinya, lalu aku bertanya kepadanya: “Kenapa kau lakukan ini wahai Rasulullah, padahal Allah telah mengampunimu baik dosa yang lalu dan dosa yang

akan datang?. Beliau menjawab: “Tidakkah aku suka menjadi hamba yang bersyukur?”(HR. Bukhari, Muslim, dan Ibnu Majah)

Hidup didalam rasa syukur adalah jalan pintas menuju kebahagiaan lahir batin dan menghadirkan banyak “keajaiban” yang menyenangkan hidup. Allah telah berjanji dalam Al-Qur’an; “Apabila kita dapat mensyukuri nikmat yang telah diberikan, Tuhan akan menambah rezeki dari sisi yang tak terduga”. Joseph R.Murphy dalam bukunya *Your Infinite To Be Rich* mengatakan “Seluruh proses menuju kekayaan mental, material, dan spiritual dapat diringkas dalam satu kata yaitu Syukur.

2.5.2 Rasa sabar dan ikhlas

Sabar adalah luas hati, tidak mudah marah (Kamus Besar Bahasa Indonesia), orang yang sabar adalah orang yang luas hati, tidak mudah marah dan tenang menghadapi masalah. Hakikat sabar menurut Imam Al-Ghazali adalah tahan menderita dari gangguan dan tahan menderita dari ketidaksenangan orang. Sabar adalah kunci dari kesulitan, barang siapa bersabar dalam menghadapinya maka dia akan berhasil mengatasi masalah dalam kesulitan itu.

Sabar memang sangat berat, karena sabar bukanlah kelemahan justru sabar adalah kekuatan, sabar bukanlah kelesuan tetapi semangat hidup, sabar bukanlah kecengengan tapi ketegaran, sabar bukanlah pesimis tetapi optimis, dan sabar bukanlah diam membisu tetapi sabar adalah berjuang pantang menyerah (Al-Hamid, 1995; Nahrowi, 2010)

Orang sabar bukan sekedar tidak menangis ketika mendapat musibah, bukan pula sekedar tidak mengeluh saat tertimpa kesulitan, sebab itu barulah tahapan awal kesabaran. Allah SWT berfirman: “*Dan betapa banyak nabi yang*

berperang didampingi sejumlah besar dari pengikut (nya) yang bertakwa. Mereka tidak menjadi lemah karena bencana yang menimpa mereka di jalan Allah, tidak patah semangat dan tidak pula menyerah kepada musuh". *Allah menyukai orang yang sabar* (QS.Ali Imran, 146)

Ikhlas adalah keterampilan berserah diri, menyerahkan segala pikiran (keinginan, harapan dan cita) dan perasaan (ketakutan, kecemasan, kekhawatiran) kembali kepada sumbernya Allah (Nahrowi, 2010). Kita harus memahami bahwa semua ini adalah milik Allah, hanya karena Allah kita hidup dan hanya untuk Allah kita hidup.

Ikhlas merupakan kompetensi tertinggi manusia yang dipedomankan oleh Allah untuk dimiliki setiap manusia yang ingin berhasil meraih kesuksesan. Fitrah manusia yang sempurna akan tercemar saat dia tidak ikhlas, ketika kita ikhlas maka hidup hanya mengandalkan bimbinganNya untuk memberikan manfaat terbesar bagi setiap orang. Syukur yang selalu dirasakan dalam hati, menumbuhkan rasa sabar, yakin, tenang dan bahagia dalam menerima apapun yang dialami selama proses menuju yang diinginkan, tidak ada yang bisa membuat kita bahagia atau kecewa selain diri kita sendiri. Kesadaran akan rasa ikhlas yang telah terbangun dengan kuat, membuat kita akan lebih mudah ikhlas dan menyerahkan semua urusan kepada yang maha kuasa. Inilah yang membuat urusan kita lebih mudah (Yusuf et al., 2017)

Semua keadaan pasti membawa manfaat, sebab Allah tidaklah mengadakannya untuk main-main atau kesia-siaan. Oleh karena itu, sikap terbaik terhadap bencana adalah ikhlas menerima, bersabar dalam menjalani dan sikap terbaik terhadap kebahagiaan adalah bersyukur.

Akhir-akhir ini telah banyak berkembang penelitian dan publikasi tentang keterkaitan spiritualitas, sehat sakit dan proses penyembuhan. Berbagai bukti fisik, psikologis, imunologis, sosial dan kultural banyak dijelaskan oleh kajian psikoneuroimunologi. Penelitian menggunakan intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual: syukur, sabar dan ikhlas (SSI) yang dibangun dengan berbagai ungkapan spiritual selaras dengan tindakan, sehingga mampu menumbuhkan motivasi serta mengatasi masalah psikologis keputusan dalam diri pasien dengan kesadaran, keyakinan dan keinginannya sendiri.

2.6 Keputusan (Hopelessness)

2.6.1 Pengertian keputusan

NANDA (2011) mendefinisikan keputusan adalah keadaan subyektif dimana individu tampak terbatas atau tidak memiliki alternatif pilihan dan tidak dapat memanfaatkan energi atas kemauannya sendiri. Keputusan adalah keadaan subyektif ketika individu melihat keterbatasan atau tidak adanya alternatif atau tidak adanya pilihan pribadi dan tidak mampu untuk mengerahkan energi atas dirinya sendiri (Mijakim et al., 2005). Keputusan yaitu suatu kondisi emosional seseorang dimana individu tersebut melihat tidak ada lagi pilihan pribadi yang tersedia untuk mengatasi masalah atau untuk mencapai apa yang diinginkan dan tidak dapat menggerakkan energy diri sendiri untuk membuat tujuan (Carpenito,1998).

Keputusan adalah suatu kondisi yang sangat umum dialami oleh setiap orang dalam hidupnya. Secara psikologis, keputusan sangat erat kaitannya dengan harapan. Keduanya memiliki kaitan yang erat, namun merupakan dua pengalaman yang berbeda. Orang yang putus asa, akan mampu mengatasi

keputusan tersebut dengan menghadirkan harapan dalam dirinya ketika menghadapi situasi sulit. Semakin seorang individu menyadari dan memahami keputusasaannya, maka semakin dirinya berpotensi untuk mengembangkan harapan akan situasi yang lebih baik, begitu juga sebaliknya (Farran et al., 1995). Keputusan adalah kondisi subyektif ketika individu melihat keterbatasan atau ketiadaan alternatif atau pilihan pribadi yang tersedia dan tidak dapat memobilisasi energi untuk kepentingan individu (Wilkinson & Ahern, 2012).

Beck adalah seorang tokoh yang secara khusus mendedikasikan dirinya untuk meneliti tentang depresi sejak tahun 1967. Menurut Beck (dalam Kring et al., 2007) *hopelessness* (keputusan) adalah variabel kunci yang menghubungkan depresi dengan tingkah laku bunuh diri pada remaja dan dewasa muda yang berusaha bunuh diri. Serangkaian penelitian yang telah dilakukan oleh Beck dan tim, akhirnya sampai pada kesimpulan bahwa keputusan adalah skema kognitif yang kuat namun tidak aktif sampai diaktivasi oleh stres, dimana skema kognitif itu muncul sebagai perasaan akan masa depan yang menyedihkan, tanpa harapan dan tidak ada cara untuk mengubahnya menjadi lebih positif (Beck dalam Nolen-Hoeksema, 2001). Kesimpulan Beck ini kemudian dikenal secara luas sebagai *Beck's Hopelessness Model of Suicidal Behavior*.

Haatainen et al., 2003 merangkum bagaimana keputusan berperan dalam meramalkan tingkah laku bunuh diri dari berbagai penelitian yang berlandaskan *Beck's Hopelessness Model of Suicidal Behavior*, antara lain: 1. Keputusan sebagai prediktor suicidal ideation yang paling kuat dan konsisten, 2. Keputusan sebagai prediktor suicidal, 3. Keputusan sebagai prediktor complete suicide 4. Keputusan sebagai prediktor impulsive suicide attempts

Nietzel, dkk (1998) menekankan bahwa keputusan merupakan ketiadaan harapan seorang individu untuk mengubah pola kesengsaraan hidupnya dimasa mendatang. Individu menganggap bahwa peristiwa hidup negatif sebagai suatu hal yang pasti terjadi dan tidak bisa dihindari, sementara peristiwa hidup positif dipandang sebagai suatu hal yang tidak akan terjadi. Davidson, dkk (2004) menjelaskan bahwa penghayatan individu pada pengalaman negatif, memicunya untuk berpikir bahwa hasil negatif akan terus terjadi dan merupakan penyebab utama peristiwa negatif, lebih memperhatikan kemungkinan konsekuensi yang paling buruk dari setiap peristiwa hidup, membuat kesimpulan negatif tentang keseluruhan harga diri dari suatu kejadian negatif. Salah satu contoh dalam hal ini seperti, beberapa orang yang terlambat masuk ke kantor akan berpikir bahwa diri mereka tidak berharga, meski sebenarnya pegawai yang lain juga sering terlambat. Farran, Herth, & Popovich (1995) dalam bukunya *Hope and Hopelessness: Critical, Clinical, Constructs* memandang keputusan dalam tiga komponen: 1) Affective component, yaitu cara merasakan sesuatu, 2) cognitive component atau cara berpikir, 3) behavioral component atau cara bertindak.

Komponen afektif, keputusan diekspresikan sebagai perasaan ketidakberdayaan dan kehampaan, serta perasaan kehilangan semangat. Seseorang yang merasa putus asa, ia juga merasa terperangkap dalam situasi tersebut dan merasa “jiwanya kering dan mati” (Marcel, 1962 dalam Farran dkk, 1995).

Komponen kognitif, seseorang yang putus asa cara berpikirnya akan terganggu. Ia mengalami kesulitan untuk merealisasikan rencana-rencana yang telah disusun dan kesulitan dalam menyadari cara-cara alternatif untuk mengatasi

masalahnya. Ia juga tidak yakin orang lain mampu menolongnya untuk mendapatkan solusi atas permasalahan yang dihadapi (Farran et al., 1995)

Komponen afektif dan kognitif ini kemudian mempengaruhi cara individu bertingkah laku. Individu yang putus asa pada umumnya mengalami “paralysis” atau ketidakmampuan untuk bertindak. Pengukuran keputusan, selain dengan ketiga komponen di atas, juga dapat diteliti dari empat atribut: experiential process, spriritual or transcendent process, irrational process, dan relational process (Farran et al., 1995) .

1. Keputusan sebagai Experiential Process

Atribut experiential process berarti individu menjalani serangkaian pengalaman hidup yang negatif sehingga membuat dirinya putus asa. Pengalaman dalam hal ini, tidak sepenuhnya menyebabkan seseorang menjadi putus asa, tetapi diakibatkan karena jumlah peristiwa hidup yang berat, kemampuan untuk menginterpretasikannya, nilai-nilai personal yang dimiliki individu, dan sumber daya internal maupun eksternal individu dalam menghadapi/menyelesaikan kesulitan hidupnya. Penting diperhatikan, bahwa atribut ini tidak hanya terkait dengan pengalaman kehilangan yang hadir sekarang tapi juga berakar pada masa lalu.

2. Keputusan sebagai Spiritual atau Transcendent Process

Atribut spiritual/transcendent process berarti berkurang atau menghilangnya kemampuan seseorang untuk membayangkan kemungkinan pertolongan yang berasal dari luar diri mereka, baik pertolongan Tuhan ataupun orang lain. Kehadiran atribut ini seringkali ditampilkan oleh seseorang yang putus asa dengan mengatakan “Tuhan

telah menarik diriNya dariku (Farran et al., 1995), atau jika seseorang kehilangan orientasi hidupnya ia menjadi sakit dan merasa lemah (Cousins, dalam Farran dkk, 1995). Atribut ini juga secara jelas tampil dalam bentuk tingkah laku kebisuan (*muteness*), yang mana individu tidak mampu meminta pertolongan. Kekuatan yang lebih tinggi atau kepada orang-orang di sekitarnya, bahkan menolak untuk berbicara (Soelle dalam Farran dkk, 1995).

3. Keputusan sebagai Irrational Thought Process

Atribut *irrational thought process* ini merupakan ketiadaan respon yang rasional terhadap kehilangan dan pengalaman hidup yang sulit. Respon yang rasional meliputi pikiran tentang tujuan hidup (*goals*) yang realistis, kehadiran sumber-sumber diri (*resources*) yang adekuat, dan tindakan (*action*) yang tepat, dan tingkat kendali diri (*control*) yang realistis, serta perspektif pragmatis tentang waktu (*time*). Kelima elemen ini melengkapi proses berpikir seseorang ketika menghadapi kehilangan dan pengalaman hidup yang pahit, maka keputusan yang dirasakan seseorang hanya bersifat sementara dan akan berubah menjadi asa/harapan. Pada orang-orang yang tidak mampu berpikir “lurus” dalam kelima elemen tersebut, keputusan bisa bersifat menetap dan bahkan menjadi ancaman patologis.

4. Keputusan sebagai Relational Process

Atribut *relational process* dalam keputusan berarti individu tidak mampu mempercayai orang lain, individu sulit membayangkan bahwa orang lain memberikan kegembiraan dan dukungan. Individu juga

menganggap tidak ada seseorang yang dapat mencintai dan mendukung dirinya (Farran et al., 1995).

2.6.2 Tanda keputusasaan

NANDA (2011), penyebab keputusasaan meliputi penurunan kondisi fisiologis, kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual, stress jangka panjang dan pembatasan aktivitas jangka panjang yang mengakibatkan isolasi. Faktor yang berhubungan dengan keputusasaan yaitu pembatasan aktifitas yang berkepanjangan yang menimbulkan isolasi, kegagalan atau penyimpangan kondisi fisiologis, stres jangka panjang, pengabaian, kehilangan keyakinan dalam nilai atau Tuhan. Batasan karakteristiknya adalah pasif, penurunan verbalisasi, afek menurun, petunjuk verbal (menandakan patah semangat, keluhan “saya tidak bisa”, tidak punya inisiatif, penurunan respon terhadap stimuli, memalingkan muka dari pembicara, penurunan nafsu makan, peningkatan atau penurunan tidur, kurang keterlibatan perawatan secara pasif membiarkan perawatan (Mijakim et al.,2005).

Tanda keputusasaan ditunjukkan dengan tanda lisan berupa isi pembicaraan pesimis, menyatakan tidak bias dan menghela nafas. Secara objektif seseorang yang putus asa akan menunjukkan respon menutup mata, penurunan nafsu makan, penurunan afek, penurunan respon terhadap stimuli, penurunan pengungkapan verbal, kurang inisiatif, kurang terlibat dalam perawatan, pasif, mengangkat bahu sebagai respon terhadap pembicara, gangguan pola tidur, diam, dan menghindari kontak mata (Wilkinson, & Ahern, 2012).

Keputusasaan ditandai dengan ekspresi dalam, berlebihan dalam merespon,berespons apatis terhadap situasi yang dirasakan sebagai tidak mungkin

dan tanpa solusi. Secara fisiologis ditandai dengan respon yang lambat terhadap stimulus, tidak ada tenaga, peningkatan tidur, emosional pada individu yang putus asa sering mengalami kesulitan untuk mengungkapkan perasaannya. Individu merasa tidak dapat mencari kesempatan yang baik, nasib atau pertolongan Tuhan, hidupnya merasa tidak berarti atau tidak ada tujuan dalam kehidupannya, kesepian, merasa sia-sia, merasa kehilangan dan rugi, tidak berdaya, tidak mampu, terperangkap, individu tersebut akan memperlihatkan pasif dan tidak terlibat dalam perawatan, menurunnya percakapan, penurunan afek, tidak berambisi, berinisiatif dan tidak merasa tertarik, tidak mampu melakukan apapun, pesimis, proses berfikir lambat, tidak bertanggungjawab pada keputusannya dan kehidupannya sendiri.

Individu yang mengalami keputusasaan mengalami perubahan kognitif. Perubahan kognitif tersebut berupa penurunan kemampuan pemecahan masalah dan kemampuan membuat keputusan, penurunan fleksibilitas dan fungsi belajar, tidak dapat membuat keputusan dan pikiran bunuh diri. Faktor yang berhubungan dengan keputusasaan adalah berbagai penyakit kronis, termasuk di dalamnya adalah gagal ginjal. Faktor lain adalah tindakan yang berhubungan dengan ketergantungan yang lama pada peralatan untuk mendukung kehidupan (dialisis). Nugrahaningtyas (2005), menyatakan faktor yang berpengaruh pada penyakit ginjal kronis antara lain tingkat pendidikan, tingkat religiusitas, status pekerjaan mempunyai tingkat korelasi yang signifikan. Jenis kelamin dan umur tidak mempunyai korelasi yang kuat dengan terjadinya keputusasaan.

Keputusasaan menggambarkan seseorang yang merasa tidak mungkin dapat memperbaiki dan mempertahankan kehidupannya dan merasa tidak ada

seorangpun yang dapat membantunya melakukan sesuatu. Keputusan berbeda dengan ketidakberdayaan. Seseorang yang merasa putus asa tidak ada solusi pada masalahnya atau tidak ada cara untuk mencapai apa yang diinginkan, walaupun ia merasa dapat mengontrol kehidupannya. Seseorang yang tidak berdaya masih dapat terlihat dari cara memilih atau menjawab untuk mengatasi masalahnya, tidak dapat melakukan sesuatu untuk mengatasinya, yang berhubungan dengan kurang dapat mengontrol dan atau tidak adanya sumber. Perasaan ketidakberdayaan terus menerus dapat menjadi perasaan putus asa. Keputusan pada umumnya berhubungan dengan rasa berduka, depresi dan keinginan bunuh diri (Carpenito,1998).

Keputusan yang ekstrim akan bermanifestasi dalam bentuk tingkah laku yang patologis seperti mental illness, termasuk di dalamnya keinginan untuk bunuh diri, depresi, atau bermanifestasi dalam bentuk lainnya seperti sociopathy, penurunan fungsi fisik, mental, spiritual dan kualitas hidup. Secara patologis, sifat keputusan yang sudah mengakar dalam diri individu akan membuatnya mudah mengalah pada situasi sulit dan enggan berusaha maksimal untuk mengatasi kesulitan hidup (Farran dkk, 1995).

2.6.3 Keputusan pada pasien gagal ginjal kronik

Terkait dengan keputusan pada pasien penyakit kronis, yang salah satunya adalah gagal ginjal kronis, Lumenta (2003) berpendapat bahwa selain tidak dapat disembuhkan, gagal ginjal kronis membutuhkan pengobatan dan perawatan dalam waktu yang cukup lama. Pengobatan ini dapat berlangsung selama belasan atau puluhan tahun. Soedarsono (2006) menyatakan bahwa penyakit gagal ginjal kronis dapat digolongkan sebagai stressor, yaitu peristiwa

yang menimbulkan stres pada seseorang. Pasien gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis berpikir bahwa agar dapat bertahan hidup ia akan selalu memiliki ketergantungan terhadap mesin dialisis. Hal ini seringkali menimbulkan pemikiran dalam diri pasien bahwa nyawanya akan terancam dan harapan untuk hidup semakin berkurang, pasien mengalami keputusasaan dan ketakutan bahwa usianya tidak lama lagi, dan permasalahan ini juga menimbulkan konflik dalam keluarga.

Penderita gagal ginjal kronis yang menjalani terapi hemodialisis sebenarnya bisa bertahan hidup lebih lama. Roesli (2006), menyatakan bahwa pasien yang sudah menjalani hemodialisis selama 15-20 tahun, keberhasilan tidak hanya didukung oleh perawatan secara medis, tetapi juga oleh penyesuaian diri pasien terhadap kondisi sakit yang dideritanya. Perasaan cemas yang dirasakan pasien saat menjalani terapi hemodialisis sering ditemukan, namun sebenarnya pasien tidak perlu merasa risau karena dengan menjalani pengobatan, olahraga dan diet teratur, maka pasien dapat menjalani aktivitasnya dengan normal. Hal yang penting untuk dihindari adalah berbagai respon yang dapat memperburuk situasi sehingga menimbulkan akibat yang lebih fatal.

Penyakit gagal ginjal kronis dan terapi hemodialisis ternyata membawa dampak pada kondisi psikologis pasien, namun hal ini kurang menjadi perhatian bagi para dokter ataupun perawat. Pada umumnya, pasien yang menjalani pengobatan di rumah sakit hanya mendapatkan penanganan secara medis. Snaith, 2003, mengatakan bahwa seorang dokter yang menghadapi pasien yang dari segi fisik menderita suatu penyakit, pada umumnya hanya berkonsentrasi untuk menangani keluhan fisik yang dirasakan pasien, namun kondisi psikologis yang

merupakan reaksi dari keluhan fisik tersebut atau faktor lain yang merupakan akibat dari adanya keluhan fisik yang dirasakan individu seringkali tidak diperhatikan.

