TESIS

PENGARUH *HEALTH COACHING* BERBASIS *HEALTH BELIEF MODEL* TERHADAP KEPATUHAN PEMBATASAN CAIRAN DAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUP TAJUDDIN CHALID MAKASSAR

YUSRYAH

R012231011

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2024

PENGARUH *HEALTH COACHING* BERBASIS *HEALTH BELIEF MODEL* TERHADAP KEPATUHAN PEMBATASAN CAIRAN DAN KUALITAS HIDUP PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUP TAJUDDIN CHALID MAKASSAR

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan

Program Studi Magister Ilmu Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

(YUSRYAH)
R012231011

Kepada

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2024

TESIS

PENGARUH HEALTH COACHING BERBASIS HEALTH BELIEF MODEL TERHADAP KEPATUHAN PEMBATASAN CAIRAN DAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI RSUP TAJUDDIN CHALID MAKASSAR

Disusun dan diajukan oleh

YUSRYAH
Nomor Pokok: R012231011

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 21 November 2024
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,

Dr. Andina Setyawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep
NIP. 198309162014042001

Syahrul, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D
NIP. 198204192006041002

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,

Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN.
NIK. 197810262018073001

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,

Prof.Dr. Ariyani Saleh, S.Kp.,M.Si.
NIP. 196804212001122002

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama	:	Yusryah
NIM	:	R012231011
Program Studi	:	Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas	:	Ilmu Keperawatan
Judul	:	Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Belief Model* Terhadap Kepatuhan Pembatasan Cairan dan Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis Di RSUP Tajuddin Chalid Makassar

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis saya ini hasil pemikiran sendiri dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah di tulis atau di publikasikan orang lain. Kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan di sebutkan nama dan di cantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri. Bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Hasanuddin.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, November 2024

METERAI TEMPEL

CA294ALX291871890

Yusryah

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh. Alhamdulillahi Robbilalaamiin. Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas limpahan berkat rahmat dan hidayah-Nya, sehingga tesis ini dapat terselesaikan dengan judul "Pengaruh *Health Coaching* Berbasis *Health Belief Model* Terhadap Kepatuhan Pembatasan Cairan Dan Kualitas Hidup Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisis".

Tesis ini penulis susun untuk diajukan untuk meraih magister keperawatan di Universitas Hasanuddin.

Proses penulisan tesis ini telah melewati perjalanan panjang dan banyak kendala yang dihadapi oleh penulis. Namun, dengan adanya kerjasama dari berbagai pihak penulis banyak mendapat petunjuk dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga tesis ini dapat terselesaikan. Oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Bapak SaldyYusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr. Andina Setyawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing I atas bimbingannya yang diberikan kepada penulis.
4. Bapak Syahrul, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D selaku pembimbing II atas bimbingannya yang diberikan kepada penulis.
5. Kedua orang tua dan keluarga yang selalu mendukung dan mendoakan dalam kelancaran penyusunan tesis ini
6. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
7. Rekan-rekan PSMIK 2023 yang telah banyak membantu dan memberi dukungan kepada penulis.
8. Semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan tesis ini dengan sebaik-baiknya. Namun demikian penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan yang terdapat dalam penyusunan tesis. Oleh karena itu demi kesempurnaan, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak. Semoga Allah Subhanahu Wa Ta'ala senantiasa melimpahkan rahmatnya kepada kita semua dan apa yang kami sajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Aamiin Ya Rabbal Aalamin.

Makassar, November 2024

Yusryah

ABSTRAK

YUSRYAH. *Pengarah Health Coaching Berbasis Heath Belief Model terhadap Kepatuhan Pembatasan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis* (dibimbing oleh Andina Setyawati dan Syahrul).

Health coaching yang didasarkan pada *Health Belief Model* (HBM) merupakan strategi efektif untuk mendorong perubahan perilaku dan perawatan mandiri pada pasien dengan kondisi kronis seperti penyakit ginjal tahap akhir, yaitu *End-Stage Renal Disease* (ESRD). Penelitian ini bertujuan mengevaluasi dampak *health coaching* berbasis HBM terhadap kepatuhan pembatasan cairan pada pasien hemodialisis. Desain penelitian yang digunakan ialah kuasi-eksperimental *pre-test* dan *post-test* dengan kelompok kontrol yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Tajuddin Chalid, Makassar. Sebanyak empat puluh peserta dipilih secara purposif dan dibagi secara merata ke dalam kelompok intervensi dan kontrol. Kelompok intervensi menerima *health coaching* berbasis HBM selama empat sesi mingguan masing-masing selama 30 - 40 menit. Kepatuhan terhadap pembatasan cairan diukur menggunakan skala pengendalian cairan pada pasien hemodialisis (FCHPS). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kelompok intervensi menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kepatuhan pembatasan cairan, dengan peningkatan skor rata-rata setelah intervensi ($p<0,05$), sedangkan tidak ada perubahan signifikan pada kelompok kontrol ($p>0,05$). Perbandingan antara kelompok yang menggunakan uji t independen mengungkapkan perbedaan signifikan dalam skor kepatuhan setelah intervensi ($p<0,05$). Dapat disimpulkan bahwa *health coaching* berbasis HBM secara signifikan meningkatkan kepatuhan terhadap pembatasan cairan pada pasien hemodialisis. Dengan demikian, pendekatan ini dapat meningkatkan kepatuhan pasien dan mendukung pengelolaan penyakit ginjal kronis yang lebih baik dalam praktik klinis.

Kata kunci: *health coaching, health belief model*, pembatasan cairan, penyakit ginjal kronis, hemodialisis

KEMENTERIAN PENDIDIKAN KEBUDAYAAN RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
UPT LAYANAN BAHASA
12 HO 19 2024

ABSTRACT

YUSRYAH. *A Pilot Study of Health Belief Model-Based Coaching to Improve Fluid Restriction Compliance in Hemodialysis Patients* (supervised by Andina Setyawati and Syahrul)

Health coaching, guided by the Health Belief Model (HBM), is an effective strategy for promoting behavior change and self-care in patients with chronic conditions like end-stage renal disease (ESRD). This study evaluates the impact of HBM-based health coaching on fluid restriction compliance among hemodialysis patients. A quasi-experimental pre-test and post-test design with a control group was conducted at Tajuddin Chalid general hospital, Makassar. Forty participants were selected via purposive sampling, divided equally into intervention and control groups. The intervention group received HBM-based health coaching over four weekly sessions (30-40 minutes each). Fluid restriction compliance was measured using Fluid Control in Hemodialysis Patients Scale (FCHPS). The results indicate that the intervention group show a significant improvement in fluid restriction compliance with a post-intervention increase in mean scores ($p < 0.05$), while no significant change is observed in the control group ($p > 0.05$). Between-group comparison using independent t-tests reveals a significant difference in compliance scores after the intervention ($p<0.05$). In conclusion, health coaching based on the Health Belief Model significantly improves fluid restriction compliance in hemodialysis patients. This approach may enhance patient adherence and support better management of chronic kidney disease in clinical practice.

Keywords: health coaching, Health Belief Model, fluid restriction, chronic kidney disease, hemodialysis

KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
UPT LAYANAN BAHASA

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... **ii**
DAFTAR ISI ..... **vii**
DAFTAR TABEL ..... **xi**
DAFTAR GAMBAR ..... **xii**
DAFTAR LAMPIRAN ..... **xii**
BAB I PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang Masalah 1
B. Rumusan Masalah 7
C. Tujuan Penelitian 8
D. Pernyataan Originalitas 10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA **22**
A. Chronic Kidney Disease 22
B. Hemodalisa 29
C. Kepatuhan Pembatasan Cairan 32
D. Kualitas Hidup 34
E. Konsep Health Coaching 36
F. Konsep Health Belief Model 49
G. Kerangka Teori 53
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN **54**
A. Kerangka Konsep Penelitian 54
B. Variabel Penelitian 55
C. Defenisi Operasional 55
D. Hipotesis Penelitian 56
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN **57**
A. Desain Penelitian 57
B. Tempat dan Waktu Penelitian 57
C. Populasi dan Sampel 58
D. Perhitungan Sampel 59
E. Teknik Sampling 60
F. Instrumen, Metode dan Prosedur Pengumpulan Data 60
G. Analisis Data 66

H. Etika Penelitian 68
I. Alur Penelitian 71
BAB V HASIL PENELITIAN 72
A. Karakteristik Demografi Responden 72
B. Perubahan kepatuhan pembatasan cairan dan Kualitas Hidup pasien hemodialisa Pada Kelompok Intervensi dan Kontrol (pre-post) 74
C. Perbedaan perubahan kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup pasien hemodialisa pada kelompok intervensi dan kontrol (pre-post) 75
BAB VI PEMBAHASAN 77
A. Diskusi Hasil 77
B. Implikasi Kinis dan Praktik Keperawatan 85
C. Keterbatasan Dalam Penelitian 86
BAB VII PENUTUP 87
A. Kesimpulan 87
B. Saran 87
DAFTAR PUSTAKA 88
DAFTAR LAMPIRAN 100

DAFTAR TABEL

Page

Tabel 1. Pernyataan Originalitas…… 10

Tabel 2. Definisi Operasional……. 62

Tabel 3. Waktu pelaksanaan penelitian…… 66

Tabel 4. Distribusi Karakteristik Responden……... 81

Tabel 4.1 Perubahan Kepatuhan Pembatasan Cairan danKualitas Hidup 82

Tabel 4.2 Perbedaan Perubahan Kepatuhan Pembatasan Cairan dan Kualitas Hidup…… 83

Tabel 5. *Coaching Sesion*……. 84

DAFTAR GAMBAR

Page

Gambar 1. Kerangka teori…….…. 60
Gambar 2. Kerangka konsep…….. 61
Gambar 3. Alur penelitian…… 79

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Data Demografi Responden
Lampiran 2. Instrumen Kepatuhan Pembatasan Cairan
Lampiran 3. Instrument Kualitas Hidup
Lampiran 4. Lembar Kegiatan/ Agenda *Coaching*
Lampiran 5. SAP Health Coaching Berbasis Health Belief Model
Lampiran 6. Time Line Kegiatan *Health Coaching*
Lampiran 7. Master Tabel
Lampiran 8. Data Output SPSS
Lampiran 9. Rekomendasi Etik
Lampiran 10. Surat Penelitian PTSP
Lampiran 11 Surat Selesai Penelitian
Lampiran 12 Sertifikat Pelatihan Coaching

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Chronic Kidney Disease (CKD) berdampak pada sekitar 13% dari total populasi dunia, dan tingkat kematian yang disebabkan terus meningkat, terutama di negara-negara yang sedang berkembang (Bikbov et al., 2020). Menurut (WHO, 2018), CKD menyebabkan sekitar 850.000 kematian setiap tahunnya dan menempati peringkat ke-12 sebagai penyebab kematian global. Prevalensi CKD di seluruh dunia, berdasarkan data pasien dengan CKD, meningkat dari sekitar 2.786.000 orang pada tahun 2018 menjadi 3.018.860 orang pada tahun 2019, dan mencapai 3.200.000 orang pada tahun 2020. Menurut (Tim Riskesdas, 2018) terjadi peningkatan prevalensi CKD di Indonesia sebesar 0,38%. Di Indonesia, tingkat CKD paling tinggi tercatat di Kalimantan Utara sebesar 0,64%, disusul oleh Maluku Utara (0,56%), Sulawesi Utara (0,53%), Gorontalo, Sulawesi Tengah, dan Nusa Tenggara Barat (0,52%), Sulawesi Selatan (0,37%) dan yang terendah di Sulawesi Barat (0,18%). Dilihat dari jenis kelamin, prevalensi CKD pada laki-laki mencapai 0,42%, sementara pada perempuan sebesar 0,35%. Bila ditinjau dari rentang usia, prevalensi CKD mencapai tingkat tertinggi pada kelompok usia 65-74 tahun, yakni sebesar 0,82%. Penyebab penyakit CKD di Indonesia termasuk di antaranya adalah hipertensi sebanyak 25,8%, obesitas sebanyak 15,4%, dan diabetes melitus (DM) sebanyak 2,3% (Kemenkes, 2023). Berdasarkan data, prevalensi terhadap penyakit CKD mengalami peningkatan baik secara global dan Indonesia.

CKD adalah suatu kondisi di mana terjadi kerusakan struktural atau fungsional pada ginjal dan atau penurunan laju filtrasi glomerulus (GFR) hingga kurang dari 60 mL/menit/1,73m2, yang berlangsung selama lebih dari tiga bulan dan merupakan permasalahan kesehatan global dengan tingkat prevalensi yang tinggi dan beban biaya yang besar (Bustam et al., 2022). Pasien yang menderita CKD memiliki tingkat risiko yang signifikan lebih tinggi untuk mengalami gangguan kognitif dibandingkan dengan populasi umum. Tingkat filtrasi glomerulus yang lebih rendah dan keberadaan albuminuria terkait dengan

perkembangan gangguan kognitif dan penurunan fungsi kognitif yang lebih parah (Drew et al., 2019). Kasus yang sering ditemui pada CKD, yang sebagian besar dipicu oleh tingginya prevalensi hipertensi dan diabetes (Charles & Ferris, 2020).

CKD memiliki beberapa penyebab, termasuk diabetes mellitus, hipertensi, iskemia, infeksi, obstruksi, toksin, penyakit autoimun, dan infiltratif. CKD yang berkembang secara progresif dapat menimbulkan sejumlah komplikasi dengan tingkat prevalensi dan intensitas yang lebih tinggi terjadi pada fungsi ginjal yang menurun. Komplikasi yang mungkin timbul melibatkan penyakit kardiovaskular, hipertensi, anemia, kelainan mineral tulang, gangguan elektrolit, diabetes mellitus, dan asidosis metabolik. Semua komplikasi ini berkontribusi pada tingkat morbiditas dan mortalitas yang tinggi serta memengaruhi kualitas hidup buruk (Bello et al., 2017). CKD yang progresif tanpa penanganan yang memadai dapat berkembang dengan cepat menuju tahap akhir, yang dikenal sebagai penyakit ginjal tahap akhir (*end-stage renal disease/ESRD*), memerlukan tindakan seperti cuci darah atau dialysis (Hsu et al., 2016). Sehingga hemodialisis dapat menjadi pilihan yang paling banyak diterapkan pada pasien CKD.

Hemodialisa merupakan metode pengobatan yang paling umum digunakan di Indonesia. Menurut laporan *Indonesian Renal Registry* (IRR) tahun 2017, terdapat 77.892 pasien yang secara aktif menjalani terapi hemodialisis pada tahun tersebut. Selain itu, sebanyak 30.843 pasien baru memulai hemodialisis pada tahun yang sama (IRR, 2018). HD merupakan pengobatan terpenting bagi pasien CKD (Guo et al., 2020). Oleh sebab itu hemodialisis merupakan tindakan yang diperlukan pasien yang mengalami gagal ginjal kronik terlepas dari dampak yang diberikan.

Prosedur HD membersihkan darah dengan mengeluarkan sisa cairan dan produk sisa melalui mesin yang terhubung ke tubuh pasien (IRR, 2018). Hemodialisis merupakan tindakan akhir yang bertujuan untuk meningkatkan kinerja ginjal, merupakan salah satu metode pengobatan gagal ginjal kronik (Putri & Afandi, 2022).

Pada tahun 2015, angka ketidakpatuhan terhadap terapi hemodialisis secara global bervariasi antara 8,5% hingga 22,1%, meningkat secara signifikan menjadi 86,9%. Ketidakpatuhan terhadap pembatasan asupan cairan berkisar antara 10% hingga 60%, dengan tingkat ketidakpatuhan di Jepang dan Eropa meningkat dari 9,7% menjadi 49,5% (Welch et al., 2014). Tingkat pendidikan, jenis kelamin pria, penggunaan kateter vena sentral, serta durasi singkat hemodialisis (HD) diidentifikasi sebagai faktor-faktor risiko terhadap ketidakpatuhan (Ozen et al., 2019).

Pasien yang sedang menjalani hemodialisis perlu mematuhi pembatasan konsumsi cairan yang ketat (Hunter et al., 2023). Sejumlah besar pasien yang menjalani HD memiliki sejarah tidak mematuhi instruksi terkait pembatasan asupan cairan (Nadri et al., 2020). Tingkat kepatuhan pasien HD terhadap pembatasan cairan yang disarankan tetap rendah (Beerendrakumar et al., 2018).

Beberapa studi yang telah dilakukan dalam menilai tingkat kepatuhan terhadap pembatasan cairan. Menurut (Ummee et al., 2023), Pasien yang sedang menjalani proses hemodialisis sering mengalami peningkatan kadar cairan dalam tubuh. Pembatasan asupan cairan merupakan salah satu perubahan utama dalam gaya hidup bagi pasien yang menderita penyakit ginjal stadium akhir dan menjalani hemodialisis. Memberikan edukasi kepada pasien tentang manajemen cairan dapat mendukung kemampuan mereka untuk secara mandiri mengelola pembatasan asupan cairan yang telah ditentukan (Parker JR., 2019).

Ketidakpatuhan ini dapat mengakibatkan penumpukan cairan berlebihan dalam tubuh, yang berpotensi menimbulkan komplikasi pada penyakit CKD (Herlina & Rosaline, 2021). Ketidakpatuhan pada pembatasan cairan dapat menyebabkan masalah terkait kualitas hidup.

Salah satu permasalahan umum yang dihadapi oleh banyak pasien hemodialisis adalah ketidakpatuhan, terutama dalam pembatasan asupan cairan. Ketidakpatuhan pasien terhadap pembatasan asupan cairan dapat mengakibatkan peningkatan volume cairan dalam tubuh, yang berpotensi menimbulkan komplikasi pada penyakit gagal ginjal kronik (Herlina & Rosaline, 2021). Ketidakpatuhan pembatasan diet dan cairan, serta prosedur HD dan pengobatan, telah terbukti meningkatkan risiko rawat inap dan kematian secara signifikan

(Ozen et al., 2019). Pembatasan asupan cairan dilakukan sebagai langkah pencegahan untuk menghindari berbagai komplikasi, seperti kelebihan volume cairan dan sesak nafas. Komplikasi-komplikasi tersebut dapat menurunkan kualitas hidup dan bahkan berpotensi menyebabkan kematian (Sumarni & Fadlilah, 2020).

Pasien CKD menjalani terapi hemodialisis, tingkat kepatuhan pasien terhadap prosedur tersebut serta dukungan yang diberikan oleh keluarga memainkan peran penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien (Kusniawati, 2018). Ketidakpatuhan pasien dipengaruhi oleh keyakinan, sikap, kepribadian, pemahaman terhadap instruksi, isolasi sosial dan keluarga (Anugrah & Wahyudi, 2023). Ketidakpatuhan dalam hemodialisis dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Diperlukan intervensi yang mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi perilaku pasien CKD terkait dengan pengobatan mereka terhadap kualitas hidup.

Kualitas hidup pasien yang mengalami gagal ginjal kronik dan menjalani terapi hemodialisis cenderung menurun karena efek dari proses hemodialisis (S. T. Kurniawan et al., 2019). Kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang mendapatkan hemodialisis menurun akibat prosedur hemodialisis (Rasyid et al., 2022). Isu kualitas hidup telah menjadi sangat signifikan bagi pasien yang menderita penyakit gagal ginjal kronis dan menjalani hemodialisis secara terus-menerus (Matlabi & Ahmadzadeh, 2017). Kualitas hidup merujuk pada kondisi di mana seseorang merasakan kepuasan atau kesenangan dalam kehidupan sehari-hari. Beberapa indikator kualitas hidup mencakup dimensi kesehatan fisik, dimensi kesejahteraan psikologis, dimensi hubungan sosial, dan dimensi kesehatan lingkungan (Suwanti et al., 2022).

Beberapa studi telah mengindikasikan bahwa individu yang menjalani proses hemodialisis memiliki tingkat kualitas hidup yang rendah dan cenderung mengalami komplikasi (Mailani, 2017). Isu ini dapat mencakup aspek-aspek fisik, psikologis, sosial, ekonomi, dan spiritual. Bahkan, pasien yang menderita penyakit gagal ginjal kronis menghadapi risiko kematian yang lebih tinggi (Krishnan et al., 2020). Banyak penelitian menyoroti bahwa peningkatan

kualitas hidup dapat membantu mengurangi kemungkinan komplikasi pada penderita penyakit ginjal kronis (Mailani, 2017).

Menurut (Suwanti et al., 2022), mengatakan pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisis memiliki kualitas hidup buruk, pada dimensi fisik sebesar (63,4%) dengan kondisi fisik pasien merasa kelelahan, kesakitan dan sering gelisah, sedangkan pada dimensi psikologis sebesar (58,5%) kondisi psikologis pasien tidak memiliki motivasi untuk sembuh, merasa hidupnya kurang berarti, merasa kesepian, putus asa, cemas, depresi, dan merasa tidak puas dengan kehidupan seksualnya. Demikian juga dengan penelitian yang dilakukan oleh (Diah Anggita & Oktia, 2023), menyatakan 67,6% responden yang bekerja memiliki kualitas hidup yang baik dan 57,7% responden yang tidak bekerja memiliki kualitas hidup yang buruk.

Pasien dengan tingkat kualitas hidup yang rendah cenderung lebih sering mengalami rawat inap dan memerlukan perawatan di rumah sakit sebagai akibat dari berbagai komplikasi yang mereka alami (Kittiskulnam et al., 2016). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa adanya gangguan fungsi kognitif, seperti gangguan memori dan kecepatan berpikir, berhubungan dengan kualitas hidup yang rendah pada pasien yang menjalani hemodialisis (Olczyk et al., 2022).

Beberapa penelitian yang telah dilakukan mengenai edukasi pada pasien HD terkait kualitas hidup diantaranya penelitian yang dilakukan di Jeddah Saudi arabia oleh (Bakarman et al., 2019), telah memberikan program pendidikan terhadap kualitas hidup pada pasien HD di jeddah menunjukkan penurunan yang signifikan dalam kualitas hidup Terkait Kesehatan *(HRQOL)* di semua aspek kesehatan. Demikian dengan penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat menggunakan metode edukasi pendidikan komprehensif pada pasien CKD, namun memiliki hambatan terhadap pendidikan mencakup komplesitas informasi mengenai penyakit ginjal, tingkat kesadaran dasar yang rendah, keterbatasan literasi dan numerasi kesehatan, keterbatasan ketersedian informaasi mengenai CKD, dan kurangnya kesiapan untuk belajar (Narva AS, Norton JM, 2016) Pendidikan bagi pasien CKD penting untuk mengelola kondisi tersebut, tetapi banyak program edukasi tidak sesuai dengan keyakinan dan

respons emosional pasien. Menurut model pengaturan diri Leventhal, persepsi penyakit, yaitu keyakinan dan respons emosional pasien, menjadi integral dalam pemahaman pasien tentang penyakit dan pengobatan terkait (Ng et al., 2021).

Health coaching beberapa tahun terakhir telah muncul sebagai intervensi untuk memulai perubahan perilaku dan meningkatkan derajat kesehatan dan merupakan suatu intervensi yang *cost effective* dalam pelayanan kesehatan primer (Dejonghe et al., 2017; Moore & Lopez, 2011). *Health coaching* merupakan pendekatan yang berorientasi pada pasien untuk menetapkan tujuan kesehatan yang terkait dengan kondisi mereka. Pendekatan ini telah terbukti meningkatkan tingkat keyakinan diri pada pasien yang mengidap penyakit pernapasan kronis, seperti PPOK, TB, dan asma. (Irawati, 2023). *Health coaching* adalah metode pendidikan pasien yang efektif yang dapat digunakan untuk memotivasi dan memanfaatkan kesediaan pasien untuk mengubah gaya hidup dan mendukung perawatan mandiri pasien di rumah (Kivelä et al., 2020). Namun, *health coaching* memiliki perbedaan dengan *health education* atau pendekatan tradisional yang umumnya hanya menyampaikan informasi kepada pasien dan meminta mereka untuk mengikuti petunjuk dari pendidik kesehatan. Sebaliknya, *health coaching* bersifat kolaboratif dan berupaya menggali potensi yang dimiliki oleh pasien agar dapat menemukan solusi yang sesuai dengan kondisi kesehatannya (Centre, 2014).

Penelitian yang menunjukkan efektifitas bahwa dengan menggunakan metode *health coaching* menunjukkan bahwa melalui intervensi *health coaching*, dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, meningkatkan *self-efficacy*, dan secara objektif menghasilkan penurunan HbA1c pada pasien diabetes (Wolever & Dreusicke, 2016). Selain itu menurut (Wu et al., 2018), menunjukkan perubahan dalam kepatuhan terhadap pengobatan, yang ditandai dengan penurunan tekanan darah diastolik secara berkelanjutan pada pasien hipertensi.

Dalam penelitian ini, intervensi *health coaching* berbasis *Health Belief Model* (HBM) digunakan karena model ini merupakan salah satu kerangka konseptual yang paling luas dikenal dalam mengubah perilaku individu, khususnya dalam menciptakan gaya hidup sehat. Keterkaitannya dengan *health*

coaching terletak pada kemampuannya untuk mengatasi perilaku tidak sehat, memberikan motivasi, dan memberdayakan pasien untuk mencapai tujuan kesehatannya. Hal ini menunjukkan bahwa teori ini dirancang untuk menjelaskan perilaku individu dan dapat diubah melalui intervensi yang spesifik (Klein et al., 2013; Romano & Scott, 2014). Teori HBM meliputi enam askep yaitu *perceived susceptibility, perceived severity, perceived barriers, perceived benefits, self-efficacy dan cues to action* (Tarkang & Zotor, 2015). HBM dipilih sebagai kerangka teori dalam penelitian ini karena merupakan salah satu model pendidikan kesehatan yang sangat efektif, terutama dalam menitikberatkan pada pencegahan penyakit dan perubahan perilaku. Model ini juga digunakan untuk menentukan hubungan antara keyakinan dan perilaku kesehatan, termasuk aspek terkait kepatuhan pengobatan (Shabibi et al., 2017).

Health Belief Model (HBM) dapat meningkatkan kesehatan mental, manajemen stress, peningkatan aspek bio, psiko, sosio dan spiritual pada pasien dengan berbagai penyikit kronis (Y. Kurniawan & Yani, 2021). Dengan memanfaatkan HBM sebagai pendekatan dapat membantu mengidentifikasi dan mengatasi faktor-faktor yang mempengaruhi persepsi kesehatan dan perilaku terkait kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

Meskipun demikian, penelitian terhadap pengaruh *health coaching* telah banyak dilakukan, namun pada kenyataannya masih terbatas pada penelitian yang melihat pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* terhadap kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup khususnya pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

B. Rumusan Masalah

Pembatasan cairan pada klien yang menjalani hemodialisis memiliki persentase ketidakpatuhan berkisar antara 10%-60%. Kepatuhan yang rendah menyebabkan komplikasi seperti penyakit jantung, gangguan fungsi kognitif, peningkatan rawat inap dan kematian (Sari & Hidayah, 2022).