2.7 Konsep Motivasi

2.7.1 Pengertian motivasi

Motivasi berasal dari kata motif (motive) yang berarti rangsangan, dorongan atau pembangkit tenaga, yang dimiliki seseorang sehingga orang tersebut memperlihatkan perilaku tertentu (Russel, 2005). Motivasi dapat dikatakan sebagai penggerak atau dorongan tenaga tertentu pada seseorang dan dapat dipakai sebagai alat untuk menggairahkan seseorang untuk giat melakukan kewajibannya tanpa harus diperintah atau diawasi (Usman, 2005). Motivasi menurut Hamlik (2000) yaitu suatu perubahan energi di dalam pribadi seseorang yang ditandai dengan timbulnya afektif dan reaksi untuk mencapai tujuan. Definisi ini mengandung beberapa unsur yang saling berkaitan, yaitu :

1. Motivasi dimulai dari adanya perubahan energi dalam pribadi.
2. Perubahan dalam motivasi timbul dari perubahan tertentu di dalam sistem neurofisiologis dalam tubuh.
3. Motivasi ditandai dengan timbulnya perasaan (affective arousal).
4. Mula-mula merupakan ketegangan psikologis, kemudian menjadi suasana emosi. Suasana emosi ini menimbulkan kelakuan yang bermotif. Perubahan dapat disadari ataupun tidak.
5. Motivasi ditandai oleh reaksi untuk mencapai tujuan. Pribadi yang termotivasi akan berespon ke arah suatu tujuan. Respon itu berfungsi

mengurangi ketegangan yang disebabkan oleh perubahan energi dalam dirinya.

2.7.2 Beberapa faktor yang mempengaruhi motivasi seseorang

Sumidjo (2006) menyebutkan motivasi dapat diklasifikasikan menjadi 2 yaitu:

1. Motivasi internal

Segala sesuatu dari dalam individu seperti kepribadian, keyakinan, sikap, pengalaman, pendidikan dan cita-cita.

- 1) Sifat kepribadian adalah corak kebiasaan manusia yang terhimpun dalam dirinya dan digunakan untuk bereaksi serta menyesuaikan diri terhadap rangsangan dari dalam diri maupun lingkungan, sehingga corak dan cara kebiasaannya itu merupakan kesatuan fungsional yang khas pada manusia, sehingga orang yang berkepribadian pemalu akan mempunyai motivasi yang berbeda dengan orang yang berkepribadian keras.
- 2) Intelegensi atau pengetahuan, merupakan seluruh kemampuan individu untuk berpikir dan bertindak secara terarah dan efektif, sehingga orang yang mempunyai intelegensi tinggi akan mudah menyerap informasi, saran dan nasihat
- 3) Keyakinan adalah suatu sikap yang ditunjukkan oleh manusia saat ia merasa cukup tahu dan menyimpulkan bahwa dirinya telah mencapai kebenaran (Vardiansyah, 2008). Keyakinan tidak selalu benar, oleh karena itu harus didasari dengan ilmu dan pengetahuan yang benar supaya tidak menghasilkan keyakinan yang membabi buta. Keyakinan yang

mempengaruhi motivasi pasien untuk sembuh diantaranya keyakinan terhadap prognosis penyakit, keyakinan terhadap kemampuan diri dalam menjalani terapi/perawatan, dan keyakinan terhadap kebesaran dan kekuasaan Allah SWT dalam bentuk spiritualitas (Nuraeni 2010; Potter Perry 2005: 565; Rachmawati & Turniani 2006)

- 4) Sikap, merupakan perasaan mendukung atau tidak mendukung pada suatu objek, dimana seseorang akan meakukan kegiatan jika sikapnya mendukung terhadap objek tersebut, dan sebaliknya.
- 5) Cita-cita, merupakan sesuatu yang ingin dicapai. Cita-cita menyebabkan seseorang akan termotivasi mencapai tujuan.

2. Motivasi eksternal

Faktor eksternal meliputi lingkungan, pendidikan, agama, sosial, ekonomi, kebudayaan

1) Lingkungan

Pengaruh lingkungan baik fisik, biologis, maupun lingkungan sosial yang ada di sekitarnya dapat mempengaruhi tingkah laku seseorang sehingga dorongan dan pengaruh lingkungan akan dapat meningkatkan motivasi individu untuk melakukan sesuatu.

2) Pendidikan

Merupakan proses kegiatan pada dasarnya melibatkan tingkah laku individu maupun kelompok. Inti kegiatan pendidikan adalah proses belajar mengajar. Hasil dari proses belajar mengajar adalah terbentuknya seperangkat tingkah laku, kegiatan dan aktivitas. Proses pembelajaran, baik secara formal maupun informal, manusia akan mempunyai pengetahuan, dengan pengetahuan yang diperoleh seseorang akan

mengetahui manfaat dari saran atau nasihat, sehingga akan termotivasi dalam usaha meningkatkan status kesehatan.

3) Agama

Agama adalah ajaran, sistem yang mengatur tata keimanan (kepercayaan) dan peribadatan kepada Tuhan Yang Maha Esa serta tata kaidah yang berhubungan dengan pergaulan manusia dengan manusia dan manusia dengan lingkungannya (Kamus Besar Bahasa Indonesia). Agama akan menjadikan individu bertingkah laku sesuai norma dan nilai yang diajarkan, sehingga seseorang akan termotivasi untuk mentaati saran atau anjuran petugas kesehatan karena mereka berkeyakinan bahwa hal itu baik dan sesuai dengan norma agama yang diyakininya.

2.7.3 Fungsi motivasi

1. Motivasi mendorong manusia untuk berbuat atau bertindak, motivasi berfungsi sebagai motor yang memberikan energi (kekuatan) kepada seseorang untuk melakukan suatu tugas
2. Motivasi menentukan arah perbuatan yaitu kearah perwujudan suatu tujuan atau cita-cita. Motivasi mencegah penyelewengan dari jalan yang harus ditempuh untuk mencapai tujuan itu. Makin jelas tujuan itu, makin jelas pula jalan yang harus ditempuh
3. Menyeleksi perbuatan, yakni menentukan perbuatan-perbuatan apa yang harus dikerjakan yang serasi guna mencapai tujuan, dengan menyisihkan perbuatan-perbuatan yang tidak bermanfaat bagi tujuan (Syah, 2000). Seorang pasien yang ingin sembuh atau dalam kondisi lebih baik dari penyakitnya harus punya semangat yang tinggi dan harus memenuhi perintah dari dokter seperti minum obat tepat waktu dan bertawakal kepada Allah SWT.

2.7.4 Cara memotivasi

1. Motivasi dengan bujukan (motivating by enticement).

Cara ini bisa dilakukan perawat rohani terhadap pasiennya agar selalu minum obat dan selalu ingat Allah dalam membantu proses penyembuhan.

2. Motivasi dengan identifikasi (motivating by identificating).

Cara ini merupakan cara terbaik untuk memotivasi pasien. Dalam hal ini mereka berbuat sesuatu merasa percaya diri bahwa apa yang dilakukan itu adalah untuk mencapai tujuan tertentu. Ahmadi (1999) menyatakan motivasi muncul dari dalam diri pasien sendiri setelah mengikuti bimbingan rohani (identifikasi kondisi pasien dan sumber kekuatan yang berasal dari Tuhan).

2.7.5 Motivasi untuk sembuh

Menurut Chaplin (dalam Iryani 2007) menyatakan bahwa sembuh adalah kembalinya seseorang pada satu kondisi kenormalan setelah menderita suatu penyakit, penyakit mental, atau luka. Motivasi sembuh adalah faktor yang mendorong orang untuk bertindak dengan cara tertentu guna memperoleh kesembuhan. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa motivasi sembuh pada dasarnya adalah kondisi mental yang mendorong dilakukannya suatu tindakan (action atau activities) dan memberikan kekuatan (energi) yang mengarah kepada pencapaian kesembuhan. Motivasi sembuh mengalami penurunan pada pasien yang didiagnosa menderita penyakit kronis (Maria et al., 2004). Motivasi yang telah tumbuh dapat menjadikan motor dan dorongan untuk mencapai kesembuhan (Ryan & Deci 2000).

Aspek motivasi kesembuhan menurut Conger (1997) dalam (Ryan & Deci , 2000) adalah sebagai berikut:

1. Memiliki sikap positif

Hal ini mendorong adanya kepercayaan diri individu yang kuat, perencanaan diri yang tinggi, serta selalu optimis dalam menghadapi suatu hal.

2. Berorientasi pada pencapaian tujuan

Aspek ini menunjukkan bahwa motivasi menyediakan suatu orientasi tujuan tingkah yang terarah (dalam Tuberkulosis, Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan, 2016)

3. Kekuatan yang mendorong individu

Hal ini menunjukkan bahwa timbulnya kekuatan akan mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu. Kekuatan ini berasal dari dalam diri seseorang, lingkungan sekitar serta keyakinan akan kekuatan kodrati (Tuhan).

Beberapa pemikiran Levine (2011) mengenai motivasi sebagai berikut:

1. Motivasi sangat penting bagi penyembuhan. Jika dipertahankan secara konsisten dapat mendorong pemulihan dan penyembuhan
2. Motivasi seringkali menjadi faktor yang paling berpengaruh dalam penyembuhan
3. Motivasi adalah inti pemulihan dan penyembuhan.

2.8 Keaslian Penelitian

Tabel 2.8 keaslian penelitian yang telah dilakuakn sebelumnya

No	Judul karya ilmiah	Desain penelitian	Sampel dan tehnik sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
1	Keefektifan intervensi psikologis: motivational interviewing program untuk meningkatkan manajemen diri dan kontrol glikemik pada pasien diabetes mellitus tipe 2 (Tristiana,2016)	literature rivew menggunakan 8 artikel (RCT)	Pasien DM tipe 2	1. motivational interviewing 2. manajemen diri 3. kontrol glikemik	-	-	Intervensi dengan program motivational interviewing efektif dalam meningkatkan manajemen diri dan kontrol glikemik pada psien dm type 2
2	Reviews motivational interviewing improves medication adherence: a systematic review and meta-analysis (Palacio et al., 2015)	Ulasan sistematis meta analysis Menggunakan 17 artikel (RCT)	Pasien rawat jalan 1.376 responden untuk kelompok MI DAN 1.153 subyek untuk kelompok kontrol dengan pengambilan secara acak	1. kepatuhan pengobatan 2. motivational interviewing	-	-	MI meningkatkan kepatuhan minum obat dibandingkan dengan kelompok kontrol
3	Can a Multifaceted Intervention Including Motivational Interviewing Improve	Randomised Controlled Trial	1. diambil secara acak 2. dengan	1.Motivational interviewing 2. Kepatuhan pengobatan	1. Medication Adherence Rating Scale (MARS) dan 2.HDL-C	a restricted iterative generalized least square (RIGLS)	Intervensi multifaset termasuk psikoedukasi,wawancara motivasi, dan layanan

No	Judul karya ilmiah	Desain penelitian	Sampel dan tehnik sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
	Medication Adherence, Quality of Life, and Mortality Rates in Older Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery? A Multicenter, Randomized Controlled Trial with 18-Month Follow-Up (Mehdi et al., 2016)		jumlah sampel n = 288	3. Kualitas hidup 4. Angka kematian	LDL-C 3. Kuesioner kepatuhan pengobatan 4. The Self-Report Behavioral Automaticity Index (SRBAI) 5. Kuesioner tentang action dan coping planning 6. Perceived behavioral control (PBC) 7. Self-monitoring scale 8. Kuesioner intens 9. Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)		pesan singkat dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan pada pasien berusia di atas 65 tahun yang menjalani operasi bypass arteri koroner graft (CABG),Serta meningkatkan kualitas hidup dan kelangsungan hidup meningkat sebagai konsekuensi dari meningkatnya kepatuhan pengobatan pada pasien CABG
4	Motivational Interviewing in Dialysis Adherence Study (MIDAS) (Russell et al., 2011)	A pre-post design was used for this pilot study	29 pasien di klinik hemodialisis	1. motivasi interviewing 2. kepatuahn pengobatan 3. diet 4. obat-obatan	Mini-Mental Status Exam	The Wilcoxon signed rank test was used to compare preand post-intervention adherence data	Motivational interviewing mempengaruhi kehadiran dialisis, mempersingkat frekuensi perawatan,tingkat fosfor serta albumin sehingga

No	Judul karya ilmiah	Desain penelitian	Sampel dan teknik sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
				5. kepatuhan cairan		(dialysis attendance, shortened treatments, IDWG, phosphorus, and albumin levels) and HCCQ data	disimpulkan pendekatan motivational interviewing berpengaruh positif pada pasien hemodialisis
5	A blinded randomized controlled trial of motivational interviewing to improve adherence with osteoporosis medications: design of the OPTIMA trial(Solomon et al., 2010)	A blinded randomized controlled trial	879 responden	1. motivational interviewing 2. kepatuhan pengobatan		1. hasil utama: Osteoporosis rasio kepemilikan obat-obatan pada 12 bulan Persentase dari total hari dengan obat osteoporosis yang tersedia (regresi linier) 2. hasil sekunder: Osteoporosis rasio kepemilikan obat-obatan pada 18 dan 24 bulan (data sekunder)	Motivational interviewing dapat meningkatkan kepatuhan pengobatan osteoporosis.intervensi ini mungkin merupakan intervensi yang berguna untuk meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan kronis lainnya.

No	Judul karya ilmiah	Desain penelitian	Sampel dan tehnik sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
						3. Osteoporosis obat ketekunan pada 12, 18, dan 24 bulan Bulan sampai kesenjangan 90-hari pertama tanpa tersedia obat osteoporosis (analisis survival) yang tersedia	
						4. Fraktur pada 12 bulan Tingkat fraktur (Cox proportional hazard regresi) - hasil eksplorasi penerimaan panti jompo di 12 bulan Keperawatan tingkat masuk rumah (Cox proportional hazard regresi) - jumlah hari dalam panti jompo (regresi linier)	

No	Judul karya ilmiah	Desain penelitian	Sampel dan tehnik sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
						5.pemanfaatan sumber daya pelayanan kesehatan pada 12 bulan Biaya perawatan langsung (regresi linier) 6.Kelangsungan hidup pada 12 bulan Tingkat kematian (Cox proportional hazard regresi)	
6	Effectiveness of a motivational interviewing on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors : a randomized controlled trial with a 12-month post – intervention follow – up (Hardcastle, Taylor, Bailey, Harley, & Hagger, 2013)	A randomized controlled trial	Kriteria inklusi: 1.Usia 18-65 tahun 2.Menderita hipertensi 3.Kelebihan berat badan 4.hiperkolesterolemia	1.motivational interviewing 2.obesitas 3.tekanan darah 4.kolestrerol 5.aktifitas fisik 6.diet	1.Berat badan dan tekanan darah sistolik/diatolik (SBP/DBP) 2.Kolesterol puasa 3.Aktifitas fisik (IPAQ)	Two manovas	Setelah dilakukan peelitian pada kelompok kontrol dan perlakuan didapatkan Motivational interviewing mempunyai pengaruh yang cukup signifikan terhadap tekanan darah,kolesterol diet dan aktifitas fisik sebagai factor pencetus terjadinya CVD tetapi pada BMI tidak ada pengaruh yang signifikan
7	Enhancing Self-Care Management of Interdialytic Fluid Weight Gain in Patients	A prospective, quasi-experiment	18 responden Responden adalah yang melakukan	1.motivational interviewing 2.interdialytic 3.perawatan diri	Dokumentasi dan observasi	1. box plot 2. t test dan interval kepercayaan	Motivational interviewing/wawancara motivasi sangat membantu, meskipun

No	Judul karya ilmiah	Desain penelitian	Sampel dan tehnik sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
	on Hemodialysis: A Pilot Study Using Motivational Interviewing (Crown et al., 2017)	al, mixed-methods\ pilot study	HD 3 kali dalam seminggu	4.pengelolaan cairan			temuan sini menunjukkan perawatan diri manajemen cairan membutuhkan toolkit intervensi. tindakan ini penting untuk dilakukan perawat
8	Motivational Interviewing Promotes Adherence and Improves Wellbeing in Pre-Dialysis Patients with Advanced Chronic Kidney Disease (Garc1 et al., 2014)	A non-random pre and post test	52 pasien dalam sampel penelitian memenuhi kriteria sebagai berikut: lebih tua dari 18 tahun; diagnosis ACKD bawah perawatan pra-dialisis; GFR 20 ml / menit atau kurang; tidak ada DSM IV diagnosis psikiatri; mampu membaca	1.motivational interviewing 2.Kepatuhan 3.Meningkatkan Kesejahteraan	1.Compliance Assessment Scale 2.Beck Depression Inventory, Versi II 3.Trait Anxiety Inventory 4.Short Form 36 Health Survey, version 2	Untuk membandingkan tindakan sebelum dan sesudah dipasangkan sampel t tes untuk variabel kuantitatif ,sedangkan X2 test digunakan untuk data kualitatif. two-tailed tests digunakan untuk semua analisis(Versi SPSS/PC statistik paket 17,0)	Hasil penelitian menunjukkan bahwa motivational interviewing yang dilakukan pada psien pre dialysis, setelah intervensi, pasien melaporkan secara signifikan tingkat yang lebih tinggi dari kepatuhan, depresi dan kecemasan tingkat yang lebih rendah, dan HRQL lebih baik (yaitu, kesehatan umum dan domain peran emosional). parameter biokimia dikendalikan secara signifikan lebih baik setelah intervensi.

No	Judul karya ilmiah	Desain penelitian	Sampel dan tehnik sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
			dan berbicara bahasa Spanyol; brsedia serta menandatangani formulir informed consent untuk berpartisipasi dalam penelitian tsb				
9	Comparing the effectiveness of an enchaned motivation interviewing intervention (MOVE IT) with usual care for reducing cardiovascular in high risk subjects : study protocol for a randomized controlled trial (Bayley et al., 2015)	A randomized controlled trial	1704 responden Kriteria inklusi: 1.Berusia 40-74 th 2.Bertempat tinggal di South London 3.Beresiko terkena CVD (\geq 20%) dalam 10 th kedepan	1.Motivational interviewing 2.Mengurangi Resiko penyakit kardiovaskuler	1.Akselerometri 2.MPVA 3.QALYs	Menggunakan CONSHORT	Motivational interviewing lebih efektif dari perawatan biasa dalam menurunkan berat badan,menurunkan kolesterol LDL, meningkatkan aktifitas fisik , dan mengurangi resiko skor CVD pada pasien dengan resiko tnggi CVD
10	Effects of nurse-led a		Kriteria	1.Motivational	1.USER-P	Regresi Linear	Setelah dilakukan

No	Judul karya ilmiah	Desain penelitian	Sampel dan tehnik sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
	motivational interviewing of patients with chronic musculoskeletal pain in preparation of rehabilitation treatment (PREPARE) on societal participation, attendance level, and cost-effectiveness: study protocol for a randomized controlled trial (Mertens, Goossens, Verbunt, & Köke, 2013)	randomized controlled trial	inklusi: 1.Pasien nyeri muskuloskeletal talkrinis non-spesifik(durasi>3 bulan) 2.Usia 18 – 65 th 3.Nyeri tidak disertai dengan penyakit yang lainnya spt infeksi, tumor dll 4.Tidak buta huruf	interviewing pasien dalam rehabilitasi selama pengobatan 3.Tingkat kehadiran 4.Efektivitas biaya	2.VAS 3.CPSS		penelitian dengan membandingkan antara motivational interviewing dan tindakan biasa pada pasien dengan nyeri muskuloskeletal kronik didapatkan hasil bahwaMI memiliki pengaruh terhadap tingkat partisipasi pasien dalam rehabilitasi dibandingkan dengan tindakan biasa
11	Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? (Thompson et al., 2013)	Systematic review		orang dewasa (usia>18 tahun) dengan memiliki setidaknya satu, atau lebih, faktor risiko kardiovaskular	-	Eksraksi data Sintesis data	wawancara motivasi adalah metode yang berguna untuk membantu perawat meningkatkan perilaku kesehatan pada orang dengan faktor risiko koroner.
12	Motivational Interviewing Delivered by Diabetes Educators: Does It Improve Blood Glucose Control Among	A Randomised Controlled trial	dengan hasil n = 234 (menjadi 4 kelompok) kriteria	1.Motivational interviewing 2.Control glikemik 3.Manajemen diri 4.DSME	1.Diabetes Care (DSCP) 2.Diabetes perilaku	Self Anova Profil	Penelitian ini menunjukkan kelompok yang menerima MI memiliki perubahan berarti dalam HbA1c

No	Judul karya ilmiah	Desain penelitian	Sampel dan tehnik sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
	Poorly Controlled Type 2 Diabetes Patients? (Welch et al., 2015)		inklusi: pasien studi berusia 30-70 tahun, telah terkontrol glukosa darah (HbA1c \geq 7,5%), dan mampu berbicara dan menulis dalam bahasa Inggris		perawatan diri diukur menggunakan Self Care Inventarisasi-Revisi (SCI-R)		secara signifikan menjadi lebih rendah daripada mereka yang tidak menerima MI, sedangkan tidak adanya perubahan yang signifikan ditemukan pada kelompok MI ataupun non-MI yaitu pada perbandingan untuk depresi, kepuasan pengobatan, atau persepsi dan self efficacy mengenai perilaku sasaran perawatan diri yang juga diperiksa sebagai mediator potensial dari perubahan HbA1c pada pasien DM tipe 2
13	A pilot study of a community health agent – led type 2 diabetes self management program using motivational interviewing – based approach in a public primary care center in Sao Paulo Brazil (Moura et al., 2017)	A pilot Study	RCT	1.Motivational interviewing berbasis konseling 2.Peningkatan kualitas perawatan	1.Diabetes self management 2.Diabetes self care management (DSCQ) 3.HbA1c dengan pemeriksaan lab HPLC metode ion capture	Anova dan uji c-square	Pasien melaporkan selama 6 bulan intervensi terdapat peningkatan dalam kualitas perawatan mereka (pasien dengan DM type 2) selain itu mereka juga melaporkan peningkatan aktifitas fisik, konsumsi buah buahan, kepatuhan minum obat, penurunan tekanan darah