Ketidakpatuhan sering menjadi masalah yang dihadapi oleh pasien hemodialisis, dan hal ini dapat berpengaruh pada berbagai aspek perawatan pasien, termasuk penggunaan obat-obatan, kepatuhan terhadap pengobatan, serta

kepatuhan terhadap pembatasan makanan dan cairan. Kepatuhan dalam proses penatalaksanaan hemodialisis sangat penting untuk mencapai peningkatan kualitas hidup (Bandola et al., 2023).

CKD menghasilkan pengobatan penggantian ginjal, yang jelas memengaruhi kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan pasien (Chuasuwan et al., 2020). Namun banyak program pendidikan tidak sesuai dengan keyakinan dan respons emosional pasien terhadap kondisi penyakit (Ng et al., 2021).

Health coaching merupakan salah metode yang berfokus pada pasien untuk merumuskan tujuan terkait kesehatan mereka. Pendekatan ini telah terbukti efektif dalam meningkatkan *self-efficacy* pada pasien penyakit pernapasan kronis, termasuk PPOK, TB, dan asma (Irawati, 2023). *Health coaching* yang didasarkan pada *Health Belief Model* (HBM) dapat meningkatkan persepsi ancaman *(perceived threat)* dan manfaat yang dirasakan *(perceived benefit),* sementara menurunkan hambatan yang dirasakan *(perceived barrier)* dan *self efficacy*. Hal ini pada gilirannya dapat meningkatkan keterlibatan pasien dalam merawat diri sendiri (Beckstead et al., 2020).

Beberapa studi sebelumnya telah menunjukkan bahwa Health coaching membawa keuntungan bagi individu yang mengidap penyakit kronis dengan meningkatkan pola perilaku kesehatan dan kualitas hidup (Kivelä et al., 2020; Wolever et al., 2022). Pendidikan kesehatan berdasarkan *model Health Belief* menekankan pada persepsi kerentanan, keparahan, manfaat dan hambatan suatu penyakit yang mengancam kesehatan (Suirvi et al., 2022).

Berdasarkan fenomena tersebut, pertanyaan penelitian ini adalah bagaimana pengaruh *Health Coaching* berbasis *Health belief model* mempengaruhi kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Untuk mengetahui pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* terhadap kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

2. Tujuan Khusus

a) Mengetahui perubahan kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok intervensi

b) Mengetahui perubahan kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok kontrol.

c) Untuk mengetahui perbedaan perubahan kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik pada kelompok intervensi dan kontrol.

D. Pernyataan Originalitas

Tabel 1. Pernyataan Originalitas

NO	Penulis/Tahun	Judul	Metode	Hasil & Kesimpulan	Novelty
1	(Sitanggang et al., 2017)	Health Coaching Berbasis Health Promotion Model Terhadap Peningkatan Efikasi Diri Dan Perilaku Pencegahan Penularan Pada Pasien TB Paru	quasy eksperimen dengan rancangan penelitian pre-post test control group design. Teknik sampling pada penelitian ini adalah consecutive sampling. Sampel penelitian berjumlah 30 responden, pelaksanaan dilakukan dalam 4 tahap selama 4 minggu dengan durasi waktu 30- 60 menit. Variabel independen dalam penelitian ini adalah health coaching dan variabel dependennya adalah efikasi diri dan perilaku pencegahan penularan TB paru yang terdiri dari pengetahuan, sikap dan tindakan. Uji statistik yang digunakan adalah MANOVA untuk menguji hipotesisnya.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada pengaruh health coaching terhadap efikasi diri dan perilaku pencegahan penularan TB paru. Kesimupulan : Health coaching berbasis health promotion model dapat meningkatkan efikasi diri pasien TB paru dan perilaku.	Pada penelitian ini, menggunakan Health Coaching berbasis Health Promotion model namun belum menggunakan Health Coaching berbasis Health Belief Model untuk menilai kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.
2	(Anugrah & Wahyudi, 2023)	Pengaruh Health Belief terhadap Perilaku Kepatuhan Pasien Gagal Ginjal Kronik KPCDI Bandung	Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan alat ukur berupa skala Health Belief yang mengacu pada teori Rosenstock dan skala perilaku Kepatuhan yang mengacu pada teori dari Niven.	Teknik analisis yang digunakan adalah metode regresi linier berganda dengan hasil R2= 0.750 dan uji koefisien determinasi parsial dengan hasil Self-Efficacy memiliki pengaruh paling besar dengan nilai β= 0.427.	Pada penelitian ini menggunakan Health Belief Model, Namun belum menggunakan Health Coaching berbasis Health Belief Model untuk menilai kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa.

				Kesimpulan : Terdapat pengaruh health belief secara simultan terhadap perilaku kepatuhan pada pasien Komunitas Pasien Cuci Darah Indonesia cabang Kota Bandung.	

3	(M. Y. Lin et al., 2021)	Mechanisms and Effects of Health Coaching in Patients With Early-Stage Chronic Kidney Disease: A Randomized Controlled Trial	Uji coba terkontrol secara acak dengan pusat tunggal, kelompok paralel. Sebanyak 108 pasien dengan CKD stadium 1 hingga 3a berpartisipasi dalam penelitian ini. Peserta secara acak dimasukkan ke dalam kelompok intervensi pelatihan kesehatan atau kelompok kontrol perawatan biasa. Kualitas hidup peserta (Skala Kualitas Hidup Organisasi Kesehatan Dunia), manajemen diri (instrumen Manajemen Mandiri CKD), aktivasi pasien (Ukuran Aktivasi Pasien), dan efikasi diri (instrumen Efikasi Diri CKD) diukur pada awal, segera setelahnya. , dan 6 minggu setelah intervensi.	Pembinaan kesehatan meningkatkan kualitas hidup, manajemen diri, aktivasi pasien, dan kemanjuran diri pada pasca intervensi dan pada 12 minggu masa tindak lanjut. Kesimpulan : Temuan ini menunjukkan bahwa pembinaan kesehatan dapat secara efektif meningkatkan kualitas hidup dan manajemen diri. Intervensi pembinaan kesehatan dapat meningkatkan tingkat efikasi diri dan aktivasi yang dapat meningkatkan pengelolaan diri dan kualitas hidup.	Penelitian ini menggunakan Health Coaching untuk menilai kualitas hidup,manajemen diri, aktivasi pasien, namun belum diterapkan Health Coaching berbasis Health Belief Model pada pasien gagal ginjal kronik. Yang menjalani hemodialisa.
4	(Iswara, 2021)	Hubungan Kepatuhan Menjalani Terapi Hemodialisa dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis	Penelitian ini menggunakan metode literature review terhadap hasil penelitian dari tahun 2014 sampai 2020 yang berhubungan dengan kepatuhan menjalani terapi hemodialisa dan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik. Jurnal yang dipilih ada 15 jurnal (Nasional dan Internasional). Data dianalisis dengan proses: compare, contrast, criticize, synthesize, dan summarize	Hasil ulasan literature menunjukkan bahwa kepatuhan menjalani terapi hemodialisa berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik. Pasien yang tidak patuh mayoritas mempunyai kualitas hidup kurang karena alasan pasien merasa bosan, durasi waktu yang cukup lama dan kurangnya dukungan dari keluarga	Penelitian ini belum menggunakan Health Coaching Berbasis Health Belief Model untuk menilai kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik

				sehingga membuat pasien tidak termotivasi menjalani terapi hemodialisa. Kesimpulan : Pasien yang tidak patuh mayoritas mempunyai kualitas hidup kurang karena alasan pasien merasa bosan, durasi waktu yang cukup lama dan kurangnya dukungan dari keluarga sehingga membuat pasien tidak termotivasi menjalani terapi hemodialisa.	

5.	(Suwanti et al., 2022)	Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Terapi Hemodialisa	Metode penelitian menggunakan metode deskriptif dengan populasi81 respondendan jumlah sampel 41 responden diambil menggunakan metode accidental sampling. Alat pengambilan data menggunakan skala kualitas hidup dari WHOQOL-BREF. Analisa data menggunakan analisis univariat.	Hasil penelitian didapatkan gambaran kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dilihat dari dimensi kesehatan fisik memiliki kualitas hidup buruk, yaitu sebanyak 23 orang (56,1%). Dimensi kesehatan psikologi memiliki kualitas hidup buruk, yaitu sebanyak 24 orang (58,5%). Dimensi hubungan sosial memiliki kualitas hidup baik, yaitu sebanyak 21 orang (51, 2%). Dimensi lingkungan memiliki kualitas hidup baik, yaitu sebanyak 22 orang (53,7. Gambaran kualitas hidup pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa memiliki kualitas hidup buruk sebanyak 25 orang (61,0%), sedangkan 16 orang responden (39, 0%) memiliki kualitas hidup baik.	Penelitian ini belum menggunakan metode Health Coaching berbasis HBM untuk menilai kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik.

6.	(Kivelä et al., 2020)	The effects of nurse-led health coaching on health-related quality of life and clinical health outcomes among frequent attenders:A quasi - experimental study	Desain penelitian quasi eksperimen. Sebanyak 110 pasien terdaftar dalam penelitian ini. Kelompok eksperimen (n = 52) menerima pelatihan kesehatan yang dipimpin perawat dan kelompok kontrol (n = 58) menerima perawatan biasa di pusat perawatan kesehatan primer di Finlandia. Data dikumpulkan sebelum intervensi dan 12 bulan melalui kuesioner kualitas hidup terkait kesehatan dan hasil kesehatan klinis yang diukur oleh perawat pelatihan kesehatan.	Penelitian ini menemukan bahwa orang yang sering hadir memiliki kualitas hidup terkait kesehatan yang rendah. Health coaching yang dipimpin perawat menunjukkan tidak ada perbedaan kualitas hidup terkait kesehatan antara kelompok eksperimen dan control kelompok. Namun, health coaching yang dipimpin perawat memiliki efek yang signifikan secara statistik terhadap tekanan darah dan kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan di antara peserta eksperimen, tingkat responsnya cukup baik (76,9 %) pada pengukuran awal dan memuaskan pada pengukuran tindak lanjut 12 bulan dengan kelompok eksperimen 65,4% dan kelompok control kelompok 51,7%. Kesimpulan : Penelitian ini menunjukkan bahwa pelatihan kesehatan yang dipimpin oleh perawat dapat meningkatkan kualitas	Dalam studi ini, dampak health coaching terhadap perubahan kualitas hidup pada pasien yang menderita penyakit kronis. Namun, penelitian ini belum mencakup intervensi health coaching yang berbasis health belief model untuk mengevaluasi kualitas hidup pada pasien dengan gagal ginjal kronik yang sedang menjalani hemodialisis.

				hidup dan tekanan darah terkait kesehatan di antara mereka yang sering hadir. Implikasi Praktek: Sesi pelatihan kesehatan dengan perawat pelatihan kesehatan dan rencana tindakan mendukung tujuan dan implementasi promosi kesehatan yang sering hadir.	

7.	(Hastuti & Mufarokhah, 2019)	Pengaruh Health Coaching Berbasis Teori Health Belief Model Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi	Penelitian ini menggunakan desain quasi eksperimen dengan pra-desain kelompok kontrol pasca tes. Teknik pengambilan sampel dengan cara purposive sampling. Jumlah sampel 26 orang untuk setiap kelompok. waktu April-Juli 2019. Uji yang digunakan adalah Mann Whitney dan Sign Rank Test Wilcoxon	*Health coaching* hanya berpengaruh terhadap tekanan darah sistolik saja. Uji beda di kelompok perlakuan menggunakan Wilcoxon memperoleh p value 0,000, sedangkan uji beda dengan Mann Whitney memperoleh nilai p 0,000. Kesimpulan : Ada pengaruh pemberian *health coaching* dengan pendekatan *Health Belief Model* dengan tekanan darah sistol pada lansia yang mengalami hipertensi dengan α=0.000 dan tidak ada pengaruh pemberian health coaching berbasis Teori Health Belief Model terhadap tekanan darah diastol pada lansia yang mengalami hipertensi dengan α=1.000	Dalam penelitian ini, dampak health coaching yang didasarkan pada health belief model terhadap perubahan tekanan darah pada lansia dengan hipertensi. Meskipun demikian, penelitian ini belum melibatkan intervensi health coaching berbasis health belief model untuk mengevaluasi kualitas hidup pada pasien dengan gagal ginjal kronik yang sedang menjalani hemodialisis.

8	(Bandola et al., 2023)	Hubungan Kepatuhan Pembatasan Cairan Dengan Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialis	Desain penelitian ini adalah kuantitatif analisis korelasional dengan pendekatan cross sectional. Jumlah populasi pada penelitian ini adalah 66 yaitu seluruh pasien penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara consercutive sampling didapatkan 32 responden.Instrumen penelitian menggunakan kusioner KDQOL-SF dan kusioner kepatuhan pembatasan cairan.	Menunjukan kepatuhan pembatasan cairan pasien gagal ginjal kronik terbanyak responden kategori cukup patuh 18 responden (56.2%) dan kualitas hidup responden terbanyak kategori buruk 26 responden (81.2%). Setelah dilakukan ujistatistik Chi Square didapatkan hasil p=0,530 yang artinya p value>0,05 menunjukan bahwa Ha ditolak. Kesimpulan : Tidak ada hubungan yang signifikan antara kepatuhan pembatasan cairan dengan kualitas hidup gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis	Dalam penelitian ini belum menggunakan intervensi health coching berbasis HBM untuk menilai kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup.

9	(Nadri et al., 2020)	Effect of a hemodialysis patient education on fluid control and dietary	Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner karakteristik sosiodemografi, kuesioner diet dialisis dan ketidakpatuhan cairan (DDFQ), serta skala kontrol cairan pada pasien hemodialisis (FCHPS).	Pengukuran yang dilakukan pada akhir program pendidikan menunjukkan perbedaan yang signifikan secara statistik dalam kelompok intervensi dalam hal peningkatan rata-rata berat badan interdialitik (kg), volume ultrafiltrasi, dan tekanan darah diastolik pasien. Begitu pula, nilai rata-rata dari 4 item kuesioner DDFQ menunjukkan perbedaan yang signifikan secara statistik dalam mendukung kelompok intervensi terkait: frekuensi ketidakpatuhan terhadap diet, tingkat ketidakpatuhan terhadap diet, frekuensi ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan, dan tingkat ketidakpatuhan terhadap pembatasan cairan.	Dalam penelitian ini belum menggunakan intervensi health coching berbasis HBM untuk menilai kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup.

10	(Herlina & Rosaline, 2021)	Kepatuhan Pembatasan Cairan Pada Pasien Hemodialisis	Dengan pendekatan kuantitatif menggunakan desain cross sectional. Untuk menganalisis variable variable yang mempengaruhi kepatuhan pembasatan cairan digunakan uji multivariate regresi logisitik biner.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa variable yang paling berpengaruh terhadap kepatuhan pembatasan cairan adalah usia dengan nilai P value 0,048 dan OR terbesar dibandingkan dengan variabel lain, sehingga memiliki hubungan paling kuat terhadap kepatuhan pembatasan cairan 1,190 kali setelah dikontrol dengan variabel status pernikahan, pekerjaan, IMT, lama hemodialisis, durasi HD, perilaku, sikap.	Penelitian ini telah membahas mengenai kepatuhan pembatasan cairan pada HD, namun belum menggunakan health coaching berbasis HBM sebagai intervensi dalam menentukan kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup.

Studi sebelumnya telah menunjukkan bahwa *health coahing* memiliki manfaat dalam meningkatkan perilaku kesehatan dan kualitas hidup bagi individu yang menderita penyakit kronis (Caldwell et al., 2013). *Health coaching* terbukti efektif dalam meningkatkan kualitas hidup dan kemampuan pengelolaan diri. Melalui intervensi *health coaching*, tingkat kepercayaan diri dan aktivasi dapat ditingkatkan, yang pada gilirannya meningkatkan kemampuan individu dalam mengelola diri dan meningkatkan kualitas hidup (M. Y. Lin et al., 2021). *Health coaching* yang disediakan oleh perawat telah terbukti dapat meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi tekanan darah pada pasien (Kivelä et al., 2020). *Health coaching* yang menerapkan pendekatan *health belief model* juga terbukti memberikan dampak positif terhadap tekanan darah sistol pada lansia yang menderita hipertensi (Hastuti & Mufarokhah, 2019). Pendekatan *health coaching* yang menggunakan *health belief model* telah terbukti dapat meningkatkan efikasi diri dan kepatuhan dalam minum obat (Irawati, 2023).

Pendidikan yang mengadopsi pendekatan model keyakinan kesehatan telah terbukti mampu menghasilkan perubahan positif dalam aspek fisiologis, psikologis, dan kemampuan hidup pada pasien penyakit kronis (Y. Kurniawan & Yani, 2021). Selain itu, *health belief model* berpengaruh secara simultan terhadap perilaku kepatuhan pada pasien Komunitas hemodialisis (Anugrah & Wahyudi, 2023). Meskipun demikian, penelitian yang mengintegrasikan kedua konsep tersebut dalam hal ini *health coaching* dan *health belief model* terhadap kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup pada penyakit gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa masih terbatas. Dengan demikian, originalitas pada penelitian ini adalah pengaruh *health coaching* berbasis *health belief model* terhadap kepatuhan pembatasan cairan dan kualitas hidup pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Chronic Kidney Disease

1. Defenisi

Chronic kidney disease (CKD) didefinisikan sebagai kelainan ginjal yang menetap lebih dari sama dengan tiga bulan ditandai dengan adanya abnormalitas struktur atau fungsi ginjal dengan atau tanpa penurunan fungsi laju filtrasi glomerulus (eGFR) (Kemenkes, 2023). CKD adalah kondisi di mana organ ginjal mengalami penurunan fungsi sehingga pada akhirnya tidak dapat berpartisipasi sepenuhnya dalam proses penyaringan dan pembuangan elektrolit tubuh. Ginjal yang mengalami kondisi ini juga kehilangan kemampuannya untuk menjaga keseimbangan cairan dan zat kimia dalam tubuh, serta tidak mampu memproduksi urin (Anugrah & Wahyudi, 2023). Gagal ginjal kronik adalah suatu gangguan renal yang bersifat progresif dan tidak dapat dipulihkan, di mana tubuh kehilangan kemampuan untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan elektrolit. Pasien yang mengalami gagal ginjal kronik seringkali memerlukan terapi hemodialisis secara terus menerus sepanjang hidup mereka (Pratama et al., 2020). Chronic Kidney Disease (CKD) merupakan kondisi yang progresif dan tidak dapat pulih, dengan tingkat keparahan penyakit yang tinggi (Maria james, et. al., 2021).

2. Etiologi

Penyebab CKD adalah diabetes melitus, hipertensi, glomerulonefritis primer, nefritis tubulointersisial kronik, penyakit kista ginjal herediter, glomerulonephritis sekunder atau vaskulitis dan neoplasma. (Kemenkes, 2023).

Menurut Kidney Health Australia (KHA, 2022) terdapat lima faktor utama yang dapat meningkatkan risiko seseorang terkena CKD, yaitu:

a. Diabetes

Menurut *Australian Institute Of Helath and Welfare* (AIHW, 2022), diabetes merupakan salah satu faktor utama penyebab CKD. Kadar gluksa darah yang tinggi memiliki potensi merusak fungsi filter ginjal, yang selanjutnya dapat menghambat kemampuan tubuh untuk membuang limbah dan cairan. Penyakit ginjal yang terkait dengan diabetes juga dikenal sebagai nefropati diabetic.

b. Tekanan Darah Tinggi

Tekanan darah tinggi yang tidak diobati merupakan salah satu faktor risiko utama dalam perkembangan dan kemajuan CKD. Ginjal berperan dalam mengeluarkan cairan berlebih dari tubuh. Ketika fungsi ginjal terganggu, cairan berlebih dapat menumpuk di sekitar pergelangan kaki, mata, tangan, atau dalam paru-paru. Jantung pun harus bekerja lebih keras untuk mendorong semua cairan berlebih melalui tubuh, yang pada gilirannya dapat meningkatkan tekanan darah (Developed by Registered, & Services, 2021).

c. Penyakit Kardiovascular

Penyakit kardiovaskular dan CKD memiliki hubungan yang erat. Penyakit kardiovaskular dapat mengakibatkan penurunan pasokan darah ke ginjal, yang selanjutnya dapat menyebabkan perkembangan penyakit ginjal. Individu yang mengidap CKD memiliki risiko yang lebih tinggi terkena penyakit arteri koroner, gagal jantung, aritmia, dan mengalami kematian mendadak akibat masalah jantung. Selain itu, orang yang menderita gagal ginjal memiliki risiko kematian yang signifikan lebih tinggi akibat penyakit kardiovaskular (Jankowski et al., 2021).

d. Kelebihan Berat Badan dan Obesitas

Kenaikan berat badan, terutama dalam bentuk obesitas, meningkatkan potensi seseorang terkena CKD. Memiliki kelebihan berat badan atau obesitas dapat mengkomplikasikan

pengendalian atau penanganan penyakit kronis. Selain itu, kelebihan berat badan dan obesitas juga berhubungan dengan tingkat kematian yang lebih tinggi (AIHW, 2022).

e. Merokok

Merokok merupakan salah satu faktor risiko yang secara independen berkontribusi terhadap kemungkinan terjadinya CKD (Xia et al., 2017).

Faktor Risiko PGK menurut, (A. W. Kurniawan, 2019)

a. Hipertensi sistemik
b. Nefrotoksin (contoh: Obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), zat kontras intravena)
c. Penurunan perfusi (contoh: dehidrasi berat atau syok)
d. Proteinuria (selain menjadi penanda PGK)
e. Hiperlipidemia
f. Hyperphosphatemia dengan deposisi kalsium fosfat
g. Merokok - Diabetes mellitus yang tidak terkontrol

3. **Klasifikasi**

Menurut *Kidney Disease Improving Global Outcome*s (KDIGO, 2022), terdapat pedoman untuk mengenali penyebab CKD dan mengelompokkannya menjadi enam kategori berdasarkan tingkat laju eGFR mulai dari G1 hingga G5, dengan G3 dibagi lagi menjadi 3a dan 3b. Selain itu, klasifikasi ini melibatkan penentuan stadium CKD berdasarkan tiga tingkat albuminuria, yakni A1, A2, dan A3. Setiap fase CKD diklasifikasikan berdasarkan rasio albumin-kreatinin urin dalam (mg/gm) atau (mg/mmol) dari sampel urin "spot" yang diambil pada pagi hari. 6 kategori ini mencakup:

a. G1: GFR 90 ml/menit per 1,73 m2 ke atas
b. G2: GFR 60 hingga 89 ml/menit per 1,73 m2
c. G3a: GFR 45 hingga 59 ml/menit per 1,73 m2
d. G3b: GFR 30 hingga 44 ml/menit per 1,73 m2
e. G4: GFR 15 hingga 29 ml/menit per 1,73 m2

f. G5: GFR kurang dari 15 ml/menit per 1,73 m2 atau pengobatan dengan dialisis

(KDIGO, 2022) juga membagi tiga tingkat albuminuria termasuk rasio albumin-kreatinin (ACR) :

a. A1: ACR kurang dari 30 mg/gm (kurang dari 3,4 mg/mmol)

b. A2: ACR 30 hingga 299 mg/gm (3,4 hingga 34 mg/mmol)

c. A3: ACR lebih besar dari 300 mg/gm (lebih besar dari 34 mg/mmol).

Maka dari itu, memanfaatkan klasifikasi CKD yang lebih teliti memberikan keuntungan dalam mengidentifikasi tanda-tanda perkembangan penyakit ginjal dan peningkatan tingkat albuminuria yang dapat menjadi indikator prognosis. Namun, perlu diingat bahwa salah satu kelemahan yang perlu diperhatikan dalam menggunakan sistem klasifikasi ini adalah potensi untuk mendiagnosis CKD secara berlebihan, terutama pada populasi lanjut usia (Inker et al., 2014).

4. **Patofisiologi**

Patofisiologi CKD dimulai pada tahap awal, dimana keseimbangan cairan, kontrol garam, dan akumulasi limbah bervariasi tergantung pada bagian ginjal yang terkena. Sampai fungsi ginjal turun di bawah 25% dari normal, gejala klinis CKD mungkin minimal karena nefron yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa meningkatkan laju filtrasi, reabsorpsi, dan sekresi selama hipertrofi (Harmilah, 2020).

Tekanan yang meningkat pada nefron yang masih ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein tampaknya berhubungan dengan siklus kematian ini karena nefron yang tersisa menghadapi beban kerja yang semakin besar seiring dengan kematian nefron (Harmilah, 2020).