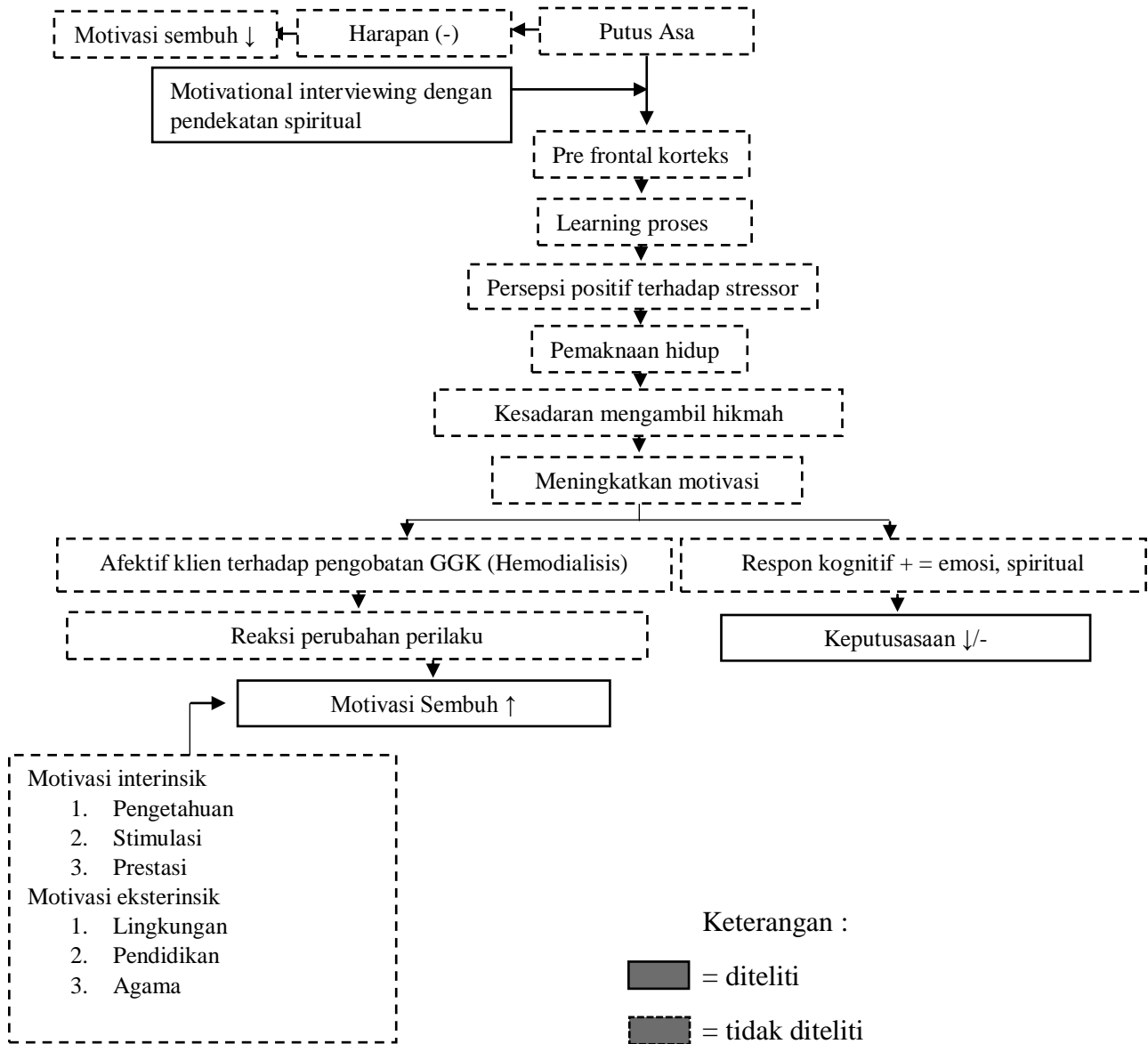
No	Judul karya ilmiah	Desain penelitian	Sampel dan tehnik sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
							peningkatan LDL dan Trigliserida, penurunan A1c, akan tetapi tidak ada penurunan pada konsumsi makanan tinggi lemak atau permen
14	Effectiveness of motivational interviewing in patients with dyslipidemia: a randomized cluster trial (Bóveda-fontán et al., 2015)	a randomized cluster trial	227 responden	1.Motivational interviewing 2.Peningkatan lipid	1.Observasi 2.Data antropometri 3.Data analisis 4.SCORE Framingham 5.Diet kuesioner mediterania 6.IPAQ 7.Haynes-Sackett 8.Tes morisky green	Model regresi logistik diperiksa dengan Hosmer-Lemeshow.	Tidak ada perbedaan yang ditemukan antara kedua kelompok. Namun, ketika kita menilai tingkat kontrol lipid dengan menggabungkan kolesterol <200 mg/ dl dan LDL-kolesterol <parameter 130 mg/dl, diamati bahwa persentase yang lebih tinggi dari pasien mencapai angka target di EG (Group Eksperimen)dibandingkan CG (Group Control) (vs 13,1% . 5.0%; OR = 5,77, 95% CI: 1,67-19,91).
15	Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 Diabetes and Cardiovasculer disease risk in real life : A randomized controlled	A randomized controlled Trial	622 responden Kriteria inklusi: 9.Pasien dewasa 10. Me miliki	1.Motivational interviewing 2.Pencegahan 3.Aktifitas fisik 4.Obesitas 5.Perilaku diet 6.Merokok 7.Life style	1.ARIC 2.SCORE 3.Observasi	Linear dan analisis regresi logistic	Hasil analisis menunjukkan tidak ada perbedaan yang signifikan diantara dua kelompok

No	Judul karya ilmiah	Desain penelitian	Sampel dan tehnik sampling	Variabel	Instrument	Analisis	Hasil
	Trial (Lakerveld et al., 2013)		resiko $\geq 10\%$ DMT2 dan CVD				
16	Pengaruh pendekatan motivational interviewing terhadap motivasi dan kemandirian penderita tb dalam pengobatan tb paru (Fembi, 2011)	Quasy Eksperimen	30 responden dengan purposive sampling	1.motivational interviewing 2.motivasi 3.kemandirian penderita	Kuesioner	MANOVA	Hasil penelitian menunjukkan ada pengaruh signifikan motivational interviewing terhadap pengetahuan ($p = 0,000$), dukungan sosial ($p = 0,003$), motivasi ($p = 0,000$), dan kemandirian ($p = 0,000$) penderita Tb Paru. Akan tetapi, motivational interviewing tidak memiliki pengaruh signifikan terhadap sikap ($p = 0,811$).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka konseptual penelitian

Pasien dengan hemodialisis reguler ≤ 1 tahun akan mengalami berbagai masalah, salah satunya adalah pada alam jiwa perasaan berupa keputusasaan yang dapat menyebabkan hilangnya harapan serta rendahnya motivasi untuk sembuh. Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual sebagai suatu intervensi yang dengan mudah dapat dilakukan oleh perawat, sebagai sebuah intervensi kolaborasi antara perawat dengan pasien.

MI dengan pendekatan spiritual menstimulus pre frontal korteks untuk membantu pasien dalam proses belajar dalam mengeksplorasi dan memahami ketidakseimbangan psikologis dan spiritual yang dialaminya, sehingga menciptakan persepsi positif terhadap stressor yang dihadapi.

Persepsi positif terhadap stressor menimbulkan respon kognitif yang positif pula. Respon kognitif positif ini berdampak terhadap emosional dan spiritual klien, sehingga menumbuhkan motivasi pada diri klien, yang diharapkan mampu menurunkan keputusasaan serta meningkatkan motivasi sembuh klien dengan hemodialisis reguler.

3.2 Hipotesis Penelitian

1. Pemberian motivational interviewing (MI) dengan pendekatan spiritual menurunkan keputusasaan pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler
2. Pemberian motivational interviewing (MI) dengan pendekatan spiritual meningkatkan motivasi sembuh pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah quasy eksperiment yaitu penelitian yang memberikan perlakuan atau intervensi pada responden penelitian kemudian efek perlakuan tersebut diukur dan dianalisis. Rancangan penelitian yang digunakan adalah pre-test and post-test with control group design. Jenis rancangan penelitian ini dipilih karena peneliti ingin mencari hubungan sebab-akibat melibatkan kelompok kontrol di samping kelompok perlakuan. Hal ini diartikan bahwa penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh pemberian motivational interviewing dengan pendekatan spiritual pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler.

Subjek	Pre Test	Perlakuan	Post Test
K-A	O	I	O1-A
K-B	O	X	O1-B

Gambar 4.1 Desain Penelitian Quasy Experiment Pre-Post Test Control Group

- Keterangan :
- K-A : Responden perlakuan
 - K-B : Responden kontrol
 - O : pre test untuk mengukur keputusan dan motivasi sembuh pada kelompok perlakuan dan kontrol sebelum pemberian motivational interviewing dengan pendekatan spiritual
 - I : Intervensi standart ruangan ditambah intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual pada pasien hemodialisis
 - X : diberikan intervensi standart dilakukan perawat ruangan tanpa tambahan MI dengan pendekatan spiritual

- O1-A : post test untuk mengukur keputusasaan dan motivasi sembuh pada kelompok perlakuan setelah pemberian motivational interviewing dengan pendekatan spiritual
- O1-B : post test untuk mengukur keputusasaan dan motivasi pada kelompok kontrol

4.2 Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Teknik Pengambilan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi target adalah populasi yang memenuhi kriteria sampling dan menjadi sasaran akhir penelitian. Populasi target dalam penelitian ini adalah klien ESRD yang menjalani hemodialisis di RSUD Provinsi NTB. Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah klien ESRD yang menjalani hemodialisis di RSUD Provinsi NTB selama 2 kali dalam seminggu dan memenuhi kriteria sampel pada saat penelitian dilakukan sebanyak 80 pasien .

4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiyono, 2014). Sampel dalam penelitian ini adalah klien ESRD yang menjalani hemodialisis di RSUD Provinsi NTB, yang memenuhi kriteria sebagai berikut :

1. Kriteria inklusi

- 1) Pasien yang menjalani hemodialisis regular 2 kali dalam 1 minggu
- 2) Pasien hemodialisis yang berusia 21 - 65 tahun.
- 3) Pasien yang menjalani hemodialisis \leq 1 tahun.
- 4) Pasien kooperatif dan kesadaran compos mentis
- 5) Pasien yang bersedia menjadi responden dengan menandatangani lembar persetujuan (inform consent)
- 6) Pasien yang beragama islam

- 7) Pasien yang memiliki tinggal bersama keluarganya dengan keterikatan hubungan darah dan tinggal dalam satu rumah sejak terdiagnosis ESRD dan selama menjalani hemodialisis reguler

2. Kriteria eksklusi

- 1) Klien dengan HbsAg (+)
- 2) Klien HD (Titipan)
- 3) Klien HD (Travel)

Kriteria drop out adalah sebagai berikut

- 1) Klien meninggal ketika proses penelitian belum selesai
- 2) Klien yang tidak meneruskan proses hemodialysis
- 3) Klien yang tiba-tiba mengalami komplikasi serius sehingga harus dirawat secara intensif

Penentuan besar sampel yang digunakan dalam penelitian ini dihitung berdasarkan rumus berikut (Dahlan, 2013):

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) \cdot Sd}{\mu_1 - \mu_2} \right]^2$$

$$n_1 = n_2 = 2 \left[\frac{(1,96 + 1,28) \cdot 5,73}{43,8 - 36,6} \right]^2$$

Error! Reference source not found.

Error! Reference source not found. 13,29 = 13 orang

Keterangan:

- n : besar sampel
 Z_{α} : kesalahan tipe I atau nilai standar normal untuk $\alpha=5\% = 1,96$
 Z_{β} : kesalahan tipe II atau nilai standar normal untuk $\beta=10\% = 1,28$
 Sd : simpangan baku dari variabel yang diukur (5,73)
 $\mu_1 - \mu_2$: selisih rerata dari variabel yang diukur atau perbedaan klinis yang diinginkan (dari peneliti sebelumnya)

Antisipasi adanya sampel yang mengalami drop out yaitu sebanyak 10% dari sampel yang dihitung. Adapun perhitungan koreksi besar sampel yang mengalami drop out sebagai berikut :

$$n' = \frac{n}{1-f}$$

$$n' = \frac{13}{1-0,1}$$

$$n' = 14,44 = 14 \text{ orang}$$

Error! Reference source not found. = 14 + 2 = 16 orang

Keterangan:

n' : besar sampel
f : perkiraan proporsi drop out

4.3 Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

4.3.1 Variabel penelitian

Variabel dalam penelitian ini adalah:

1. Variabel independen (bebas)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah pemberian motivational interviewing dengan pendekatan spiritual (syukur, sabar dan ikhlas) pada pasien ESRD yang hemodialisis reguler

2. Variabel dependen (terikat)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah keputusan dan motivasi sembuh pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler

4.3.2 Definisi operasional

Tabel 4.1 Definisi operasional pengaruh motivational interviewing dengan pendekatan spiritual (SSI) terhadap keputusan dan motivasi sembuh pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler di RSUD Provinsi NTB

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skor	Skala
Independen: pemberian motivational interviewing dengan pendekatan spiritual	Motivational interviewing suatu intervensi kolaborasi antara perawat dan pasien (konseling) dengan prinsip client centered, dimana perawat hanya menjadi fasilitator/pendamping dan pasien menjadi sumber pengambil keputusan, sehingga terbentuk sebuah motivasi yang kuat untuk meningkatkan derajat kesehatannya berdasarkan atas keinginan dan keyakinan pasien sendiri ditunjang dengan spiritual: syukur, sabar dan ikhlas diaplikasikan dalam berbagai ungkapan spiritual selaras dengan tindakan.	Peneliti dalam pelaksanaan MI dengan pendekatan spiritual ini menggunakan 4 dasar pendekatan dalam motivational interviewing yaitu OARS, O (open ended question), A (affirmation), R (reflection), S (summaries) Peneliti melakukan pendekatan spiritual (syukur, sabar dan ikhlas) dimulai pada saat pendekatan dasar MI masuk dalam tahap affirmation, dilakukan sampai masuk pada pendekatan dasar terakhir yaitu summaries MI dengan pendekatan spiritual ini akan dilakukan selama 4 minggu dengan frekuensi pertemuan dalam tiap minggunya selama 2 kali dengan durasi ±40 menit/pertemuan	Satuan Acara Kegiatan (SAK)	1 =Diberikan perlakuan 2=tidak diberikan perlakuan	-
Empat dasar pendekatan	OARS: Pertanyaan terbuka	Parameter dari masing – masing			

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skor	Skala
dalam motivational interviewing	Affirmasi Refleksi Summaries	tahapan pendekatan: 1. Pertanyaan terbuka 1) Fasilitator membangun hubungan saling percaya dengan pasien 2) Fasilitator menggali perasaan klien terhadap proses pengobatan 2. Affirmasi 1) Fasilitator meneguhkan berbagai baik yang telah dilakukan oleh klien, sehingga klien merasa dihargai dan dipercaya oleh fasilitator 2) Fasilitator mengemas sikap dan situasi pasien dengan positif 3) Fasilitator fokus pada perilaku yang spesifik 4) Fasilitator fokus pada deskripsi, dalam hal ini perasaan yang dirasakan tetapi ini bukan sebuah evaluasi 5) Fasilitator memasukkan nilai spiritual dalam peneguhan hal – hal			

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skor	Skala
		positif yang dilakukan klien			
		3. Refleksi			
		1) Fasilitator harus mampu mendengarkan, mengamati, dan menginterpretasi isyarat verbal dan visual klien agar sesuai dengan yang dimaksud			
		2) Fasilitator melakukan pengulangan terhadap pernyataan yang disampaikan oleh klien			
		3) Fasilitator mengarahkan pembicaraan			
		4) Fasilitator menyemangati klien agar berubah tanpa mengambil kontrol dari klien			
		5) Fasilitator tidak diperkenankan bersikap seakan mengarahkan klien untuk mendengarkan dan mengikuti keinginan fasilitator			
		6) Fasilitator diperkenankan			

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skor	Skala
		<p>melakukan beberapa hal sesuai dengan kondisi klien saat sesi konseling, antara lain: refleksi perasaan klien, refleksi dua arah, parafrasi, dan merangkum</p> <p>7) Pernyataan yang direfleksikan, akan lebih baik jika bebrbentuk refleksi singkat</p> <p>4. Summaries</p> <p>1) Fasilitator menentukan inti dari masalah yang ditemukan pada sat sesi konseling</p> <p>2) Fasilitator meringkas dengan menguatkan kembali hasil selama sesi konseling</p> <p>3) Fasilitator memilah mana tanggapan yang harus disertakan dan mana tidak.</p> <p>4) Fasilitator membantu klien mempertimbangkan tanggapan mereka sendiri dan merenungkan</p>			

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skor	Skala
		pengalaman mereka sendiri 5) Fasilitator memberikan self motivation statement			
Dependen: 1. Keputusan	Suatu kondisi psikologis seseorang yang bersifat subjektif dimana seseorang berada dalam situasi tidak memiliki pilihan dan alternatif dalam mengatasi masalah	28 item berdasarkan dimensi afektif-eksperiensial, afektif-spiritual, afektif-relasional, kognitif irasional, kognitif-eksperiensial, kognitif-spiritual, kognitif-relasional, behavioral-irasional, dan behavioral – eksperiensial.	Kuesioner	Skor total seluruh jawaban responden dengan rentang skor 27 – 102	Interval
2. Motivasi Sembuh	Kondisi atau kekuatan mental yang memberikan energi dan mendorong pasien untuk melakukan tindakan yang mengarah pada pencapaian kesembuhan/pulih/kondisi lebih baik dari penyakitnya, ditandai dengan keadaan umum dan nutrisi yang baik, tekanan darah normal, tidak ada gejala akibat anemia, tercapai keseimbangan air, elektrolit dan asam basa, tidak didapatkan	20 item pernyataan mengenai motivasi sembuh meliputi motivasi interinsik, dan aspek kesembuhan dalam Ryan & Deci, 2000: 1. Pengetahuan 2. Prestasi 3. Stimulasi 4. Memiliki sikap positif 5. Berorientasi pada pencapaian tujuan Kekuatan yang mendorong individu	Kuesioner	Skor : 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Setuju 4. Sangat setuju Nilai : 17 – 68	Interval

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skor	Skala
	komplikasi akibat uremia, kualitas hidup yang memadai.				

4.4 Instrumen Penelitian

4.4.1 Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual (syukur, sabar dan ikhlas)

Instrumen yang digunakan pada intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual (SSI) pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis regular menggunakan SAK

4.4.2 Keputusan

Pengukuran keputusan pada pasien dengan gagal ginjal kronik yang diadaptasi dari jurnal psikogenesis (Caninsti, 2012) “Penyusunan Skala Keputusan Untuk Pasien Penyakit Kronis (Studi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisis)” berdasarkan teori keputusan dari Farran, Herth, & Popovich (1995), diketahui bahwa ada tiga komponen keputusan (afektif, kognitif, behavioral) dan empat atribut keputusan (eksperiensial, spiritual, irasional, relasional).

Ketiga komponen dan keempat atribut tersebut disilangkan sehingga dihasilkan matriks 3 x 4 yang menghasilkan 12 dimensi keputusan. 12 dimensi keputusan tersebut terdiri dari dimensi afektif-eksperiensial, afektif-spiritual, afektif-relasional, kognitif irasional, kognitif-eksperiensial, kognitif-spiritual, kognitif-relasional, behavioral-irasional, dan behavioral-eksperiensial, item-item yang mewakili setiap dimensi dinilai mampu mewakili konstruk keputusan dan dapat dijadikan alat ukur untuk mengetahui tingkat keputusan, khususnya pada pasien gagal ginjal kronis, dengan menggunakan skala likert sebagai berikut: 4 = sangat setuju; 3 = setuju; 2 = tidak setuju; 1 = sangat tidak setuju untuk jawaban favorable. Sedangkan untuk jawaban yang unfavorable kebalikannya yaitu: 1 =

sangat setuju; 2 = setuju; 3 = tidak setuju dan 4 = sangat tidak setuju. Jumlah total item dalam alat ukur keputusan menjadi 27 item, dengan nilai $r \geq 0.3$.

4.4.3 Motivasi Sembuh

Pengukuran motivasi untuk sembuh menggunakan kuesioner yang mengacu pada motivasi intrinsik serta aspek kesembuhan menurut Conger (1997) dalam (Ryan & Deci, 2000). Kuesioner terdiri dari 17 item pertanyaan dan pernyataan, yaitu :

1. Motivasi intrinsik (pengetahuan)
2. Motivasi intrinsik (stimulasi/pengalaman positif)
3. Motivasi intrinsik (prestasi)
4. Memiliki aspek positif
5. Berorientasi pada pencapaian tujuan
6. Kekuatan dan keyakinan yang mendorong individu.

Pilihan jawaban menggunakan skala likert (1= sangat tidak setuju, 2= tidak setuju, 3= setuju, 4= sangat setuju). Klasifikasi pernyataan sebagai berikut :

Tabel 4.2 Daftar kuesioner motivasi sembuh pada pasien hemodialisis

No	Komponen kuesioner motivasi sembuh	Nomor	Total
1.	Pengetahuan	1,2	2
2.	Stimulasi/pengalaman positif	3,4	2
3.	Prestasi	5,6,7,8	4
4.	Memiliki aspek positif	9,10,11	3
5.	Berorientasi pada pencapaian tujuan	12,13,14	3
6.	Kekuatan dan keyakinan yang mendorong individu	15,16,17	3
Total			17

4.5 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas dan reliabilitas kuesioner dilakukan pada responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan responden penelitian. Hasil uji coba alat ukur selanjutnya dianalisis validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang akan digunakan benar dan akurat dalam mengukur apa yang akan diukur (keputusasaan dan motivasi sembuh). Penghitungan validitas item pernyataan dilakukan dengan menggunakan korelasi Pearson product moment. Pernyataan dinyatakan valid jika nilai r hitung $\geq r$ tabel dan sebaliknya jika r hitung $<$ nilai r tabel maka pernyataan dinyatakan tidak valid. Uji reliabilitas instrumen bertujuan untuk mengetahui suatu instrumen dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data. Uji reliabilitas instrumen pada penelitian ini akan dilakukan dengan metode penghitungan koefisien Alpha Cronbach dengan menggunakan koefisien Alpha Cronbach. (Sugiyono, 2006).

Sebelum proses pengumpulan data, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen yang akan digunakan. Uji instrumen dilakukan pada kelompok pasien dengan ESRD yang menjalani hemodialisis reguler RSUD Kota Mataram dengan jumlah 30 responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan penelitian. Analisis uji validitas dan reliabilitas menggunakan program SPSS dengan r tabel = 0,361 ($N = 30$, level of significance = 0,05). Hasil uji validitas kuesioner keputusasaan adalah 1 item pertanyaan tidak valid, yaitu pertanyaan nomor 12 ($r = 0,294$). Hasil uji reliabilitas kuesioner ini adalah r alpha cronbach's 0,689. Karena hasil r hitung lebih besar dari r tabel, maka kuesioner ini reliabel atau konsisten.

Hasil uji validitas kusioner motivasi sembuh terdapat 3 item pertanyaan tidak valid, yaitu pertanyaan nomor 1 ($r = 0,251$), nomor 5 ($r = 0,301$), nomor 7 ($r = 0,234$). Hasil uji reliabilitas kusioner ini adalah *r alpha cronbach's* 0,753. Karena hasil *r* hitung lebih besar dari *r* tabel kusioner ini reliabel atau konsisten. Pertanyaan dari kedua variabel yang tidak valid, tidak dilakukan perbaikan karena pertanyaan lainnya telah mewakili masing-masing indikator dalam kusioner.

4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di Ruang Hemodiasis RSUD Provinsi NTB pada 2 Maret 2018-7 April 2018

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini melalui beberapa tahapan sebagai berikut:

4.7.1 Persiapan

1. Sebelum melakukan penelitian, terlebih dahulu mengajukan izin kepada Bagian Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RSUD Provinsi NTB melalui surat pengantar dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
2. Penyusunan proposal, penyusunan instrumen penelitian dan penyusunan tahapan pelaksanaan motivational interviewing dengan pendekatan spiritual: syukur, sabar dan ikhlas.

4.7.2 Pelaksanaan

Langkah – langkah dalam pengambilan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- 1) Mengidentifikasi pasien hemodialisis yang sesuai dengan kriteria inklusi di Ruang hemodialisa RSUD Provinsi NTB kemudian dibagi menjadi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dengan penetapan responden menggunakan teknik acak sederhana
- 2) Memberikan penjelasan tujuan penelitian, manfaat serta prosedur penelitian di Rumah Sakit bagi calon responden.
- 3) Pasien yang bersedia menjadi responden diminta menandatangani lembar informed consent sebelum mengikuti proses penelitian.
- 4) Melakukan proses matching, yang sebelumnya telah dilakukan homogenitas terhadap responden melalui kriteria inklusi. Proses matching dilakukan dengan cara menjadikan pasien yang datang di shift pagi pada hari senin, selasa dan rabu sebagai kelompok perlakuan, sedangkan pasien yang ada pada shift sore pada hari senin, selasa dan rabu sebagai kelompok kontrol.
- 5) Melakukan pre test pada awal penelitian tentang keputusasaan dan motivasi sembuh pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
- 6) Memasang sekat pembatas untuk menjaga privasi klien khususnya pada kelompok perlakuan serta sebagai upaya untuk menghindari bias yang mungkin saja terjadi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol akibat menjiblak perlakuan yang diberikan fasilitator pada responden.
- 7) Pelaksanaan intervensi dilakukan setelah pasien selesai dilakukan tindakan pemasangan alat-alat HD dan setelah pasien selesai makan.
- 8) Melaksanakan intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual pada kelompok perlakuan yang dilakukan di ruangan hemodialisis

RSUD Provinsi NTB berdasarkan empat pendekatan dasar (Miller et al., 2008) yaitu: **OARS**

- a. **Open Ended Questions** (Pertanyaan Terbuka): Pertanyaan dari pertanyaan terbuka, pertanyaan yang tidak bisa dijawab dengan respon yang terbatas, (yaitu "ya", "tidak", "mungkin", "tujuh", "minggu depan", dll), akan membantu individu menyelidiki dan mengeksplorasi pemikiran mereka sendiri, dan menggerakkan kita, sebagai Fasilitator dan Relawan memberi atau menawarkan "saran"
- b. **Affirmation**: Membuat pernyataan yang meyakinkan membantu individu mengenali perilaku positif mereka dan kekuatan, yang kemudian membangun kepercayaan diri pada kemampuan mereka untuk berubah. Fasilitator mulai memasukkan berbagai unsur spiritual dalam tahap ini dengan cara menceritakan kisah nabi yang juga pernah diberikan cobaan berat oleh Allah, sebagai upaya memasrahkan diri kepada Allah SWT.
- c. **Reflective Listening**: Parafrase (cermin) komentar individu dengan mengulang kembali apa yang mereka
- d. **Summaries** (Ringkasan Laporan): mengumpulkan ringkasan pernyataan yang telah diungkapkan oleh klien sehingga memungkinkan untuk transisi ke topik berikutnya. The "S" dalam OARS juga disebut sebagai "**Self-motivational Statements**". Fasilitator dalam tahap mulai mencoba memberikan saran yang sesuai berdasarkan hasil konseling dengan menekankan nilai spiritual yang ada dalam diri pasien sehingga diharapkan mampu menumbuhkan spirit yang bermula dari

keyakinan dan keinginan responden sendiri seperti contoh anjurkan klien untuk mengucapkan kalimat-kalimat spiritual untuk dirinya dalam setiap kesempatan. Penelitian yang dilakukan di RSUD Provinsi NTB dilakukan menggunakan tahapan keterampilan dasar menggunakan urutan open question, reflecting listening, affirmation, dan summaries (self motivation statement), menyesuaikan dengan keadaan proses konseling di lokasi penelitian.

8. Pemberian motivational interviewing dengan pendekatan spiritual ini dilaksanakan selama 4 minggu, dengan frekuensi pertemuan sebanyak 2x/minggu, selama \pm 40 menit mengikuti jadwal HD masing-masing responden. Motivational interviewing ini dilakukan saat on hemodialisis.
9. Teknik pelaksanaan tahapan motivational interviewing ini dibagi menjadi 2 sesi. Pertemuan pertama diminggu awal diisi oleh sesi 1 yaitu tahap open question dan reflecting listening, dan sesi kedua dilaksanakan pada pertemuan kedua diminggu pertama, diisi dengan tahap affirmation dan summaries (self motivation statement).
10. Pertemuan di minggu kedua dan seterusnya dilakukan motivational interviewing dengan pendekatan spiritual menggunakan 4 tahapan dasar yang urutan pelaksanaannya dapat disesuaikan dengan kebutuhan klien pada saat konseling berlangsung. Hasil konseling baik secara verbal maupun non verbal didokumentasi berupa case report sederhana sebagai dokumentasi pribadi penelitian.
11. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah keputusan dan motivasi sembuh pada klien dengan ESRD yang menjalani hemodialisis reguler

12. Pada kelompok kontrol mengikuti perawatan yang ditetapkan di ruangan, dengan mengkondisikan agar tidak terpapar oleh kelompok perlakuan
13. Melakukan post test pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Post test dilakukan oleh asisten yang telah ditetapkan oleh fasilitator, setelah dilakukannya intervensi pada akhir pertemuan di minggu ke empat
14. Setelah menganalisis hasil penelitian selama 4 minggu, fasilitator memberikan perlakuan yang sama pada kelompok kontrol.

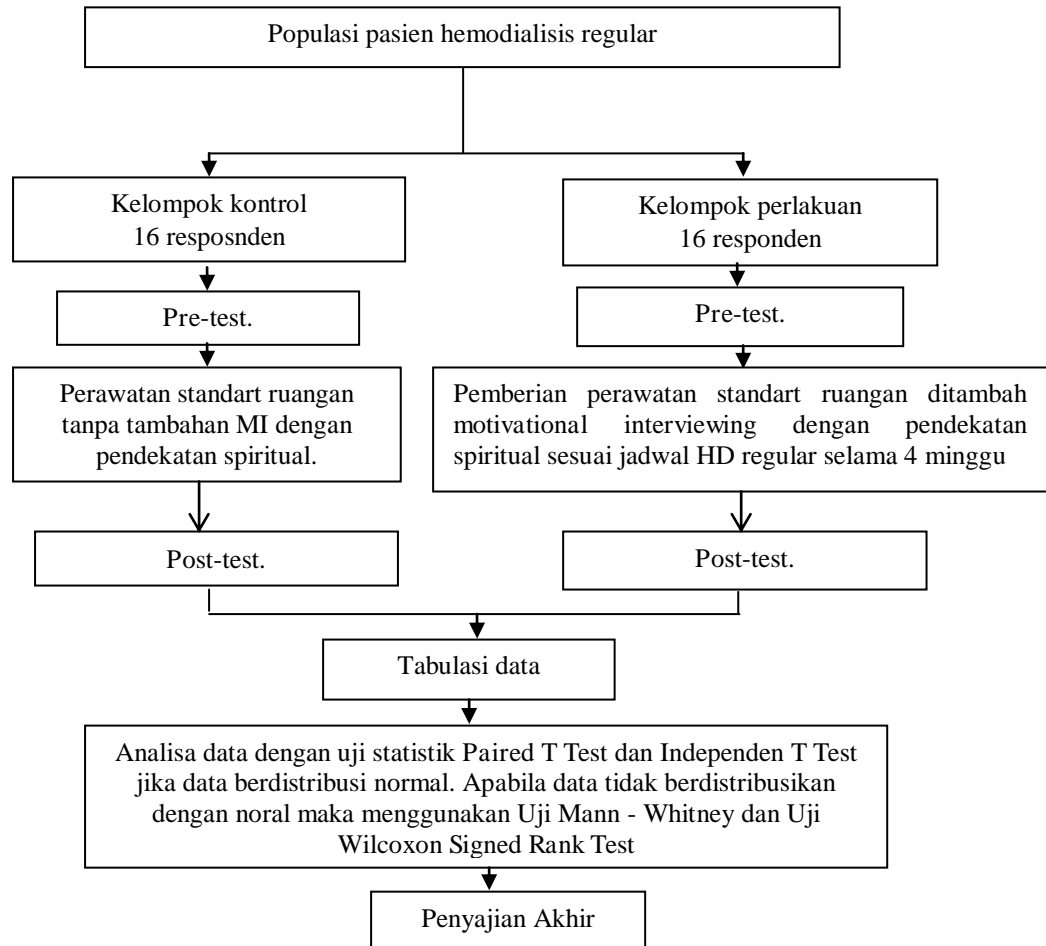
4.7.3 Pengolahan data

Setelah semua data terkumpul, data tersebut diolah dan disajikan dalam tabel hasil pengumpulan data penelitian

4.8 Analisis Data

Teknik analisis data pada penelitian ini menggunakan Independent Sample T-Test dan Paired T-Test untuk data yang berdistribusi normal yaitu pada variabel keputusan sedangkan pada variabel motivasi sembuh,, didapatkan data tidak berdistribusikan dengan normal sehingga menggunakan Uji Wilcoxon Signed Rank Test dan Mann – Whitney dengan selang kepercayaan 95 % dan kesalahan 5% ($\alpha = 0,05$)

4.9 Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka operasional

4.10 Masalah Etik (Ethical Clearance)

Penelitian telah mengikuti prosedur uji etik di RSUD Provinsi NTB dan memperoleh persetujuan etik dari Komisi Etik RSUD Provinsi NTB pada tanggal 28 Februari 2018 dengan nomor etik: 070.1/03/KEP/2018. Penelitian ini dilakukan dengan menekankan masalah etik yang secara umum dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu: prinsip manfaat, prinsip menghargai hak-hak subjek dan prinsip keadilan. Berikut penjelasan dari prinsip etika dalam penelitian:

1. Prinsip manfaat (beneficence)

1) Bebas dari penderitaan

Penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada responden baik fisik maupun psikis.

2) Bebas dari eksploitasi

Responden diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan responden dalam bentuk apa pun.

3) Risiko (benefit ratio)

Penelitian ini tidak memiliki resiko apapun karena responden hanya diberikan perlakuan berupa motivational interviewing dengan pendekatan spiritual. pemberian informasi kepada responden bahwa responden akan mendapatkan keuntungan secara langsung dari penelitian ini dalam penurunan keputusan dan peningkatan motivasi sembuh.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (respect human dignity)

1) Hak untuk terlibat/ tidak terlibat menjadi responden (right to self determination)

Responden mempunyai hak untuk memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun atau akan berakibat terhadap kesembuhannya. Responden akan tetap mendapatkan pelayanan baik medis maupun keperawatan seperti biasa sesuai dengan prosedur yang ada.

- 2) Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (right to full disclosure)

Memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi pada responden. Menjelaskan bahwa dalam penelitian ini tidak ada risiko apapun yang akan terjadi kepada responden.

- 3) Informed consent

Responden mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu. Kesediaan responden dibuktikan dengan penandatanganan informed consent.

3. Prinsip keadilan (right justice)

- 1) Hak untuk mendapatkan penatalaksanaan yang adil (right to fair treatment)

Responden diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian. Saat penelitian, tidak ada diskriminasi apapun terhadap responden.

- 2) Hak dijaga kerahasiannya (right to privacy)

Responden mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama

(anonymity) dan rahasia (confidentiality). Semua data yang dikumpulkan selama penelitian disimpan dan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Identitas responden berupa nama diganti dengan inisial, sedangkan alamat dicantumkan sesuai kesepakatan bersama.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

RSUD Provinsi NTB adalah Rumah Sakit Tipe B Pendidikan milik Pemerintah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. Berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Kepala Daerah Tingkat 1 Nusa Tenggara Barat Nomor 448/Pem.47/5/151 tanggal 5 November 1969, status Rumah Sakit Umum Mataram yang pengelolaannya di bawah Pemerintah Kabupaten Lombok Barat diubah menjadi milik dan pengelolaannya dibawah Pemerintah Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat. RSUD Provinsi NTB memiliki visi menjadi Rumah Sakit Rujukan yang unggul dalam pelayanan, pendidikan dan penelitian di Indonesia Timur. Beberapa misi yang dilaksanakan seperti meningkatkan kelancaran dan kemudahan pelayanan asuhan keperawatan yang komprehensif, dan mengembangkan ketersediaan, kemampuan dan keterampilan tenaga medis/non medis.

Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB menyiapkan penatalaksanaan terapi penggantian fungsi ginjal berupa hemodialysis di ruang HD yang memiliki kapasitas mesin hemodialisis sebanyak 36 unit, 2 diantaranya merupakan mesin khusus pasien HIV positif dan HbsAg positif, sedangkan 4 unit lainnya khusus bagi pasien VIP. Pelayanan HD diberikan kepada pasien hemodialisis rutin, pasien rumah sakit lain, maupun pasien travelling. RSUD Provinsi NTB belum memiliki penatalaksanaan pengganti ginjal berupa CAPD, namun di dalam Ruang HD tersedia 1 kamar steril untuk penggantian transferset bagi pasien CAPD.

Ruang HD RSUD Provinsi NTB memiliki tenaga keperawatan sebanyak 12 orang perawat, 1 orang teknisi dan 1 orang koordinator ruangan HD. Layanan HD diberikan sebanyak 2 shift dan dapat melayani tindakan HD sebanyak 45-60 pasien dalam satu hari. Perawat HD berperan sebagai educator bagi pasien hemodialisis selain sebagai care giver, sedangkan peran perawat sebagai konselor dalam mengatasi masalah psikologis yang dialami oleh pasien dengan hemodialisis belum dapat dilaksanakan dengan baik. Hal ini dikarenakan tidak adanya tenaga psikolog, keterbatasan waktu dan tenaga keperawatan dalam menangani pasien hemodialisis. Tindakan standar yang telah dilakukan selama ini oleh perawat HD di ruangan yaitu memberi edukasi tentang pengertian, manfaat, efek samping serta pengaturan diet makanan dan minuman bagi pasien HD bekerjasama dengan ahli gizi. Ruangan HD sendiri belum memiliki SOP (Standar Operasional Prosedur) dalam pelaksanaan konseling bagi pasien ESRD dengan hemodialisis.

5.2 Distribusi Responden berdasarkan Karakteristik Demografi

Data karakteristik demografi responden ini menguraikan tentang karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, dan penyebab terjadinya ESRD.

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan karakteristik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di ruang HD RSUD Provinsi NTB tahun 2018

Karakteristik Responden	Kelompok Perlakuan		Kelompok Kontrol	
	Jumlah	%	Jumlah	%
Jenis Kelamin				
Laki-laki	8	50	9	56,25
Perempuan	8	50	7	43,75
Total	16	100	16	100
Usia				
Remaja akhir	1	6,25	1	6,25
Dewasa awal	0	0	2	12,50
Dewasa akhir	3	18,75	3	18,75
Lansia awal	12	75	2	12,50
Lansia akhir	0	0	8	50,00
Total	16	100	16	100
Pendidikan				
Pendidikan dasar	6	37,50	8	50
SMA/ sederajat	3	18,75	5	31,25
Perguruan tinggi	7	43,75	3	18,75
Total	16	100	16	100
Penyebab dialysis				
Penyakit kronik	10	62,50	14	87,5
Batu ginjal	3	18,75	1	6,25
Pola hidup	3	18,75	1	6,25
Total	16	100	16	100

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin baik pada kelompok perlakuan maupun pada kelompok kontrol sebagian adalah laki-laki yaitu 8 responden (50%) pada kelompok perlakuan dan 9 responden (56,25%) pada kelompok kontrol. Karakteristik responden berdasarkan usia pada kelompok perlakuan sebagian besar berada pada rentang usia dengan kategori lansia awal yaitu 12 responden (75%) sedangkan pada kelompok kontrol sebagian berada pada rentang usia lansia akhir sebanyak 8 responden (50%). Karakteristik responden berdasarkan pendidikan pada kelompok perlakuan sebagian berada pada tingkat perguruan tinggi yaitu sebanyak 7 responden (43,75%) sedangkan pada kelompok kontrol sebagian berada pada tingkat pendidikan dasar yaitu 8 responden (50%). Karakteristik berdasarkan penyebab

ESRD dan dialysis baik untuk kelompok perlakuan maupun intervensi adalah sebagian besar diakibatkan oleh penyakit kronik (hipertensi dan diabetes mellitus), yaitu sebanyak 10 responden (62,50%), begitu pula yang didapatkan pada kelompok kontrol hampir seluruhnya yaitu 14 responden (87,5%) disebabkan oleh penyakit kronik.

Tabel 5.2 Nilai homogenitas pada keputusan dan motivasi sembuh sebelum dan sesudah dilakukan intervensi pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol

Kelompok	p value
Pre test keputusan	0,002
Post test keputusan	0,018
Pre test motivasi sembuh	0,548
Post test motivasi sembuh	0,039

Tabel 5.2 menunjukkan nilai homogenitas pada setiap kelompok sebelum dilakukan intervensi (pre-test) pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Nilai homogenitas terdapat pada variabel keputusan untuk nilai pre-test ($p < 0,05$) yang artinya variabel keputusan tidak homogen, dan pada motivasi sembuh ($p > 0,05$) sehingga variabel motivasi sembuh dinyatakan homogen.

5.3 Data dan Analisis Variabel Penelitian

5.3.1 Nilai keputusan pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum dan sesudah motivational interviewing dengan pendekatan spiritual

Analisis data dibawah ini menggunakan Uji Paired T-Test dan Independent T-Test. Uji ini dipilih, karena didapatkan data dalam distribusi normal. Berikut ini akan dibahas mengenai intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler terhadap perubahan keputusan pada kelompok perlakuan dan kelompok

kontrol di ruang HD RSUD Provinsi NTB sebelum dan sesudah intervensi, sehingga menghasilkan data sebagai berikut.