5. **Manifestasi Klinik**

Menurut (Donelly, P., 2019), terdapat beberapa gejala umum yang dapat muncul ketika penyakit ini sudah lebih lanjut, antara lain:

a. Modifikasi dalam kebiasaan buang air kecil
   1) Peningkatan frekuensi buang air kecil di malam hari.
   2) Tampaknya urine berbusa atau berbuih.
   3) Meningkatnya frekuensi buang air kecil atau volume yang lebih besar dari biasanya, disertai urine yang lebih terang.
   4) Menurunnya frekuensi buang air kecil atau volume yang lebih kecil dari biasanya, dengan urine yang berwarna lebih gelap.
   5) Potensi adanya darah dalam urine.
   6) Sensasi tekanan atau kesulitan ketika buang air kecil

b. Pembengkakan

   Fungsi ginjal yang tidak optimal dapat menghambat kemampuan tubuh untuk membuang cairan dengan cukup. Akibatnya, cairan tersebut dapat menumpuk dan menyebabkan pembengkakan pada kaki, pergelangan kaki, kaki, wajah, dan tangan.

c. Kelelahan

   Ginjal yang berfungsi optimal memproduksi hormon yang disebut eritropoietin, yang berperan dalam memberi sinyal kepada tubuh untuk menghasilkan sel darah merah yang membawa oksigen. Namun, ketika ginjal mengalami kegagalan, produksi eritropoietin menurun. Hal ini mengakibatkan jumlah sel darah merah yang lebih rendah, yang membawa oksigen, sehingga menyebabkan otot dan otak mudah lelah. Kondisi ini dikenal sebagai anemia, namun dapat diobati dengan mudah.

d. Ruam pada kulit/gatal

   Fungsi ginjal adalah mengeluarkan limbah dari aliran darah. Ketika ginjal tidak beroperasi secara efisien, penumpukan produk limbah dalam darah dapat menyebabkan timbulnya rasa gatal yang parah.

e. Bau nafas tidak sedap

Akumulasi produk limbah dalam darah, yang dikenal sebagai uremia, dapat mempengaruhi persepsi rasa makanan dan menyebabkan bau napas yang tidak sedap. Selain itu, seseorang mungkin mengalami penurunan selera makan atau kehilangan berat badan karena kurangnya nafsu makan.

f. Mual dan muntah

Peningkatan konsentrasi limbah dalam darah yang signifikan, yang disebut uremia, juga dapat menyebabkan mual dan muntah. Selain itu, kehilangan nafsu makan yang parah dapat mengakibatkan penurunan berat badan yang signifikan.

g. Sesak nafas

Kesulitan bernapas dapat terkait dengan masalah ginjal dalam dua cara. Pertama, penumpukan cairan berlebih dalam tubuh dapat menyebabkan cairan memasuki paru-paru, menyulitkan proses pernapasan. Kedua, anemia (kurangnya sel darah merah yang membawa oksigen) yang terkait dengan masalah ginjal dapat menyebabkan kurangnya pasokan oksigen ke tubuh, yang dapat menyebabkan kesulitan bernapas. Ini adalah gejala yang memerlukan perhatian medis untuk menilai dan mengelola kondisinya dengan tepat.

h. Menggigil

Anemia bisa menyebabkan perasaan dingin terus-menerus, bahkan di lingkungan beriklim hangat.

i. Pusing dan kesulitan berkonsentrasi

Anemia yang berkaitan dengan gangguan ginjal menyiratkan bahwa pasokan oksigen ke otak tidak mencukupi. Ketika kondisi ini bercampur dengan uremia, dapat menghasilkan masalah ingatan, kesulitan berkonsentrasi, dan sensasi pusing.

j. Nyeri pinggang

Beberapa individu yang menghadapi masalah ginjal mungkin merasakan ketidaknyamanan di sekitar area punggung atau samping yang terkait dengan dampak pada ginjal. Meskipun begitu, mayoritas pasien dengan penyakit ginjal tidak mengalami rasa nyeri sama sekali.

6. **Komplikasi**

Hipertensi seringkali menjadi penyakit penyerta yang paling umum pada pasien CKD, dengan presentase sekitar 44%. Diabetes melitus menyumbang sebanyak 25%, sementara penyakit saluran kemih menyumbang 7%. Penyakit lain, termasuk yang berkaitan dengan saluran pencernaan, keganasan, hepatitis B, penyakit serebrovaskuler, tuberkulosis, dan hepatitis C, masing-masing memiliki presentase lebih rendah, yaitu sekitar 3% atau kurang (IRR, 2018).

7. **Diagnosis**

Menurut (Vaidya, SR, & NR, 2021), ketika eGFR berada di bawah 60 ml/menit/1.73m pada seorang pasien, penting untuk memeriksa hasil uji darah dan urin sebelumnya, serta riwayat klinis pasien. Tujuannya adalah untuk menentukan apakah kondisi ini disebabkan oleh AKI atau CKD yang mungkin sudah ada tetapi belum menunjukkan gejala. Berikut adalah beberapa faktor yang dapat membantu dalam penilaian ini:

a. Sejarah hipertensi kronis yang panjang, adanya proteinuria, mikrohematuria, dan gejala penyakit prostat.
b. Kemunculan tanda-tanda seperti pigmen kulit, luka bekas goresan, pembesaran ventrikel kiri, dan perubahan pada fundus sebagai hasil dari tekanan darah tinggi.
c. Pemeriksaan hasil tes darah untuk kondisi lain seperti mieloma multipel atau vaskulitis sistemik yang dapat memberikan informasi tambahan.

d. Meskipun kadar kalsium serum yang rendah dan kadar fosfor yang tinggi memiliki nilai diagnostik yang terbatas, kadar hormon paratiroid yang berada dalam kisaran normal dapat mengisyaratkan adanya AKI daripada CKD.

e. Pasien dengan tingkat nitrogen urea darah (BUN) yang sangat tinggi, yaitu melebihi 140 mg/dL, dan kreatinin serum di atas 13,5 mg/dL, yang masih dapat memproduksi urin dalam jumlah normal, lebih mungkin mengalami CKD daripada gangguan ginjal akut.

Hemodialisis adalah salah satu bentuk terapi pengganti ginjal jangka panjang yang direkomendasikan untuk pasien dengan Penyakit Ginjal Kronik (CKD) stadium 5, di mana laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 mL/menit/1,73m² (Brown et al., 2021).

B. Hemodalisis

1. Defenisi

Hemodialisis (HD) adalah suatu proses yang sering disebut sebagai "membersihkan darah," dan tujuan utamanya adalah untuk mencapai pemurnian darah. Darah diambil dari tubuh dan kemudian melewati suatu perangkat yang bertindak seperti ginjal buatan. Meskipun disebut "ginjal buatan," perangkat ini hanya mampu membersihkan darah dengan tingkat efisiensi yang lebih rendah dibandingkan dengan ginjal yang sehat (Kidney Foundation T.K, 2021). HD adalah pengobatan utama untuk pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir (Guo et al., 2020). HD adalah terapi yang paling umum digunakan untuk CKD (Arad et al., 2021).

2. Indikasi Hemodialisis

Menurut (Price, A, Sylvia. M, W., 2015), secara umum, tanda untuk memulai Hemodialisis (HD) pada Penyakit Ginjal Kronis (CKD) adalah ketika tingkat filtrasi glomerulus (LFG) turun di bawah 5 mL/menit, sementara dialisis perlu dimulai jika ditemui salah satu dari kondisi berikut:

a. Kondisi umum yang buruk dan gejala klinis yang nyata

b. Kadar kalium (K) dalam serum melebihi 6 mEq/L

c. Kadar ureum dalam darah melebihi 200 mg/dL

d. pH darah kurang dari 7,1

e. Anuria berlanjut (tidak ada produksi urin selama lebih dari 5 hari)

f. Terjadi kelebihan cairan dalam tubuh (fluid overload)

3. Prinsip Dasar Hemodialisis

(Brunner&Suddarth, 2015), menyatakan ada tiga prinsip dasar yang menjadi dasar dalam pelaksanaan hemodialisis, yakni :

a. Difusi

Dalam prosedur ini, toksin dan zat limbah dalam darah dikeluarkan melalui perpindahan mekanisme dari darah yang memiliki konsentrasi tinggi ke darah yang memiliki konsentrasi rendah. Cairan dialisat yang digunakan dalam proses ini memiliki komposisi elektrolit yang sesuai dengan kondisi ekstraseluler yang optimal.

b. Osmosis

Pada dasarnya, prinsip ini melibatkan pengeluaran air berlebihan yang dapat diatur melalui pembentukan gradien tekanan. Artinya, air mengalir dari daerah dengan tekanan yang lebih tinggi di dalam tubuh pasien menuju daerah dengan tekanan yang lebih rendah di dalam cairan dialisat.

c. Ultrafiltrasi

Prinsip ini dapat diwujudkan dengan meningkatkan gradien melalui penerapan tekanan negatif tambahan. Tekanan negatif ini diterapkan pada perangkat sebagai penyedot pada membran untuk mendukung pengeluaran air. Kekuatan ini diperlukan karena pasien tidak mampu mengeluarkan air secara alami, dan tekanan negatif membantu dalam pemindahan cairan hingga mencapai keseimbangan cairan yang disebut isovolemia.

4. Komplikasi Saat Hemodialisis

Menurut (Saha & Allon, 2017) beberapa respons dapat berkembang menjadi kondisi medis darurat, sehingga perlu dilakukan tindakan segera seperti menghentikan HD, memasang saluran, dan memberikan perawatan dukungan sebelum melanjutkan dengan perawatan yang bersifat penentu. Beberapa contoh komplikasi yaitu :

a. Sindrom disekuilibrium dialisis merupakan kondisi yang lebih umum terjadi pada pasien selama atau setelah sesi hemodialisis pertama mereka. Ini merupakan suatu keadaan klinis yang dicirikan oleh gejala seperti penurunan fungsi neurologis, kecemasan, kebingungan mental, sakit kepala, gejala otot yang sesekali berkedut, dan bahkan dapat mencapai tahap koma (Gozubatik-Celik et al., 2019).
b. Reaksi anafilaksis tipe A adalah respons yang ditandai oleh gejala seperti kesulitan bernapas, peningkatan suhu tubuh, dan reaksi lokal di lokasi fistula. Gejala-gejala ini dapat timbul kapan saja dalam 30 menit pertama setelah sesi hemodialisis karena adanya hipersensitivitas terhadap etilen oksida yang digunakan untuk sterilisasi dialyzer (Murdeshwar HN, 2023).
c. Hemolisis akut selama sesi dialisis merupakan keadaan darurat medis yang ditandai dengan munculnya warna merah pada garis darah vena, penurunan signifikan dalam hematokrit, dan sampel darah yang, setelah disentrifugasi, menunjukkan plasma berwarna merah muda. Pasien perlu menjalani evaluasi oleh tenaga medis melalui pemeriksaan hematologi, dan harus dipantau secara ketat untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya hemolisis yang terlambat (Murdeshwar HN, 2023).

Terapi hemodialisis memiliki pengaruh yang cukup besar terhadap mutu hidup individu yang menderita penyakit gagal ginjal kronis (Lorenzo Sellarés & Luis Rodríguez, 2022). Pasien yang menjalani hemodialisis perlu mengalami penyesuaian yang cukup besar terkait dengan pembatasan cairan, pola makan,

ketergantungan pada obat-obatan, dan penyesuaian aspek psikososial (Clark et al., 2014).

C. Kepatuhan Pembatasan Cairan

Pembatasan asupan cairan tetap menjadi tantangan utama dalam merawat pasien CKD yang menjalani program hemodialisis (Howren, et al., 2016). Peningkatan asupan cairan terjadi karena kurangnya kepatuhan, yang dapat mengakibatkan penurunan kualitas hidup pasien HD hingga risiko kematian (Siagian et al., 2021).

Pembatasan asupan cairan sangat penting bagi pasien gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisis secara teratur. Hal ini karena hemodialisis hanya dapat mengeluarkan sejumlah cairan tertentu dari tubuh, sehingga kelebihan cairan dapat menumpuk dan berisiko menimbulkan komplikasi seperti edema paru-paru (Kidney Foundation T.K, 2021).

Berbagai faktor mempengaruhi peningkatan konsumsi cairan pada pasien HD, dan salah satu di antaranya adalah sensasi haus. Rasa haus ini bisa muncul sebagai dampak dari mengonsumsi makanan yang kaya garam (Cholina Trisa Siregar, 2020). Untuk menjaga kondisi yang optimal selama sesi HD, penting untuk mempertahankan berat badan dalam batas normal atau kondisi kering. Selain itu, pemahaman yang baik tentang kebutuhan cairan harian sangat diperlukan untuk merawat pasien HD dengan efektif. Selanjutnya, manajemen yang cermat dan penanganan terhadap reaksi yang muncul akibat sensasi haus dapat membantu pasien dalam mengatasi tantangan yang terkait dengan asupan cairan selama proses hemodialisis (Cholina Trisa Siregar, 2020).

Penilaian terhadap tingkat kepatuhan seseorang terhadap suatu prosedur atau peraturan dapat dilakukan melalui pengamatan perilaku yang dilakukan oleh individu tersebut. Terdapat dua metode evaluasi kepatuhan, yakni pengamatan langsung dan tidak langsung. Dalam pengamatan langsung, seorang pengamat menggunakan panduan yang telah disepakati bersama untuk mengamati perilaku seseorang. (Notoatmodjo, 2018a).

Pemantauan pembatasan cairan sangat penting dilakukan pada pasien hemodialisis untuk mencegah komplikasi akibat kelebihan cairan *(fluid overload).*

Beberapa manfaat pemantauan pembatasan cairan menurut (Kidney Foundation T.K, 2021), antara lain:

1. Membantu mencegah komplikasi jangka pendek seperti hipertensi, sesak napas, dan edema paru-paru.
2. Mengurangi risiko komplikasi jangka panjang seperti kerusakan jantung dan pembuluh darah.
3. Membantu menjaga berat badan agar tetap stabil antar sesi hemodialisis. Berat badan yang stabil menunjukkan status cairan dalam batas normal.
4. Meningkatkan kualitas hidup pasien karena terhindar dari berbagai keluhan akibat kelebihan cairan.

Tantangan umum yang dihadapi oleh pasien yang sedang menjalani terapi hemodialisis terkait dengan ketidakpatuhan terhadap pembatasan asupan cairan. Ketidakpatuhan ini dapat menghasilkan penumpukan cairan berlebih *(overload)* dalam tubuh. Kelebihan volume cairan tersebut dapat mengakibatkan pembengkakan di berbagai bagian tubuh, yang pada akhirnya dapat meningkatkan tekanan darah dan menambah beban kerja pada jantung (Sharaf, 2016). Usia adalah variabel yang memiliki pengaruh paling signifikan terhadap tingkat kepatuhan dalam membatasi asupan cairan, bahkan setelah dikontrol dengan variabel-variabel lain seperti status pernikahan, pekerjaan, Indeks Massa Tubuh (IMT), lama menjalani HD, durasi HD, perilaku, dan sikap (Herlina & Rosaline, 2021).