Tabel 5.3 Keputusan pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di ruang HD RSUD Provinsi NTB tahun 2018

Variabel	Kelompok	Pre (Mean±SD)	Min- Maks	Post (Mean±SD)	Min- Maks	Ranks (Positive±Ties±Negative)	p value (paired t -test)
Keputusan	Perlakuan	62,44±8,63	52-81	94,38±6,95	87-104	16±0 ± 0	p =0,001
	Kontrol	66 ±5,59	55-77	64,13±8,76	53-81	4 ± 1 ± 11	p =0,533
p value delta (Independent t- test)				p = 0,001			

Tabel 5.3 Pada kelompok perlakuan menunjukkan adanya peningkatan nilai rerata yang signifikan dan nilai $p=0,001$. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh motivational interviewing dengan pendekatan spiritual terhadap keputusan pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler. Sedangkan pada kelompok kontrol ditemukan penurunan nilai rerata dan nilai $p=0,533$ yang artinya responden pada kelompok kontrol menunjukkan tidak adanya pengaruh motivational interviewing dengan pendekatan spiritual terhadap keputusan pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler.

Hasil analisis pada kelompok perlakuan dan kontrol menunjukkan bahwa nilai $p=0,001$, sehingga diartikan bahwa ada beda antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol diberikan intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual terhadap keputusan pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler. Adanya peningkatan pada nilai hasil penghitungan kuesioner menunjukkan adanya perubahan dalam penurunan keputusan pasien ESRD dengan HD Reguler.

5.3.2 Nilai motivasi sembuh pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum (pre test) dan sesudah (post test) intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual (sabar, syukur, ikhlas)

Analisis data dibawah ini, menggunakan Uji Wilcoxon Signed Rank dan Mann Whitney. Uji ini dipilih karena data tidak berdistribusi normal dengan nilai $p < 0,05$. Berikut ini akan dibahas mengenai motivasi sembuh pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di ruang HD RSUD Provinsi NTB yang diukur sebelum dan sesudah intervensi sehingga menghasilkan data sebagai berikut.

Tabel 5.4 Motivasi sembuh pasien ESRD yang menjalani HD Reguler pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol di ruang HD RSUD Provinsi NTB tahun 2018

Variabel	Kelompok	Pre (Median)	Min- Maks	Post (Median)	Min- Maks	p value (wilcoxon)
Motivasi sembuh	Perlakuan	56,50	45-64	64,50	56-68	$p = 0,001$
	Kontrol	50,00	47-54	49,00	46-51	$p = 0,021$
p value delta (Mann whitney)				$p = 0,001$		

Tabel 5.6 Pada kelompok perlakuan menunjukkan adanya peningkatan nilai rerata yang signifikan dan nilai $p = 0,001$. Hal ini menunjukkan bahwa ada pengaruh pengaruh motivational interviewing dengan pendekatan spiritual terhadap motivasi sembuh pasien ESRD yang menjalani hemodialialisis reguler. Sedangkan pada kelompok kontrol ditemukan penurunan nilai rerata dan nilai $p = 0,021$ yang artinya responden pada kelompok kontrol menunjukkan juga adanya pengaruh motivational interviewing dengan pendekatan spiritual terhadap motivasi sembuh pasien ESRD yang menjalani hemodialialisis reguler. Meskipun sama-sama ada pengaruh pada kedua kelompok baik kelompok intervensi maupun kelompok kontrol, pengaruh yang sangat berbeda dapat dilihat dari

perbedaan nilai minimal dan maksimal pada kedua kelompok. Kelompok intervensi setelah perlakuan mengalami peningkatan nilai minimal yaitu 56 dan nilai maksimal 68, sedangkan pada kelompok kontrol setelah perlakuan didapatkan penurunan nilai minimal dan maksimal. Semakin tinggi nilai yang didapatkan maka semakin tinggi pula motivasi sembuh pasien.

Hasil analisis pada kelompok perlakuan dan kontrol menunjukkan bahwa nilai $p=0,001$, sehingga diartikan bahwa ada beda antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol diberikan intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual terhadap motivasi sembuh pasien ESRD yang menjalani hemodialialisis reguler.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Motivational Interviewing dengan Pendekatan Spiritual Terhadap Keputusasaan

Berdasarkan hasil penelitian setelah diberikan intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual (sabar, syukur, ikhlas) didapatkan bahwa terjadi perubahan yang signifikan terhadap penurunan keputusasaan (hopelessness) pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil penelitian menunjukkan pada kelompok intervensi setelah diberikan perlakuan, seluruh responden mengalami perubahan pada keputusasaannya menjadi keputusasaan rendah atau tidak putus asa, sedangkan pada kelompok kontrol setelah diberikan perlakuan, didapatkan seorang responden memiliki keputusasaan yang tinggi dan sisanya masih berada pada keputusasaan sedang sama seperti sebelum diberikan perlakuan.

Selaras dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Van Voorhees et al., 2009, menyatakan bahwa pemberian intervensi MI secara signifikan mampu menurunkan depressed mood dan keputusasaan (hopelessness) pada pasien dengan perawatan primer, karena MI dalam bentuk konseling memberikan rasa nyaman bagi pasien untuk dapat berbagi tentang perubahan suasana hatinya, sehingga membentuk coping yang lebih baik terhadap stressor yang dialami. Mehdi et al., 2016 dalam penelitiannya juga mengungkapkan bahwa pemberian MI memberikan pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan kualitas hidup dan kelangsungan hidup, karena meningkatkan kesadaran akan kepatuhan pengobatan pada diri pasien CABG.

Fabrazzo dan De Santo (2006) dalam White & McDonnell (2014) menyatakan bahwa pasien dengan ESRD cenderung mengalami masalah psikososial, terutama terjadi pada tahun pertama terdiagnosis. Hal ini selaras dengan hasil konseling yang didapatkan pada saat proses intervensi MI (pertanyaan terbuka dan afirmasi) dilakukan, bahwa saat pertama kali mengetahui terdiagnosis ESRD (end stage renal disease) dan harus menjalani cuci darah dua kali dalam seminggu, direpson pasien dengan perasaan kaget dan tidak percaya (denial). Denial sebagai respon awal adaptasi stressor pasti dialami oleh setiap orang. Hal ini dirasakan cukup berat dan membuat pasien tersebut mengalami proses penolakan yang cukup lama. Selanjutnya pada beberapa pasien menunjukkan adanya rasa marah (anger) yang sering muncul selama proses pengobatan (HD).

Keputusasaan dan sedih yang mendalam dialami oleh pasien ESRD, dimana ginjal tidak mampu untuk berfungsi secara normal, sehingga dialisis menjadi salah satu pilihan pengobatan yang harus dilakukan. Hal tersebut dirasakan oleh pasien sebagai tahapan depresi (depression) dalam proses berduka, beberapa pasien mengungkapkan ketakutan akan masa depan. Ketidakberdayaan untuk melakukan tugas dan fungsi didalam keluarga, merasa putus asa untuk mampu menjalani hidup, sehingga mengungkapkan sempat berpikir untuk tidak ingin menjalani pengobatan. Tingkat kematangan jiwa dan kecerdasan spiritual dalam mengatasi masalah dapat mempengaruhi seberapa cepat proses adaptasi seseorang untuk dapat maju ke tahap adaptasi selanjutnya hingga tiba pada tahap acceptance.

Hasil dari penelitian menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi seluruh responden mengalami perubahan penurunan keputusasaan yang ditandai peningkatan nilai posttest dengan beragam karakteristik. Peningkatan nilai posttest yang paling tinggi terutama terjadi pada responden no.02, dengan karakteristik berjenis kelamin laki-laki, usia berada pada tahap lansia awal, dan pendidikan terakhir perguruan tinggi, sedangkan peningkatan nilai terendah diperoleh responden no.07, dengan karakteristik berjenis kelamin perempuan, usia dewasa akhir, dan tingkat pendidikan menengah. Hasil temuan di atas didukung oleh penelitian Joanne (2014) yang menyatakan bahwa laki-laki cenderung mudah beradaptasi karena sifat laki-laki sebagai petualang daripada wanita yang lama beradaptasi karena faktor emosi sehingga laki-laki lebih dominan dalam menurunkan keputusasaan serta meningkatkan coping dan adaptasi psikososial daripada perempuan.

Perbedaan tahap usia pada responden di atas juga dapat membuat perbedaan bagi seseorang dalam menghadapi sesuatu, hal tersebut sejalan dengan teori yang menyatakan bahwa individu yang lebih tua cenderung memiliki rentang waktu dan pengalaman yang lebih banyak dalam mengatasi suatu hambatan, (Bandura, 1997) yang terjadi jika dibandingkan dengan individu yang lebih muda (). Perbedaan pendidikan pada responden ini pun dapat menyebabkan perbedaan dalam menghadapi masalah, hal ini sejalan dengan teori Notoatmodjo (2005), menyatakan bahwa tingkat pendidikan individu memberikan kesempatan yang lebih banyak terhadap diterimanya pengetahuan baru termasuk informasi kesehatan, semakin tinggi pendidikan seseorang semakin banyak informasi yang diterima, sehingga memberikan kesempatan individu untuk mengeksplorasi

pilihan yang ada dalam mendapatkan jalan keluar dari masalah yang dihadapi termasuk masalah kesehatan dan berbagai perubahan yang disebabkan oleh sakit baik dari fisik maupun psikologis.

Hasil temuan penelitian pada kelompok kontrol setelah diberikan perlakuan didapatkan peningkatan terhadap keputusan ditandai dengan penurunan nilai kuesioner (posttest) yaitu pada responden no. 08, tingkat keputusan pre dalam kategori sedang dan post intervensi dalam kategori tinggi, sedangkan sisanya responden pada kelompok kontrol tetap berada pada kondisi keputusan sedang sama seperti sebelum diberikan perlakuan. Hasil temuan penelitian yaitu peningkatan keputusan yang terjadi pada responden no.08 dengan jenis kelamin wanita, usia berada pada tahap lansia akhir dan pendidikan tinggi ini, tidak sejalan dengan teori yang telah dipaparkan oleh Bandura (1997) dan Notoadmojo (2005) di atas, individu yang berada di jenjang usia lansia akhir memiliki kecenderungan ketidakmampuan dalam beradaptasi psikologis terhadap perubahan yang terjadi pada dirinya.

Ketidakmampuan beradaptasi terhadap perubahan dan stres lingkungan, menyebabkan depresi yang mengakibatkan pasien berada pada situasi putus asa yang berkepanjangan, sehingga pasien sulit untuk dapat mencapai kondisi fisik dan psikologis yang lebih baik. Lansia akhir secara fisiologis mengalami penurunan dalam aktivitas yang kemudian diperberat dengan kondisi sakit yang dialami, sehingga membuat pasien merasa tidak berguna, tidak berdaya dan menyalahkan dirinya sendiri karena membebani keluarga (Lu, 2012). Berdasarkan pengamatan penelitian meskipun responden dengan latar pendidikan tinggi, klien tidak mampu mengontrol berbagai pikiran negatif yang timbul akibat rasa ketidakberdayaan

yang diakibatkan oleh penyakit dan proses pengobatan yang harus dijalani dalam jangka waktu yang panjang. Hal ini sejalan dengan penelitian Darussalam (2011), mengemukakan bahwa 23 responden yang memiliki pendidikan yang rendah mengalami keputusasaan dan 36 responden yang memiliki pendidikan tinggi mengalami keputusasaan. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara responden yang berpendidikan rendah dengan responden yang berpendidikan tinggi terhadap terjadinya keputusasaan pada pasien stroke ($p = 0,118$; $p < 0,05$).

Farran et al., (1995) dalam bukunya memandang keputusasaan menjadi tiga komponen: 1) affective component, yaitu cara merasakan sesuatu, 2) cognitive component atau cara berpikir, 3) behavioural component atau cara bertindak. Berdasarkan hasil penelitian pada indikator kuesioner keputusasaan (afektif, kognitif dan behaviour) ketiganya memiliki pengaruh yang signifikan terhadap penurunan keputusasaan pada kelompok intervensi. Indikator afektif pada kuesioner keputusasaan sebelum intervensi menjadi indikator dengan nilai rerata terendah, sehingga mencerminkan kemampuan responden dalam merasakan stresor dengan kurang baik, akibatnya berefek terhadap kemampuan kognitif dan tercermin dalam sikap dan perilaku responden tersebut. Rata-rata nilai pada setiap indikator kuesioner setelah intervensi mengalami peningkatan. Peningkatan nilai indikator tertinggi didapatkan pada indikator behavior (sikap).

Berdasarkan hasil penelitian tersebut, menunjukkan keselarasan seperti yang telah dijelaskan oleh Copel (2007) bahwa, motivational Interviewing dengan pendekatan spiritual sebagai salah satu terapi kognitif bertujuan membantu klien mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran

dan kepercayaan, serta membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal. Sunaryo (2004) mengungkapkan bahwa, sikap tidak dibawa sejak lahir tetapi dapat dipelajari dan dibentuk berdasarkan pengalaman individu sepanjang perkembangan selama hidupnya. Pembentukan sikap dipengaruhi oleh faktor eksternal (pengalaman, situasi, norma, hambatan dan pendorong) dan internal (fisiologis, psikologis dan motif).

Berdasarkan hasil penelitian pada tahap refleksi dan summaries pasien mulai menunjukkan perubahan pikiran yang lebih positif. Pasien mulai menyadari adanya berbagai pikiran negatif yang selama ini secara tidak disadari mempengaruhi kondisinya baik dari segi fisik maupun psikologis. Pasien menyadari tidak ada gunanya terus menerus meratapi keadaan yang dialami saat ini dan berputus asa. Keyakinan pasien tentang masih adanya nikmat yang harus disyukuri yaitu nikmat kehidupan, mulai tumbuh dalam dirinya. Perwujudan rasa syukur oleh pasien diaplikasikan dalam kesabaran untuk terus melaksanakan dialisis secara teratur dan berjuang pantang menyerah untuk mendapatkan derajat kesehatan yang lebih baik.

Berdasarkan pengamatan selama penelitian pemberian MI dengan pendekatan spiritual yang dilakukan untuk mengatasi keputusasaan yang dialami oleh responden, menanamkan kesadaran pada individu sehingga individu lebih menyadari pentingnya informasi yang diberikan, karena informasi akan terekam baik dalam ingatan seseorang bila informasi tersebut bermanfaat bagi dirinya. Pemberian intervensi dilakukan secara personal (individu). Konseling tatap muka yang dilakukan secara personal membuat responden dapat menerima pesan baik

verbal dan non verbal dari peneliti melalui bahasa tubuh atau ekspresi wajah. Berdasarkan teori neuro linguistic body language, intonasi dan ekspresi berpengaruh 85% dibandingkan bahasa verbal, saat tatap muka pasien menerima seluruh pesan tubuh dengan baik sehingga kekuatan memori jauh lebih kuat. Materi yang disampaikan dengan tatap muka dan diskusi akan lebih mudah dipahami responden karena berfokus pada individu (Aini et al., 2007).

Proses pembentukan memori diawali dengan diterimanya berbagai rangsangan yang diterima panca indera oleh sensori memori di hipotalamus. Proses pembentukan memori jangka pendek (short term memory) dimulai di hipotalamus. Informasi yang diterima oleh memori jangka pendek ini masih mudah dilupakan, tetapi jika suatu objek tersebut dianggap penting dan bermakna, maka proses pemindahan memori ke jangka panjang akan dimulai (Yusuf, 2003). Proses pembentukan memori jangka panjang terjadi di lobus anterior pituitary. Memori jangka panjang yang terbentuk di otak dapat saja hilang atau terlupakan, tetapi hal ini bisa distimulasi kembali agar bisa diingat. Pemberian materi motivasi juga berfungsi sebagai stimulator untuk mengingat kembali memori jangka panjang yang pernah diperoleh. Selama proses pengolahan informasi secara otomatis akan terjadi proses penyaringan informasi berdasarkan nilai kemanfaatan informasi tersebut bagi seseorang. Semakin bermanfaat informasi tersebut bagi dirinya, maka informasi tersebut akan terekam dengan baik dalam ingatannya (Notoatmodjo, 2007).

Hal ini sejalan dengan temuan penelitian saat dilakukannya sesi konseling MI dengan pendekatan spiritual pada tahap Affirmasi pada salah satu responden (P.14), menyatakan bahwa “Saya sempat merasakan kesedihan yang sangat

mendalam sebelum berdiskusi dengan mbak, saya merasa menjadi seorang istri dan ibu yang gagal dalam keluarga saya, sehingga saya sering bertanya mengapa Allah memberikan saya cobaan yang seberat ini. Tetapi setelah saya berbicara dan berdiskusi dengan mbak saya tau tidak ada gunanya menyesali keadaan saya saat ini, saya sadar bahwa suami dan anak saya yang jauh disana seharusnya menjadi penyemangat saya untuk bisa lebih baik dari kondisi saat ini, agar saya bisa berkumpul kembali dengan mereka. Saya yakin Allah akan menjawab segala kesabaran dan usaha saya ini dengan sesuatu yang manis untuk saya dikemudian hari". Kesabaran merupakan salah satu kekuatan utama bagi umat muslim dalam menghadapi ujian/cobaan yang telah banyak diuraikan dalam Al-Qu'an dan hadits.

Allah berfirman (QS. Ali Imran, 146), bahwa sesungguhnya Allah menyukai orang yang sabar, yang dalam hal ini adalah orang-orang yang sabar dalam menghadapi segala ujian dan cobaan seperti contoh ujian dengan diberikannya penyakit. Pada tahap summaries pasien mulai mempertimbangkan serta merenungkan perasaan dan berbagai pikiran yang telah di eksplor pada saat sesi konseling berlangsung. Keyakinan dan kesadaran pasien dalam mengambil keputusan untuk mengatasi masalah psikologis yang dialami khususnya keputusasaan menjadi kekuatan awal dalam membangun self motivation. Tahapan summaries ini, pasien menyatakan keikhlasan dalam menjalani ketentuan yang telah diberikan oleh Allah SWT. Seluruh pasien dalam kelompok intervensi menyerahkan segala keinginan, harapan, cita dan perasaan (ketakutan, kecemasan dan kekhawatiran) kembali kepada sumberNya.

Motivational interviewing merupakan salah satu bentuk terapi kognitif yang berbentuk konseling, dimana klien menjadi pusat pengambil keputusan dalam merubah ambivalensi yang ada dalam dirinya, sehingga klien dapat mengambil keputusan untuk berubah berdasarkan keinginan serta keyakinannya sendiri. Nasir & Abdul (2011) mengungkapkan bahwa konsep dasar cognitive therapy adalah membantu pasien dalam mengidentifikasi berbagai pikiran buruk, kemudian menggantikan berbagai pikiran tersebut dengan pemikiran yang lebih rasional dan realistis. Teknik ini selalu mengedepankan perubahan pikiran bahwa segala yang terjadi didunia ini pasti selalu memberikan pelajaran atau hikmah yang baik dalam perubahan sikap dan perilaku. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetya et al., 2008, yaitu terdapat pengaruh yang signifikan terhadap penurunan depresi pada lansia dengan pemberian terapi kognitif kombinasi dibandingkan dengan kelompok kontrol yang hanya mendapatkan terapi kognitif tanpa senam otak yaitu dengan cara memaksimalkan kemampuan otak baik otak kanan maupun otak kiri, sehingga berbagai pikiran negatif tergantikan dengan pikiran yang lebih positif.

Motivational interviewing (MI) atau yang berarti wawancara motivasi merupakan intervensi yang berfokus pada eksplorasi, menyelesaikan dua hal yang bertentangan dan berpusat pada proses motivasi dalam diri individu (Miller & Rollnick, 2012). Miller & Rollnick (2012), mengatakan ada tiga teknik yang digunakan dalam motivation interviewing, yaitu menggunakan konseling client-centered yang berdasarkan konseling, mendengar secara reflektif, mengajukan pertanyaan langsung dan strategi untuk menimbulkan motivasi internal dari klien, menerapkan dalam wujud kalimat yang self-motivating dari klien. Ketrampilan ini

digunakan untuk mendorong klien untuk menyelidiki dua sifat bertentangan (ambivalensi) tentang perubahan dan bagaimana keputusan mereka sendiri tentang mengapa dan bagaimana cara berproses, dan strategi untuk memastikan bahwa resistensi klien diperkecil. Rapport yang baik dicapai dengan menghindari argumentasi dengan keterampilan mendengarkan reflektif, dan strategi seperti pergeseran fokus dan reframing, yang mengizinkan konselor untuk mengikuti/klien dan melakukan suatu percakapan bersifat membangun tentang perubahan.

Intervensi ini bersifat tidak memaksa atau didorong dari luar individu dalam menumbuhkan kesadaran dan keinginan untuk suatu perubahan, melainkan mendukung perubahan dalam cara yang kongruen dengan nilai-nilai yang berasal dari individu sendiri. MI adalah salah satu bentuk intervensi berbentuk konseling kolaborasi antara perawat dan pasien, yang berpusat pada klien dalam pengambilan segala bentuk keputusan untuk melakukan perubahan. Pelaksanaan intervensi MI dengan pendekatan spiritual ini dilakukan dalam empat minggu dengan 2 kali pertemuan dalam satu minggu.

Intervensi ini dilakukan selama 30–40 menit, untuk masing–masing klien dan melalui empat tahapan: pertanyaan terbuka, afirmasi, refleksi dan summaries, pendekatan spiritual (syukur, sabar dan ikhlas) mulai diberikan pada tahap afirmasi, refleksi dan summaries. Pemberian intervensi MI dengan pendekatan spiritual ini memberikan manfaat dalam pemenuhan kebutuhan klien terhadap perhatian, dan kasih sayang, serta diingatkan kembali pada sisi spiritualnya sehingga klien mampu mengatasi ambivalensi yang ada dalam dirinya. Keempat tahapan MI ini memiliki peran masing–masing dalam membantu pasien

mengeksplorasi perasaan dan mengatasi ketidakseimbangan psikologis yang dialami (Miller & Rollnick, 2012).