FCHPS (Fluid Control in Hemodialysis Patients Scale) merupakan suatu skala yang digunakan untuk mengukur tingkat kepatuhan pasien HD terhadap pembatasan cairan. Metode ini dapat digunakan untuk mengevaluasi pengetahuan, perilaku, dan sikap pasien HD terkait dengan pembatasan asupan cairan (Albayrak Cosar & Cinar Pakyuz, 2016).

Kepatuhan terhadap anjuran pembatasan asupan cairan menurut rekomendasi dokter sangat penting bagi pasien hemodialisis untuk meningkatkan kualitas hidup mereka karena membantu mencegah komplikasi seperti edema paru-paru dan gangguan pernapasan akut yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari.

D. Kualitas Hidup

1. Defenisi

Kualitas hidup telah menjadi isu yang signifikan bagi pasien penyakit gagal ginjal kronis yang menjalani hemodialisa secara rutin (Matlabi & Ahmadzadeh, 2017). Kualitas hidup menjadi salah satu parameter utama dalam mengevaluasi hasil dari terapi pengganti ginjal, termasuk hemodialisa (Kustimah et al., 2020). Kualitas hidup menjadi salah satu parameter utama dalam mengevaluasi hasil dari terapi pengganti ginjal, termasuk hemodialisa (Mailani, 2017).

2. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Beberapa elemen seperti anemia, usia, durasi menjalani hemodialisa, jumlah penyakit bersamaan, dan jumlah obat teridentifikasi sebagai faktor yang terkait dengan kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisis (Lim & Kwon, 2023). Faktor lain yang berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasien hemodialisa melibatkan penerimaan terhadap penyakit dan pemahaman yang memadai tentang kondisi kesehatan mereka. Sementara itu, frekuensi sesi dialisis juga menjadi elemen kunci yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien secara negative (Asghar et al., 2022).

Faktor-faktor yang dilaporkan memiliki dampak signifikan pada kualitas hidup melibatkan dimensi fisik, psikologis, ekonomi, sosial, dan kesehatan umum. Dalam konteks penelitian ini, mayoritas pasien hemodialisa mengalami penurunan kualitas hidup, yang sebagian besar disebabkan oleh aspek fisik penyakit yang mendasarinya, seperti hipertensi, diabetes, infeksi, dan dampak dari prosedur invasif yang digunakan dalam pengobatan hemodialisis, yang semuanya turut berkontribusi dalam memperburuk kualitas hidup mereka (Mbeje, 2022).

3. Alat Ukur Kualitas Hidup

Berikut contoh instrument yang sering atau umum digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien yaitu :

a. *The world health organization's quality of life (WHOQOL)*

Kualitas hidup menurut *World Health Organization (WHO)* mencakup empat bidang atau domain, yakni kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan (Marchinko, 2008). Instrumen kualitas hidup telah diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh Ratna Mardiati dan Satya Joewana dari Universitas Katolik Indonesia pada tahun 2004. Instrumen ini terdiri dari 26 item pertanyaan, di mana setiap item memiliki skor 1-5 dan 5-1, mencakup keempat domain tersebut. Uji reliabilitas menunjukkan hasil sebesar r = 0.91.

Pertanyaan terdiri dari dua komponen umum tanpa keterkaitan domain. Kesehatan fisik melibatkan tujuh pertanyaan tentang rasa nyeri, energi, istirahat tidur, mobilisasi, aktivitas, pengobatan, dan pekerjaan. Psikologi terdiri dari enam pertanyaan mengenai perasaan, pemikiran, harga diri, citra tubuh, dan dimensi spiritual. Hubungan sosial mencakup tiga pertanyaan tentang hubungan individu, dukungan sosial, dan aktivitas seksual. Lingkungan terdiri dari delapan area pertanyaan termasuk keamanan fisik, lingkungan rumah, sumber keuangan, fasilitas kesehatan, akses informasi kesehatan, rekreasi, dan transportasi. Skor kualitas hidup dihitung dengan menjumlahkan skor dari setiap pertanyaan.

b. Survei Kesehatan *Formulir Singkat-36 (SF-36)*

Survei Status Kesehatan SF-36 adalah alat standar untuk menilai kualitas hidup dengan 36 item. Ini mencakup 36 pertanyaan pilihan ganda yang mengukur delapan konsep kesehatan, termasuk fungsi fisik, peran fisik, nyeri fisik, energi, fungsi sosial, peran emosional, dan kesehatan mental. Hasilnya dikonversi ke skala 0 hingga 100, di mana nilai yang lebih tinggi menunjukkan kesehatan yang lebih baik. Uji reliabilitas untuk skor fisik dan mental adalah 0.80 dan r

: 0.40 atau lebih (Sofiani, 2008; Ware, 2000). Skor tinggi menunjukkan kurangnya batasan atau hambatan (Lavdaniti et al., 2015).

c. *EuroQoL 5 Dimensi 5 Tingkat (EQ-5D-5L)*

Instrumen EQ-5D-5L adalah alat umum untuk menggambarkan dan menilai status kesehatan. Ini mengacu pada sistem deskriptif dengan lima dimensi: mobilitas, perawatan diri, aktivitas harian, nyeri/ketidaknyamanan, dan kecemasan/depresi. Tiap dimensi memiliki tiga kategori respon: tidak ada masalah, ada masalah, dan masalah ekstrim. Alat ini dirancang untuk penggunaan mandiri, sementara responden juga menilai status kesehatan umum mereka menggunakan skala visual analog vertikal hash (EQ-VAS) dari 0 hingga 100 (Herdman et al., 2011).

4. Hasil Pengukuran Kuesioner Kualitas Hidup

Menurut (Susanto et al., 2018), instrument *EQ-5D* adalah alat ukur yang valid (r=0,236) dan reliable (R=0,602). Instrument kualitas hidup *EQ-5D* telah banyak digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik dengan hemodialisa dibeberapa negara (Belagia, Denmark,dan Jerman).

Health coaching terbukti efektif dalam meningkatkan kualitas hidup individu yang mengidap penyakit kronis (Wolever et al., 2013).

E. Konsep Health Coaching

1. Pengertian *Health Coaching*

Health coaching merupakan pendekatan yang berorientasi pada pasien untuk mengidentifikasi tujuan kesehatan yang terkait dengan mereka (Irawati, 2023). *Health Coaching* adalah bentuk praktik edukasi kesehatan dan promosi kesehatan yang dilakukan dalam konteks pembinaan untuk membantu individu mencapai tujuan mereka dan meningkatkan kesejahteraan pribadi (Conn & Curtain, 2019). *Health coaching* merupakan pendekatan kolaboratif yang melibatkan tim dan bertujuan membantu pasien memperoleh pengetahuan, keterampilan,

dan kepercayaan diri agar dapat berperan aktif dalam perawatan pribadi mereka (Miller, 2014).

Health coaching mengintegrasikan berbagai intervensi dan teknik perubahan perilaku kesehatan berbasis bukti, mencakup pengobatan perilaku, psikologi positif, psikologi kesehatan, serta coaching atletik dan kinerja. Diterapkan dalam promosi kesehatan, pencegahan, intervensi dini, pengobatan, dan manajemen kondisi kronis. Menggunakan model *transtheoretical* untuk mengidentifikasi tahap perubahan pasien. *Health coaching* membimbing klien menuju tindakan yang sesuai, meningkatkan kepercayaan diri, dan mendorong kesiapan (Conn & Curtain, 2019).

Health coaching mendukung pasien untuk membangun penentuan nasib sendiri, yaitu mengendalikan hidup dan memiliki keyakinan dalam kemampuan memulai serta mempertahankan perilaku yang diinginkan. Motivasi ditingkatkan dengan mendukung pasien dalam menemukan alasan kuat untuk perubahan dan merinci visi jelas tentang tujuan kesehatan. Teori penentuan nasib sendiri Deci dan Ryan diterapkan melalui pembinaan otonomi, kompetensi, keterkaitan, dan menghubungkan klien dengan *motivator intrinsic* (Conn & Curtain, 2019).

Pasien yang siap untuk diubah, mereka didorong untuk mengadopsi pola pikir percobaan dan koreksi yang bersifat fleksibel, dengan penekanan pada pembelajaran, pertumbuhan, dan kasih sayang. Proses pembinaan kesehatan mempromosikan refleksi diri, kesadaran diri, pengaturan diri, dan sikap positif. Pasien didukung untuk membangun kepercayaan diri dengan fokus pada kekuatan mereka, belajar dari pengalaman masa lalu, dan mengatasi hambatan. Perubahan perilaku lebih mungkin dipertahankan ketika pasien menetapkan sendiri tujuan mereka, memberikan motivasi dan investasi pribadi (Conn & Curtain, 2019).

2. Karakteristik Health Coaching

Menurut Olsen (2014), menguraikan tujuh karakteristik dalam metode *health coaching*:

1. Fokus pada masalah pasien.
2. Kemitraan, di mana coach dan klien terlibat aktif dalam proses kerjasama menuju hasil yang diinginkan.
3. Pusat pada klien, dengan tetap memberikan fokus pada kebutuhan klien meskipun dalam kerangka kemitraan.
4. Orientasi pada tujuan, di mana klien menetapkan tujuan mereka sendiri dan berusaha untuk mencapainya.
5. Proses belajar aktif melalui penemuan diri.
6. Pencerahan, meliputi edukasi kesehatan, refleksi diri, identifikasi hambatan dan strategi, serta kesadaran diri.
7. Pemberdayaan, melalui skala pemberdayaan, kehadiran, dan dukungan.

3. Tujuan Health Coaching

Berikut tujuan dalam memberikan coaching, yakni:

a. Memaksimalkan pemeliharaan diri pasien, meningkatkan kesejahteraan secara menyeluruh, mencegah serta mengelola penyakit kronis, dan memberikan bantuan pemulihan (Obro et al., 2023).
b. Memaksimalkan pemeliharaan diri pasien, meningkatkan kesejahteraan secara menyeluruh, mencegah serta mengelola penyakit kronis, dan memberikan bantuan bagi pemulihan pasca operasi (Barr & Tsai, 2021).
c. Pasien yang mengalami pengalaman komunikasi yang kurang memuaskan saat berkonsultasi dengan spesialis menyatakan minatnya untuk mendapatkan bantuan dalam meningkatkan komunikasi dengan penyedia layanan kesehatan (Alders et al., 2022).
d. Teknik *coaching* diterapkan dalam alat bantu keputusan pasien untuk membantu memperlancar proses pengambilan

keputusan dan memberikan dukungan kepada pasien dalam mempertimbangkan opsi serta mengekspresikan nilai dan preferensinya (Stacey et al., 2013).

e. Peran *health coaching* adalah membantu pasien dalam mengambil keputusan dan menerapkan perubahan guna meningkatkan kesehatannya melalui dukungan pendidikan, pribadi, dan praktis. *Health coaching* juga berfungsi sebagai penghubung antara pasien dan dokter (Thom et al., 2016).

f. *Health coaching* integratif menekankan pada pusat perhatian pasien, pemberdayaan pasien, dan penentuan tujuan kesehatan yang didorong oleh pasien guna meningkatkan kontrol diri dan pencapaian tujuan kesehatan terkait (Caldwell et al., 2013).

4. Tehnik Komunikasi Efektif Dalam Health Caoching

Teknik komunikasi efektif saat kunjungan dalam health coaching ada 3 yaitu *Ask-tell-ask, Teach-back or Closing the loop and Action planning* (Bodenheimer, 2018), sedangkan menurut (Goldman et al., 2015), ada lima prinsip dasar dalam health coaching berbasis bukti, yaitu *Ask-tell-ask, Teach-back or Closing the loop*. *Know your number, behavior-change Action palning and Medication adherence counselling.*

a. Ask-tell-ask

Teknik *ask-tell-ask* merupakan dasar yang menciptakan keterlibatan bersama antara pasien dan pelatih. Dialog menggunakan teknik *ask-tell-ask* diawali dengan mengajukan pertanyaan terbuka kepada pasien untuk menilai pemahaman atau ketidakpahaman mereka terkait rencana perawatan sebelum pelatih kesehatan membagikan informasi. Berdasarkan respons pasien, pelatih kesehatan kemudian menyesuaikan informasi sesuai dengan tingkat pemahaman pasien dan memberi tahu mereka secara singkat mengenai apa yang ingin mereka ketahui.

b. Teach-back or Closing the loop

Teach-back, juga dikenal sebagai penutupan loop, adalah suatu teknik yang digunakan oleh pelatih kesehatan untuk mengevaluasi pemahaman. *Teach-back* menggunakan bahasa yang sederhana untuk menjelaskan rekomendasi dokter dan meminta pasien untuk menjelaskan dengan kata-kata mereka sendiri apa yang mereka pahami tentang kunjungan dan rencana perawatan (Bodenheimer, 2018; Goldman et al., 2015).

c. Know your number

Know your number adalah mengetahui nilai sebenarnya. Sebuah uji coba yang dikendalikan secara acak menunjukkan bahwa pasien diabetes yang diberi informasi tentang tingkat HbA1c aktual dan target HbA1c mereka memiliki peningkatan kontrol glikemik yang lebih signifikan dibandingkan dengan kelompok kontrol (Goldman et al., 2015).

d. Behaviour-change Action planning

Action Planning juga dapat diterapkan untuk mendorong perubahan perilaku yang sehat atau menetapkan tujuan melalui kesepakatan konkret terkait perubahan perilaku (Bodenheimer, 2018; Goldman et al., 2015).

e. Medication adherence counselling

Konseling kepatuhan pengobatan adalah strategi efektif yang mempertimbangkan perasaan pasien terkait minum obat (*ask-tell-ask),* memastikan pemahaman instruksi (penutupan loop), dan menyesuaikan rejimen sesuai kebutuhan atau keinginan pasien (*ask-tell-ask* dan perencanaan tindakan untuk perubahan perilaku). Ini melibatkan pasien dalam peninjauan penggunaan obat, termasuk pemeriksaan kepatuhan terhadap resep, mengidentifikasi hambatan, dan memberikan saran strategi untuk mengatasinya (Goldman et al., 2015).