Putus asa, didefinisikan sebagai satu set skema kognitif yang melibatkan ekspektasi negatif tentang diri dan masa depan seseorang (Lu, 2012). Keputusan dalam situasi yang ekstrim, akan bermanifestasi dalam bentuk tingkah laku yang patologis seperti mental illness, termasuk di dalamnya keinginan untuk bunuh diri, depresi, atau bermanifestasi dalam bentuk lainnya seperti sociopathy, penurunan fungsi fisik, mental, spiritual dan kualitas hidup. Secara patologis, sifat keputusan yang sudah mengakar dalam diri individu akan membuatnya mudah mengalah pada situasi sulit dan enggan berusaha maksimal untuk mengatasi kesulitan hidup. Pasien yang menjalani dialisis, mengalami bukan hanya perubahan fisik dengan menjalani HD, akan tetapi juga mempengaruhi kehidupan sosial seseorang, yang harus disesuaikan dengan program HD (Rahimi et al., 2008)

Motivational interviewing sebagai bentuk terapi kognitif dikombinasikan dengan pendekatan spiritual secara signifikan memberikan pengaruh terhadap penurunan keputusan pada pasien ESRD dengan dialisis. Hasil penelitian ini mendukung penelitian sebelumnya yang menyatakan terapi kognitif memiliki pengaruh yang lebih signifikan jika dikombinasikan (Prasetya et al., 2008; Dennilson, 2009). Intervensi MI membantu pasien dalam mengidentifikasi, mengevaluasi dan berespon terhadap kelainan bentuk pikiran dan kepercayaannya. Membantu pasien mengembangkan pola pikir yang rasional, terlibat dalam uji realitas, dan membentuk kembali membentuk perilaku dengan mengubah pesan-pesan internal.

Motivational interviewing dengan empat tahapan memberikan rangsangan secara auditori dan visual, dipandu dengan pendekatan spiritual oleh perawat dapat merubah persepsi dalam kortek prefrontal sehingga terjadi perubahan makna hidup dan perubahan persepsi positif, setelah muncul persepsi positif maka sistem saraf teraktivasi sehingga menyebabkan perubahan di hipotalamus dan hipofisis. Hasil akhir perubahan persepsi tersebut adalah percepatan adaptasi klien dan kecerdasan spiritual dalam bentuk rasa syukur, sabar, ikhlas serta penurunan keputusan.

Kelebihan dalam intervensi MI dengan pendekatan spiritual adalah kemudahan dalam pelaksanaannya dengan menggunakan tehnik komunikasi terapeutik sehingga mampu dengan mudah untuk diaplikasikan oleh tenaga kesehatan khususnya perawat dalam upaya pemenuhan kebutuhan dasar pasien dari segi psikologis dan spiritual. Motivational interviewing dapat dilakukan dalam semua jenis budaya dan agama dengan mengedepankan berbagai norma yang ada dan berlaku dimasyarakat. Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual adalah salah satu bentuk intervensi yang sangat fleksibel dan efisien dalam biaya. Pemberian intervensi MI juga dapat diberikan dengan kombinasi pendekatan yang lain sesuai dengan keadaan serta kebutuhan pasien.

6.2 Motivational Interviewing dengan Pendekatan Spiritual terhadap Motivasi Sembuh pada Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis Reguler

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa adanya perbedaan pengaruh yang signifikan pemberian intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual terhadap peningkatan motivasi sembuh pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler di ruang HD RSUD Provinsi NTB. Sebagian besar

responden pada kelompok perlakuan menyatakan bahwa kondisi sakit yang mereka alami saat ini merupakan ujian dan memiliki hikmah dari Allah agar hidup lebih disiplin, dan sebagian besar mereka memiliki harapan yang tinggi untuk sembuh atau berada pada kondisi yang lebih baik dari saat ini.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Joshua et al., (2016) mengemukakan bahwa pemberian MI memiliki pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan motivasi diri dalam kepatuhan pengobatan terapi obat statin, dengan merubah persepsi negatif klien terhadap penggunaan obat statin dalam jangka waktu yang lama. Sumidjo (2006) menyebutkan motivasi dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu: motivasi intrinsik (internal) dan motivasi ekstrinsik (eksternal), dimana untuk meningkatkan motivasi seseorang dapat dimulai dengan membangkitkan kesadaran akan kebutuhan dan kemampuannya. Motivational interviewing adalah wawancara motivasi berupa teknik konseling dengan cara berinteraksi antara tenaga kesehatan dan pasien dalam konteks kesehatan (Miller, R & Rollnick, 2012). Motivasi merupakan suatu proses yang tidak terjadi begitu saja, tetapi ada kebutuhan yang mendasari (motif) munculnya motivasi tersebut (Gerungan, 2004). Motivasi yang muncul dari dalam diri seseorang banyak dipengaruhi oleh persepsi orang tersebut. Persepsi merupakan proses transaksi penilaian terhadap suatu objek berdasarkan pengalaman masa lalu, sikap, harapan, nilai dan spiritualitas individu (Hardhiyani, 2013)

Berdasarkan temuan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa pasien yang terdiagnosis ESRD dan harus menjalani hemodialisis selama dua kali dalam satu minggu, hampir semua mengeluh merasa stres, sedih, marah, tidak bisa menerima, meyangkal, putus asa serta hilangnya motivasi. Perasaan berduka yang

dialami naik turun. Keberlangsungan hidup mereka dimasa depan menjadi menjadi suatu kekhawatiran tersendiri. Dialisis yang harus dijalani dalam jangka waktu yang lama dan terus menerus serta adanya stigma dari masyarakat tentang prosedur dialisis yang menakutkan, menyakitkan, dan stigma bahwa kematian sangat dekat pada seseorang dengan dialisis, membuat pasien dengan dialisis merasa tindakan dialisis menjadi sesuatu yang sia-sia. Temuan dalam penelitian ini sejalan dengan pendapat White & McDonnell (2014) dan Andry (2012), bahwa pasien ESRD dengan hemodialisis sering mengalami ketakutan, frustrasi dan timbul perasaan marah dalam dirinya akibat penyakit kronis, perubahan gaya hidup dan terapi yang dijalani.

Kondisi psikologis seperti yang telah diuraikan di atas menyebabkan penurunan motivasi yang dikhawatirkan berdampak pada ketidakpatuhan klien dalam mengikuti proses pengobatan yang telah disarankan seperti: pengaturan diet makanan maupun cairan serta kepatuhan dalam menjalani cuci darah (hemodialisis). Ini dibuktikan dengan didaptkannya data beberapa responden yang seharusnya menjalani dialisis secara regular (2x/minggu), mengambil keputusan untuk menghentikan tindakan cuci darah secara sepihak, sehingga menyebabkan pasien harus masuk rumah sakit dan kembali dilakukan dialisis dengan kondisi umum yang lemah disertai berbagai komplikasi yang lebih kompleks dari sebelumnya. Hal ini selain dikarenakan oleh ambivalensi yang terjadi dalam diri klien juga disebabkan oleh kurangnya pengetahuan.

Hasil penelitian menunjukkan sebagian responden dari kelompok perlakuan dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi sebanyak 7 (43,75%) responden, sedangkan pada kelompok kontrol sebagian responden 8 (50%)

berpendidikan dasar. Fakta tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden pada kelompok perlakuan berpendidikan tinggi. Semakin tinggi pendidikan seseorang akan menentukan jumlah informasi yang diterima dan cara/pola pikir yang lebih baik. Hal ini kemungkinan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pembentukan persepsi responden, sehingga rerata motivasi untuk sembuh pada kelompok perlakuan meningkat secara signifikan.

Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual bekerja dengan cara mengaktifkan motivasi dalam diri pasien untuk berubah dan menaati semua tahapan dalam pengobatan khususnya dialisis. MI dengan pendekatan spiritual: sabar, syukur dan ikhlas, dapat menumbuhkan keyakinan dalam memotivasi pasien berdasarkan keinginan mereka sendiri, diperkuat dengan kesabaran, disertai dengan rasa syukur sehingga muncullah rasa ikhlas dalam menerima kondisi yang dialami saat ini. Hal tersebut dapat memacu motivasi pasien dialisis untuk dapat meningkatkan serta mempertahankan derajat kesehatannya. Motivasi merupakan sesuatu yang mendorong atau pendorong seseorang bertindak laku untuk mencapai tujuan tertentu (Saam & Wahyuni, 2012).

Berdasarkan temuan penelitian, nilai kuesioner pada motivasi sembuh untuk kelompok intervensi, didapatkan nilai terbesar dan berpengaruh terhadap motivasi sembuh terdapat pada 6 indikator, kecuali pencapaian tujuan. Hal ini selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh Nuraeni (2010) menjelaskan bahwa salah satu faktor intrinsik yang mempengaruhi motivasi yaitu kepercayaan. Harapan adalah keinginan yang ingin dicapai oleh manusia, atau harapan adalah sesuatu yang membuat manusia dapat bertahan didalam rintangan (Kamus Besar Bahasa Indonesia, 2008 dalam Hamid, 2010). Berdasarkan teori tersebut, hasil

pengamatan penelitian menjadi salah satu penyebab perbedaan pengaruh dalam indikator kuesioner terhadap motivasi sembuh pasien. Pendekatan spiritual: sabar, syukur dan ikhlas dalam intervensi MI menjadikan responden untuk selalu berpikir positif terhadap segala kejadian yang dialami, memiliki harapan untuk terus hidup, penderita merasa tabah menghadapi sakitnya dan yakin ada hikmah di balik cobaan tersebut.

Elkington (2011) menyatakan bahwa tumbuhnya harga diri, nilai, serta moral yang memberi arah dan arti dalam kehidupan sebagai kepercayaan akan adanya kekuatan nonfisik yang lebih besar dari pada kekuatan diri didasari oleh spiritual. Reekum et al., (2005) menyatakan bahwa kepercayaan spiritual serta keyakinan mempengaruhi seseorang terhadap timbulnya sebuah kekuatan, serta arah koping seseorang. Wal (2006) menyebutkan bahwa konstruksi pikiran dapat memberikan kontribusi terhadap nilai diri yang positif serta kekuatan jiwa.

Jhon Elder (1998) menyatakan bahwa motivasi adalah sebagai interaksi antara perilaku dan lingkungan sehingga dapat meningkatkan, menurunkan atau mempertahankan perilaku. Sunaryo (2004) menyatakan bahwa, ada beberapa cara yang dapat diterapkan untuk memotivasi seseorang yaitu : motivasi dengan kekerasan (*motivating by force*) yaitu cara memotivasi memberikan ancaman atau hukuman agar individu yang dimotivasi dapat melakukan apa yang harus dilakukan, cara memotivasi seperti ini biasanya membuat dampak yang tidak nyaman dan rasa tertekan bagi subjek yang terkena. Motivasi dengan bujukan (*motivating by enticement*) adalah pemberian hadiah ataupun bujukan sehingga seseorang mau melakukan sesuatu sesuai harapan yang memberikan motivasi.

Cara ini memiliki tingkat keberhasilan yang tinggi, akan tetapi menimbulkan tingkat ketergantungan.

Motivasi dengan identifikasi (*motivating by identification*) adalah cara memotivasi dengan cara menanamkan kesadaran, sehingga keinginan yang timbul dalam diri seseorang untuk melakukan sesuatu sesuai dengan keinginannya sendiri. Prinsip *motivating by identification* digunakan untuk menumbuhkan motivasi klien dalam intervensi MI berdasarkan keyakinan serta keinginan mereka yang diperkuat dengan dasar spiritual sehingga diharapkan motivasi tersebut menjadi landasan yang kuat dalam mencapai suatu tujuan yang diinginkan dalam hal ini yaitu kesembuhan atau perbaikan derajat kesehatan.

Motivasi adalah karakteristik psikologi manusia yang memberi kontribusi pada tingkat komitmen seseorang. Hal ini termasuk faktor yang menyebabkan, menyalurkan, dan mempertahankan tingkah laku manusia dalam arah tekad tertentu. Motivasi merupakan tenaga penggerak, dengan motivasi manusia akan lebih cepat bersungguh-sungguh untuk melakukan kegiatan.

Perawat mengubah motivasi pasien dengan dialisis untuk dapat menjalani menerima dan menjalani terapi pengobatan hemodialisis melalui *motivational interviewing* dengan pendekatan spiritual (sabar, syukur dan ikhlas), melalui hubungan interpersonal yang terapeutik dengan penderita dan bersama-sama secara perlahan menumbuhkan ataupun menguatkan kesabaran, rasa syukur serta keikhlasan dalam diri pasien. Peplau dalam (Tomey & Alligood, 2006), keperawatan merupakan suatu proses yang signifikan, terapeutik, dan interpersonal. Keperawatan merupakan instrumen yang edukatif, upaya pendewasaan yang bertujuan meningkatkan diri ke arah peralihan kepribadian.

Proses ini dimulai ketika seseorang mengungkapkan kebutuhan yang dirasakan, identifikasi dan resolusi kebutuhan-kebutuhan yang tidak terpenuhi, sekaligus secara simultan meningkatkan hubungan terapeutik antara penderita–perawat.

Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual: sabar, syukur dan ikhlas, sebuah bentuk konseling yang menjadikan klien sebagai pusat pengambil keputusan. MI dengan pendekatan spiritual, tidak hanya terbatas dalam pemberian konseling dalam menggali serta mengatasi masalah klien khususnya masalah psikologis yaitu penurunan motivasi sembuh. Perawat dengan kemampuan komunikasi terapeutik, berupaya dalam menstimulus pasien dialisis untuk dapat mengenali serta mencari dan menetapkan jalan keluar atas masalah psikologis yang dialami terkait dengan kondisi sakit yang dialami.

Kombinasi pendekatan spiritual dalam hal ini sabar, syukur dan ikhlas ini, dilakukan oleh klien dengan niat dalam hati, diucapkan dengan lisan dan di aplikasikan dalam perbuatan. Beberapa contoh aplikasi pendekatan spiritual yang dilakukan oleh partisipan pada kelompok perlakuan dalam bentuk ucapan contohnya *“saya menyadari sakit yang saya alami saat ini merupakan bentuk ujian yang allah dan saya yakin bisa menghadapinya.”*(P5), *“saya menerima ujian ini sebagai takdir saya, dan akan berikhtiar semampu saya untuk menjalaninya”*(P1), *“kondisi yang saya alami saat ini memberikan hikmah yang sangat berharga untuk saya, tentang nikmat sehat yang sangat luar biasa”*(P10), sedangkan bentuk aplikasi partisipan dalam segi perbuatan berdasarkan hasil observasi peneliti, yaitu dengan rutinnya partisipan dalam mengikuti tindakan cuci darah sesuai dengan jadwal yang diberikan serta peningkatan kondisi yang lebih baik dibandingkan dengan sebelumnya.

Pendekatan spiritual dalam MI yang diaplikasikan dengan ucapan menjadi stressor bagi indera pendengaran, diteruskan ke otak melalui lobus temporalis (God Spot) yaitu saraf kecil yang memiliki kemampuan dalam merespon terhadap aspek agama dan ketuhanan, kemudian dilanjutkan menuju pre frontal korteks. Learning proses terjadi pada cortex pre frontal yang didapatkan melalui motivational interviewing sebagai sebuah bentuk konseling berbentuk wawancara motivasi menstimulus klien untuk dapat melakukan perubahan berdasarkan keinginannya sendiri. Sinergi yang terjadi antara intervensi MI dikolaborasi dengan pendekatan spiritual menumbuhkan persepsi positif terhadap penyakit yang diderita serta proses pengobatan cuci darah yang harus dijalani.

Cortex pre frontalis memiliki peran yang penting dalam memperoleh pengalaman spiritual dan pencapaian makna hidup. Cortex pre frontal yang sehat umumnya dikaitkan dengan kemampuan berpikir secara sadar didominasi oleh setiap tindakan yang dilakukan oleh individu (Yusuf et al., 2017). Melalui sesi konseling yang dilakukan mayoritas responden mengungkapkan kondisi perasaan yang jauh lebih baik, serta mampu mengontrol emosi yang tiba-tiba muncul dengan cara mendekatkan diri kepada Allah serta menyakini bahwa Allah adalah sebaik-baiknya penolong bagi mereka (QS.Ali'Imran:173). Persepsi yang positif pada pasien dialisis akan mempengaruhi amigdala dalam mengontrol emosi, sehingga emosi terkendali. Persepsi positif dalam diri pasien mempengaruhi keyakinan pasien untuk berada dalam kondisi lebih baik dari kondisi sakitnya, yaitu dalam bentuk motivasi sembuh.

Adanya hubungan yang terapeutik antara perawat dan pasien dialisis yang disertai dengan pendekatan spiritual (sabar, syukur dan ikhlas), dapat

menumbuhkan motivasi dalam mengikuti program pengobatan yang diberikan. Tumbuhnya motivasi sembuh dalam diri klien diharapkan mampu memberikan kesadaran pada pasien dialisis akan pentingnya menjalani program cuci darah dengan rutin serta pentingnya mematuhi diet yang telah disarankan.

Hasil analisis skor motivasi sembuh pada kelompok kontrol ditemukan peningkatan motivasi sembuh dengan rerata yang lebih rendah dari kelompok perlakuan. Berdasarkan temuan penelitian, hal ini kemungkinan besar disebabkan oleh beberapa faktor seperti adanya dukungan orang terdekat yaitu keluarga. Hal ini dibuktikan dengan hasil observasi penelitian dimana sebagian besar partisipan pada kelompok kontrol menjalani hemodialisis dengan ditemani oleh paling sedikit satu anggota keluarga. Responden juga mengungkapkan mereka mendapatkan dukungan dari orang-orang terdekatnya seperti keluarga, pasangan hidup, dan teman-teman terdekat. Dukungan yang diberikan berupa dukungan fisik, emosional, dan keuangan. Temuan ini selaras dengan yang dikemukakan oleh Weil (2000), bahwa keluarga adalah sumber harapan yang utama bagi pasien yang menjalani hemodialisis, baik dari orang tua, suami dan keluarga besar.

Pasien yang menjalani hemodialisis juga membutuhkan dukungan dari lingkungan sosialnya dalam menjalani kehidupan sehari-hari. Dukungan sosial merupakan sumber daya eksternal utama dalam menghadapi masalah dan merupakan salah satu faktor yang menentukan kemampuan seseorang untuk beradaptasi terhadap masalah yang dihadapinya (Potter & Perry, 2005).

Peningkatan motivasi sembuh yang didapatkan pada kelompok kontrol selain karena dukungan orang terdekat (keluarga), juga berasal dari dukungan sosial, yaitu teman sesama penderita ESRD yang juga menjalani hemodialisis

secara regular serta tim kesehatan yang bertugas diruangan HD. Dukungan sosial membuat seseorang merasakan dirinya diperhatikan, dihargai serta dicintai sehingga meningkatkan kemandirian dalam pribadi individu tersebut. Dukungan ini memperlihatkan kepedulian dan kasih sayang bagi pasien sehingga sangat berarti baginya dalam melakukan coping yang adaptif dalam menghadapi penyakitnya dan menjalani hemodialisa. Berbagai faktor yang meningkatkan harapan pada pasien yang menjalani hemodialisis adalah pasien dapat melakukan aktivitas bersama-sama dengan keluarga dan teman-teman dan perasaan dibutuhkan atau perasaan berguna untuk orang lain (Weil, 2000). Hal tersebut secara tidak langsung mempengaruhi pembentukan persepsi positif pasien dengan dialisis pada kelompok kontrol, sehingga meningkatkan motivasi sembuh dalam diri individu.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan atau kekurangan serta memerlukan adanya penelitian yang lebih baik lagi.

Keterbatasan dalam penelitian ini antara lain:

1. Penelitian ini mengambil pasien dialisis kurang dari satu tahun, yang beragama Islam, sehingga tidak dapat secara menyeluruh memberi manfaat yang sama pada pasien yang beragama lain.
2. Penelitian ini hanya meneliti sebagian kecil masalah psikologis yang bisa terjadi pada pasien penyakit kronik khususnya pasien ESRD dengan dialisis regular, sehingga masalah psikologis lainnya belum dapat diselesaikan.

3. Keadaan fisik serta psikologis pasien yang berbeda, menyebabkan lama konseling dalam setiap pertemuan berbeda-beda untuk setiap pasien.

BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 Simpulan

1. Distribusi frekuensi penyebab terjadinya ESRD dengan dialisis pada karakteristik jenis kelamin memiliki sebaran yang sama antara laki-laki dan perempuan. sebagian responden berada pada tahap usia lansia awal dan dengan tingkatan pendidikan dasar, dan sebagian besar penyebab ESRD dengan dialisis diakibatkan oleh riwayat penyakit kronik sebelumnya yaitu DM dan Hipertensi
2. Hasil penelitian menunjukkan adanya perbedaan signifikan pada keputusan dan motivasi untuk sembuh pada pasien ESRD dengan menjalani dialisis reguler, pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol
3. Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual (syukur, sabar dan ikhlas) memiliki kecenderungan menurunkan keputusan pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler di Ruang HD RSUD Provinsi NTB karena dapat memberikan rangsangan secara auditori dan visual.
4. Motivational interviewing dengan pendekatan spiritual (syukur, sabar dan ikhlas) meningkatkan secara signifikan motivasi sembuh pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler di Ruang HD RSUD Provinsi NTB karena learning proses pada pre frontal cortex membuat kondisi perasaan pasien merasa jauh lebih baik, serta mampu mengontrol emosi yang tiba-tiba muncul dengan cara mendekatkan diri kepada Allah.

7.2 Saran

Saran yang dapat diberikan berdasarkan hasil penelitian adalah sebagai berikut :

1. Rumah Sakit

Rumah Sakit disarankan dapat melakukan kajian lebih lanjut, terkait pelaksanaan intervensi MI dengan pendekatan (syukur, sabar dan ikhlas), bekerja sama dengan sumber daya manusia yang dimiliki seperti dokter spesialis jiwa, psikolog, petugas bimbingan rohani dan perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalah psikologis yang dialami terutama pada tahun pertama dialisis untuk dapat dikembangkan sebagai Standar Operasional Prosedur.

2. Peneliti selanjutnya

- 1) Hasil penelitian ini dapat menjadi data awal dalam melakukan penelitian lanjutan tentang salah satu bentuk intervensi kognitif (MI) dengan pendekatan spiritual dalam mengatasi berbagai masalah psikologis yang dialami oleh pasien penyakit kronik, dengan jumlah replikasi lebih banyak, masa observasi lebih panjang dan monitoring secara kontinyu serta dengan lebih mengendalikan beberapa faktor yang mempengaruhi variabel dependen.
- 2) Peneliti selanjutnya disarankan dapat melakukan penelitian terkait motivational interviewing dengan pendekatan spiritual, melibatkan cakupan keragaman responden berdasarkan agama, bekerjasama dengan tokoh agama untuk manfaat yang lebih

DAFTAR PUSTAKA

- Aini, N., Fatmaningrum, W., & Yusuf, A. . (2007). DIABETES MELLITUS DENGAN PENDEKATAN TEORI MODEL BEHAVIORAL SYSTEM DOROTHY E . JOHNSON (Changing the Patient ' s Behavior in Diabetes Mellitus Management by Application Dorothy E . Johnson ' s Behavioral System Model). STIKES Insan Unggul Surabaya.
- Andry. (2012). Aspek Psikososial Pasien Gagal Ginjal.
- Bayley, A., Zoysa, N. De, Cook, D. G., Whincup, P. H., Stahl, D., Twist, K., ... Winkley, K. (2015). Comparing the effectiveness of an enhanced MOtiVational intErviewing InTervention (MOVE IT) with usual care for reducing cardiovascular risk in high risk subjects : study protocol for a randomised controlled trial, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0593-5>
- BESSING, Y. (2010). SPIRITUALITAS DALAM NEOROBIOLOGI DAN KESEHATAN MENTAL. DEPARTEMEN/SMF ILMU KEDOKTERAN JIWA FK UNAIR-RSUD Dr.Soetomo Surabaya.
- Bóveda-fontán, J., Barragán-brun, N., Campiñez-navarro, M., Torres, L. Á. P., Bosch-fontcuberta, J. M., Martín-álvarez, R., ... Estudio, C. G. (2015). Effectiveness of motivational interviewing in patients with dyslipidemia : a randomized cluster trial, 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0370-2>
- Caninsti, R. (2012). PENYUSUNAN SKALA KEPUTUSASAAN UNTUK PASIEN PENYAKIT KRONIS (Studi Pada Pasien Gagal Ginjal Kronis yang Menjalani Terapi Hemodialisis). *Jurnal Psikogenesis*, 1.
- Carrolla, K. M., Balla, S. A., Nicha, C., Martinoa, S., Frankfortera, T. L., Farentinosb, C., ... B, L. (2011). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study, 20(3), 273–283. <https://doi.org/10.1080/09540120701593489>.Using
- Crown, S., Vogel, J. A., & Hurlock-chorostecki, C. (2017). of Interdialytic Fluid Weight Gain in Patients on Hemodialysis : A Pilot Study Using Motivational Interviewing, 44(1), 49–57.
- Dahlan, M. S. (2013). Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Dalam, K. M., Tuberkulosis, P. P., Kesehatan, B. P., Fasilitas, D. I., & Kesehatan, P. (2016). Modul pelatihan.
- Elkington, R. L. (2011). A missional church model. *SAGE Open*, 1(3), 1–11. <https://doi.org/10.1177/2158244011428086>
- Farran, J. C., Herth, A. K., & Popovich, J. (1995). *Hope dan Keputusan : Critical Clinical Constructs*. CA: Sage Publishing Company.
- Garcı, H., Olga, P., & Rafael, C. (2014). Motivational Interviewing Promotes Adherence and Improves Wellbeing in Pre-Dialysis Patients with Advanced Chronic Kidney Disease, 103–115. <https://doi.org/10.1007/s10880-013-9383-y>
- Gerungan. (2004). Psikologi sosial. Bandung: PT Refika Aditama.
- Haatainen, K. M., Tanskanen, A., Kylmä, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., ... Viinamäki, H. (2003). Gender differences in

- the association of adult hopelessness with adverse childhood experiences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(1), 12–17.
<https://doi.org/10.1007/s00127-003-0598-3>
- Haleem, A., Schultz, J. S., Heilmann, K. P., Dohrn, C. L., Daniel, J., & Gardner, S. E. (2012). A cultural adaptation of motivational interviewing to address heavy drinking among hispanics, 17(3), 317–324.
<https://doi.org/10.1037/a0024035>
- Hamid, A. (1999). *Aspek Spiritual Dalam Keperawatan*. Jakarta: Widya Medika.
- Hardcastle, S. J., Taylor, A. H., Bailey, M. P., Harley, R. A., & Hagger, M. S. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up, 1–16.
- Hardhiyani, R. (2013). HUBUNGAN KOMUNIKASI THERAPEUTIC PERAWAT DENGAN MOTIVASI SEMBUH PADA PASIEN RAWAT INAP. *Developmental and Clinical Psychology*. Retrieved from <http://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/dcp>
- Hart, M. (2002). *SEEKING MINO-PIMATISIWIN; AN ABORIGINAL APPROACH TO HELPING*. Halifax: Frenwood Books Limited.
- Heckman, C. J., Egleston, B. L., & Hofmann, M. T. (2011). Efficacy of Motivational interviewing for smoking cessation. *Tobacco Control*, 19(5), 410–416. <https://doi.org/10.1136/tc.2009.033175.Efficacy>
- Hodge, D. R., & Horvath, V. E. (2011). Spiritual Needs in Health Care Settings: A Qualitative Meta-Synthesis of Clients' Perspectives, 56(4), 306–316.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1093/sw/56.4.306>
- Kellenbach, J. Z. (2015). *Review of Hemodialysis for Nurses and Dialysis Personnel-E-Book (Ninth)*. St.Louis, Missouri: Elseiver.
- Kisvetrová, H., Vévodová, Š., & Školoudík, D. (2017). Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment. *Journal of Nursing Scholarship*.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12341>
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2007). *Abnormal psychology (Ninth)*. New York: Wiley.
- Lakerveld, J., Bot, S. D., Chinapaw, M. J., Tulder, M. W. Van, Kostense, P. J., Dekker, J. M., & Nijpels, G. (2013). Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial, 1–9.
- Linden, A., Butterworth, S. W., & Prochaska, J. O. (2010). Motivational interviewing-based health coaching as a chronic care intervention. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(1), 166–174.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01300.x>
- Lu, Y. K. Y. L. C. (2012). Beck Hopelessness Scale: Exploring its Dimensionality in Patients with Schizophrenia, (131), 241–255.
<https://doi.org/10.1007/s11126-011-9196-9>
- Maria, E., Reiche, V., Odebrecht, S., Nunes, V., & Morimoto, H. K. (2004). Review Stress, depression, the immune system, and cancer, 5(October), 617–625.
- Mehdi, C. L., Amir, Y., Malm, D., Andrea, F., Webb, T. L., & Brostro, A. (2016). Can a Multifaceted Intervention Including Motivational Interviewing

- Improve Medication Adherence , Quality of Life , and Mortality Rates in Older Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery ? A Multicenter , Randomized Controlled Trial with 18-Mont.
<https://doi.org/10.1007/s40266-016-0429-3>
- Mertens, V., Goossens, M. E. J. B., Verbunt, J. A., & Köke, A. J. (2013). Effects of nurse-led motivational interviewing of patients with chronic musculoskeletal pain in preparation of rehabilitation treatment (PREPARE) on societal participation , attendance level , and cost-effectiveness : study protocol for a randomized con.
- Miller, R. W., & Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing Help People Change* (third). New York: The Guilford Press.
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, Religion, and Health: An Emerging Research Field. *American Psychologist*, 58(1), 24–35.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.24>
- Moura, T., Nascimento, V., Resnicow, K., Nery, M., Brentani, A., Kaselitz, E., ... Heisler, M. (2017). A pilot study of a Community Health Agent-led type 2 diabetes self-management program using Motivational Interviewing-based approaches in a public primary care center in São Paulo , Brazil. *BMC Health Services Research*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1968-3>
- Najavits, L. M. (1999). *Treatment Improvement Protocol Series. Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment*, 1–27.
https://doi.org/10.1007/SpringerReference_84753
- Nasir, A., & Abdul, M. (2011). *Dasar-dasar Keperawatan jiwa, Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Palacio, A., Garay, D., Langer, B., Taylor, J., Wood, B. A., & Tamariz, L. (2015). Motivational Interviewing Improves Medication Adherence : a Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, (February), 929–940. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3685-3>
- Pasiak. (2012). *Spiritualitas dan Integrasi spiritualitas dalam pendidikan*. surabaya: Komisi Imtak Graha Masyarakat Ilmiah Kedokteran & FMI, Fakultas Kedokteran Unair.
- Patrick, H., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory: its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(Arch Intern Med), 18. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-18>
- Pembronia Nona Fembi. (2011). *Pengaruh pendekatan motivational interviewing terhadap motivasi san kemandirian penderita tb dalam pengobatan tb paru*, 000.
- Poter, P. A., & Perry, A. G. (2011). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan* (7th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2005). *Fundamental of nursing concept, process and practice* (4th editio). St Louis: Mosby Company.
- Prasetya, A. S., Hamid, A. Y. S., & Susanti, H. (2008). Penurunan tingkat depresi klien lansia dengan terapi kognitif dan senam latih otak di panti wredha.
- Puchalski, C. M., Dorff, R. E., & Hendi, I. Y. (2004). Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(4), 689–714.
<https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.004>
- Rahimi, A., Ahmadi, F., & Gholyaf, M. (2008). *Depression , Anxiety , and Stress*

- in Patients, 35(1), 2008.
- Riper, H., Andersson, G., Hunter, S. B., Wit, J. De, Berking, M., & Cuijpers, P. (2013). Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing : a meta-analysis, 394–406. <https://doi.org/10.1111/add.12441>
- Russel, B. (2005). Perilaku Organisasi. Jakarta: Gramedia Pustaka Jakarta.
- Russell, C. L., Cronk, N. J., Herron, M., Knowles, N., & Matteson, M. L. (2011). Adherence Study (MIDAS), 38(3), 229–237.
- Saam, Z., & Wahyuni, S. (2012). Psikolog keperawatan. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Snaith, R. P. (2003). Health and Quality of Life Outcomes, 4, 6–9.
- Solomon, D. H., Gleeson, T., Iversen, M., & Avorn, J. (2010). A blinded randomized controlled trial of motivational interviewing to improve adherence with osteoporosis medications : design of the OPTIMA trial, 137–144. <https://doi.org/10.1007/s00198-009-0951-9>
- Sugiyono. (2014). Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Sunaryo, M. (2004). Psikologi Untuk Keperawatan. Jakarta: Kedokteran EGC. Jakarta: Kedokteran EGC.
- Syah, M. (2000). Psikologi Pendidikan dengan Pendekatan Baru. Bandung: Remaja Rosda Karya.
- Syamsiah, nita. (2011). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan pasien CKD yang menjalani hemodialisa di RSUPAU Dr. Esnawan Antarkisa Halim Perdana Kusuma Jakarta. universitas indonesia.
- Thompson, D. R., Thompson, D. R., Sek, Y., Chan, S. W., Astin, F., Davidson, P. M., & Ski, C. F. (2013). Motivational interviewing as a brief intervention to improve cardiovascular health cardiovascular health ?, (September 2017). <https://doi.org/10.1177/1474515112472271>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). Nursing theorist and their work (6 Ed). Missouri: Mosby Inc.
- Usman, M. (2005). Teori Belajar dan Motivasi. Jakarta: Remaja Rosda Karya.
- Van Voorhees, B. W., Fogel, J., Reinecke, M. A., Gladstone, T., Stuart, S., Gollan, J., ... Bell, C. (2009). Randomized clinical trial of an Internet-based depression prevention program for adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(1), 23–37.
- Vardiansyah, D. (2008). Filsafat Ilmu Komunikasi: Suatu Pengantar. Jakarta: Indeks.
- Weil, C. M. (2000). Exploring hope in patients with end stage renal disease on chronic hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*, 27(2), 219–224. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=11111549&site=ehost-live>
- Welch, G., Welch, G., Rose, G., & Ernst, D. (2015). Motivational Interviewing and Diabetes : What Is It , How Is It Used , and Does It Work ? Motivational Interviewing and Diabetes : What Is It , How Is It Used , and Does It Work ?, (January 2006). <https://doi.org/10.2337/diaspect.19.1.5>
- Westra HA, Arkowitz H, & Dozois David J.A. (2009). Adding a Motivational Interviewing Pretreatment to Cognitive Behavioral Therapy for Generalized

- Anxiety Disorder: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *J Anxiety Disord.* , 23(8), 1106–1117.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.014>. Adding
- White, C., & McDonnell, H. (2014). Continuing Education Psychosocial Distress in Patients With End-Stage Kidney Disease, 74–82.
- White, M. L., Peters, R., & Schim, S. M. (2011). Spirituality and Spiritual Self-Care. *Nursing Science Quarterly*, 24(1), 48–56.
<https://doi.org/10.1177/0894318410389059>
- Wilkinson, J. M., & Ahern, N. (2012). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Diagnosa NANDA Intervensi NIC Kriteria Hasil NOC (Edisi Kese)*. Jakarta: EGC.

- Yulianti, R., & Rochmawati, H. D. P. (2015). PENGARUH COGNITIVE THERAPY PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DI SMC RS TELOGOREJO. *J. Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, Vol. II123, 123–133.
- Yusuf, A., Nihayati, Endang, H., Iswari, Florencia, M., & Okviansanti, F. (2017). *Kebutuhan Spiritual Konsep Dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Mitra Wacana Medika.
- Yusuf, A., Nihayati, H., Iswari, M., & Okviansanti, F. (2017). *Kebutuhan Spiritual: Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan (Pertama)*. Jakarta: Mitra Wacana Medika.

Lampiran 1

INFORMATION FOR CONTENT

Judul Penelitian : Pengaruh Motivational Interviewing Dengan Pendekatan Spiritual Terhadap Keputusan Dan Motivasi Sembuh Pada Pasien Hemodialisis

Tujuan

Tujuan Umum

Menjelaskan penurunan keputusan dan peningkatan motivasi sembuh pada pasien hemodialisis dengan motivasi interviewing menggunakan pendekatan spiritual

Tujuan khusus

- 4) Menganalisis pengaruh pemberian motivational interviewing (MI) dengan pendekatan spiritual terhadap keputusan pasien hemodialisis
- 5) Menaganalisis pengaruh pemberian motivational interviewing (MI) dengan pendekatan spiritual terhadap motivasi sembuh pasien hemodialisis
- 6) Menganalisis perbedaan pengaruh pemberian motivational interviewing MI dengan pendekatan spiritual, dibandingkan dengan tindakan standart ruangan terhadap keputusan dan motivasi sembuh pasien hemodialisis

Perlakuan yang diterapkan pada subyek

Penelitian ini merupakan penelitian quasy experimental, sehingga ada kelompok kontrol dan kelompok intervensi untuk subyek. Kelompok intervensi diberikan motivational interviewing dengan pendekatan spiritual untuk mengetahui perubahan keputusan dan peningkatan motivasi sembuh pada pasien hemodialisis

Intervensi dilakukan pada saat pasien on hemodialisis dilakukan selama 30 menit

Manfaat

Dapat meningkatkan skill perawat dalam meningkatkan kemampuan komunikasi terapeutik serta meningkatkan rasa percaya antara pasien kepada perawat melalui motivational interviewing dengan pendekatan spiritual

Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh keterlibatan subyek dalam penelitian ini, karena seorang perawat secara keilmuan telah memiliki kapasitas untuk melakukan intervensi tersebut dengan kemampuan ilmu yang mumpuni.

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan subyek dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang merugikan responden.

Jaminan Kerahasiaan Data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subjek penelitian akan dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subjek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subjek dibuat kode.

Informasi Tambahan

Subjek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaitan dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti :

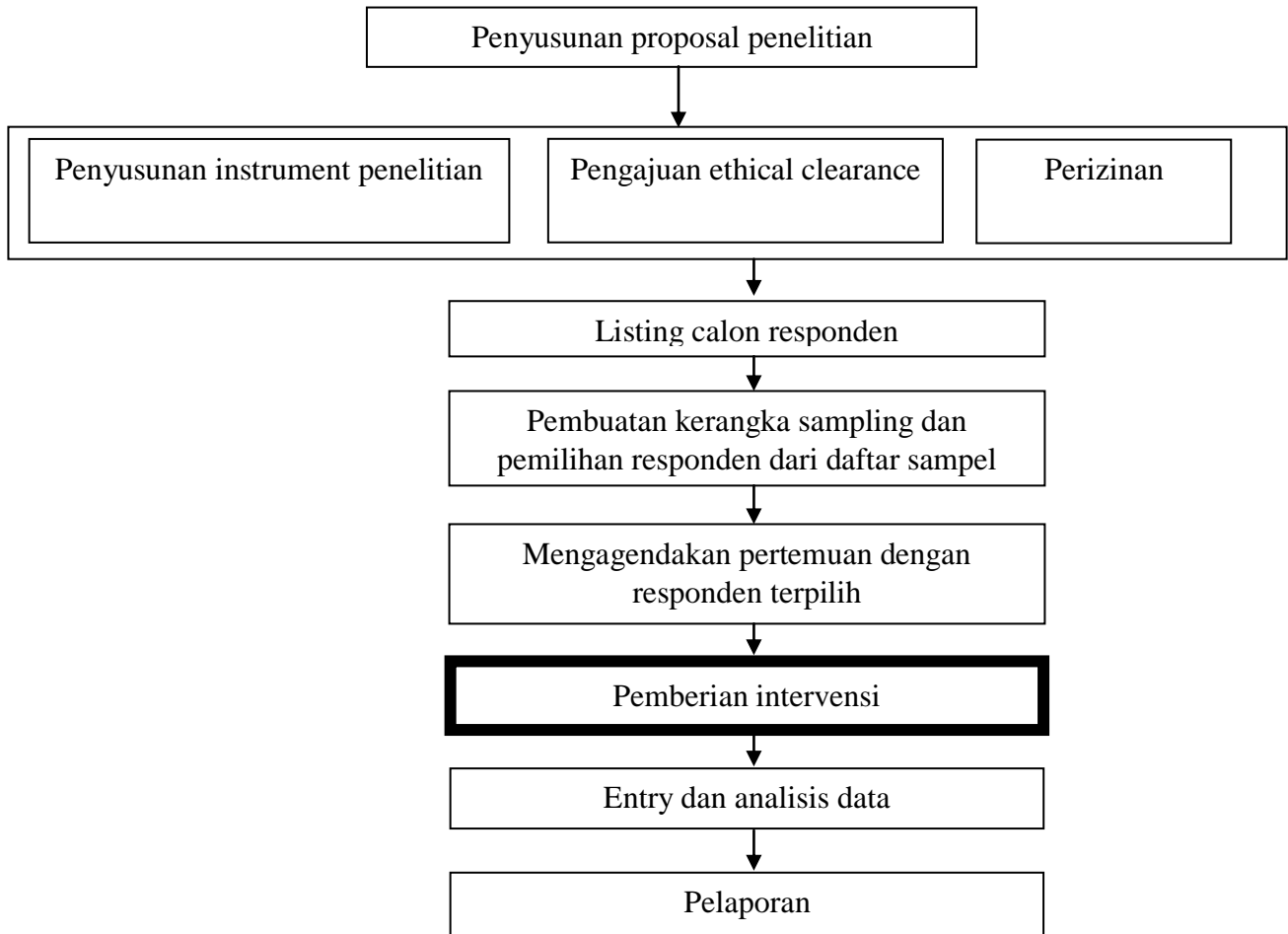
Diny Kusumawardani

Telp. 081515515598

Email : dinykusuma.87@gmail.com

Apabila dalam pemberian intervensi terjadi komplikasi peneliti akan bertanggung jawab dibantu dengan tenaga kesehatan yang berada di RSUD Provinsi NTB

Prosedur Penelitian



Lampiran 2**Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penelitian**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Pekerjaan :
 Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

Penelitian yang berjudul “pengaruh motivational interviewing dengan pendekatan spiritual terhadap keputusan dan motivasi sembuh pada pasien hemodialisis”

1. Perlakuan yang akan diterapkan pada subyek
2. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
3. Bahaya yang akan timbul
4. Prosedur Penelitian

dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

, 2018

Peneliti,

Responden,

Diny Kusumawardani

.....

Saksi,

.....

*) Coret salah satu

Lampiran 3**SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)****PENGARUH MOTIVATIONAL INTERVIEWING DENGAN
PENDEKATAN SPIRITUAL TERHADAP KEPUTUSASAAN DAN
MOTIVASI SEMBUH PADA PASIEN HEMODIALISIS REGULER****Sesi I****A. Analisa Situasional**

- Peneliti : Diny Kusumawardani
Pasien : Pasien ESRD yang menjalani hemodialisis reguler \leq 6 bulan
Tempat : Ruang hemodialisis RSUD Provinsi NTB
Waktu : Minggu I pertemuan I
Agenda : Melakukan 2 keterampilan dasar pelaksanaan motivational interviewing dengan pendekatan spiritual, yaitu:

1. Pertanyaan terbuka
2. Refleksi

B. Tujuan

1. Pertanyaan terbuka
Memberikan kesempatan yang lebih kepada klien untuk menceritakan tentang dirinya, baik tentang perasaannya maupun yang dirasakan saat ini.
2. Refleksi
 - 1) Pasien merasa lebih dihormati dan diterima serta lebih dimengerti. Pasien didorong untuk memberikan informasi tambahan
 - 2) Pasien lebih bisa mengutarakan pikiran dan perasaannya.
 - 3) Pasien menjadi lebih sadar akan pikiran dan perasaannya
 - 4) Meluruskan apabila terjadi kesalahpahaman pasien tentang perihal medis

C. Materi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual

Media : -

Metode : Konseling

Durasi : 40 menit

Pelaksanaan:

1. Open question (Pertanyaan Terbuka)

1) Fasilitator membangun hubungan saling percaya dengan pasien

- Fasilitator memulai konseling dengan perkenalan, meminta izin dilakukannya motivational interviewing dengan pendekatan spiritual, dan menggali riwayat penyakit serta pengobatan atau terapi yang dijalani klien

2) Fasilitator menggali perasaan klien terhadap proses pengobatan yang dijalani saat ini

a. Menanyakan bagaimana perasaan klien setelah didiagnosa gagal ginjal kronik dan harus melakukan hemodialis regular

Contoh;

- Bapak/ibu setelah saya mendengarkan penjelasan tentang penyakit dan proses pengobatan yang dijalani saat ini, bolehkah saya tau bagaimana perasaan anda saat ini?
- Apa yang bapak/ibu ketahui tentang penyakit serta proses pengobatan yang dijalani saat ini?

b. Menanyakan persepsi diri klien terhadap dirinya dengan kondisi yang dialami saat ini

- Bagaimana anda menilai diri anda, dengan kondisi yang anda alami saat ini?

2. Refleksi

- 1) Fasilitator harus mampu mendengarkan, mengamati, dan menginterpretasi isyarat verbal dan visual klien agar sesuai dengan yang dimaksud.

Contoh:

- Pasien : “ saya merasa sangat lelah dengan keadaan saya saat ini “ (pandangan mata klien menerawang)
- Perawat : “ jadi anda merasa ini cukup berat dan membuat anda putus asa “ (perawat mencoba menginterpretasi isyarat verbal dan non verbal yang ditunjukkan klien)

- 2) Fasilitator mengarahkan pembicaraan

Contoh:

- Pasien : “ saya tidak tahu sampai kapan harus cuci darah, dan saya merasa takut“
- Perawat : “ (menduga) anda khawatir dengan kondisi saat ini yang kemungkinan akan membuat anda tidak bisa beraktifitas dengan norma”.

- 3) Fasilitator menyemangati klien agar berubah tanpa mengambil kontrol dari klien

Contoh:

- Pasien : “ saat ini yang saya bisa lakukan hanya mencoba untuk menerima semuanya”
- Perawat : “ jadi anda memasrahkan semuanya kepada allah”
- Perawat : “Jika anda mau, anda bisa membuat keadaan anda menjadi lebih baik”

- 4) Fasilitator tidak diperkenankan bersikap seakan mengarahkan klien untuk mendengarkan dan mengikuti keinginan fasilitator

- 5) Fasilitator diperkenankan melakukan beberapa hal sesuai dengan kondisi klien saat sesi konseling, antara lain : refleksi perasaan klien, refleksi dua arah, parafrasi, dan merangkum

- 6) Pernyataan yang direfleksikan, akan lebih baik jika bebrbentuk refleksi singkat
- 7) Fasilitator mulai memasukkan nilai spiritual (syukur, sabar dan ikhlas) dalam peneguhan hal – hal positif yang dilakukan klien

D. Evaluasi

1. Kriteria struktur

Pelaksanaan intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual dilaksanakan sesuai jadwal

2. Kriteria proses

Klien dalam proses konseling ini memiliki peran yang penting karena MI dengan pendekatan spiritual berdasarkan atas Patient Centered

3. Kriteria hasil

Peserta mampu mengungkapkan perasaan yang dirasakannya

Peserta mampu mengenali kondisi alam perasaannya

Peserta mampu menemukan sisi positif dan sisi negative dari kondisinya saat ini

LAMPIRAN 4**SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)****PENGARUH MOTIVATIONAL INTERVIEWING DENGAN
PENDEKATAN SPIRITUAL TERHADAP KEPUTUSASAAN DAN
MOTIVASI SNEBUH PADA PASIEN HEMODIALISIS REGULER****SESI II****A. Analisa Situasional**

- Peneliti : Diny Kusumawardani
Pasien : Pasien dengan hemodialisis regular \leq 6 bulan
Tempat : Ruang hemodialisis RSUD Provinsi NTB
Waktu : Minggu pertama pertemuan kedua
Agenda : Lanjutan 2 keterampilan dasar MI
1. Affirmasi
 2. Summaries (Ringkasan) dan self motivation statement

B. Tujuan

1. Affirmasi
Setelah dilakukannya tahap affirmasi yaitu membuat pernyataan yang meyakinkan, membantu individu mengenali perilaku positif mereka dan kekuatan, yang kemudian membangun kepercayaan diri pada kemampuan mereka untuk berubah.
2. Summaries (Ringkasan) dan self motivation statement
Membantu klien dalam melakukan perubahan
Membantu klien mengenali sisi positif yang ada dalam dirinya
Membantu klien membangun motivasi

C. Materi Konseling

- Media : -
Metode : Konseling
Durasi : 40 menit
Pelaksanaan:

1. Affirmasi

- 1) Fasilitator meneguhkan hal – hal baik yang telah dilakukan oleh klien, sehingga klien merasa dihargai dan dipercaya oleh fasilitator

Contoh:

- Anda sudah berusaha cukup keras untuk bisa bersabar menghadapi kondisi anda saat ini
- Meskipun anda merasa sangat sedih dan putus asa dengan keadaan anda saat ini, tetapi anda tetap berusaha untuk selalu datang melakukan cuci darah. Anda memiliki niat untuk sembuh (atau menjaga keadaan anda untuk kondisi kesehatan yang lebih baik)

- 2) Fasilitator mengemas sikap dan situasi pasien dengan positif

Contoh:

- “ Penyakit gagal ginjal yang mengharuskan anda cuci darah menyebabkan anda merasa sedih,tidak berguna dan putus asa, karena anda tidak bisa melakukan aktivitas seperti sedia kala, tetapi anda tetap datang untuk cuci darah sesuai jadwal yang ditentukan. Niat anda untuk menjaga dan membuat kondisi kesehatan anda agar lebih baik sungguh kuat ”.

- 3) Fasilitator fokus pada perilaku yang spesifik

Contoh:

- Meskipun anda merasa gagal dalam hidup, anda berusaha untuk terus berusaha kuat dan sabar menjalani proses pengobatan (Fasilitator)

- 4) Fasilitator fokus pada deskripsi, dalam hal ini perasaan yang dirasakan tetapi ini bukan sebuah evaluasi

Contoh:

- Anda merasa hidup anda tidak berguna dan Tuhan seolah tidak mampu membantu anda keluar dari masalah yang anda hadapi (Fasilitator)

- 5) Fasilitator memasukkan nilai spiritual dalam peneguhan hal – hal positif yang dilakukan klien. Contoh: - Fasilitator dapat menceritakan salah satu kisah nabi/rasul yang diberikan cobaan sakit, namun tetap sabar dan tabah
- 6) Fasilitator mengevaluasi perasaan klien dalam menghadapi kondisi yang di alami, pandangan klien terhadap orang lain
- 7) Fasilitator mengevaluasi kemampuan klien dalam mengambil hikmah
- 8) Fasilitator meneguhkan keoptimisan klien baik secara lisan maupun tindakan akan pertolongan Allah SWT

2. Summaries dan self motivation statement

- 1) Fasilitator menentukan inti dari masalah yang ditemukan pada saat sesi konseling

Contoh:

Fasilitator: “Dari diskusi yang telah kita lakukan, saya bisa menyimpulkan bahwa anda merasa putus asa, tidak berharga, tidak berguna dan tidak memiliki semangat untuk menatap masa depan”

- 2) Fasilitator meringkas dengan menguatkan kembali hasil selama sesi konseling
- 3) Fasilitator memilah mana tanggapan yang harus disertakan dan mana tidak.

- Perhatikan setiap point dari masing – masing hasil dari tahap konseling.

- 4) Fasilitator membantu klien mempertimbangkan tanggapan mereka sendiri

Contoh:

Fasilitator: “ apakah anda benar – benar merasa, sesuatu yang anda rasakan ini baik untuk kesehatan saat ini dan masa depan?

“ mengapa anda tidak mencoba untuk melihat kembali sisi positif yang anda dapat ambil dari cobaan ini”

- 5) Fasilitator membantu klien dalam merenungkan pengalaman mereka sendiri serta menguatkan sisi spiritual klien

Contoh:

Fasilitator:

- “maaf jika diizinkan apa boleh saya memberikan pendapat saya?”
- “coba anda renungkan apakah dengan berputus asa akan merubah semua yang telah terjadi saat ini”
- “Tidakkah anda merasa masih memiliki tuhan yang selalu ada disetiap kondisi anda”
- “ daripada anda terus menyesali keadaan, bagaimana jika anda merubah dengan mensyukuri apa yang terjadi pada anda saat ini”
- “ cobalah untuk melakukan doa – doa sederhana serta ucapan-ucapan syukur sederhana dalam setiap tindakan anda”

- 6) Fasilitator membantu dalam upaya menguatkan kemampuan klien untuk berdamai dalam kondisi apapun dengan refleksi sederhana

- 7) Fasilitator mengevaluasi kemampuan klien dalam mengendalikan diri baik secara subjektif maupun objektif

- 8) Fasilitator memberikan self motivation statement

Contoh:

Fasilitator:

- “ cobalah untuk mengatakan pada diri anda bahwa anda kuat karena tuhan selalu bersama anda”
- “ cobalah katakan pada diri anda bahwa anda pasti bisa menang dalam menghadapi ujian ini karena keluarga anda mendukung anda sepenuhnya

- 9) Fasilitator mengevaluasi perasaan klien setelah mampu membuat dan menetapkan motivasi dan keyakinan dalam dirinya, terutama dalam melakukan kebaikan – kebaikan kecil disekelilingnya

D. Evaluasi

1. Kriteria struktur

Pelaksanaan intervensi motivational interviewing dengan pendekatan spiritual dilaksanakan sesuai jadwal

2. Kriteria proses

Klien dalam proses konseling sesi kedua ini mampu memutuskan untuk memulai melakukan perubahan secara sadar atas keinginannya sendiri

3. Kriteria hasil

Peserta mampu melaksanakan perubahan sesuai dengan cara yang telah direncanakan oleh klien sendiri

Peserta mampu mempertimbangkan hasil yang akan dirasakan dengan perubahan yang dilakukan

Peserta mampu merasakan dampak positif dari perubahan yang dilakukannya secara sadar dan atas keinginannya sendiri.

Lampiran 5**KUESIONER MOTIVASI SEMBUH PADA PASIEN HEMODIALISIS**

A. Motivasi untuk Sembuh pasien DM

Isilah dan berikan tanda \surd pada kolom yang sesuai dengan yang Anda rasakan saat ini.

No	Pernyataan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1.	Apakah Anda suka mencari berita /informasi tentang penyembuhan atau perawatan Gagal Ginjal Kronik dan hemodialisis (cuci darah)?				
2.	Apakah dengan mengikuti program perawatan anda merasa sedang mempelajari sesuatu yang penting yang dapat diterapkan ketika keluar dari rumah sakit untuk menjaga kondisi anda?				
3.	Apakah Anda menemukan sesuatu yang bermakna dengan anda menjalankan terapi hemodialisis				
4.	Apakah Anda merasa baik ketika menjalani tindakan hemodialisis				
5.	Apakah program perawatan hemodialisis membuat anda merasa telah mencapai sesuatu yang berharga /bermakna?				
6.	Apakah Anda ingin menjalani program hemodialisis ini dengan baik?				
7.	Meskipun saya gagal ginjal,dan				

	harus cuci darah, namun saya yakin segalanya akan baik- baik saja				
8.	Keadaan saya saat ini menjadikan saya sadar akan nikmatnya sehat dan pentingnya semangat, untuk bisa mencapai derajat kesehatan yang lebih baik				
9.	Jika kondisi saya menjadi lebih baik, saya akan menceritakan dan mengajari penderita dengan hemodialisis yang lain supaya bisa mencapai derajat kesehatan yang lebih baik seperti saya				
10.	Keyakinan saya memberi makna dan kekuatan pada hidup saya				
11.	Kekuatan dari keyakinan yang saya tumbuhkan dalam hati dan pikiran saya memberi perasaan batin yang tenang				
12.	Saya percaya bahwa di balik penderitaan ini pasti ada hikmahnya				
13.	Keluarga dan orang di sekitar saya sangat menyayangi saya dan membutuhkan saya untuk bangkit kembali				
14.	Saya yakin keluarga dan perawat sangat mendukung saya untuk sembuh / kondisi yang lebih baik				
15.	Saya yakin dapat melewati sakit ini, karena saya tidak sendirian				
16.	Tuhan memberi saya keberanian dan kesabaran untuk mengatasi penyakit saya ini				

17.	Dengan berdo'a dan berusaha mengikuti program manajemen gagal ginjal sesuai anjuran dokter, terapi dialysis (cuci darah) dengan disiplin, saya yakin dapat sembuh/kondisi yang lebih baik				
-----	---	--	--	--	--

Lampiran 6**KUESIONER KEPUTUSASAAN PADA PASIEN HEMODIALISIS****B. Keputusan Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Dengan Hemodialisis**

No	Pernyataan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Setuju	Sangat setuju
1	Saya masih memiliki kekuatan untuk berjuang dalam hidup				
2	Saya merasa tak ada gunanya hidup lebih lama lagi				
3	Dari hari ke hari, saya semakin putus asa dengan kondisi hidup saya				
4	Saya percaya bahwa masalah sebesar apapun pasti ada jalan keluarnya				
5	Saya merasa Tuhan terlalu sibuk sehingga tidak menolong saya ketika saya membutuhkan-Nya				
6	Saya merasakan kehadiran Tuhan dalam Doa				
7	Menurut saya, Tuhan menyayangi setiap umat-Nya, termasuk saya sendiri				
8	Orang lain menutup mata terhadap kesulitan hidup saya				
9	Saya merasa orang-orang sekitar saya mendukung usaha saya dalam memecahkan masalah				
10	Saya yakin saya memiliki arah yang jelas dalam hidup ini				
11	Ketika saya mengalami kegagalan, saya tidak bias mencari cara lain untuk menyelesaikan masalah				
12	Ada hal baik dibalik kegagalan yang saya alami				

13	Tidak ada gunanya membuat rencana untuk masa depan				
14	Saya yakin Tuhan mampu mengubah keadaan saya				
15	Saya berkesimpulan Tuhan tidak menolong saya dalam situasi sulit yang saya hadapi				
16	Saya sadar bahwa orang-orang di sekitar saya tidak peduli dengan kesulitan saya				
17	Saya tidak mendapatkan dukungan dari orang yang dekat dengan saya				
18	Saya mengambil tindakan untuk memecahkan masalah yang saya hadapi				
19	Rencana apapun yang saya buat tidak akan berhasil				
20	Saya lebih suka melakukan sesuatu daripada duduk dan menunggu				
21	Saya menghabiskan waktu untuk menyesali diri				
22	Berdoa adalah sumber kekuatan bagi saya				
23	Beribadah adalah hal yang sia-sia, karena tidak menyelesaikan masalah				
24	Ajaran agama memberi kemampuan untuk bersikap positif dalam menghadapi masalah				
25	Ketika menghadapi masalah, saya mencari bantuan orang lain				
26	Saya memendam masalah, karena khawatir orang lain akan memojokkan saya				
27	Saya malu meminta bantuan orang lain				



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> | e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 068 /UN3.1.13/PPd/S2/2018 7 Februari 2018
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Kepada Yth.
Direktur RS Kota
Mataram

Selubungan dengan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu berkenan memberikan ijin untuk uji validitas dan reliabilitas instrumen penelitian kepada mahasiswa kami di bawah ini sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Diny Kusumawardani, S.Kep., Ns.
NIM : 131614153070
Judul Proposal : Pengaruh *Motivational Interviewing* dengan Pendekatan Spiritual terhadap Keputusan dan Motivasi Sembuh pada Pasien ESRD yang Menjalani Hemodialisis Reguler

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Dekan,
Wakil Dekan I

Dr. Kesnanto, S.Kp., M.Kes. Gd.
NIP. 196808291989031002

Keputusan Panitia Etik

Komisi Etik Penelitian RSUD Provinsi NTB	Keputusan Penclahan	No : 070.1/ 05 /KEP/2018
Judul Penelitian : Pengaruh Motivational Interviewing Dengan Pendekatan Spiritual Terhadap Keputusan Dan Motivasi Sembuh Pada Pasien ESRD Yang Menjalani Hemodialisis Reguler		
Peneliti: Diny Kusumawardani, S. Kep., Ns.		
Tanggal Penelitian :		
Kesimpulan :		
<input checked="" type="checkbox"/> Disetujui <input type="checkbox"/> Ditolak <input type="checkbox"/> Perlu Diperbaiki <input type="checkbox"/> Belum dapat dibahas		
Butiran Alasan, perbaikan / perubahan / keterangan tambahan yang diperlukan: 1. Pada prosedur intervensi sebaiknya dilakukan Intervensi setelah satu jam penusukan jarum kepada pasien 2. Sebaiknya sampel yang dipilih pada pasien dengan fase asseptane untuk dapat melihat hasil dari intervensi 3. Apabila pasien yang telah dipilih sebelumnya mengalami oedema dan harus segera dilakukan tindakan, harus dimasukkan dalam kriteria eksklusi 4. Perlu dilengkapi dengan modul SSI yang dipergunakan dalam intervensi tersebut		
Ketua Panitia Komisi Etik Penelitian  dr. Salim S. Thalib, Sp.P NIP. 19620106 198901 1 022		Tanggal 28 Februari 2018
Catatan : 1. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian selambat – lambatya 1 (satu) bulan setelah selesai penelitian kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Provinsi NTB. Apabila laporan penelitian tidak diserahkan, maka Komisi Etik berhak untuk membatalkan persetujuan yang diberikan. 2. Apabila pelaksanaan penelitian tidak sesuai dengan usulan kegiatan, Komisi Etik tidak bertanggung jawab terhadap Kelayakan Etik Penelitian tersebut. 3. Apabila ada perubahan prosedur / kegiatan penelitian, mohon agar mengusulkan kembali proposal Kelayakan Etik kepada Komisi Etik.		



PEMERINTAH PROVINSI NUSA TENGGARA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Prabu Rangkasari Dasan Cermen Telepon (0370) 7502424 Mataram
Kode Pos : 83232 email : rsud@ntbprov.go.id Website : rsud.ntbprov.go.id



Mataram, 28 Februari 2018

Nomer : 070/706/RSUDP/2018
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian

Kepada Yth
Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan
Universitas Airlangga
di -
Surabaya

Bismillahirrahmaanirrahiim.
Assalaamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Sehubungan dengan Surat Saudara Nomor : 068 / UN3.1.13 / PPD / S2 / 2018, Tanggal 07 Februari 2018, Perihal Permohonan Izin Penelitian, dengan ini kami sampaikan bahwa

Nama : Diny Kusumawardani, S. Kep., Ns.
NIM : 131614153070
Judul : Pengaruh Motivational Interviewing Dengan Pendekatan Spiritual Terhadap Keputusan Dan Motivasi Sembuh Pada Pasien ESRD Yang Merjalani Hemodialisis Reguler
Lokasi : Di RSUD Provinsi NTB

Pada prinsipnya dapat diberikan izin sepanjang memenuhi ketentuan dan tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat Demikian untuk maklum, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Wassalaamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

An. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PROV. NTB
Wakil Penelitian dan Penelitian
RSUD Prov. NTB



dr. H. Agus Prasetyo
Pembina Tingkat I
NIP. 19610814198903 1 005

Tembusan disampaikan Kepada Yth

1. Kepala Instalasi Rawat Jalan RSUD Prov. NTB
2. Koordinator Ruang Hemodialisa RSUD Prov. NTB
3. Mahasiswa yang bersangkutan
4. Arsip