Proses pembinaan melibatkan beberapa teknik dan model, termasuk teknik FIRA yang dikembangkan oleh (Amalia &

Siregar, 2020). Model ini terdiri dari empat langkah kunci, yaitu Fokus, Identifikasi, Perencanaan Tindakan, dan Akuntabilitas.

1. Fokus pada tujuan

   Pembina mengikuti arah keinginan yang diinginkan oleh individu yang dibinanya, seperti keinginan untuk meningkatkan kesehatan, dengan memusatkan diskusi pada topik dan tujuan tertentu. Beberapa contoh pertanyaan yang dapat diajukan adalah:

   "Topik apa yang ingin Anda bahas dalam sesi pembinaan ini?"

   "Apa fokus diskusi yang ingin Anda tekankan dalam sesi ini?"

   "Mengapa tujuan ini begitu penting bagi Anda?"

   "Apa parameter keberhasilan yang Anda tetapkan untuk sesi ini?"

2. Identifikasi G.P.S

   Pembina menggunakan latihan untuk mengidentifikasi kesenjangan, peluang, dan solusi yang muncul dari persepsi dan citra diri peserta pembinaan. Berikut adalah contoh soal untuk masing-masing aspek:

   Kesenjangan (Gap) :

   “Pada skala 1 hingga 10, di mana Anda berada sekarang dalam mencapai tujuan Anda? (Periksa kesenjangannya)

   “Apa kesenjangan yang saat ini Anda rasakan, ketahui, atau pahami yang menghalangi pencapaian tujuan Anda?”

   Peluang:

   “Apa ide atau pemikiran tujuan yang Anda miliki saat ini mengenai pilihan atau peluang yang dapat membantu Anda mencapai tujuan ini?”

   Solusi :

“Manakah dari opsi di atas yang dianggap sebagai solusi yang paling mungkin untuk dipilih dalam situasi saat ini?”

“Mengapa Anda memilih solusi ini?”

“Seberapa yakin Anda bahwa pemilihan solusi tersebut akan menghasilkan hasil yang diinginkan?”

3. Perencanaan

Coach akan membimbing Anda melalui proses implementasi solusi yang telah dipilih, memberikan ruang dan kesempatan bagi coach untuk mengembangkan rencana aksi. Berikut adalah contoh pertanyaan yang mungkin diajukan:

"Berdasarkan solusi yang telah Anda pilih, apa rencana tindakan atau langkah-langkah yang akan Anda ambil untuk mencapai tujuan Anda?"

"Bagaimana strategi implementasi yang Anda pertimbangkan untuk menerapkan solusi ini?"

4. *Akuntablitas*

Dalam fase komitmen dan tindak lanjut, pembina memastikan bahwa individu yang dibimbing memiliki kemampuan dan tanggung jawab untuk melaksanakan rencana tindakan, serta melakukan tindak lanjut. Berikut adalah contoh pertanyaan yang dapat diajukan:

"Apa tujuan akhir yang ingin Anda capai dari sesi pembinaan ini?"

"Bagaimana Anda berencana untuk memantau dan menjaga akuntabilitas terhadap rencana tindakan Anda?"

"Seberapa besar komitmen Anda dalam mencapai tujuan tersebut?"

Selain itu, istilah OARS adalah teknik yang dapat memfasilitasi diskusi pasien, dan beberapa strategi termasuk:

a. Pertanyaan terbuka *(open-ended question)*: Memungkinkan pasien untuk fokus pada masalah mereka sendiri.
b. Verifikasi kekuatan pribadi/identifikasi kekuatan pasien *(affirmation of the person's strengths)*: Mengakui sumber daya internal dan eksternal pasien, memberikan keyakinan bahwa mereka dapat mencapai tujuan mereka.
c. Mendengarkan secara reflektif *(reflective listening)*: Menunjukkan ketertarikan pada masalah pasien, memungkinkan perawat belajar dari perspektif pasien, dan berusaha memahami dengan lebih baik.
d. Ringkasan *(summary)*: Mengulangi poin-poin penting untuk mengungkapkan kekhawatiran pasien.

5. Model Health Coaching

Menurut (Bennett et al., 2010), model health coaching terbagi dalam 2 model yaitu :

a. The Teamlet Model

Pada 2006, San Francisco General Hospital Family Health Centre menerapkan model "teamlet" dengan kunjungan perawatan primer selama 15 menit, menekankan perawatan yang disesuaikan dengan pasien yang mencakup coaching. Dalam struktur tim HFC, setiap kunjungan pasien memasukkan pengenalan dengan seorang pelatih kesehatan. Pasien diberikan pemahaman tentang peran pelatih kesehatan dan ditanyai kenyamanannya jika pelatih mendampingi mereka selama kunjungan ke klinik. Pelatih kesehatan membantu pasien dengan masalah yang bukan bersifat klinis, seperti kurangnya pemahaman tentang resep, pertanyaan seputar janji atau izin khusus, serta masalah manajemen diri pasien (Ngo et al., 2010).

Health coach melakukan evaluasi pra-kunjungan untuk meninjau pengobatan pasien serta merancang rencana pengobatan, memberikan bantuan selama kunjungan dokter dan tindak lanjut, serta memastikan pemahaman dan persetujuan pasien terhadap pengobatan yang direkomendasikan. Mereka mengevaluasi kebutuhan perubahan perilaku dan menghubungkan pasien dengan rencana tindakan yang sesuai. Selain itu, komunikasi tindak lanjut melalui telepon dilakukan untuk memastikan kepatuhan terhadap rencana tindakan dan pengobatan antar kunjungan. Tindak lanjut secara teratur membantu meningkatkan hasil kesehatan pada kondisi kronis. Peran utama dari pelatih adalah membantu pasien memperoleh pengetahuan, keterampilan, dan kepercayaan diri yang diperlukan untuk mengelola kondisi kesehatan mereka (Ngo et al., 2010).

b. *The Hospital to Home Model*

Intervensi transisi perawatan adalah pendekatan coaching yang umum digunakan untuk memberdayakan pasien dan keluarga mereka dengan keterampilan dan keyakinan yang diperlukan selama proses transisi dari lingkungan rumah sakit kembali ke rumah. *Care transitions coach*, yang dapat berupa perawat atau pekerja sosial, mengunjungi pasien satu kali di rumah sakit, satu kali di rumah mereka, dan melakukan tiga kali komunikasi melalui telepon dengan pasien. Pendekatan ini fokus pada empat aspek kunci, yaitu memastikan pengelolaan obat yang efektif, mengatasi hambatan untuk tindak lanjut, mengenali serta merespons tanda dan gejala yang memburuk, dan menggunakan catatan kesehatan pribadi untuk mencatat tujuan dalam 30 hari, informasi kesehatan, serta pertanyaan untuk dikonsultasikan dengan dokter atau petugas kesehatan pada pertemuan selanjutnya (Voss et al., 2011).

6. Peran Health Coach

Menurut (Bennett et al., 2010), *health coach* memiliki lima point utama yaitu :

a. Dukungan Manajemen Mandiri

Dukungan mandiri dari manajemen sangat penting bagi pasien agar dapat menerapkan layanan kesehatan di kehidupan sehari-hari. Pelatih memiliki tujuh tugas inti, termasuk memberikan informasi, mengajarkan keterampilan penyakit, mendorong perubahan perilaku sehat, memberikan keterampilan pemecahan masalah, mendukung aspek emosional penyakit kronis, dan memberikan perawatan tindak lanjut. Fokus pelatihan adalah melibatkan pasien aktif dalam perawatan diri mereka sendiri.

b. Menjembatani Kesenjangan Antara Dokter dan Perawat

Peran seorang *health coach* melibatkan tindak lanjut terhadap pasien, memastikan pemahaman dan persetujuan terhadap rencana pengobatan, serta berfungsi sebagai penghubung untuk mengatasi kesenjangan yang mungkin muncul berdasarkan kebutuhan. *Health coach* bertujuan mengatasi hambatan seperti literasi kesehatan, masalah budaya, dan perbedaan kelas sosial yang mungkin dihadapi oleh pasien.

c. Membantu Pasien Menavigasi Sistem Perawatan Kesehatan

Sejumlah pasien lanjut usia dan penyandang cacat membutuhkan bantuan seorang navigator untuk membimbing mereka dalam menemukan lokasi, bernegosiasi, dan berpartisipasi dalam perawatan mereka. *Coach* dapat memainkan peran penting dalam mengkoordinasikan perawatan dan menjadi advokat bagi pasien ketika suara mereka tidak diakui.

d. Memberikan dukungan emosional, seorang coach tidak hanya memberikan keberlanjutan secara emosional tetapi juga

membantu pasien menghadapi dan mengatasi tantangan yang muncul akibat penyakitnya.

e. Kesinambungan Perawatan

Coach membangun hubungan dengan pasien melalui upaya mengenal, melakukan tindak lanjut, dan membangun kepercayaan selama serta di antara kunjungan pasien.

7. Pilar *Health Coaching*

Menurut (Lawson, 2013), 4 pilar praktik health coaching adalah :

a. Uji tuntas telah selesai dilakukan. Mindfulness adalah proses kesadaran yang terfokus dan tanpa penilaian.
b. Komunikasi autentik dibangun melalui kerangka komunikasi seperti wawancara motivasi, pertanyaan apresiatif, dan komunikasi tanpa kekerasan.
c. Kesadaran diri melibatkan perhatian yang diselaraskan terhadap aspek fisik, mental, dan emosional diri sendiri. Seorang coach perlu terus-menerus menyadari emosi dan reaksi internal mereka, memungkinkan mereka mengelola sesi dengan baik dan memperhatikan masalah pribadi yang mungkin perlu didiskusikan eksternal dalam pertemuan.
d. Menciptakan ruang yang aman dan nyaman bagi pasien sangat krusial dalam membangun hubungan health coaching yang membutuhkan saling percaya, koneksi, dan produktivitas.

8. Komponen *Health Caching*

Menurut (Ghorob, 2013), terdapat 4 komponen pada health coaching yaitu :

a. Metode Intervensi

Metode intervensi didasarkan pada teknik komunikasi modern, termasuk wawancara motivasi, model perubahan

perilaku *transteoretical*, pengambilan keputusan bersama, dan transisi perawatan.

b. Durasi Intervensi

Beberapa sesi pelatihan kesehatan Jumlah/frekuensi studi bervariasi dan jumlah kunjungan tidak disebutkan. Menurut Pendidikan Kesehatan Inggris Timur, sesi pelatihan kesehatan ditawarkan setiap minggu, dua kali seminggu, atau setiap bulan, dengan setidaknya dua hingga lima sesi, atau lebih dari 21 sesi. Waktu intervensi yang diperlukan untuk mengidentifikasi aspek inti hubungan suportif dan kreatif untuk mewujudkan perubahan perilaku dan mencapai tujuan minimal 30-40 menit per sesi

c. Media Penyiaran

Intervensi pembelajaran kesehatan dapat dilakukan melalui berbagai media, termasuk telepon, pertemuan tatap muka langsung, serta secara langsung melalui internet (melalui *telehealth* atau pemantauan jarak jauh), atau melalui kombinasi beberapa media.

d. Persyaratan Pelatih kesehatan *(health Coach)*

Untuk menjadi pelatih kesehatan, Anda harus mengikuti sesi pelatihan minimal 100 jam dengan tujuan sebagai berikut:

1. Mengintegrasikan nilai-nilai pribadi untuk menciptakan motivasi internal, menetapkan tujuan kesehatan, tujuan hidup, dan mengembangkan keterampilan pasien; dukungan harus diberikan.
2. Membangun kapasitas untuk menghadapi perubahan melalui peningkatan otonomi, atribut positif, efikasi diri, ketahanan, serta dukungan sosial dan lingkungan.
3. Memperoleh pengetahuan dan keterampilan edukasi yang diperlukan untuk membantu pasien.
4. Menekankan tanggung jawab pasien, kemampuan untuk belajar, menetapkan tujuan, dan mengelola kemajuan.

5. Memperkuat ketergantungan positif antara kesehatan mental dan fisik.

9. Sesi Dalam *Health Coaching*

Jumlah sesi dalam health coaching bervariasi menurut beberapa penelitian, dan tidak ada ketentuan khusus untuk jumlah kunjungan. Menurut *Health Education East of England*, sesi health coaching dapat dilakukan mulai dari 2 hingga 5 sesi, bahkan melebihi 21 sesi, dengan frekuensi yang berbeda, seperti setiap minggu, dua kali seminggu, atau bahkan setiap bulan. Durasi minimal 30-40 menit per sesi dianggap mencukupi untuk menciptakan aspek pokok dari hubungan yang mendukung dan kreatif, yang mampu membawa perubahan perilaku serta mencapai tujuan (Simmons & Wolever, 2013). Sesi pelatihan guna mendukung kompetensi pasien dengan cara: (1) membangkitkan motivasi internal, mengaitkan tujuan kesehatan dengan tujuan hidup dan nilai-nilai pribadi, (2) memperkuat kapasitas perubahan dengan meningkatkan otonomi, sifat positif, *self-efficacy*, ketahanan, dukungan sosial, dan lingkungan, (3) memberikan pengetahuan dan edukasi sesuai keinginan pasien, (4) menekankan akuntabilitas pasien, kemampuan untuk belajar, dan menetapkan tujuan, serta (5) memperkuat ketergantungan positif antara aspek mental dan fisik (Simmons & Wolever, 2013).

10. Manfaat *Health Coaching* Dalam Praktik

Penerapan health coaching dalam perawatan dasar dapat meningkatkan kemungkinan pasien mengadopsi dan mempertahankan perubahan perilaku kesehatan, meraih hasil yang diharapkan, serta meningkatkan kepuasan kerja praktisi. Selain itu, hal ini juga dapat meningkatkan kepuasan pasien terhadap layanan dan hasil, meningkatkan efisiensi dan efektivitas konsultasi, serta mengurangi ketergantungan pasien pada sistem medis melalui pembelajaran keterampilan manajemen diri, dan memperkuat kolaborasi profesional multidisiplin (Conn & Curtain, 2019).

Health belief model merupakan dasar yang tepat untuk intervensi health coaching guna mengubah persepsi kesehatan pasien mengenai penyakitnya (Ammentorp et al., 2013).

F. Konsep *Health Belief Model*

1. Pengertian dan Tujuan *Health Belief Model*

Health belief berkaitan dengan bagaimana individu merespons terhadap penyakit, di mana persepsi pasien mengenai tingkat risiko (kerentanan) dan manfaat pengobatan dapat memengaruhi keputusan mereka dalam mengadopsi perilaku yang mendukung kesehatan (Miranda Seftiana et al., 2022). *Health belief model* (HBM) adalah salah satu pendekatan promosi kesehatan yang digunakan perubahan perilaku yang berorientasi pada persepsi pasien HBM telah dikembangkan sejak lama, namun tampaknya itulah masalahnya hanya untuk penelitian saat implementasi sedang berlangsung lapangan masih jarang dilakukan (Rachman et al., 2021).

Teori ini menyatakan bahwa perilaku pencarian kesehatan dipengaruhi oleh cara seseorang menilai ancaman yang ditimbulkan oleh masalah kesehatan. Nilai dari perilaku tersebut kemudian dikaitkan dengan upaya untuk mengurangi ancaman tersebut. Teori ini menjadi dasar untuk melaksanakan program promosi kesehatan, dengan tujuan dapat memprediksi perilaku kesehatan. Hal ini karena diperkirakan bahwa individu cenderung mengambil langkah-langkah pencegahan dan penanganan, yang juga dapat terkait dengan perkembangan penyakit kronis, tergantung pada kepercayaan atau pilihan kesehatan (Sosiawan et al., 2018).

2. Komponen Dasar *Health Belief Model*

Menurut (Tarkang & Zotor, 2015), komponen dasar HBM terbagi menjadi enam teori yaitu :

a. *Perceived Seriosness/Severity* (Persespsi Tingkat Keparahan Yang Dirasakan)

Perceived Seriosness/Severity, sering juga disebut sebagai tingkat serius yang dirasakan, mengacu pada cara seseorang mempersepsikan tingkat keparahan penyakit yang dialami oleh individu. Oleh karena itu, hubungan antara tingkat serius yang dirasakan dan perilaku kesehatan terjalin erat; ketika seseorang menganggap keparahan penyakit tinggi, kecenderungan untuk mengadopsi perilaku sehat juga meningkat.

b. *Perceived Susceptibility* (Persepsi Kerentanan)

Perceived Susceptibility, juga disebut sebagai persepsi kerentanan atau pandangan subjektif seseorang terhadap risiko terkena penyakit. Persepsi *Perceived Susceptibility* ini juga mencakup keyakinan mengenai kemungkinan mengalami suatu penyakit.

c. *Perceived Benefits* (Manfaat Yang Dirasakan)

Perceived benefits, yang juga disebut sebagai persepsi manfaat, mengacu pada cara seseorang menilai efektivitas berbagai tindakan yang tersedia untuk mengurangi risiko penyakit atau menyembuhkan penyakit. Tindakan yang diambil oleh seseorang untuk mencegah atau menyembuhkan penyakit didasarkan pada pertimbangan dan penilaian manfaat yang dirasakan. Oleh karena itu, seseorang lebih cenderung mengikuti tindakan kesehatan yang direkomendasikan jika dianggap bermanfaat.

d. *Perceived Barriers* (Hambatan Yang Dirasakan)

Perceived Barriers, juga dikenal sebagai hambatan yang dirasakan, merujuk pada persepsi seseorang terhadap hambatan atau rintangan yang mungkin muncul dalam melaksanakan tindakan kesehatan yang direkomendasikan. Terdapat variasi yang luas dalam perasaan tentang hambatan ini, dan hal ini melibatkan analisis biaya/manfaat.

e. *Cues To Action* (Isyarat Untuk Bertindak)

Cues To Action, atau juga dikenal sebagai petunjuk untuk bertindak, merupakan strategi yang digunakan untuk memicu kesiapan individu. Ini mencakup rangsangan atau sinyal yang diperlukan untuk memicu proses pengambilan keputusan agar seseorang mau menerima tindakan kesehatan yang direkomendasikan.

f. *Self Efficacy* (Efikasi Diri)

Self Efficacy, atau dikenal sebagai keyakinan diri, merujuk pada tingkat kepercayaan seseorang terhadap kemampuannya untuk berhasil melakukan suatu tindakan. Konsep ini berhubungan langsung dengan sejauh mana seseorang yakin bahwa dia mampu melaksanakan perilaku yang diinginkan. Self-efficacy merupakan konsep yang terdapat dalam banyak teori perilaku, karena secara langsung memengaruhi keputusan seseorang untuk melibatkan diri dalam perilaku tertentu.

3. Hubungan HBM dan *Health Coaching*

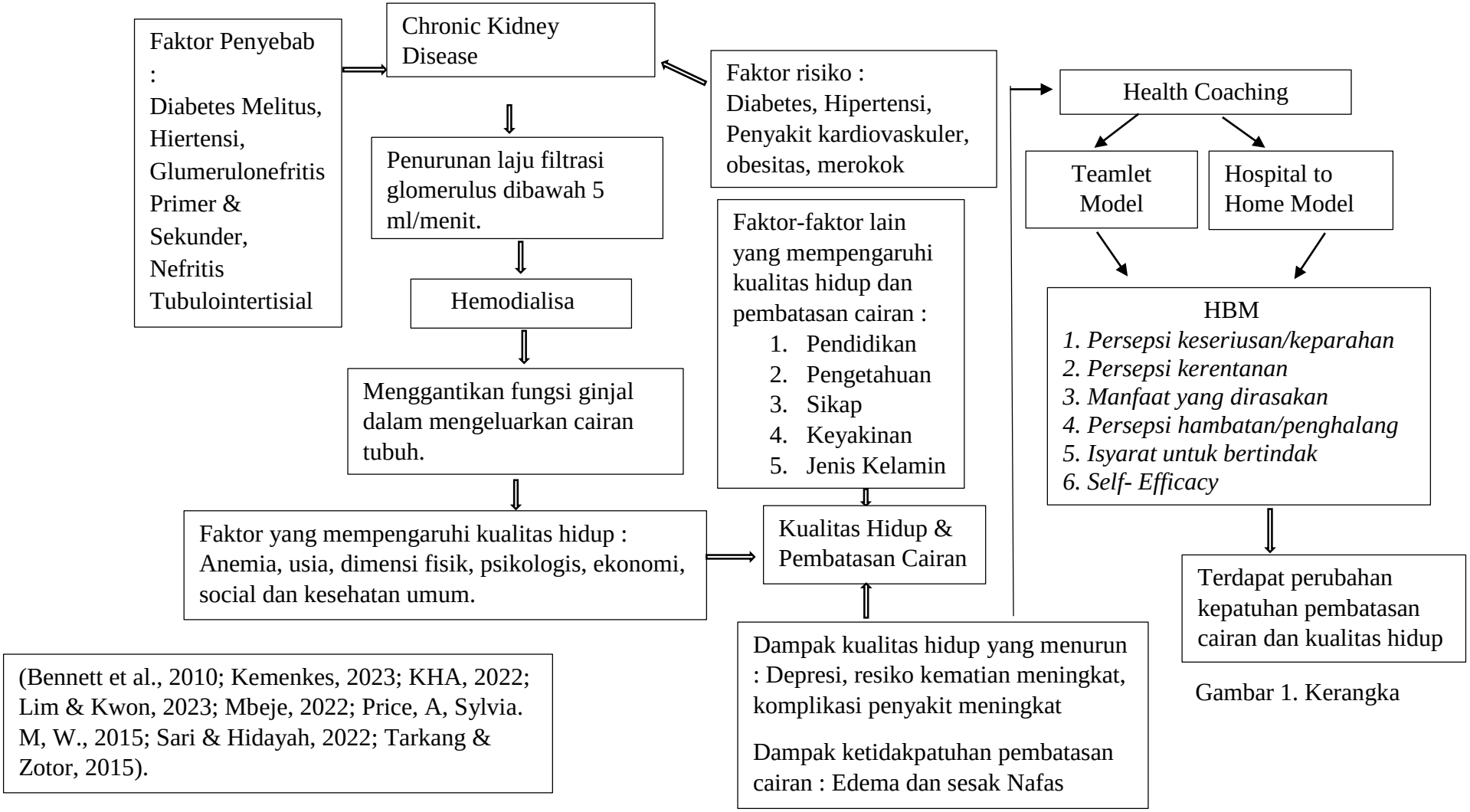
Sebagaimana telah diuraikan sebelumnya, *Health Belief Model* (HBM) adalah suatu kerangka teori yang mengulas konsep perubahan perilaku pada pasien. Untuk mencapai perubahan perilaku tersebut, diperlukan intervensi, dan salah satu pendekatan yang efektif adalah dengan menerapkan *health coaching*. Health coaching tidak hanya mampu mengubah perilaku, tetapi juga mengadopsi teknik perubahan perilaku, membimbing, dan mendukung pasien dalam mencapai tujuan peningkatan kesehatan mereka (Kaur, 2019; Newman & McDowell, 2016). Dengan kata lain, teori ini dirancang untuk menjelaskan perilaku individu, dan untuk merubah perilaku tersebut, diperlukan intervensi (Klein et al., 2013). Dengan menggabungkan teori *Health Belief Model* (HBM) dalam sesi health coaching, health coach dapat membantu menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan pasien. Ini karena HBM merupakan kombinasi dari pendidikan kesehatan yang

dirancang untuk memotivasi perubahan gaya hidup yang sehat (Newman & McDowell, 2016).

Health coaching adalah metode pendidikan pasien yang mendorong partisipasi aktif dalam perubahan perilaku kesehatan. Ini meningkatkan motivasi intrinsik, *self-efficacy*, dan mengajarkan pasien cara terlibat langsung dalam manajemen diri. Pendekatan interaktif membantu mengidentifikasi hambatan perubahan perilaku, sambil memberdayakan pasien melalui pengajaran dan pemodelan perilaku, dengan fokus pada peningkatan motivasi, *self-efficacy*, serta pemberian keterampilan manajemen diri. Kurikulum *health coaching* mencakup pembinaan, hubungan terapeutik, komunikasi otentik, teori motivasi, kesadaran diri, manajemen stres, dan perubahan perilaku (Lawson, 2013).

Penelitian yang dilakukan oleh (Romano & Scott, 2014), Sebuah program *Village Heart Beat* (VHB), yang diintegrasikan dengan HBM melalui sesi *health coaching*, berhasil secara bertahap meningkatkan tingkat kepatuhan dan mengurangi kebiasaan makan tidak sehat. Hasilnya, program ini secara signifikan berkontribusi pada penurunan berat badan pada pasien. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa untuk mengubah perilaku pasien, diperlukan *health coaching* sebagai intervensi. *Health coaching* ini melibatkan eksplorasi ide dan pemikiran pasien untuk menemukan cara meningkatkan kesehatan, terutama melalui perubahan pola makan yang lebih sehat, seperti diet. Kesimpulannya, *Health Coaching* berbasis HBM terbukti lebih efektif dalam merubah perilaku pasien, terutama dalam meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan, dibandingkan dengan pendekatan edukasi konvensional. Pendekatan *Health Coaching* menempatkan pasien sebagai pusat dalam menetapkan tujuan, membuat keputusan, dan merencanakan aksi, berbeda dengan edukasi biasa yang keterlibatan pasien lebih terbatas dan pengambilan keputusan lebih banyak dilakukan oleh penyedia layanan/pendidik (Bennett et al., 2010; Kivelä et al., 2020).

G. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka