

TESIS

**SUPPORTIVE EDUCATIVE BERBASIS SELF EFFICACY TERHADAP
KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI (*SELF CARE*) PADA PASIEN
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK**



Oleh:
Nita Arisanti Yulanda
NIM. 131514153031

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017**

TESIS

PERAN PENDUKUNG PENDIDIKAN BERBASIS SELF EFFICACY TERHADAP
KEPATIDIRIAN PERAWATAN DIRI (SELF CARE) PADA PASIEN
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS

Disusun oleh
NITA ARISANTI YULANDA
190221010001

FAKULTAS KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017

**SUPPORTIVE EDUCATIVE BERBASIS SELF EFFICACY TERHADAP
KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI (SELF CARE) PADA PASIEN
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

**Oleh
Nita Arisanti Yulanda
131514153031**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2017**

PERAN DAN FUNGSI GURU DALAM MENYIAPKAN
MATERI BELAJAR YANG BERKUALITAS
UNTUK MENINGKATKAN KEMAMPUAN BELAJAR
SISWA

TESIS

Disusun dan Ditulis oleh
Nita Arisanti Yulanda
NIM. 1901010000000000

FAKULTAS
PENDIDIKAN DAN KEBUDIDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS PENDIDIKAN DAN KEBUDIDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
JALAN KH. W. SUTOMO 1
SUKSES, SURABAYA 60155

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Nita Arisanti Yulanda

NIM : 131514153031

Tanda tangan :

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Nita Arisanti Yulanda', with a stylized flourish at the end.

Tanggal : 08 Mei 2017

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS
SUPPORTIVE EDUCATIVE BERBASIS SELF EFFICACY TERHADAP
KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI (SELF CARE) PADA PASIEN
PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK

Nita Arisanti Yulanda
NIM. 131514153031

TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 08 Mei 2017

OLEH:

Pembimbing Ketua

Prof. Dr. Muhammad Amin., dr., Sp.P(K)
NIP. 194708101974121002

Pembimbing Kedua

Dr. Makhfudli, S.Kep., Ns.M.Ked., Trop
NIP. 197902122014091003

Mengetahui,
Ketua Program Studi



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

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Nita Arisanti Yulanda
NIM : 131514153031
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : *Supportive Educative* Berbasis *Self Efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik

Tesis Ini Telah Diuji Dan Dinilai

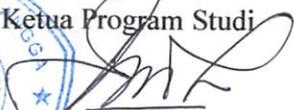
Oleh Panitia Penguji Pada

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada Tanggal 08 Mei 2017

Panitia penguji,

1. Ketua Penguji : Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes (.....)
2. Anggota : Prof. Dr.Muhammad Amin.,dr.,Sp.P(K) (.....)
3. Anggota : dr.Arief Bakhtiar Sp.P (.....)
4. Anggota : Dr. Rr. Soenarnatalina M. Ir., M.Kes (.....)
5. Anggota : Dr.Makhfudli, S.Kep.,Ns.M.Ked.,Trop (.....)

Mengetahui,
Ketua Program Studi

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



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah- Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul “*Supportive Educative* Berbasis *Self Efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik”. Tesis ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan kepada Prof. Dr. Muhammad Amin, dr., Sp.P(K), selaku Pembimbing Ketua yang telah dengan sabar dan penuh perhatian memberikan motivasi, bimbingan dan saran untuk penyusunan tesis ini.

Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan kepada Dr. Makhfudli, S.Kep., Ns.M.Ked.,Trop, selaku pembimbing kedua yang telah menyediakan waktu dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis sejak awal hingga akhirnya tesis ini terselesaikan.

Ucapan terima kasih juga saya sampaikan kepada Kementrian Riset dan Tehnologi DIKTI yang telah memberikan bantuan finansial berupa dana BPPDN untuk membiayai pendidikan saya selama menempuh pendidikan Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Dalam penulisan Tesis ini penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak untuk itu perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar- besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons), selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

2. **Dr. Tintin Sukartini, S.Kp, M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya**
3. **Seluruh direksi, jajaran bidang keperawatan dan bagian BAKORDIK Rumah Sakit Umum Daerah Jombang dan DIKLAT Rumah Sakit Umum Dr.Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto yang telah memberikan ijin dan kesempatan serta fasilitas dalam penelitian.**
4. **Seluruh Responden penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang dan Rumah Sakit Umum Dr.Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto yang telah berpartisipasi dalam penelitian**
5. **Seluruh dosen, staf pendidikan, perpustakaan dan sekretariat Program studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya**
6. **Keempat orang tua, suami dan putra tercintaku yang telah pengertian dan segala dukungan sehingga saya dapat menyelesaikan tesis ini.**
7. **Teman-teman Magister Keperawatan Angkatan 2015 yang selalu memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini.**
8. **Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu yang terlibat dalam penyusunan Tesis ini.**

Semoga Allah SWT memberikan rahmat-Nya dan semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan menyelesaikan Tesis ini. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap tesis ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan.

**Sidoarjo, Mei 2017
Penulis**

Nita Arisanti Yulanda

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

Sebagai civitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan dibawah ini

Nama : Nita Arisanti Yulanda
NIM : 131514153031
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

“Supportive Educative Berbasis Self Efficacy Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (Self Care) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik”

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di : Surabaya
Pada Tanggal : Mei 2017

Yang menyatakan,



Nita Arisanti Yulanda

EXECUTIVE SUMMARY

SUPPORTIVE EDUCATIVE BASED ON SELF EFFICACY OF SELF CARE INDEPENDENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Self care management is an aid to control and reduce most of the symptoms and complications of respiratory damage and teach patients with COPD to be able to achieve an ability to perform activities of daily life – today (Hesslink et al, 2004). The decline in activity in daily life - the day due to shortness of breath experienced by patients with COPD lead to worsen the condition of their body (Celli, et al, 2004). Activity limitations are common complaints of patients with COPD which greatly affects the quality of life of patients with COPD, muscle dysfunction is the main thing that plays a role in the limited activity (Heidy, 2008). Health education using instructional module Self Care COPD management has a good knowledge than patients who were not given Self Care management interventions in COPD (Sharma MK et al. 2016). This research aimed to analyze the effect of supportive educative of self-efficacy based on self-care independence (self care) in patients with chronic obstructive pulmonary disease.

This research uses experimental design quasy pre-post test control group desaign. The study population is all patients with COPD in Jombang General Hospital and the General Hospital Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto with a sample size of 16 respondents for each group. Sampling technique with simple random sampling. The variables of the research include: supportive educative, knowledge of self-care, self-care agency, self-care behavior, self-efficacy and peak expiratory flow rate (PEFR). Collecting data using questionnaires and examinations PEFR then analyzed using a paired t-test, simple linier regression

The results showed the changes in the average value of pre-test and post-test independence of self care in the intervention group that includes knowledge of self-care pre test-post test (p value = 0.000), self-care agency pre test-post test (p value = 0.000), self-care behavior pretest-post test (p value = 0.000), self-efficacy pre test-post test (p value = 0.000) and peak expiratory flow rate pre test-post test(p value = 0.000).

Statistical analysis showed effect of significant value on the independence of self care on respondents before and after the intervention both in the intervention and control groups, with the value of their research knowledge of self care (p = 0.000), self-care agency (p = 0.000), self-care behavior (p = 0.001), self-efficacy (p = 0.920) and peak expiratory flow rate (p = 0.000). Based on the research results suggested for COPD patients need to do physical activity within its capabilities routinely and regularly in order to maintain the ability of lung function, light activities such as walking / cycling and remain adherent to therapy treatment. For nurses Nurses need to perform routine activities counseling and breathing exercises for patients with COPD and discuss as a means and media to share experiences on self-care

ABSTRACT

SUPPORTIVE EDUCATIVE BASED ON SELF EFFICACY OF SELF CARE INDEPENDENCE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Self care management is an aid to control and reduce most of the symptoms and complications of respiratory damage and teach COPD patient to achieve an ability of daily activities. The purpose of this research is to analyze the influence of self-efficacy supportive educative s on self-care independence.

This research uses experimental design of pre-post test control group desaign. Sample size was 16 COPD patients at Jombang General Hospital and Dr. General Hospital. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto. Sampling technique with simple random sampling. The variables of this research are: supportive educative, self care knowledge, self care agency, self care behavior, self efficacy and peak expiratory flow rate (PEFR). Data collection using questionnaire and PEFR examination was analyzed using paired t-test and simple linear regression.

The results showed supportive educative effect on self-care independence. The result of paired t test is significant difference in the intervention group that is self-care knowledge, self care agency, self care behavior, self efficacy and peak expiratory flow rate. While in the control group was not significant knowledge of self care, self care agency, self care behavior, self efficacy and peak expiratory flow rate. The result of regression test of supportive educative have an effect on the variable of self care knowledge, self care agency, self care behavior and peak expiratory flow rate and insignificant in self efficacy

Advice for COPD patients to perform physical activity according to their ability regularly in maintaining the ability of lung function and adhere to the treatment. For nurses need to conduct routine activities of counseling and breathing exercises as well as discussing as a means of sharing experiences about self care.

Keywords: CODP, *supportive educative, self care*

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DALAM	i
HALAMAN PRASYARAT GELAR	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS	iv
LEMBAR PENGESAHAN TESIS.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	viii
<i>SUMMARY</i>	ix
<i>ABSTRACT</i>	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR SINGKATAN.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Kajian Masalah.....	7
1.3 Rumusan Masalah.....	7
1.4 Tujuan Penelitian.....	7
1.4.1 Tujuan umum	7
1.4.2 Tujuan khusus	7
1.5 Manfaat Penelitian.....	8
1.5.1 Manfaat teoritis.....	8
1.5.2 Manfaat praktis	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit Paru Obstruktif Kronik	10
2.1.1 Definisi penyakit paru obstruktif kronik	10
2.1.2 Faktor risiko penyakit paru obstruktif kronik	11
2.1.3 Patofisiologi penyakit paru obstruktif kronik.....	13
2.1.4 Tanda gejala penyakit paru obstruktif kronik.....	15
2.1.5 Pengkajian penyakit paru obstruktif kronik	17
2.1.6 Pemeriksaan fisik pada penyakit paru obstruktif kronik.....	18
2.1.7 Pemeriksaan penunjang penyakit paru obstruktif kronik.....	19
2.1.8 Penatalaksanaan PPOK stabil.....	21
2.2 Konsep <i>Peak Expiratory Flow Rate</i>	28
2.2.1 Definisi <i>peak expiratory flow rate</i>	28
2.2.2 Cara pemeriksaan <i>peak expiratory flow rate</i>	29
2.2.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi <i>peak expiratory flow rate</i>	32
2.3 Konsep <i>Self Care</i>	33
2.3.1 Teori keperawatan orem.....	33

2.3.2 Teori <i>self care</i>	34
2.3.3 Teori <i>self care deficit</i>	38
2.3.4 Teori <i>nursing system</i>	39
2.3.5 Aplikasi <i>self care</i>	42
2.3.6 Dimensi <i>self care</i>	43
2.3.7 Proses terbentuknya <i>self care</i>	45
2.3.8 Faktor-faktor yang mempengaruhi <i>self care</i>	46
2.4 Konsep <i>Self Care Agency</i>	49
2.5 Konsep <i>Self Efficacy</i>	50
2.5.1 Definisi <i>self efficacy</i>	50
2.5.2 Perkembangan <i>self efficacy</i>	50
2.5.3 Dimensi <i>self efficacy</i>	51
2.5.4 Faktor yang mempengaruhi <i>self efficacy</i>	52
2.5.5 Pengaruh <i>self efficacy</i> terhadap proses dalam diri manusia	55
2.5.6 Pengaruh <i>self efficacy</i> Terhadap perilaku Perawatan Diri	56
2.6 Pengaruh Edukasi Terhadap Perawatan Diri (<i>Self care</i>) Pasien PPOK.....	57
2.7 Keaslian Penelitian	58

BAB 3 KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep	67
3.2 Hipotesis.....	69

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian	70
4.2 Populasi, Sampel Dan Sampling	72
4.2.1 Populasi	72
4.2.2 Sampel.....	72
4.2.3 Sampling.....	73
4.3 Kerangka Operasional.....	74
4.4 Variabel dan Definisi Operasional	75
4.4.1 Variabel penelitian	75
4.4.2 Definisi operasional	76
4.5 Alat dan Bahan Penelitian.....	78
4.6 Instrumen Penelitian	78
4.7 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	82
4.8 Proses Pengumpulan data.....	82
4.8.1 Tahap persiapan	82
4.8.2 Tahap pelaksanaan	83
4.9 Analisa Data	85
4.10 Etika Penelitian.....	86

BAB 5 HASIL DAN ANALISA PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian	89
5.1.1 Profil RSUD Jombang.....	89
5.1.2 Profil RSUD Dr.Wahidin Sudiro Husodo Majokerto.....	91

5.2	Karakteristik Responden Penelitian.....	94
5.3	Uji Normalitas	96
5.4	Uji Homogenitas.....	97
5.5	Analisis Nilai Pengetahuan <i>Self Care</i> Pasien PPOK	97
5.6	Analisis Nilai <i>Self Care Agency</i> Pasien PPOK	99
5.7	Analisis Nilai <i>Self Care Behavior</i> Pasien PPOK	100
5.8	Analisis Nilai <i>Self Efficacy</i> Pasien PPOK	101
5.9	Analisis Nilai <i>Peak Expiratory Flow Rate</i> Pasien PPOK	102
5.10	Analisis Nilai <i>Supportive Educative</i> terhadap Kemandirian Perawatan diri Pasien PPOK	103

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1	<i>Supportive Educative</i> terhadap Pengetahuan <i>Self Care</i> Pasien PPOK.....	105
6.2	<i>Supportive Educative</i> terhadap <i>Self Care Agency</i> Pasien PPOK	109
6.3	<i>Supportive Educative</i> terhadap <i>Self Care Behavior</i> Pasien PPOK	113
6.4	<i>Supportive Educative</i> terhadap <i>Self Efficacy</i> Pasien PPOK	117
6.5	<i>Supportive Educative</i> terhadap <i>Peak Expiratory Flow Rate</i>	120
6.6	Keterbatasan Penelitian	124

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1	Kesimpulan	125
7.2	Saran	125

DAFTAR PUSTAKA	127
Lampiran	133

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Diagnosis PPOK berdasarkan <i>Spirometry</i>	17
Tabel 2.2 Gejala/Risiko Evaluasi PPOK	18
Tabel 2.3 Manajemen Terapi non Farmakologi PPOK.....	21
Tabel 2.4 Komposisi Dan Kebutuhan Gizi PPOK.....	26
Tabel 2.5 Manajemen Farmakologi Awal Untuk Pasien PPOK.....	27
Tabel 2.6 Keaslian Penelitian	58
Tabel 4.1 Rancangan Penelitian <i>Quasy Eksperimental</i>	71
Tabel 4.2 Definisi Operasional	76
Tabel 4.3 Kisi-Kisi Pertanyaan Pengetahuan <i>Self Care</i>	79
Tabel 4.4 Kisi-Kisi Kuesioner <i>Self care agency</i>	80
Tabel 4.5 Kisi-Kisi Kuesioner <i>Self Care behavior</i>	80
Tabel 4.6 Kisi-Kisi Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	81
Tabel 4.7 Analisis Bivariat	86
Tabel 5.1 Karakteristik Responden Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol	94
Tabel 5.2 Hasil Pengujian Normalitas.....	96
Tabel 5.3 Hasil Pengujian Homogenitas	97
Tabel 5.4 Distribusi Nilai Komponen Kemandirian Perawatan diri: Pengetahuan <i>Self Care</i>	97
Tabel 5.5 Distribusi Nilai Komponen Kemandirian Perawatan diri: <i>Self Care Agency</i> ..	99
Tabel 5.6 Distribusi Nilai Komponen Kemandirian Perawatan diri: <i>Self Care Behavior</i>	100
Tabel 5.7 Distribusi Nilai Komponen Kemandirian Perawatan diri: <i>Self Efficacy</i>	101
Tabel 5.8 Distribusi Nilai <i>Peak Expiratory Flow Rate</i>	102
Tabel 5.9 Hasil Uji Regresi Pengaruh <i>Supportive Educative</i> terhadap Kemandirian Perawatan Diri Pasien PPOK.....	103

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Kajian Masalah	7
Gambar 2.1 <i>Pursed Lip Breathing</i>	24
Gambar 2.2 <i>Diafragma Breathing</i>	25
Gambar 2.3 <i>Peak Flow Meter</i>	28
Gambar 2.4 Konsep Yang Membangun Teori <i>Self Care</i>	37
Gambar 2.5 Framework Konseptual untuk Keperawatan Dari Orem	39
Gambar 2.6 <i>Basic Nursing System</i>	41
Gambar 2.7 Teori <i>Self Care</i>	41
Gambar 2.8 <i>Self Efficacy</i>	54
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	67
Gambar 4.1 Kerangka Operasional Penelitian.....	74

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Permohonan Menjadi Responden.....	133
Lampiran 2 Lembar Penjelasan Penelitian	134
Lampiran 3 <i>Informed Consent</i>	137
Lampiran 4 Kuesioner Data Demografi	138
Lampiran 5 Kuesioner Pengetahuan	140
Lampiran 6 Kuesioner <i>Self Care Agency</i>	142
Lampiran 7 Kuesioner <i>Self Care Behavior</i>	143
Lampiran 8 Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	145
Lampiran 9 Lembar hasil pengukuran PEFR	147
Lampiran 10 SAK Pertemuan 1	148
Lampiran 11 SAK Pertemuan 2	152
Lampiran 12 SAK Pertemuan 3	156
Lampiran 13 SOP Pemeriksaan PEFR	160
Lampiran 14 Tabulasi Data Umum Responden Penelitian Kelompok Kontrol.	162
Lampiran 15 Tabulasi Data Umum Responden Penelitian Kelompok Intervensi.	163
Lampiran 16 Nilai Kemandirian Perawatan Diri Klompok Intervensi.	164
Lampiran 17 Nilai Kemandirian Perawatan Diri Kelompok Kontrol	165
Lampiran 18 Nilai Pengetahuan <i>Self Care</i> Responden Penelitian.	166
Lampiran 19 Perbandingan Nilai Pretest Responden Penelitian	167
Lampiran 20 Perbandingan Nilai Posttest Responden Penelitian.....	168
Lampiran 21 Hasil Uji Validitas Dan Reliabilitas	169
Lampiran 22 Uji Frekuensi Data Karakteristik Responden Penelitian	172
Lampiran 23 Hasil Uji Normalitas Dan Homogenitas.	176
Lampiran 24 Hasil Analisis Uji <i>Paired T Test</i>	177
Lampiran 25 Hasil Analisis Uji <i>Regresi Linier Sederhana</i>	179
Lampiran 26 Daftar Hadir Responden Penelitian.	186
Lampiran 27 Form <i>Clinical Clearence</i> RSUD Jombang.	187
Lampiran 28 Surat Pernyataan Menjaga Kerahasiaan Medik.	188
Lampiran 29 Keterangan Kaji Lolos Etik.....	189
Lampiran 30 Surat Ijin Pengambilan Data Awal Kelompok Intervensi	190
Lampiran 31 Surat Ijin Pengambilan Data Awal Kelompok Kontrol	191
Lampiran 32 Surat Ijin Penelitian Kelompok Intervensi.....	192
Lampiran 33 Surat Ijin Penelitian Kelompok Kontrol	193
Lampiran 34 Surat Keterangan Penelitian	194
Lampiran 35 Email Perijinan Kuesioner <i>Self Efficacy</i>	195

DAFTAR SINGKATAN

AKG	: Akademi Kesehatan Perawat
Aknes	: Akademik Anestesi
ALOS	: <i>Average Length Of Stay</i>
APE	: Aliran Paksa Ekspirasi
Apernes	: Akademi Perawat Anestesi
AROS	: Akademi Refraksi Optisi Surabaya
ATT	: <i>Alpha 1 Antitripsin</i>
BOR	: <i>Bed Occupancy Rate</i>
CAT	: COPD Assessment Test
CCQ	: COPD Clinical Questioner
COPD	: <i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i>
CSES	: <i>COPD Self Efficacy</i>
CVA	: <i>Cerebrovascular Accident</i>
EGFR	: <i>Epidermal Growth Factor Reseptor</i>
FEV	: <i>Forced Expiratory Volume</i>
FVC	: <i>Forced Vital Capacity</i>
GOLD	: <i>Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease</i>
ICU	: <i>Intensif Care Unit</i>
IDDM	: <i>Insulin Dependent Diabetes Mellitus</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
mMRC	: <i>Modified Medical Research Council</i>
OMI	: Old Miokard Infark
PDPI	: Persatuan Dokter Paru Indonesia
PEFR	: <i>Peak Expiratory Flow Rate</i>
PPOK	: Penyakit Paru Obstruktif Kronik
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SCA	: <i>Self Care Agency</i>
SCDNT	: <i>Self Care Deficit Nursing Theory</i>
SPRG	: Sekolah Pengatur Rawat Gigi
TB	: Tuberkulosis
TSCD	: <i>Therapeutic Self Care Demand</i>
VIP/VVIP	: <i>Very Important Person/Very Very Important Person</i>

BAB 1 PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pasien dengan penyakit kronik akan menunjukkan penurunan tingkat kemampuan perawatan diri dalam mengenali dan mengelola gejala penyakitnya (Gallagher, 2011). Penyakit kronik dalam penelitian ini adalah Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). Penyakit paru obstruktif kronik merupakan salah satu penyakit paru yang mengarah pada beberapa gangguan yang mempengaruhi pergerakan aliran udara masuk dan keluar dari paru (Black&Hawks, 2009). Menurut GOLD (2016) Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas di seluruh dunia. PPOK adalah penyakit yang dapat dicegah dan diobati, ditandai dengan keterbatasan aliran udara yang terus-menerus yang biasanya progresif dan berhubungan dengan respons inflamasi kronik di dalam saluran udara dan paru terhadap partikel atau gas.

Pasien dengan PPOK sering mengalami peningkatan tahanan aliran udara, *air trapping*, dan hiperventilasi paru. Hiperinflasi paru menyebabkan kerugian pada otot inspirasi mekanik, sehingga terjadi peningkatan ketidakseimbangan antara mekanisme pernapasan, kekuatan dan kemampuan usaha bernapas untuk memenuhi volume tidal (Smeltzer&Bare, 2010). Kondisi tersebut dapat menyebabkan penurunan fungsi ventilasi paru, sehingga Pasien PPOK akan mengalami peningkatan frekuensi pernapasan

dengan ekspirasi memanjang. Sebagai kompensasi sesak napas, biasanya otot – otot asesoris pernapasan bagian dada atas digunakan secara ekksesif untuk membantu pergerakan dada (Black&Hawk, 2009).

Otot –otot pernapasan tidak dapat digunakan dalam jangka waktu lama karena akan terjadi penurunan fungsi yang menjadi salah satu penyebab ketidakmampuan beraktivitas pada pasien –pasien PPOK. Penurunan aktivitas pada kehidupan sehari – hari akibat sesak napas yang dialami pasien – pasien PPOK. mengakibatkan makin memperburuk kondisi tubuhnya (*Deconditioning Syndrome*)(Celli, et al, 2004). Keterbatasan aktivitas merupakan keluhan utama penderita PPOK yang sangat mempengaruhi kualitas hidup penderita PPOK, disfungsi otot merupakan hal utama yang berperan dalam keterbatasan aktivitas (Heidy, 2008).

Keterbatasan aktivitas yang dialami pasien PPOK akan memberikan dampak pada perawatan diri (*self care*). Perawatan diri (*self care*) dalam konteks penyakit kronis merupakan hal yang kompleks dan sangat dibutuhkan untuk keberhasilan manajemen serta kontrol dari penyakit kronis tersebut (Larsen&Lubkin, 2009).

Penyakit PPOK merupakan problem kesehatan global yang jumlahnya semakin meningkat dari tahun ke tahun. Tahun 2020 diperkirakan PPOK akan menempati urutan ke – 5 dari 12 penyakit tersering di dunia dan penyebab kematian ke – 3 di dunia. Prevalensi kejadian PPOK di dunia rerata berkisar 3–11 % (GOLD, 2015). Hasil penelitian kajian epidemiologi penyakit paru obstruksi kronik menyebutkan bahwa dari negara berkembang PPOK menduduki peringkat ke – 6 penyebab kematian (Murray et al., 1996 dalam

Oemiati, 2013). Di Indonesia PPOK menduduki urutan ke-5 (lima) sebagai penyebab kematian dan diperkirakan akan menduduki peringkat ke-3 (tiga) pada tahun 2020 mendatang (Senior, 2008). Berdasarkan hasil RISKESDAS (2013) Indonesia memiliki prevalensi rerata 3,7% penderita PPOK dan Jawa Timur memiliki prevalensi rata – rata 3,6 %. Data Poliklinik Paru RSUD Jombang menunjukkan terjadinya peningkatan angka kunjungan pasien PPOK dari tahun ke tahun. Pada tahun 2013 kunjungan pasien PPOK sebesar 732 pasien, pada tahun 2014 terdapat 876 pasien PPOK, pada tahun 2015 terdapat 1567 pasien PPOK dan pada tahun 2016 (Oktober) terdapat 2046 pasien PPOK yang berkunjung ke poli paru RSUD Jombang (Rekam Medik RSUD Jombang, 2016). Keadaan ini menunjukkan masih rendahnya kemampuan pasien PPOK dalam melakukan perawatan diri sehingga membuat pasien harus sering berkunjung ke Poliklinik Paru untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan.

Faktor risiko utama PPOK adalah merokok. Sebuah penelitian dilakukan pada tahun 1990 – 2004 pada 28 negara mendapatkan prevalensi komplikasi luas dari penyakit pernapasan, sehingga potensi komplikasi yang terjadi dapat beragam, tergantung pada gangguan yang mendasarinya. Insufisiensi dan gagal napas adalah komplikasi utama yang mengancam kehidupan PPOK. Sedangkan komplikasi lainya adalah pneumonia, atelektasis, pneumothorak yang pada akhirnya akan berisiko meningkatkan kejadian gagal pernapasan. Insufisiensi dan gagal napas mungkin bersifat akut ataupun kronik yang memerlukan perawatan dan manajemen lebih lanjut (Smeltzer&Bare, 2010).

Disfungsi otot perifer merupakan salah satu penyebab utama kelainan sistemik pada PPOK yang menyebabkan intoleransi latihan sehingga menurunkan kualitas hidup pasien PPOK (Couillard A et al., 2005). Penurunan efek sistemik tersebut berperan penting dalam penurunan aktivitas sehari – hari (Nici, 2012). Keterbatasan aktivitas dapat menyebabkan kesulitan dalam melaksanakan tugas dan kerja rutin sehingga menimbulkan hambatan dalam melakukan sosialisasi dalam masyarakat (O'shea SD et al., 2004). Disfungsi otot pernapasan dapat menyebabkan sesak napas, hiperkapnia, penurunan fungsi otot pernapasan dan otot perifer, penurunan toleransi latihan dan kapasitas vital paru sehingga terjadi kelemahan otot yang merupakan penyebab utama kualitas hidup pasien PPOK (Heunk LMA et al., 2000)

Gejala klinis PPOK antara lain batuk, produksi sputum, sesak napas dan keterbatasan aktivitas . Gejala ini membuat pasien PPOK menunjukkan kesulitan untuk tampil dalam berbagai kegiatan sosial sehingga mereka cenderung memilih untuk menghindar, hal ini menyebabkan penurunan kegigihan pasien PPOK untuk mencapai keberhasilan dalam *self care* dan menurunkan kapasitas vital paru (Celli et al, 2004). Pasien PPOK cenderung mengharapkan bantuan dari anggota keluarga atau orang terdekat untuk membantu memenuhi kebutuhannya sehari-hari. Meskipun pada kenyataannya mereka dapat melakukannya tanpa menimbulkan kelemahan fisik dalam batas yang dapat di toleransi (Magfiret, 2010).

Seiring dengan meningkatnya prevalensi PPOK dan sifat penyakitnya yang kronis, focus penanganan PPOK bergeser penekannya dari pengobatan

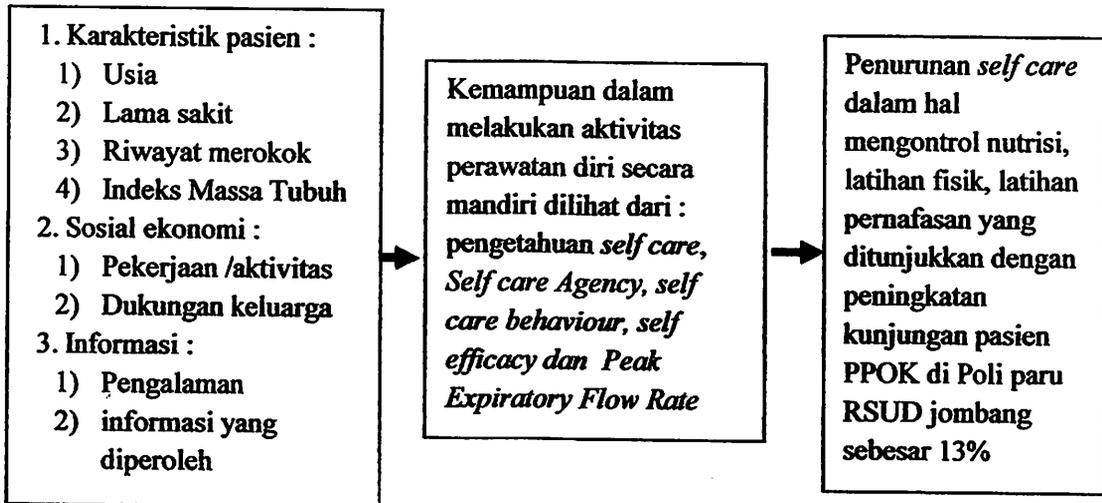
dan memperpanjang harapan hidupnya mulai berfokus pada peningkatan kualitas hidupnya, yang salah satu dimensinya adalah keyakinan terhadap kemampuan berperilaku kesehatan. Magfired & Alberto (2006) menyebutkan pasien yang memiliki rasa percaya diri akan lebih mungkin untuk melakukan kemampuan berperilaku kesehatan. Oleh karena itu individu dengan efisiensi diri yang tinggi akan lebih mampu mengelola penyakitnya. Menjadi sebuah hal yang penting bagi pasien PPOK untuk meningkatkan efisiensi dirinya dalam menentukan regimen perawatan diri, karena hal ini diperlukan untuk menentukan pilihan melakukan sebuah tindakan atau tidak. Penilaian efisiensi diri menjadi jembatan antara pengetahuan dan perilaku perawatan diri dan berperan penting dalam inisiasi dan pemeliharaan perilaku kesehatan, sehingga diyakini bahwa peningkatan efisiensi pada perilaku kesehatan akan mengakibatkan perbaikan kesehatan

Salah satu upaya yang bisa dilakukan pada pengelolaan jangka panjang PPOK stabil adalah pemberian edukasi. Edukasi pada PPOK menyesuaikan keterbatasan aktivitas dan mencegah kecepatan memperburuknya penyakit. Salah satu edukasi yang bisa diberikan pada pasien PPOK mengenai perawatan diri (*self care*). Penelitian yang dilakukan Sharma MK et al. (2016) menyebutkan bahwa pasien yang diberikan pendidikan kesehatan dengan menggunakan modul intruksional manajemen *Self Care* PPOK memiliki pengetahuan yang baik dibandingkan pasien yang tidak diberikan intervensi manajemen *Self Care* PPOK seperti rehabilitasi paru, aktivitas dan latihan, diet, berhenti merokok, kontrol infeksi, kebersihan diri dan perawatan untuk mendapatkan tidur yang normal. Hal ini sejalan dengan penelitian Gullick J

dan Stainton Mc (2008) penelitian mengenai modul intruksional diri memiliki efektivitas yang tinggi. Pendidikan dan motivasi merupakan hal yang penting ketika penyesuaian dengan adanya diagnosis PPOK.

Kemampuan *self care* pasien PPOK dalam penelitian ini mengacu *Nursing Teori self care* Orem (1971), menurut Dorothea Orem *self care* adalah tindakan yang mengupayakan orang lain memiliki kemampuan untuk dikembangkan ataupun mengembangkan kemampuan yang dimiliki agar dapat digunakan secara tepat untuk mempertahankan fungsi optimal (Orem dalam Tomey&Alligood, 2006). Manajemen kondisi PPOK sangat kompleks, tapi salah satu tujuan terpenting adalah mempromosikan aktivitas fisik dan meminimalkan dampak dari fungsi setiap harinya. Manajemen dapat mengenai berhenti merokok, mengoptimalkan pengobatan, rehabilitasi paru dan strategi dalam mengidentifikasi dan pengobatan ekasaserbasi (Lindsay et al, 2014). *Self care management* merupakan suatu bantuan untuk mengontrol dan mengurangi sebagian besar gejala dan komplikasi dari kerusakan pernapasan dan mengajarkan pasien PPOK untuk mampu mencapai suatu kemampuan melakukan aktivitas kehidupan sehari – hari (Hesslink et al, 2004). *Self care management* pada pasien PPOK menurut Hernandez et al (2009) termasuk rehabilitasi paru, aktivitas dan latihan, diet, berhenti merokok, kontrol infeksi, kebersihan diri dan memelihara pola tidur yang normal. Kemampuan *self care* yang diperoleh melalui pengalaman menderita penyakit kronik akan berdampak pada perubahan gaya hidup dan secara langsung akan mempengaruhi kualitas hidup pasien itu sendiri (Smeltzer&Bare, 2010)

1.2 Kajian Masalah



Gambar 1.1 Kajian Masalah

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh *supportive educative* berbasis *self efficacy* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) pada pasien penyakit paru obstruktif kronik?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh *supportive educative* berbasis *self efficacy* terhadap kemandirian perawatan diri (*Self care*) pada pasien penyakit paru obstruktif kronik.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pengaruh *supportive educative* terhadap pengetahuan pasien PPOK
2. Menganalisis pengaruh *supportive educative* terhadap *self care agency* pasien PPOK

3. Menganalisis pengaruh *supportive educative* terhadap *self care behaviour* pasien PPOK
4. Menganalisis pengaruh *supportive educative* terhadap *self efficacy* pasien PPOK
5. Menganalisis pengaruh *supportive educative* terhadap *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)* pasien PPOK
6. Menganalisis pengaruh *supportive educative* berbasis *self efficacy* terhadap kemandirian perawatan diri (*Self care*)

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menambah khasanah keilmuan keperawatan terutama pengembangan *supportive educative* dari Orem yang dijadikan dasar dalam mengembangkan intervensi keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah dalam pemberian edukasi pada pasien PPOK dalam meningkatkan kemampuan *self care* secara mandiri. Diharapkan dapat mengembangkan asuhan keperawatan pada pasien PPOK yang lebih komprehensif

1.5.2 Manfaat praktis

1) Bagi pasien

Supportive educative merupakan salah satu metode edukasi pasien PPOK karena memberikan manfaat baik pada pengetahuan pasien terhadap hal – hal yang bisa dilakukan dalam mengatasi penyakitnya sehingga pasien mampu mengurangi sesak pada pasien dan meningkatkan kemampuan beraktivitas pasien PPOK dengan baik.

2) Bagi Rumah Sakit

Memotivasi peran aktif perawat poliklinik paru untuk melaksanakan peran sebagai *educator* yaitu memberikan pendidikan kesehatan dan *motivator* yaitu memberikan motivasi dan membangun keyakinan bagi pasien PPOK untuk melaksanakan kemandirian perawatan diri (*self care*) saat di rumah .

3) Bagi penelitian selanjutnya

Penelitian ini bisa dijadikan sebagai studi awal dalam memberikan *supportive educative* manajemen *self care* pada pasien PPOK sehingga mampu meningkatkan kemampuan beraktivitas pasien PPOK dan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien PPOK.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini menguraikan konsep dasar teori yang berkaitan dengan Penyakit Paru Obstruksi Kronik, Konsep *Self Care*, konsep *Self Efficacy* dan konsep *Self Care Agency* dan *Peak Expiratory Flow Rate*

2.1 Konsep Penyakit Paru Obstruktif Kronik

2.1.1 Definisi PPOK

Penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) adalah penyakit paru kronik yang bisa dicegah dan diobati. PPOK ditandai dengan adanya hambatan aliran udara di saluran napas yang bersifat progresif non-reversibel atau reversibel parsial, serta adanya respons inflamasi paru terhadap partikel atau gas yang berbahaya (GOLD, 2016). Karakteristik hambatan aliran udara pada PPOK disebabkan oleh gabungan antara obstruksi saluran napas kecil (obstruksi bronkiolitis) dan kerusakan parenkim (emfisema) yang bervariasi pada setiap individu. PPOK sering mengenai individu pada usia pertengahan yang memiliki riwayat merokok jangka panjang. Bronkitis kronik dan emfisema tidak dimasukkan definisi PPOK, karena bronkitis kronik merupakan diagnosis klinis, sedangkan emfisema merupakan diagnosis patologi (PDPI, 2011).

GOLD (2016) menjelaskan asma tidak termasuk PPOK, meskipun pada sebagian referensi memasukkan asma dalam kelompok PPOK. Asma merupakan sumbatan saluran napas yang *intermittent* dan mempunyai penanganan berbeda dengan PPOK. *Hiperresponsif bronchial* didefinisikan

sebagai perubahan periodik pada *Forced Expiratory Volume* dalam waktu 1 detik (FEV_1), dapat ditemukan pula pada PPOK walaupun biasanya dengan nilai yang lebih rendah daripada asma. Perbedaan utama adalah asma merupakan obstruksi saluran napas *reversible*, sedangkan PPOK merupakan obstruksi saluran napas yang bersifat persisten atau partial

2.1.2 Faktor risiko PPOK

Berdasarkan *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2016) faktor risiko PPOK dibagi menjadi 6 (enam), yaitu:

1) Genetik

Terjadinya defisiensi *Alpha 1 antitripsin* (ATT) menjadi salah peluang lebih besar untuk terserang PPOK. *Alpha 1 antitripsin* adalah protein yang berperan sebagai penetral enzim protolitik yang sering dikeluarkan pada saat terjadi peradangan dan merusak jaringan termasuk jaringan paru.

2) Partikel berbahaya

Setiap jenis partikel tergantung ukuran dan komposisinya akan memberikan kontribusi yang berbeda terhadap risiko yang terjadi. Banyaknya partikel yang terhirup selama hidup akan meningkatkan risiko berkembangnya PPOK.

Berikut ini partikel yang berisiko menyebabkan PPOK:

(1) Asap tembakau/ Rokok

Asap rokok merupakan faktor risiko utama penyebab terjadinya PPOK. Perokok mempunyai prevalensi lebih tinggi mengalami gangguan pernapasan dan abnormalitas fungsi paru. Perokok pasif juga berkontribusi mengalami gangguan pernapasan.

(2) Debu dan bahan kimia

Debu organik, non-organik, bahan kimia dan asap merupakan faktor risiko yang dapat menyebabkan seseorang terserang PPOK. Debu dan bahan kimia diperkirakan 10 – 20% mengalami gangguan fungsional paru karena PPOK.

(3) Polusi di dalam rumah

Penggunaan kayu bakar, kotoran hewan dan pembakaran sisa tanaman dalam api terbuka di dalam tempat tinggal dengan ventilasi yang buruk dapat meningkatkan risiko terjadinya PPOK.

(4) Polusi di luar rumah

Tingginya kadar polusi udara di daerah perkotaan berbahaya bagi individu terutama pembakaran dari bahan bakar kendaraan, bila ditambah dengan merokok akan meningkatkan risiko terjadinya PPOK.

3) Pertumbuhan Dan Perkembangan Paru

Pertumbuhan dan perkembangan paru terkait dengan proses yang terjadi selama kehamilan, kelahiran dan proses tumbuh kembang. Setiap faktor yang mempengaruhi pertumbuhan paru selama kehamilan dan tumbuh kembang anak akan memiliki potensi untuk meningkatkan risiko terserang PPOK.

4) Usia dan *Gender*

Usia menjadi faktor risiko terjadinya PPOK. Penurunan status kesehatan lansia sebagai pencetus terjadinya PPOK atau usia mencerminkan atau usia merupakan kumpulan jumlah pemaparan hidup secara keseluruhan. Di masa lalu penelitian menunjukkan prevalensi dan kematian pada PPOK lebih besar

terjadi pada laki-laki daripada perempuan. Pada penelitian di beberapa Negara akhir-akhir ini prevalensi penyakit PPOK sekarang hampir sama antara laki-laki dan perempuan, yang mungkin mencerminkan perubahan gaya hidup merokok dengan menggunakan tembakau

5) Status Sosial Ekonomi

Kemiskinan jelas menjadi faktor risiko untuk PPOK. Polusi udara di dalam atau di luar, kepadatan lingkungan, gizi yang buruk, infeksi dan berbagai faktor yang berkaitan dengan sosial ekonomi yang rendah

6) Asma/Hiperaktivitas Bronkus

Asma bisa menjadi faktor risiko perkembangan PPOK, walaupun faktanya ini tidak pasti. Laporan dari hasil sebuah studi longitudinal Kohort Studi Epidemiologi Tuscon mengenai penyakit obstruksi jalan napas dewasa dengan asma ditemukan memiliki risiko 12x lipat lebih berisiko terjadi PPOK dari pada yang tidak memiliki asma setelah merokok. Studi longitudinal yang lain menunjukkan seseorang dengan asma sebanyak 20% ditemukan memiliki peembangan aliran udara yang terbatas dan tidak dapat disembuhkan.

2.1.3 Patofisiologi PPOK

Patofisiologi PPOK berdasarkan *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD, 2016)*

1) Keterbatasan aliran udara dan *air trapping*

Peradangan, fibrosis, dan luminal eksudat di saluran pernapasan kecil berkolerasi dengan pengurangan FEV₁ dan rasio FEV₁/FVC, dan kemungkinan dipercepat oleh penurunan FEV₁ yang merupakan karakteristik PPOK. Udara semakin terperangkap pada saluran pernapasan

perifer yang menyebabkan obstruksi selama ekspirasi, akibat dari hiperinflasi. Hiperinflasi menurunkan kapasitas inspirasi yang meningkatkan kapasitas residu fungsional, khususnya selama latihan (hiperinflasi dinamik) yang menyebabkan *dyspnea* dan keterbatasan kapasitas latihan (GOLD, 2016)

2) Kelainan pertukaran gas

Pertukaran gas yang tidak normal menyebabkan hipoksemia dan hiperkapnia. Secara umum pertukaran gas menjadi buruk ketika penyakit berlangsung. Emfisema yang berat berhubungan dengan ketidakseimbangan PaO_2 arteri dan perfusi/ventilasi, (V_A/Q). Obstruksi pada jalan napas perifer juga menyebabkan ketidakseimbangan V_A/Q , diperberat dengan gangguan fungsi pada otot-otot pernapasan akan menurunkan ventilasi, dan menyebabkan retensi karbon dioksida. Kelainan pada ventilasi alveolar dan penurunan sirkulasi pada pembuluh darah paru akan semakin memperburuk V_A/Q (GOLD, 2016).

3) Hipersekresi mukus

Hipersekresi mukus ditemukan pada batuk kronik produktif, yang merupakan karakteristik dari bronkhitis kronik dan tidak terkait dengan keterbatasan aliran udara. Sebaliknya, tidak semua pasien dengan PPOK memiliki gejala hipersekresi mukus, hal ini karena metaplasia mukosa dengan meningkatkan jumlah sel goblet dan pembesaran kelenjar submukosa sebagai respons dari iritasi saluran napas oleh asap rokok dan zat berbahaya lainnya. Beberapa mediator dan protease merangsang

hipersekreasi mucus dan mengaktifasi *Epidermal Growth Faktor Receptor* (EGFR).

4) Hipertensi Pulmonal

Hipertensi pulmonal bisa terjadi pada PPOK disebabkan karena kurangnya O₂ sehingga terjadi vasokonstriksi arteri kecil paru, yang akhirnya mengakibatkan perubahan struktur inti menjadi hiperplasia kemudian terjadi hipertropi pada otot-otot halus keadaan ini merupakan respons inflamasi pembuluh darah.

5) Eksaserbasi

Eksaserbasi merupakan gejala gangguan respirasi yang sering terjadi pada pasien PPOK, penyebabnya bisa karena bakteri/virus, polusi lingkungan atau faktor yang tidak diketahui. Pasien yang terpajan bakteri/virus memiliki karakteristik respons tertentu sesuai dengan adanya peningkatan inflamasi sebelum eksaserbasi pernapasan, yang akan menimbulkan kondisi peningkatan peradangan dan gas yang akan terperangkap sehingga terjadi penurunan aliran udara ekspirasi hingga terjadinya peningkatan *dyspnea*.

2.1.4 Tanda gejala PPOK

Berdasarkan *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD, 2016) tanda gejala PPOK sebagai berikut:

1) *Dyspnea*

Dyspnea merupakan gejala kardinal PPOK, kondisi ini sebagai penyebab utama ketidakmampuan dan menimbulkan kecemasan pasien terhadap penyakit. Tipe pasien PPOK digambarkan dari

keadaan *dyspnea*-nya sebagai peningkatan upaya pasien untuk bernapas, berupa napas berat dan terengah-engah. Namun istilah yang digunakan untuk menggambarkan *dyspnea* bervariasi dari individu dan budayanya.

2) Batuk

Batuk kronik menjadi gejala pertama pasien PPOK, kondisi ini merupakan efek dari merokok atau terpajan oleh polusi lingkungan. Pada awalnya batuk hanya sebentar, kemudian lama kelamaan menjadi setiap hari bahkan sepanjang hari. Batuk kronik pada PPOK bisa jadi tidak produktif. Keadaan ini disebabkan berkembangnya keterbatasan aliran udara tanpa adanya batuk.

3) Produksi sputum

Pasien PPOK umumnya terjadi peningkatan dalam jumlah kecil sputum setelah batuk sputum. Produksi sputum terjadi selama 3 bulan atau lebih, sekurang-kurangnya 2 tahun berturut-turut merupakan gejala klinis dari batuk kronik. Akan tetapi produksi sputum pada pasien PPOK sulit untuk dievaluasi karena pasien PPOK sering menelan sputum daripada mengeluarkannya.

4) *Wheezing* dan sesak napas

Wheezing dan sesak napas merupakan gejala non spesifik dan bervariasi antar pasien. *Wheezing* bisa didengarkan tersebar luas di dada saat inspirasi atau ekspirasi. Sesak dada sering terjadi saat aktivitas, dan mungkin timbul kontraksi isometrik dari otot interkostal.

2.1.5 Pengkajian PPOK

Tujuan dari penilaian/pengkajian PPOK adalah untuk menentukan beratnya penyakit, yang berdampak pada status kesehatan pasien, dan risiko komplikasi yang bisa terjadi (eksaserbasi, perawatan di rumah sakit, kematian) dalam rangka untuk memandu terapi. Penilaian dilakukan pada berbagai aspek penyakit secara terpisah, meliputi : gejala keterbatasan aliran udara (menggunakan spirometry), risiko eksaserbasi dan komorbiditas.

Menilai gejala : kuesioner yang telah divalidasi seperti *Assessment COPD Test (CAT)* atau *COPD Clinical Questioner (CCQ)* direkomendasikan untuk untuk penilaian yang komprehensif dari gejala. *Modified Medical Research Council (mMRC)* skala hanya menyediakan penilaian sesak napas. Menilai tingkat keterbatasan aliran udara menggunakan spirometri

Tabel 2.1. Diagnosis PPOK berdasarkan Spirometri (*Post Bronchodilator*) (GOLD, 2016)

Pada pasien dengan $FEV_1 / FVC < 0,70$		
Tahap	Keterangan	
GOLD 1	Ringan	$FEV_1 \geq 80\%$ Predicted
GOLD 2	Sedang	$50\% \leq FEV_1 < 80\%$
GOLD 3	parah	$30\% \leq FEV_1 < 50\%$ predicted
GOLD 4	Sangat Parah	$FEV_1 < 30\%$ predicted

Menilai risiko eksaserbasi: sebuah eksaserbasi PPOK didefinisikan sebagai keadaan akut yang ditandai dengan memburuknya gejala pernapasan pasien yang luar biasa dan menyebabkan perubahan dalam pengobatan. Riwayat eksaserbasi sebelumnya (2 atau lebih pertahun) bisa dijadikan salah satu faktor prediktor, untuk memprediksi risiko kejadian

eksaserbasi pada pasien PPOK. Risiko eksaserbasi juga meningkat sebagai akibat batasan aliran udara yang memburuk. Rawat inap untuk eksaserbasi PPOK dikaitkan dengan prognosis yang buruk dengan peningkatan risiko kematian.

Menilai komorbiditas/penyakit penyerta lainnya: penyakit-penyakit lain yang sering terjadi pada pasien PPOK antara lain: penyakit kardiovaskular, osteoporosis, depresi dan kecemasan, disfungsi otot rangka, syndrome metabolik, dan kanker paru. Kondisi komorbiditas ini dapat mempengaruhi mortalitas dan rawat inap, serta harus dipantau kesehatannya secara rutin dan diobati secara tepat.

Ketika menilai risiko, memilih risiko tertinggi menurut kelas GOLD (2016) atau riwayat eksaserbasi. (satu atau lebih rawat inap untuk eksaserbasi PPOK harus dianggap berisiko tinggi)

Tabel 2.2. Model Gejala/Risiko Evaluasi PPOK (GOLD, 2016)

Pasien	Karakteristik	Klasifikasi spirometry	Eksaserbasi pertahun	CAT	mMRC
A	Risiko rendah dan gejala yang minim	GOLD 1-2	≤ 1	< 10	0-1
B	Risiko rendah dengan gejala yang tinggi	GOLD 1-2	≤ 1	≥ 10	≥ 2
C	Risiko tinggi dengan gejala yang minim	GOLD 3-4	≥ 2	< 10	0-1
D	Risiko tinggi dengan gejala yang tinggi	GOLD 3-4	≥ 2	≥ 10	≥ 2

2.1.6 Pemeriksaan Fisik pada PPOK

1) Inspeksi

(1) *Pursed-lips breathing* (mulut setengah terkatup mencucu)

(2) *Barrel chest* (diameter antero - posterior sama dengan diameter transversal)

- (3) Penggunaan otot bantu napas
 - (4) Hipertropi otot bantu napas
 - (5) Pelebaran sela iga
 - (6) Bila telah terjadi gagal jantung kanan terlihat denyut vena jugularis di leher dan edema pada tungkai
 - (7) Penampilan *pink puffer* atau *blue bloater*
- 2) Palpasi

Pada emfisema fremitus melemah, sela iga melebar
 - 3) Perkusi

Pada emfisema hipersonor dan batas jantung mengecil, letak diafragma rendah, hepar terdorong ke bawah
 - 4) Auskultasi
 - (1) Suara napas vesikuler normal, atau melemah
 - (2) Terdapat ronchi dan atau mengi pada waktu bernapas biasa atau pada ekspirasi paksa
 - (3) Ekspirasi memanjang
 - (4) Bunyi jantung terdengar jauh

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang PPOK

Pemeriksaan rutin

1) Faal Paru

Spirometri (VEP₁, VEP₁Prediksi, KVP, VEP/KVP)

Spirometri adalah pemeriksaan fundamental dalam diagnosis PPOK.

Obstruksi ditentukan oleh nilai VEP₁ prediksi (%) dan atau VEP₁/KVP (%)

Obstruksi : % VEP1 ($VEP1/VEP1 \text{ pred}$) < 80% VEP1% (VEP/KVP) < 75% VEP1 merupakan parameter yang paling umum dipakai untuk menilai beratnya PPOK dan memantau perjalanan penyakit. Apabila spirometri tidak tersedia atau tidak mungkin dilakukan, APE meter walaupun kurang tepat dapat dipakai sebagai alternative dengan memantau variability harian pagi dan sore tidak lebih dari 20%

2) Uji Bronkodilator

- (1) Dilakukan dengan menggunakan spirometri, bila tidak ada gunakan APE (Arus Puncak Ekspirasi) meter.
- (2) Setelah pemberian bronkodilator inhalasi sebanyak 8 hisapan, 15 - 20 menit kemudian dilihat perubahan nilai VEP1 atau APE, perubahan VEP1 atau APE < 20% nilai awal dan < 200 ml
- (3) Uji bronkodilator dilakukan pada PPOK stabil

3) Darah rutin: HB, Ht, Leukosit

4) Pemeriksaan Radiologi

Foto thoraks PA dan lateral berguna untuk menyingkirkan penyakit paru lain

Pada emfisema terlihat gambaran:

- (1) Hiperinflasi
- (2) Hiperlusen
- (3) Ruang retrosternal melebar
- (4) Diafragma mendatar

- (5) Jantung menggantung (jantung pendulum/teer drop/eye drop appearance)

Pada bronchitis kronik:

- (1) Normal
(2) Corakan bronkovaskuler bertambah pada 21% kasus

2.1.8 Penatalaksanaan PPOK stabil

Menurut GOLD (2016) pengobatan PPOK direkomendasikan atas dasar hasil spirometry. FEV₁ sendiri merupakan gambaran kecil terhadap status penyakit dan sebagai alasan strategi terapi untuk PPOK stabil yang seharusnya juga sesuai dengan gejala setiap individu dan risiko terhadap eksaserbasi. Penatalaksanaan PPOK stabil secara garis besar terbagi menjadi 2 bagian, yaitu ;

1) Terapi Non-Farmakologi

Manajemen terapi non farmakologi PPOK menurut pengkajian gejala individu dan risiko eksaserbasi ditunjukkan pada tabel dibawah ini.

Tabel 2.3. Manajemen Terapi Non Farmakologi PPOK (GOLD, 2016)

Kelompok Pasien	Terapi Dasar	Rekomendasi
A	Berhenti Merokok (juga termasuk terapi farmakologi)	Aktivitas fisik
B - D	Berhenti merokok (juga termasuk terapi farmakologi) dan rehabilitasi paru	Aktivitas fisik

(1) Berhenti merokok

Berhenti merokok seharusnya menjadi pertimbangan yang lebih penting sebagai intervensi pada semua pasien PPOK yang merokok tanpa memperhatikan tingkat keparahan penyakit.

(2) Aktivitas fisik

Aktivitas fisik disarankan untuk semua pasien dengan diagnosis PPOK. Ini sangat kecil pada PPOK untuk memberikan saran memotivasi aktivitas fisik. Bagaimanapun pemberian aktivitas fisik pada populasi PPOK memberikan manfaat latihan fisik dan memiliki peranan penting pada pencegahan secara primer dan sekunder untuk penyakit kardiovaskular.

(3) Rehabilitasi

Walaupun banyak informasi yang menjadi kriteria untuk menyeleksi pasien dalam program rehabilitasi paru, semua pasien PPOK menunjukkan manfaat dari rehabilitasi dan pemeliharaan aktivitas fisik dimana mampu memperbaiki toleransi terhadap latihan dan mengalami penurunan dispnea dan kelemahan. Beberapa studi telah mendokumentasikan manfaat rehabilitasi paru pada pasien dengan sesak napas, nilai mMRC > 1, dan eksaserbasi akut.

Rehabilitasi pulmonal melibatkan berbagai multidisiplin keilmuan,. Sharma (2010) menjelaskan program rehabilitasi paru secara komprehensif sebagai berikut :

1. *Exercise training dan respiratory muscle training*

Latihan otot ekstrimitas maupun latihan otot pernapasan merupakan latihan dasar dari proses rehabilitasi paru. Latihan ditargetkan mencapai 60% dari beban maksimal selama 20 – 30 menit diulang 2 – 5 kali seminggu. Latihan mengacu pada otot – otot tertentu yang

terlibat dalam aktivitas kesehariannya terutama otot lengan dan otot kaki

2. Pendidikan kesehatan

1) *Konservasi energy* dan penyederhanaan kerja

Prinsip ini membantu pasien PPOK untuk mempertahankan aktivitas sehari-hari dan pekerjaannya. Metode kegiatannya meliputi latihan pernapasan, optimalisasi mekanika tubuh, prioritas kegiatan dan penggunaan alat bantu

2) Obat dan terapi lainnya

Pendidikan kesehatan tentang obat – obatan termasuk di dalam jenis, cara penggunaan, efek samping merupakan hal penting untuk diketahui oleh pasien PPOK

3) Pendidikan kesehatan mempersiapkan akhir kehidupan

Risiko kegagalan pernapasan karena ventilasi mekanik yang memburuk pada PPOK mengakibatkan penyakit ini bersifat progresif. Pendidikan kesehatan tentang bagaimana melakukan perawatan diri yang tepat dalam mempertahankan kehidupan perlu dilakukan kepada pasien PPOK

3. Penatalaksanaan Fisik

1) Fisioterapi dada dan latihan pernapasan

(1) *Pursed – Lip Breathing*

Pasien duduk dikursi lipat tangan diatas abdomen, hirup napas melalui hidung sambil menghitung sampai 2, hembuskan dengan lambat dan rata melalui bibir yang dirapatkan sambil mengencangkan otot – otot

perut sambil menghitung hingga 4 hitungan. Lakukan sebanyak 2 – 3 menit.



Gambar 2.4 Pursed – Lip Breathing (COPD Foundation, 2016)

(2) Diaphragmatic Breathing

Pernapasan *Diaphragmatic Breathing* memberikan kekuatan yang lebih besar untuk mengosongkan paru. Pada pernapasan ini pasien duduk dengan posisi yang nyaman, meletakkan salah satu tangan diatas diafragma (tepat dibawah iga) dan tangan yang lainnya ditengah – tengah dada. Napaslah dengan lambat dan dalam melalui hidung, biarkan perut mengembang semaksimal mungkin. Hembuskan napas melalui bibir yang dirapatkan sambil mengencangkan otot-otot abdomen. Tekan dengan kuat kearah dalam dan atas pada abdomen saat menghembuskan napas. Ulangi selama 1 menit, diikuti periode istirahat selama 2 menit. Lakukan selama 5 menit beberapa kali sehari (sebelum makan dan sebelum tidur)



Gambar 2.5 *Diafragma Breathing* (Hawke, 2012)

2) Nutrisi

Pasien PPOK penting untuk mendapatkan energi dan protein yang cukup untuk mempertahankan berat badan. Keseimbangan energi dan keseimbangan nitrogen saling terkait. Akibatnya memelihara keseimbangan energi yang optimal penting untuk mempertahankan protein visceral (Albumin, transferin, protein pengikat retinol, dan immunoglobulin) dan masa protein somatik (Jaringan dan otot pulmoner). Pada pasien PPOK kebutuhan terhadap air, protein, lemak dan karbohidrat ditentukan oleh penyakit paru yang mendasari (Mueller, 2004)

Tabel 2.4. Komposisi Kebutuhan Gizi Pasien PPOK (Muller, 2004)

Kebutuhan Energi	Asupan energi 25 – 30 kkal/Kg BB
	Asupan protein 1,2 – 1,7 gram/BB
Kebutuhan Vitamin dan mineral	Orang merokok 1 bungkus membutuhkan vitamin C 16 mg/hari Magnesium 420 mg/hari Kalsium 1200 mg/hari
Kebutuhan cairan	Kebutuhan cairan 25 – 40 ml/KgBB/hari

4. Penatalaksanaan Psikososial

Kecemasan depresi dan ketidakmampuan dalam mengatasi penyakit kronik memberikan kontribusi terjadinya kecacatan intervensi psikososial dapat diberikan melalui pendidikan kesehatan secara individu, dukungan keluarga ataupun dukungan kelompok sosial yang berfokus pada masalah pasien. Relaksasi otot progresif, perenungan stress dan pengendalian panik dapat menurunkan dispnea dan kecemasan.

(4) Vaksinasi

Keputusan untuk pemberian vaksinasi pada pasien PPOK tergantung pada kebijakan lokal, ketersediaan dan keterjangkauan vaksinasi.

2) Terapi Farmakologi

Farmakologi terapi pada PPOK digunakan untuk menurunkan gejala, menurunkan frekuensi dan keparahan eksaserbasi, dan meningkatkan status kesehatan serta toleransi latihan. Manajemen farmakologi yang diberikan menurut pengkajian gejala dan risiko eksaserbasi dapat dilihat pada berikut ini

Tabel 2.5. Manajemen Farmakologi Awal Untuk Pasien PPOK (GOLD, 2016)

Kelompok Pasien	Rekomendasi pilihan pertama	Pilihan alternatif	Terapi lain yang mungkin
A	<i>Short acting anticholinergic</i> atau <i>short acting beta 2 agonist</i>	<i>Long acting anticholinergic</i> atau <i>Long acting beta 2 agonist</i> atau <i>short acting beta 2 agonist dan Short acting anticholinergic</i>	Theophylline
B	<i>Long acting anticholinergic</i> atau <i>Long acting beta 2 agonist</i>	<i>Long acting anticholinergic dan Long acting beta 2 agonist</i>	<i>short acting beta 2 agonist dan atau Short acting anticholinergic</i> Theophylline
C	<i>Inhaled corticosteroid Long acting beta 2 agonist</i> atau <i>Long acting anticholinergic</i>	<i>Long acting anticholinergic dan Long acting beta 2 agonist</i> atau <i>Long acting anticholinergic dan phosphodiesterase inhibitor</i> atau <i>Long acting beta 2 agonist dan phosphodiesterase inhibitor</i>	<i>short acting beta 2 agonist dan atau Short acting anticholinergic</i> Theophylline
D	<i>Inhaled corticosteroid Long acting beta 2 agonist dan atau Long acting anticholinergic</i>	<i>Inhaled corticosteroid Long acting beta 2 agonist dan Long acting anticholinergic</i> atau <i>Inhaled corticosteroid, Long acting beta 2 agonist dan phosphodiesterase inhibitor</i> atau <i>Long acting anticholinergic dan phosphodiesterase inhibitor</i>	Carbocysteine N-Acetylcysteine <i>short acting beta 2 agonist dan atau Short acting anticholinergic</i> Theophylline

2.2 Konsep *Peak Expiratory Flow Rate*

2.2.1 Definisi *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)*

PEFR merupakan salah satu parameter yang diukur pada spirometri yaitu kecepatan aliran udara maksimal yang terjadi ada tiupan paksa maksimal yang dimulai dengan paru pada keadaan inspirasi maksimal (Oceandy, 1995)

Peak Expiratory Flow Rate adalah cara atau tanda sederhana pada pasien dengan penyakit asma atau penyakit obstruksi jalan nafas. *Peak flow meter* adalah alat yang digunakan untu memonitor PEFR pada anak-anak dan dewasa (Mendoza, 1991). *Peak expiratory flow rate* yang normal tergantung pada umur, tinggi badan dan jenis kelamin. *Peak expiratory flow rate* yang normal memiliki peak flow rate yang lebih tinggi di bandingan dengan *peak expiratory flow rate* yang di miliki oleh penderita asma (Adeniyi&Erhabor, 2011)



Gambar 2.3 *Peak Flow Meter* (www.USA.philips.com)

2.2.2 Cara Pemeriksaan *Peak Expiratory Flow Rate*

Cara pemeriksaan peak flow meter menurut Rasmin (2001) dalam Bakhtiar&Irvana (2015) sebagai berikut:

1) Persiapan alat

- (1) Alat harus dikalibrasi minimal 1 kali seminggu. Penyimpangan tidak boleh melebihi 1½ % dari kalibrator.
- (2) *Mouth piece* sekali pakai atau penggunaan berulang 1 buah.
- (3) Sediakan wadah berisi savlon yang telah diencerkan dengan air untuk merendam *mouth piece* yang digunakan berulang.

2) Persiapan penderita

Syarat sebelum melakukan pemeriksaan antara lain :

- (1) Harus bebas dari rokok minimal 2 jam sebelum pemeriksaan.
- (2) Tidak boleh makan terlalu kenyang sebelum pemeriksaan.
- (3) Tidak boleh berpakaian ketat.

3) Ruang dan fasilitas

- (1) Ruangan yang digunakan harus mempunyai sistem ventilasi yang baik.
- (2) Suhu udara tempat pemeriksaan tidak boleh < 17° C atau > 40° C.
- (3) Pemeriksaan terhadap pasien yang dicurigai menderita penyakit infeksi saluran napas dilakukan pada urutan terakhir dan setelah itu harus dilakukan tindakan antiseptik pada alat.

4) Prosedur pemeriksaan

- (1) Informasi data-data demografi pasien yang akan diperiksa, meliputi :

- a) Nama
 - b) Nomor Register
 - c) Umur dalam tahun
 - d) Tinggi badan tanpa alas kaki dalam inci atau cm
 - e) Berat badan dalam pon atau Kg
 - f) Suku bangsa
- (2) Persiapan pasien, menerangkan kepada pasien tentang:
- a) Cara bekerjanya alat
 - b) Perintah-perintah yang harus dilaksanakan
 - c) Menegaskan bahwa pemeriksaan ini tidak menyakitkan
 - d) Pemeriksaan dilakukan dengan berdiri
- (3) Demonstrasi kepada pasien
- Agar pemeriksaan dapat dikerjakan dengan baik dan benar, pemeriksa memberi contoh terlebih dahulu.
- (4) Pemimpin yang baik
- Beri aba-aba yang jelas dan keras agar subyek dapat melaksanakan dengan baik.
- (5) Perhatikan pasien, selama pemeriksaan :
- a) apakah tidak ada kebocoran di mulut?
 - b) apakah pasien telah melakukan inhalasi maksimum?
- (6) Cara penggunaan *peak flow meter* mengikuti langkah-langkah sebagai berikut:
- a) Perkenalkan diri, menjelaskan prosedur yang akan dilakukan.

- b) Persiapkan alat, pasang *mouth piece* ke ujung *peak flow meter* (jika diperlukan).
- c) Pastikan marker pada posisi 0 (terendah).
- d) Pemeriksaan dapat dilakukan dengan berdiri atau duduk dengan punggung tegak.
- e) Minta pasien untuk bernapas normal sebanyak 3x (jika diperlukan).
- f) Pegang *peak flow meter* dengan posisi horisontal tanpa menyentuh marker (menggangu gerakan marker).
- g) Pasien menghirup napas sedalam mungkin, masukkan *mouth piece* kemulut dengan bibir menutup rapat mengelilingi *mouth piece*, dan buang napas sekuat dan secepat mungkin.
- h) Marker bergerak dan menunjukkan angka pada skala saat membuang napas, catat hasilnya.
- i) Kembalikan marker pada posisi 0.
- j) Ulangi langkah C–G sebanyak 3x, catat nilai tertinggi.

Bandingkan nilai tertinggi pasien dengan nilai prediksi.

Apabila pada saat penggunaan *peak flow meter* bibir tidak menutup rapat saat ekspirasi cepat disebut *falsely low PEFR*.

Apabila pada saat penggunaan *peak flow meter* lidah ikut menutup *mouth piece* disebut *falsely high PEFR*. Kesalahan teknik disebabkan oleh variabilitas/perbandingan nilai terendah dan tertinggi lebih dari 20% dan pemeriksaan diulang.

Nilai prediksi normal PEFr dipengaruhi banyak faktor seperti jenis kelamin, tinggi badan, berat badan, usia, ras, dll. Pneumobile Project Indonesia tahun 1993 melakukan penelitian nilai normal PEFr orang Indonesia .

Nilai tertinggi dibandingkan dengan tabel nilai prediksi, atau nilai tertinggi dibandingkan dengan nilai prediksi berdasarkan rumus berikut:

1. Laki-laki

$$\text{PEFR (L/detik)} = -10,86040 + (0,12766 \times \text{usia}) + (0,11169 \times \text{TB}) - (0,0000319344 \times \text{Usia}^3) \pm 1,70935$$

2. Perempuan.

$$\text{PEFR (L/detik)} = -5,12502 + 0,09006 \times \text{Usia} + 0,06980 \times \text{TB} - 0,00145669 \times \text{Usia}^2 \pm 1,77692$$

Keterangan:

- Usia dengan satuan tahun, TB (tinggi badan) dengan satuan cm.
- Hasil dengan satuan L/menit: hasil perhitungan dikali 60

2.2.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi *Peak Expiratory Flow Rate*

1) **Riwayat Asma**

Pada penderita asma fungsi paru akan mengalami penurunan akibat obstruksi saluran napas. Hal ini ditandai dengan adanya ketidakmampuan mendasar dalam mencapai angka aliran udara normal selama pernapasan (terutama pada saat ekspirasi). Gangguan berupa obstruksi saluran napas ini dapat dinilai secara obyektif (Global Initiative for asthma, 2012)

2) Olahraga

Latihan olahraga merupakan suatu aktifitas aerobik, yang pada umumnya meliputi sistem muskuloskeletal dan sistem kardiorespirasi, sehingga bermanfaat untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan dan daya tahan paru-paru, jantung, peredaran darah, otot dan sendi. Olahraga yang baik dan teratur akan menimbulkan reaksi suatu proses adaptasi. Kapasitas pernapasan meningkat dua kali lipat pada saat berolahraga maksimal disbanding saat istirahat. Konsumsi oksigen dan ventilasi paru total meningkat sekitar 20 kali, ketika melakukan olahraga dengan intensitas maksimal setelah istirahat sebelumnya (Silbernagi, 2008)

2.3 Konsep Dasar *Self Care*

2.3.1 Teori Keperawatan Orem

Teori keperawatan Orem dikenal sebagai "*Self Care Deficit Nursing Theory*" (SCDNT) struktur konseptual SCDNT terdiri dari enam konsep termasuk *self care demand*, *self care agency*, *self care deficit*, *nursing agency*, *nursing system*, dan *basic conditioning faktor* (Orem, 2001).

Teori ini terdiri dari tiga teori yang saling berhubungan yaitu teori perawatan diri (*self care*) yang menggambarkan mengapa dan bagaimana manusia melakukan perawatan terhadap dirinya sendiri, teori *deficit perawatan diri* (*self care deficit*) yang menggambarkan dan menjelaskan mengapa manusia dapat dibantu melalui keperawatan, dan teori sistem keperawatan (*nursing system*) yang menggambarkan dan menjelaskan

bagaimana asuhan keperawatan dapat diterapkan pada penderita (Tomey&Alligood, 2006).

2.3.2 Teori Self Care

Teori *self care* ada beberapa konsep yang harus dipahami yaitu *self care, self care agency, threpeutic self care demand, dan basic conditioning factors*. Perawatan diri (*self care*) merupakan suatu pendekatan yang dinamis, dimana perawat bekerja untuk meningkatkan kemampuan penderita dalam merawat dirinya sendiri dan bukan menempatkan penderita pada posisi bergantung, karena *self care* merupakan perilaku yang dapat dipelajari. Teori ini dapat membantu perawat dalam melakukan proses keperawatan yang komprehensif, sehingga penderita dapat terjaga dalam perawatan dirinya (Orem, 2001 dalam Tomey&Alligood, 2006).

Menurut Orem (2001), kondisi yang membutuhkan bantuan perawat pada penderita dewasa adalah ketika tidak adanya kemampuan untuk menjaga kuantitas dan kualitas *self care yang therapeutic* secara terus menerus dalam mempertahankan kehidupan dan kesehatan, kesembuhan dari penyakit atau injuri atau koping dalam menghadapi penyakit atau injuri.

Dalam referensi keperawatan, definisi *self care* yang paling banyak digunakan adalah konsep yang digagas oleh Orem. Orem mendefinisikan *self care* sebagai tindakan yang matang dan pendewasaan dari individu yang mengembangkan kemampuan untuk merawat diri mereka sendiri dalam lingkungannya. Individu yang terlibat dalam *self care* memiliki tuntutan kemampuan bertindak, yaitu kekuatan untuk bertindak secara mandiri untuk mengendalikan faktor yang mempengaruhi fungsi diri dan perkembangan

mereka (Orem, 2001). Tindakan ini memerlukan pengetahuan, pengambilan keputusan dan tindakan untuk berubah. Inti dari konsep Orem ini adalah kesejahteraan dengan merawat diri mereka sendiri.

Orem (2001), menyatakan bahwa *self care* adalah penampilan dari aktivitas individu dalam melakukan perawatan diri sendiri untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya. *Self care* yang dilakukan secara efektif dan menyeluruh dapat membantu menjaga integritas struktur dan fungsi tubuh serta berkontribusi dalam perkembangan individu seorang individu dalam melakukan *self care* harus mempunyai kemampuan dalam perawatan diri yang disebut sebagai *self care agency*. Kemampuan individu untuk merawat diri sendiri dipengaruhi oleh "*Conditioning faktor*", yang termasuk dalam *conditioning faktor* diantaranya adalah usia, gender, tahap perkembangan, tingkat kesehatan, orientasi *sosio cultural*, system pelayanan kesehatan, sistem dalam keluarga, gaya hidup dan lingkungan (George, 2002).

Pemenuhan akan kebutuhan *self care* harus didasarkan pada kebutuhan *self care* terapeutik yang merupakan totalitas dan tindakan *self care* yang perlu dilakukan untuk menemukan atau mengetahui kebutuhan *self care* spesifik bagi seorang individu keberhasilan dan *self care* terapeutik menunjukkan bahwa hasil dari tindakan yang dipilih sudah sesuai dengan tujuan perawatan atau belum. Kebutuhan *self care* terapeutik menjadi tujuan akhir dari *self care* yaitu mencapai dan mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan hidup. Perawat harus dinamis dan menggunakan pengembangan intelektual dan persepsi untuk menentukan

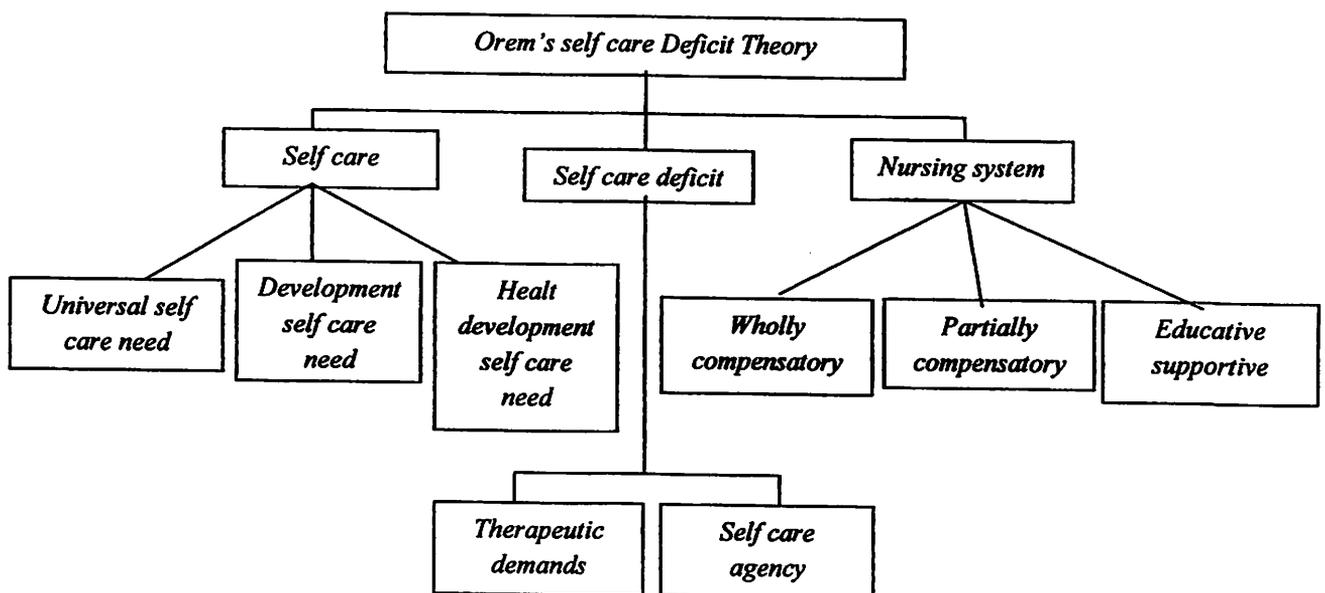
kebutuhan *self care* terapeutik bersifat spesifik untuk tiap - tiap individu tergantung waktu, tempat dan situasi (George, 2002).

(Orem, 2001), membagi kebutuhan akan *self care* menjadi tiga kategori, yaitu :

1. *Universal self care requisites* adalah kebutuhan *self care* umum yang berkaitan dengan proses hidup manusia, proses mempertahankan integritas dari struktur dan fungsi tubuh manusia selama siklus kehidupan yang berlangsung. Pada umumnya kebutuhan *self care* baik laki-laki maupun perempuan di segala usia terdiri dari delapan jenis, meliputi : a). kebutuhan mempertahankan masukan udara, b) kebutuhan mempertahankan masukan air, c) kebutuhan mempertahankan makanan masukan makanan, d) kebutuhan eliminasi, e) kebutuhan mempertahankan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat f) kebutuhan mempertahankan keseimbangan antara menyendiri dengan interaksi social, g) kebutuhan seksualitas h) kebutuhan harga diri.
2. *Development self care requisites (self care pengembangan)* merupakan kebutuhan, sesuai dengan tingkat perkembangan, menuju fungsi yang optimal untuk mencegah terjadinya kondisi yang dapat menghambat perkembangan dan kedewasaan serta penyesuaian diri dengan perkembangan tersebut.
3. *Health deviation self care requisites (self care deviasi kesehatan)* adalah berkaitan dengan penyimpangan status kesehatan seperti sakit, luka atau kecelakaan dapat menurunkan kemampuan individu dalam memenuhi kebutuhan *self care*-nya secara permanen temporer, sehingga memerlukan

bantuan orang lain. Kebutuhan ini meliputi : a) mencari pengobatan yang tepat dan aman b) menyadari dampak patologi penyakit c) memilih prosedur diagnostik d) memahami dampak ketidaknyamanan dalam pengobatan, e) memodifikasi konsep diri untuk menerima status kesehatannya, dan f) belajar hidup dengan keterbatasan sebagai dampak dari kondisi patologis, efek pengobatan dan diagnostik serta selalu meningkatkan kemampuan.

Konsep-konsep yang membangun pelayanan *self care* yang dikembangkan oleh Orem antara lain *self care deficits*, *self care demand*, dan *nursing system self care deficit* oleh konsep *therapeutic self care deman* dan *self care agency*. Konsep *self care demand* didukung oleh sub konsep *universal self care needs*, *developmental self care needs* dan *healt deviation self care need*. *Nursing system* didukung oleh sub konsep *wholly compensatory*, *partially compensatory*, dan *supportif education*.



Gambar 2.4 Konsep Yang Membangun Teori *Self Care* (Orem, 2001 dalam Tomey&Alligood, 2006)

Orem mengembangkan *self care deficit theory of nursing* (teori umumnya) yang terdiri dari tiga teori yang saling berkaitan satu sama lainnya, yaitu : 1) teori perawatan diri (*the theory of self care*), 2) teori deficit perawatan diri (*the theory of self care deficit*), 3) teori system keperawatan (*the theory of nursing system*) dengan penjelasan sebagai berikut :

2.3.3 Teori Self Care Deficit

Self care deficit merupakan akar dari teori Orem Karena menjelaskan tentang kapan tindakan keperawatan dibutuhkan. Keperawatan dibutuhkan saat individu dalam kondisi ketergantungan atau tidak mampu melaksanakan *self care* secara terus menerus. *Self care deficit* juga dapat dilihat dari hubungan antara *self care agency (SCA)* dengan *Therapeutic self care demand (TSCD)* dari seseorang individu. Ada tiga kemungkinan hubungan dari dua variabel tersebut (Orem, 2001), yaitu : 1) kebutuhan sama dengan kemampuan (TSCD-SCA), 2) kebutuhan kurang dari kemampuan (TSCD-SCA).

Orem (2001), juga mengidentifikasi lima metode yang dapat digunakan dalam memberikan bantuan *self care* dalam keperawatan. 1) Melakukan suatu tindakan untuk orang lain, 2) Memberikan petunjuk dan pengarahan, 3) Memberikan dukungan fisik dan psikologis, 4) Memberikan dan memelihara lingkungan yang mendukung perkembangan personal, dan 5) Memberikan pendidikan kesehatan.

Kelima metode tersebut dapat digunakan perawat secara sebagian atau secara keseluruhan dalam praktik keperawatan. Berkaitan dengan hal tersebut perawat harus melakukan pengkajian atas kondisi penderita

1. *Wholly Compensatory system*

Suatu situasi dimana individu tidak dapat melakukan tindakan *self care* nya secara menyeluruh pada perawat mengambil alih pemenuhan kebutuhan *self care* nya secara menyeluruh pada penderita. Pemberian bantuan diberikan kepada penderita dalam tiga kondisi yaitu :

a) Tidak dapat melakukan tindakan *self care* karena kondisi coma, b) Dapat membuat keputusan, observasi atau pilihan tentang *self care* tetapi tidak dapat melakukan ambulasi dan pergerakan manipulasi, dan c) Tidak mampu membuat keputusan yang tepat tentang *self care*-nya tetapi masih memungkinkan melakukan ambulasi dengan pengawasan dan bimbingan.

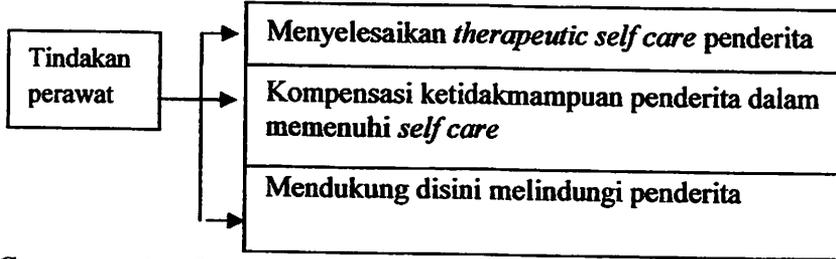
2. *Partially Compensatory Nursing System*

Suatu situasi dimana perawat mengambil alih beberapa aktivitas yang tidak dapat dilakukan oleh penderita dalam pemenuhan kebutuhan *self care*-nya, selain itu di dalam system ini anantara perawat dan penderita melakukan perawatan dan mempunyai peran yang sama besar untuk mengukur kemampuan dan melakukan *self care*.

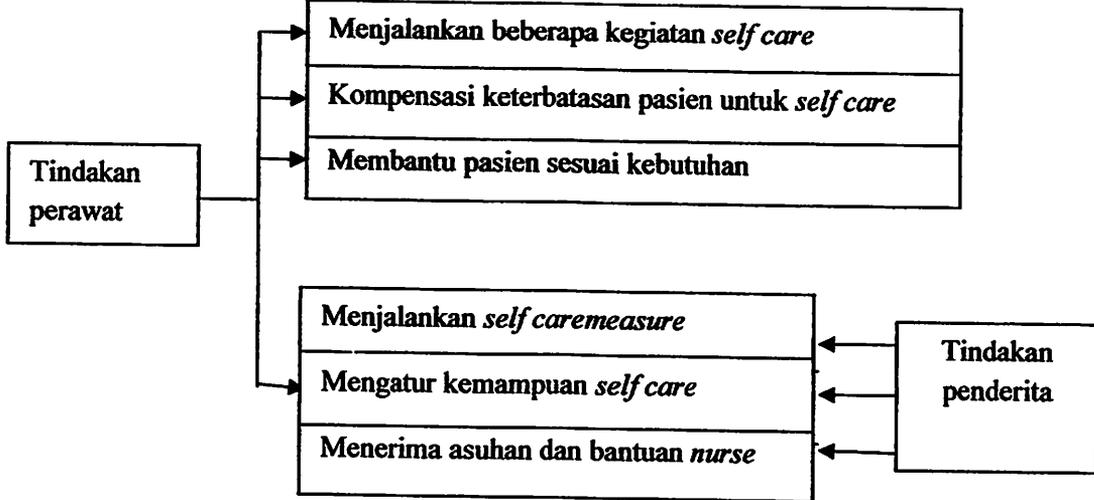
3. *Supportive Education System*

System ini, perawat memberikan pendidikan kesehatan atau penjelasan untuk memotivasi penderita melakukan *self care*, sehingga penderita dapat belajar membentuk internal atau eksternal *self care*, namun tetap tidak dapat melakukannya tanpa bantuan hal ini juga dikenal sengan *supportive development system*. Ketiga jenis klasifikasi *nursing system* tersebut diuraikan dalam skema *basic nursing system* berikut :

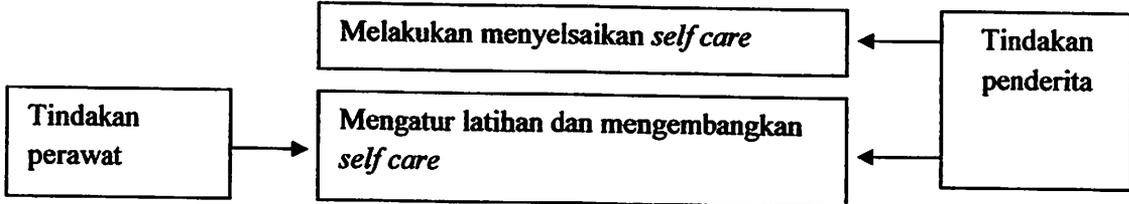
Wholly Compensatory System



Partly Compensation System

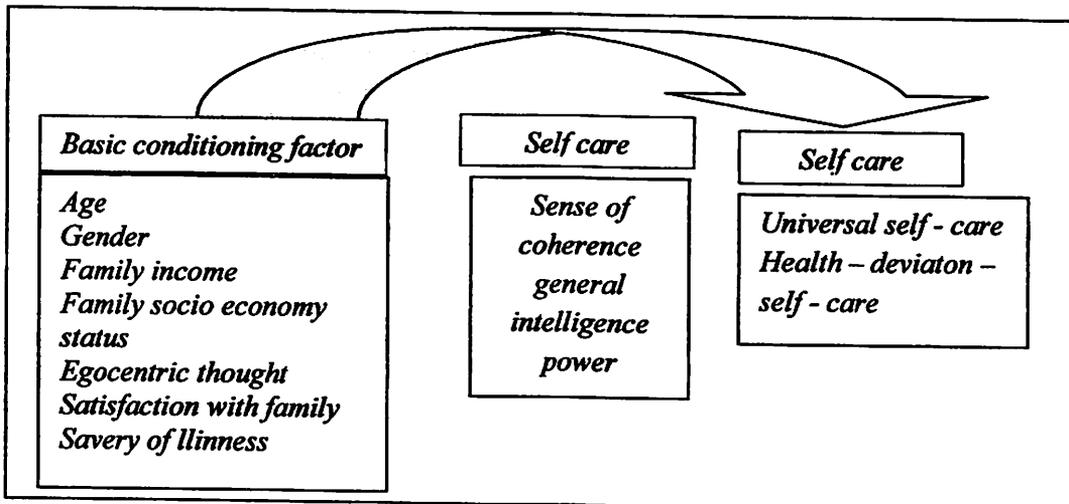


Supportive Education System



Gambar 2.6. *Basic Nursing System* (Orem, 2001 dalam Alligood & Tomey, 2006).

Konsep yang mendasari kemandirian pelayanan terlihat pada gambar berikut:



Gambar 2.7 Model Teori *Self Care* (sumber : Song Et al. 2008)

Konsep mode yang mendasari *self care* terkait faktor dari penderita dan faktor agen pemberi pelayanan. Faktor dari penderita seperti umur, jenis kelamin, pendapatan keluarga, tingkat sosial ekonomi keluarga, kesejahteraan keluarga, dan tingkat keparahan penyakit. Faktor dari agen pemberi pelayanan seperti kompetensi petugas, tingkat pengetahuan dan dukungan dari organisasi pemberi pelayanan (Song Et al., 2008).

Konsep pelayanan keperawatan pada model *self care* menekankan aspek kemandirian perawatan bagi penderita, sehingga penderita mampu perawatan secara mandiri dirumah. Konsep dasar yang digunakan dalam perawatan *self care* berdasarkan teori Orem yang menekankan beberapa aspek utama dalam pemenuhan kebutuhan penderita antara lain *self care agency, self care deficit, self care, nursing agency, therapeutic self care*. Model perawatan *self care* diterapkan pada penderita yang mengalami tergantung terhadap tenaga perawat sehingga penderita dapat terhindar ketergantungan pelayanan dirumah sakit. Adanya tergantung pelayanan medis dan perawatan berdampak terhadap semua aspek kehidupan penderita seperti ekonomi, keluarga dan masyarakat (Song Et al., 2008).

2.3.5 Aplikasi Model Self Care

Perawatan diri dalam konteks penderita penyakit kronik pada penelitian ini adalah pasien PPOK, merupakan hal yang kompleks dan sangat dibutuhkan untuk keberhasilan manajemen serta pengendalian penyakit tersebut. Bagi penderita penyakit kronik tindakan *self-care operation* tercermin dalam aktivitas mereka dalam mentaati terapi medis, dan gaya hidup yang direkomendasikan, melaksanakan aktivitas sehari-hari yang disarankan,

melaksanakan tindakan pencegahan sesuai anjuran, menjalankan kegiatan ibadah yang meningkatkan spiritualitas, serta melakukan kegiatan yang menyenangkan (Larsen & Lubkin, 2009; dalam Nursalam, 2013). Banyak penelitian yang telah membuktikan bahwa perawatan diri dapat meningkatkan kualitas hidup dengan cara menurunkan sesak, kelelahan, meningkatkan kemampuan latihan serta menurunkan biaya pengobatan.

Self care dalam konteks penyakit kronis merupakan hal yang kompleks dan sangat dibutuhkan untuk keberhasilan manajemen serta kontrol dari penyakit kronis tersebut (Larsen&Lubkin, 2009). *Self care* untuk penyakit kronik menurut Riegel (2012) dalam *middle range theory* adalah sebuah proses pengambilan keputusan secara naturalistic terhadap pemilihan tingkah laku untuk mempertahankan stabilitas fisiologis (*self care maintenance*) dan respon terhadap gejala yang dialami (*self care management*). *Self care* dalam konteks penyakit kronik merupakan hal yang sangat kompleks dan sangat dibutuhkan untuk keberhasilan manajemen serta kontrol dari penyakit kronik tersebut.

2.3.6 Dimensi *Self care*

Riegel et al. (2012) membagi *self care* ke dalam 3 dimensi, yaitu :

1) *Self care Maintenance*

Suatu perilaku yang digunakan oleh pasien penyakit kronik untuk perawatan fisik dan kestabilan emosinya. Perilaku yang dinilai dalam *Self care Maintenance* pasien PPOK adalah

- (1) Terapi pengobatan sesuai indikasi
- (2) Berhenti merokok
- (3) Mempertahankan aktivitas fisik yang teratur

(4) Monitoring berat badan

(5) Mengonsumsi makanan sehat

2) *Self care Monitoring*

Self care Monitoring merupakan suatu proses yang rutin, waspada terhadap pemantauan tubuh, atau “pendengaran tubuh”. Memantau merupakan suatu perilaku manusia yang normal. Dalam *self care* penyakit kronik monitoring merupakan sistematis dan rutin untuk mencapai suatu hasil yang baik.

Terdapat 3 (tiga) kriteria yang wajib dipenuhi untuk efektivitas suatu *Self care Monitoring*, pertama klinik memiliki peranan penting untuk mengubah suatu kondisi yang mungkin untuk diubah, kedua adanya suatu metode yang nyata untuk mendeteksi suatu perubahan yang ada dan yang ketiga adalah adanya respon suatu tindakan yang masuk akal. Tujuan dari *Self care Monitoring* adalah mengenali adanya perubahan suatu kejadian. Monitoring yang bisa dilakukan pada pasien PPOK adalah

(1) Rutin memeriksa fungsi paru

(2) Memonitor aktivitas dan latihan pernapasan

(3) Kontrol ke dokter secara teratur

3) *Self care Management*

Self care Management meliputi upaya untuk mempertahankan kesehatan atau gaya hidup. Pada *Self care Management* melibatkan perubahan yang terjadi secara fisik dan emosi terkait tanda dan gejala

untuk menentukan tindakan apa yang diinginkan. Aktivitas yang dapat dilakukan dalam dimensi ini meliputi :

- (1) Kemampuan mengenal perubahan yang terjadi (sesak napas)
- (2) Mengevaluasi perubahan yang dialami, mengambil keputusan yang tepat untuk penanganan
- (3) Melaksanakan strategi pengobatan (misal penggunaan bronchodilator)
- (4) Mengevaluasi respon terhadap tindakan yang telah dilakukan

2.3.7 Proses terbentuknya *Self care* menurut Riegel (2012)

1) *Decision – Making*

Salah satu proses yang mendasari yang membuat *self care* begitu kompleks adalah kebutuhan untuk pengambilan keputusan. Manajemen gejala melibatkan pengambilan keputusan secara kognitif dalam menghadapi tanda dan gejala. Dasar kognitif pengambilan keputusan berdasarkan teori keputusan klasik, yang mengatur metode analisis dan sistematis sebelum memilih tindakan. Pengambilan keputusan secara alami merupakan proses yang lebih baik digunakan oleh pasien dalam perawatan diri.

2) *Reflection*

Refleksi atau perenungan terkait perolehan pengetahuan, keduanya penting untuk perawatan diri. pernyataan Orem bahwa "*self care* adalah tindakan yang disengaja dilakukan secara berurutan dan dengan pola tertentu. Antara pasien dengan pengetahuan kurang atau kurangnya pemahaman tentang *self care*. Pasien dengan

pengetahuan yang kurang bisa dilibatkan dalam pendidikan dan dengan demikian akan meningkatkan *self care* mereka.

2.3.8 Faktor-faktor yang mempengaruhi *self care*

Menurut Riegel (2012) terdapat beberapa factor yang mempengaruhi *self care* yaitu:

1) Pengalaman

Pengalaman adalah salah satu kontributor yang kuat dalam pengembangan keterampilan *self care*. pengalaman sebelumnya digunakan untuk mengidentifikasi pola-pola yang memberikan pandangan yang relevan, dan mengarahkan pada tujuan yang sesuai dengan tindakan dalam situasi tertentu. Keterampilan dalam *self care* penting bagi pasien dan harus memiliki kemampuan untuk merencanakan, menetapkan tujuan dan berkontribusi untuk pengembangan keterampilan, meskipun beberapa pasien dapat memiliki pengalaman bertahun-tahun dengan penyakit tertentu dan tidak pernah mengembangkan keterampilan dalam *self care*. Tantangan bagi para profesional perawatan kesehatan adalah untuk mengidentifikasi apa yang pasien telah belajar dari pengalaman, melihat jika apa yang diketahui adalah benar, dan memfasilitasi pengembangan keterampilan yang diperlukan untuk kinerja *self care*.

2) Motivasi

Motivasi dapat didefinisikan sebagai kekuatan pendorong manusia untuk mencapai tujuan mereka. Motivasi terdiri dari intrinsik atau

ekstrinsik. motivasi intrinsik muncul dari keinginan untuk mengasimilasi dan belajar dan termasuk aspek minat. motivasi intrinsik didorong oleh keinginan internal untuk melakukan tugas tertentu karena tugas yang memberikan kesenangan. Di sisi lain, motivasi ekstrinsik mengacu pada perubahan perilaku karena itu mengarah ke hasil yang telah ditetapkan dengan beberapa alasan (misalnya untuk meningkatkan kesehatan, untuk menyenangkan orang lain). Banyak perilaku perawatan diri dipicu dan didorong oleh motivator ekstrinsik

3) Keyakinan budaya

Kekuatan *self care* dipandang sangat penting dalam negara dan budaya di mana kemandirian dihargai, namun dalam beberapa budaya *self care* tidak penting. Dalam situasi ini, mungkin lebih penting untuk menunjukkan cinta dan perhatian melalui perawatan dan perhatian ketika anggota keluarga sakit. Perilaku ini juga relevan dalam budaya di mana keinginan mempengaruhi gaya hidup.

4) Keyakinan (*Self Efficacy*)

Self care sangat dipengaruhi oleh sikap dan keyakinan seperti *self-efficacy*, didefinisikan sebagai keyakinan bahwa seseorang memiliki kemampuan dalam melakukan tindakan tertentu dan bertahan dalam melakukan tindakan. Kepercayaan dikonseptualisasikan sebagai komponen *self care*. keyakinan pada

kemampuan untuk melakukan *self care* adalah penting dalam setiap tahap proses perawatan diri

5) Kemampuan fungsional dan kognitif

Kemampuan *self care* membutuhkan kemampuan fungsional dalam suatu perilaku (misalnya menyeimbangkan skala). Masalah dengan pendengaran, penglihatan, ketangkasan manual dan energi dapat membuat *self care* menjadi sulit. Selain itu, semakin banyak pengetahuan menggambarkan bahwa penyakit kronik umumnya terkait dengan defisit kognitif sehingga membuat *self care* menjadi sulit

6) Dukungan dari berbagai pihak

Meskipun perawatan diri, menurut definisi, dilakukan oleh individu, akan tetapi tidak mungkin menyarankan *self care* dilakukan sendiri. Sebaliknya, sebagian besar individu dengan penyakit kronik akan mengakui pentingnya peran keluarga dan teman (misal dalam hal komunikasi, pengambilan keputusan, dan timbal balik).

7) Akses perawatan

Self care dari penyakit kronik sering dipengaruhi untuk beberapa hal setelah mengakses sistem perawatan kesehatan untuk mendapatkan perawatan. Namun, harus diakui bahwa sebagian besar dari mereka ada beberapa hal yang membuat mereka kurang mampu mendatangi pelayanan kesehatan (misalnya masalah ekonomi, lokasi pelayanan kesehatan yang terlalu jauh). Sehingga

pasien dengan penyakit kronik mendapatkan bimbingan dari tokoh – tokoh masyarakat, rekan sejawat dan tenaga kesehatan yang ada di lingkungan tersebut.

2.4 Konsep *Self Care Agency*

Self care agency adalah kemampuan atau kekuatan yang dimiliki oleh seorang individu untuk mengidentifikasi, menetapkan, mengambil keputusan dan melaksanakan *self care* (Taylor&Renpenning, 2011). Orem (2001), mengidentifikasi sepuluh faktor dasar yang mempengaruhi *self care agency* (*basic condition factors*) yaitu usia, gender, tahap perkembangan, system keluarga tingkat kesehatan, pola hidup, sistem pelayanan kesehatan, dan lingkungan eksternal (Callagan, 2006). Perawat harus bisa, mengidentifikasi *self care therapeutic* dan perkembangan tingkat *self care agency* dari seseorang individu karena *self care therapeutic demand* dan *self care agency* berubah secara dinamis (Parker, 2001). Interaksi antara perawat dengan klien akan dapat terjadi jika klien mengalami *self care deficit*, disinilah muncul *nursing agency* (Delaune & Leadre, 2002).

Self care agency perlu ditingkatkan oleh individu karena *self care* membutuhkan pembelajaran, pengetahuan, motivasi dan skill (Taylor&Renpenning, 2011). *Self care agency* mengacu pada kemampuan kompleks dalam melaksanakan *self care*. Contoh dari *self care agency* antara lain pengetahuan tentang jenis makanan, pengetahuan tentang menjaga jalan napas tetap bebas, dan penggunaan sistem bantuan bersihan jalan napas (Baker&Denyes 2008). Kesadaran akan kebutuhan mendapatkan pengetahuan

dan kemampuan untuk mencari pengetahuan dan mempengaruhi tindakan yang diambil oleh seseorang individu (Taylor&Renpenning, 2011).

Self care terkait dengan beberapa faktor baik faktor individu maupun faktor agen (keperawatan). Faktor yang terkait dengan individu antara lain faktor umur, jenis kelamin, pendidikan, sosial ekonomi, sosial budaya, status pernikahan dan status kesehatan. Faktor yang terkait dengan agen (perawat) antara lain *Learning skill* (keterampilan), membaca, menulis, komprehensif, persepsi. Faktor yang terkait dengan organisasi profesi antara lain regulasi (Wilson et al., 2003)

2.5 Konsep Self Efficacy

2.5.1 Definisi self efficacy

Bandura (1997), mendefinisikan *self care efficacy* sebagai suatu keyakinan seseorang tentang kemampuannya dalam melakukan aktivitas tertentu yang akan berpengaruh terhadap kehidupannya *self efficacy* akan menentukan bagaimana seseorang merasa, berfikir, dan memotivasi dirinya *self efficacy* mempengaruhi pengelolaan hambatan dalam bertindak, sehingga semakin tinggi *efficacy* akan menurunkan persepsi adanya hambatan untuk melakukan tindakan.

2.5.2 Perkembangan Self Efficacy

Bandura (1997), menyatakan bahwa pada saat dilahirkan, bayi belum memiliki kepedulian terhadap dirinya. Tetapi hal tersebut terus berkembang seiring dengan peningkatan usiannya. *Self efficacy* terus berkembang dan dapat berubah seiring dengan meningkatnya usia, bertambahnya pengalaman dan semakin luasnya lingkungan pergaulan. Anak-

anak mulai belajar dari lingkungan dan temannya bermain. Pada usia sekolah, proses pembentukan *self efficacy* secara kognitif terbentuk dan berkembang. Pengetahuan, kemampuan berfikir, kompetisi, dan interaksi sosial baik dengan sesama teman maupun guru berkembang dan sangat mempengaruhi *self efficacy* mereka. Pada usia remaja, *self efficacy* berkembang melalui berbagai macam pengalaman yang dihadapi. Pada usia ini, kemandirian mulai terbentuk. Mereka belajar bertanggung jawab terhadap diri mereka sendiri, sehingga membutuhkan berbagai macam ketrampilan hidup dan cara bersosialisasi. Seseorang belajar dan mengembangkan *self efficacy-nya* dengan belajar untuk mencapai kesuksesan. Memasuki usia dewasa, seseorang mulai berfokus untuk menghadapi berbagai situasi dan menyelesaikan masalah terkait dengannya, seperti pernikahan, menjadi orang tua, dan status pekerjaan. Mereka terus berusaha untuk mencapai kesuksesan dalam tugas-tugasnya tersebut. *Self efficacy* pada lanjut usia berfokus pada penerimaan dan penolakan terhadap kemampuannya, seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual yang dialami. Pelibatan mereka dalam berbagai macam aktivitas, akan dapat mempengaruhi *self efficacy* yang berkontribusi mempertahankan fungsi sosial, fisik dan intelektual.

2.5.3 Dimensi Self Efficacy

Menurut Bandura (1997), *self efficacy* diri terdiri dari 3 dimensi yaitu: *magnitude*, yaitu dimensi yang berfokus pada tingkat kesulitan yang dihadapi oleh seseorang terkait dengan usaha yang dilakukan. Dimensi ini berimplikasi pada pemilihan perilaku yang dipilih berdasarkan harapan akan keberhasilannya. *Generality*, yaitu berkaitan dengan seberapa besar/luas

cakupan tingkah laku yang diyakini mampu untuk dilakukan. Berbagai pengalaman pribadi dibandingkan pengalaman orang lain pada umumnya akan lebih mampu meningkatkan *self efficacy* seseorang dan *strength* (kekuatan), dimensi ini berfokus pada bagaimana kekuatan sebuah harapan atau keyakinan individu akan kemampuan yang dimilikinya. Harapan yang lemah bisa disebabkan karena adanya kegagalan, tetapi seseorang dengan harapan yang kuat pada dirinya akan tetap berusaha gigih meskipun mengalami kegagalan.

2.5.4 Faktor yang Mempengaruhi Self Efficacy

Menurut Bandura (1997), *self efficacy* seseorang di pengaruhi oleh beberapa faktor. *Self efficacy* tersebut dapat diperoleh, diubah, ditingkatkan atau diturunkan melalui salah satu atau kombinasi empat faktor yang terdiri atas:

1) Performance Accomplishment

Merupakan satu pengalaman menguasai sesuatu prestasi atau prestasi yang pernah dicapai oleh individu tersebut di masa lalu. Faktor ini adalah membentuk *self efficacy* yang paling kuat. Prestasi yang baik pada masa lalu yang pernah dialami oleh subyek akan membuat peningkatan ekspektansi *self efficacy*, sedangkan pengalaman kegagalan menurunkan *self efficacy* individu.

2) Vicarious Experience

Seseorang dapat belajar dari pengalaman orang lain, dan meniru perilaku mereka untuk mendapatkan seperti apa orang yang lain peroleh. *self efficacy* akan meningkat jika mengamati keberhasilan yang telah dicapai orang lain, sedangkan sebaliknya *self efficacy* akan menurun apabila

individu mengamati seseorang yang memiliki kemampuan setara dengan dirinya mengalami kegagalan. Pengaruh yang diberikan faktor ini terhadap *self efficacy* adalah berdasarkan kemiripan orang yang diamati dengan diri pengamat itu sendiri. Semakin orang yang diamati memiliki kemiripan dengan dirinya maka semakin besar potensial *self efficacy* yang akan di sumbangkan faktor ini.

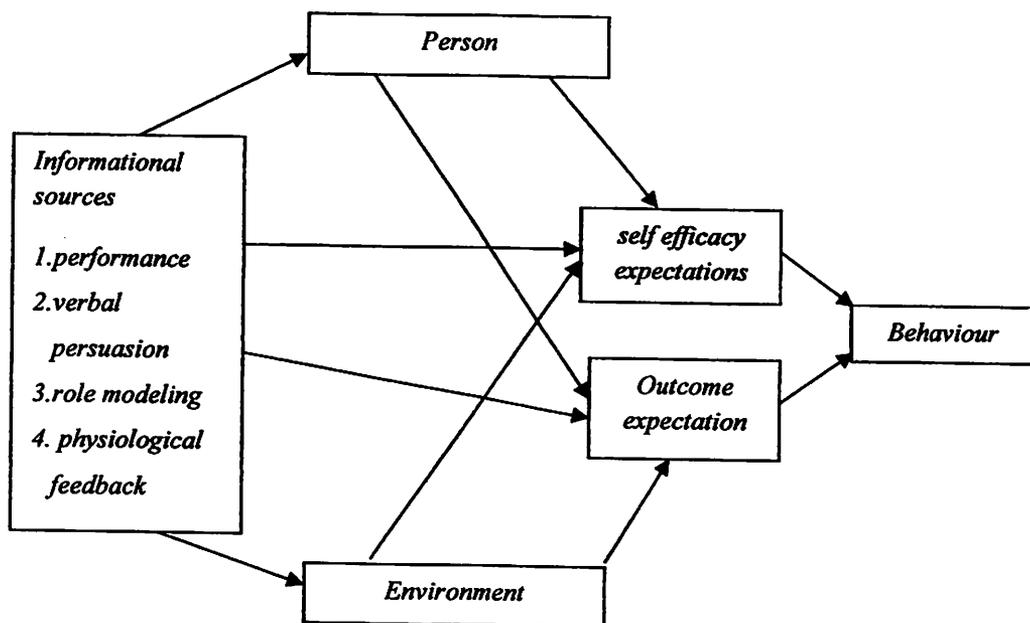
3) *Verbal Persuasion*

Persuasi verbal dapat mempengaruhi bagaimana seseorang bertindak atau berperilaku. Individu dapat pengaruh atau sugesti bawa ia mampu mengatasi masalah-masalah yang akan dihadapi. Seseorang yang senantiasa di berikan keyakinan dan golongan untuk sukses, maka akan menunjukkan perilaku untuk mencapai kesuksesan tersebut, begitupun sebaliknya. Faktor ini sifatnya yang berasal dari luar atau dari individu sendiri, namun yang membedakan dengan *vicarious experience* adalah pada faktor subyek mendapatkan *feedback* langsung dari pihak lain, sedangkan dari *vicarious experience* subyek sendirlah secara aktif mengamati pihak lain tanpa intervensi dari pihak yang diamati. Besar pengaruh yang dapat diberikan oleh pemberi persuasi adalah rasa percaya kepada pemberian persuasi serta kriteria kerealistisan tentang apa yang dipersusikan. Selain itu subyek dapat memberikan persuasi kepada dirinya sendiri dengan semacam *self talk* kepada dirinya sendiri.

4) *Emotional Arousal*

Kondisi emosional (*mood*) juga mempengaruhi pengambilan keputusan seorang terkait *self efficacy*-nya. Keadaan emosi yang

menyertai individu ketika dirinya sedang melakukan suatu kegiatan akan mempengaruhi *self efficacy* seseorang pada bidang tersebut. Emosi yang dimasukkan adalah emosi yang kuat seperti takut, stress, cemas dan gembira. Emosi tersebut dapat meningkatkan atau menurunkan *self efficacy* seseorang.



Gambar 2.4 *Self Efficacy* (Resnick, B., 2008)

Keempat sumber dan proses informasi tersebut di atas dapat mempengaruhi *self efficacy* dan dipengaruhi oleh karakteristik individu dan lingkungan. Secara ideal, *self efficacy* diperkuat melalui berbagai pengalaman yang berhubungan dan akan mempengaruhi perilaku selanjutnya. Seseorang akan memutuskan untuk berperilaku berdasarkan pada pemikiran dengan menggunakan pengetahuan secara umum, dan kemampuan untuk melakukan suatu tindakan.

2.5.5 Pengaruh *Self Efficacy* Terhadap Proses Dalam Diri Manusia

Menurut Bandura (1997), *self efficacy* akan mempengaruhi proses dalam diri manusia, yaitu :

1) Proses kognitif

Self efficacy mempengaruhi bagaimana pola pikir yang dapat mendorong atau menghambat perilaku seseorang. *Self efficacy* yang tinggi mendorong pembentukan pola pikir untuk mencapai kesuksesan, dan pemikiran akan kesuksesan akan memunculkan kesuksesan yang nyata, sehingga akan semakin memperkuat *Self efficacy* seseorang.

2) Proses motivasi

Seseorang juga dapat termotivasi oleh harapan yang diinginkannya. Disamping itu, kemampuan untuk mempengaruhi diri sendiri dengan mengevaluasi penampilan pribadinya merupakan sumber utama motivasi dan pengaturan dirinya. *self efficacy* merupakan salah satu hal terpenting dalam mempengaruhi diri sendiri untuk membentuk sebuah motivasi. Kepercayaan *self efficacy* mempengaruhi tingkat pencapaian tujuan, kekuatan untuk berkomitmen, seberapa besar usaha yang diperlukan, dan bagaimana usaha tersebut ditingkatkan ketika motivasi menurun.

3) Proses afektif

Self efficacy berperan penting dalam pengaturan kondisi afektif. *Self efficacy* mengatur emosi seseorang melalui beberapa cara, yaitu seseorang yang percaya bahwa mereka mampu mengelola ancaman

tidak akan mudah tertekan oleh diri mereka sendiri, dan sebaliknya seseorang dengan *self efficacy* rendah cenderung memperbesar risiko, seseorang dengan *Self efficacy* yang tinggi dapat menurunkan tingkat stress dan kecemasan mereka dengan melakukan tindakan untuk mengurangi ancaman lingkungan, seseorang dengan *Self efficacy* yang tinggi memiliki kontrol pemikiran yang lebih baik, dan *Self efficacy* yang rendah dapat mendorong munculnya depresi.

4) Proses seleksi

Proses kognitif, motivasi, dan afektif akan memungkinkan seseorang untuk membentuk tindakan dan sebuah lingkungan yang membantu dirinya dan cara mempertahankannya. Pemilihan lingkungan yang sesuai akan membantu pembentukan diri dan pencapaian tujuan.

2.5.6 Pengaruh *Self Efficacy* Terhadap Perilaku Perawatan Diri

Pasien PPOK didorong untuk mampu melakukan manajemen diri yang efektif. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Garrod efikasi diri terbukti mempengaruhi keputusan individu untuk melakukan tindakan perawatan diri selama di rumah. Dikemukakan bahwa efikasi diri bertindak sebagai mediator antara perubahan dalam kualitas hidup, gejala dan fungsi fisiologis pada rehabilitasi paru. Pengukuran efikasi diri dirancang untuk menguji keyakinan individu untuk melakukan kegiatan yang dipilih sebagai usaha yang diinginkan (Garrod, 2008)

Sebuah penelitian lainnya dilakukan oleh Penelitian senada juga dilakukan oleh Kara (2007) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara *self efficacy* dengan *self care behaviour* ($r= 0,186$; $p=$

0,008). Semakin tinggi *self efficacy* maka semakin tinggi pula *self care behaviour*. Penelitian senada juga dilakukan oleh Bentesen (2010) menunjukkan bahwa pasien PPOK dengan tingkat efikasi diri tinggi dapat melakukan aktifitas fisik dan fungsi psikososial yang lebih tinggi pula dibandingkan dengan yang mempunyai efikasi diri yang rendah. Sedangkan penelitian lainnya yang dilakukan oleh Charron (1993) dan Skelly (1995) dalam Bentesen (2010) menyatakan hal yang senada bahwa efikasi diri dapat memberikan prediksi terhadap kepatuhan seseorang dalam melakukan perawatan dirinya sendiri.

2.6 Pengaruh Edukasi Terhadap Perawatan Diri (*Self Care*) Pasien PPOK

Edukasi merupakan hal yang penting dalam pengelolaan jangka panjang PPOK stabil. Edukasi pada PPOK berbeda dengan edukasi pada asma karena PPOK karena PPOK penyakit kronik yang bersifat *irreversible* dan progresif, inti dari edukasi adalah menyesuaikan keterbatasan aktivitas dan mencegah kecepatan memperburuknya penyakit. Dalam sebuah penelitian Monteagudo et, al., (2013) mengenai edukasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dalam pelayanan memberikan pengaruh signifikan terhadap kecemasan, keseimbangan diet dan kejadian eksaserbasi pasien PPOK yang kerumah sakit. Penelitian serupa yang dilakukan oleh Eframisson, (2008) mengenai pemberian edukasi *self care management* pada pasien PPOK secara signifikan berpengaruh terhadap pengetahuan, kemampuan pasien untuk berhenti merokok dan kualitas hidup pasien PPOK.

Tabel 2.6 Keaslian Penelitian yang terkait *self care*, pendidikan kesehatan, pada pasien PPOK telah dilakukan beberapa kali penelitian seperti tabel dibawah:

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Tujuan	Metode			Intervensi	Hasil
			Desain	Sampel	Teknik Sampling		
1.	<i>Effect of COPD self care management education at a nurse led primary health care clinic (Eframisson, 2008)</i>	Menguji efek edukasi terstruktur oleh perawat di pelayanan kesehatan primer terhadap pengetahuan, perilaku merokok dan kualitas hidup pasien PPOK	Experimental	52 pasien	Randomized dalam dua group	Memberikan intervensi pendidikan terstruktur mengenai kemampuan <i>self care</i> dan bagaimana membantu kemampuan coping dengan penyakit dan pengobatan. Intervensi diberikan. Dilakukan kunjungan rumah sebanyak 2x oleh perawat. Sedangkan kelompok kontrol hanya mendapatkan perawatan biasa dan dilakukan follow up setelah 3 – 5 bulan	Terdapat perbedaan kualitas hidup yang diukur dengan SGRQ nilai : QOL antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan $p = 0,00030$ <i>Knowledge P < 0,001</i> <i>Smoking Cessation P = 0,0185</i>
2.	<i>Effect of self efficacy enhancement program on self care behaviour in COPD (Abedi H et al.2013)</i>	Menganalisis pengaruh peningkatan <i>self efficacy</i> terhadap perilaku perawatan diri pada pasien PPOK	Semi experimental	60 pasien PPOK 30 kelompok kontrol dan 30	Purposive sampling dari Imam Hospital dengan kriteria inklusi	Peningkatan <i>self efficacy</i> dilakukan dengan 4 sesi selama 1 bulan. Sesi 1: pendidikan tentang PPOK	Terdapat perbedaan yang signifikan pada <i>self care</i> kelompok intervensi sebelum intervensi dengan mean 69,7 dan sesudah dilakukan intervensi mean 119,7 SD

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Tujuan	Metode			Intervensi	Hasil
			Desain	Sampel	Teknik Sampling		
				kelompok intervensi	1. Usia 45 – 75 tahun 2. Memiliki riwayat MRS 3. Mampu baca tulis 4. Mampu melakukan aktivitas sehari – hari Tidak memiliki gangguan pendengaran dan penglihatan	(definisi, prevalensi, gejala dan pengobatan) Sesi 2: membantu pasien dalam upaya rehabilitasi paru dengan hal respirasi, nutrisi, latihan fisik, dan resiko infeksi. Sesi 3 : rehabilitasi lebih lanjut oleh petugas terkait pemikiran, saran dan pertukaran informasi yang kurang, misal : cara untuk meminimalkan kesulitan bernapas, cara untuk memelihara status nutrisi, memelihara energi untuk meminimalkan <i>dyspnea</i> dan kelemahan, saran untuk menggunakan inhaler spray, informasi tentang efek samping pengobatan, panduan untuk menggunakan oksigen di rumah, situasi kapan	7,3. Sedangkan untuk kelompok kontrol sebelum 69,3 dan sesudah 68,7 dengan SD (8,4)

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Tujuan	Metode			Intervensi	Hasil
			Desain	Sampel	Teknik Sampling		
						perlu datang ke dokter Sesi 4 : review materi yang telah disampaikan dan menyerahkan booklet pendidikan yang berisi materi pembelajaran dan memastikan bahwa pasien mampu menggunakan	
3.	<i>Effect of education on self efficacy of Turkish patients with COPD</i> (Magfiret, 2004)	Mengetahui efektivitas pendidikan terstruktur terhadap <i>self efficacy</i> pasien PPOK	Quasi eksperimental pretest posttest kelompok kontrol	60 pasien	Random sampling	Pendidikan dengan menggunakan brosur berisikan proses penyakit, berhenti merokok, menghindari polusi udara, latihan, pengobatan, metode konservasi energi, batuk efektif, kontrol stress, nutrisi, dan terapi oksigen Edukasi diberikan 4 kali dalam seminggu selama 60-70 menit dan dievaluasi pada 1 bulan setelah edukasi diberikan	Hasil sebelum edukasi diberikan pada kelompok intervensi di dapatka mean 2,43 SD 0,32 setelah 1 bulan: mean 3,58 SD 0,24 sedangkan pada kelompok kontrol sebelum edukasi mean 2,49 SD 0,29 setelah mendapatkan edukasi mean 2,70 Sd 0,22.
4.	<i>The effect of patient education programs on medication use among asthma and COPD</i>	Mengevaluasi efektivitas pendidikan dalam pengaturan perawatan primer pada	Pre experimental pretest dan posttest	185 pasien	Random sampling	Training dan informasi yang diberikan patofisiologi of <i>disease, medication</i>	Penggunaan obat secara keseluruhan untuk kelompok intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Tujuan	Metode			Intervensi	Hasil
			Desain	Sampel	Teknik Sampling		
	<i>patient: a propensity score matching with a difference in difference regression approach (sari & Osman, 2015)</i>	pengguna obat antara asma dan pasien PPOK				<i>and inhaler technique, environmental control for asma and coping skills</i> diberikan selama kunjungan pasien	kelompok kontrol, rerata kelompok intervensi menggunakan obat asma dan COPD dari waktu ke waktu dalam bentuk pemanfaatan yang lebih tinggi dari kronis obat manajemen setara dengan \$157 dan \$195 di tahun tertentu selama empat tahun setelah intervensi
5.	<i>Effectiveness of self instructional module on knowledge of self care management of COPD among patient with COPD (Sharma MK, et al., 2016)</i>	Mengetahui efektivitas modul intruksional diri pada pengetahuan pasien PPOK	Quasi experimental	30	Purposive sampling	Memberikan modul intruksional diri mengenai manajemen perawatan diri pasien PPOK secara semi interview terstruktur	Terdapat perbedaan pengetahuan (tentang penyakit, <i>self care management</i>) sebelum dan sesudah intervensi sebesar 59,3 % Sedangkan pada kelompok kontrol perbedaan pengetahuan sebesar 3,96%
6.	<i>Family support, perceived self efficacy and self care behaviour of Turkish patients with COPD (Kara, Magfiret K et al., 2006)</i>	Mengetahui hubungan antara dukungan keluarga, self efficacy dan perilaku perawatan diri	Deskriptif Korelasi	200	Purposive sampling	Mengukur skala dukungan keluarga dengan Pss-Fa 21 item dengan alpha 0,85 Mengukur <i>self efficacy</i> dengan COPD <i>self efficacy scale</i> dari Wigal et al (1991) sebanyak 34 item $r=0,77$ Cronbach's alpha 0,94 <i>Self care behaviour</i> dengan the	Terdapat hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan perilaku <i>self care</i> ($r = 0,302$ $P= 0,01$) Terdapat hubungan signifikan antara self efficacy dengan perilaku self care ($r= 0,186$ $P=0,01$) Terdapat hubungan signifikan antara dukungan keluarga dengan <i>self efficacy</i> ($r = 0,412$ $P = 0,01$)

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Tujuan	Metode			Intervensi	Hasil
			Desain	Sampel	Teknik Sampling		
						<i>Alberto COPD self care</i> sebanyak 31 item, Cronbach's alpha 0,87	
7.	<i>Influence of family caregiver caring behaviour on COPD patient self care behaviour in Taiwan (KY Wong, 2012)</i>	Mengetahui adanya hubungan antara keluarga sebagai pemberi perawatan mengenai pengetahuan tentang PPOK dan perilaku perawatan dengan perilaku perawatan diri pada pasien PPOK	<i>Cross – sectional studi</i>	192 pasien	<i>Consecutive sampling</i>	Keluarga inti sebagai pemberi perawatan diberikan kuesioner mengenai pengukuran PPOK dan pengetahuan PPOK (pasien dan keluarga), status fungsional, <i>self efficacy</i> , dan pengetahuan yang berhubungan dengan penyakit pasien, respon terhadap pemberi perawatan (keluarga). Semua kuesioner diberikan setelah dilakukan uji validitas dan reliabilitas	Terdapat hubungan antara perilaku <i>self care</i> dengan keluarga pemberi perawatan dengan nilai P = 0,03
8.	<i>Evaluation of a combine strategy directed toward health care professional and patient with COPD : information and health education feedback for improving clinical monitoring and quality of life (Valero et al., 2009)</i>	Mengevaluasi strategi gabungan /kerjasama antara tenaga kesehatan profesional dengan pasien melalui informasi dan edukasi untuk memonitor gejala dan meningkatkan kualitas hidup	<i>Quasi experimental pretest posttest with kontrol group</i>	393 pasien PPOK	Random sampling	Intervensi yang diberikan mengenai motivasi dan pendidikan kesehatan (<i>tobacco, inhalers, diet, physical exercise, physiotherapy</i>) oleh tenaga kesehatan	Terdapat perbedaan signifikan kelompok intervensi dan kelompok kontrol terkait dengan kualitas hidup dan gejala penyakit dengan nilai P < 0,005

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Tujuan	Metode			Intervensi	Hasil
			Desain	Sampel	Teknik Sampling		
						professional follow up dilakukan setelah 12 bulan	
9.	<i>How do COPD patient respond to exacerbation ? (Trappenburg et al., 2011)</i>	Penelitian prospektif ini bertujuan menentukan kejadian relative, waktu dan faktor – faktor penentu serta jenis respon pasien	<i>Multicentre observasional study</i>	121 pasien PPOK selama bulan januari – maret	<i>Consecutive sampling</i>	Dilakukan observasi mengenai respon pasien terhadap eksaserbasi yaitu tipe A dilakukan teknik istirahat dan pembersihan sputum, type B menggunakan <i>bronchodilator</i> untuk membantu pernapasan, type C menghubungi petugas kesehatan	Studi kami menunjukkan bahwa sebagian besar pasien bersedia mengambil tindakan manajemen diri tepat waktu selama eksaserbasi. penelitian ini lebih lanjut diperlukan untuk menentukan apakah rendahnya kesadaran menghubungi petugas atau penyedia kesehatan pada saat eksaserbasi adalah karena kurangnya manajemen diri atau eksasibilitas kesehatan
10.	<i>Unmet needs of patients with COPD : a qualitative study on patient and doctors (Wong et al., 2014)</i>	Mengeksplorasi terpenuhinya kebutuhan pasien dari perspektif pasien dan dokter dalam mengelola PPOK	<i>Semi structured interview guide</i>	18 pasien dan 18 dokter	<i>Convenience sampling</i>	Diwawancarai menggunakan panduan wawancara semi terstruktur yang direkam menggunakan audio, ditranskripsikan verbatim dan diperiksa oleh pewawancara. Data dianalisis menggunakan pendekatan tematik	Penelitian ini menunjukkan pengetahuan PPOK umumnya rendah, ini bisa mengakibatkan kurangnya pemahaman tentang pilihan pengobatan, hasil, dan prognosis PPOK, kesalahpahaman bahwa batuk karena PPOK adalah menular dan sesak napas yang dihasilkan dari PPOK, memiliki dampak fisik dan psikososial yang dapat menyebabkan isolasi sosial. Kebanyakan

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Tujuan	Metode	Intervensi	Hasil
			IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA		pasien dan dokter tidak mendukung pendekatan manajemen diri
11.	<i>Educational programmes in COPD management intervention : A systematic Review (Stoilkova et al. 3013)</i>	Menggambarkan topik pendidikan terpadu dalam intervensi manajemen PPOK saat ini dan untuk memeriksa kekuatan, kelemahan, dan metode panyampaian program pendidikan	Data base yang digunakan MEDLINE/PubMed (1996 – 2012), <i>Cochrane Central Registry of Kontrolled clinical Trials</i> (1966 – 2012) and <i>web of science</i> (1998-2012) Keyword : (1) COPD, ‘Pulmonary disease’, ‘chronic obstructive’ (2) health education’, patient education as topic, ‘education’ (3) disease management’, ‘case management’, ‘self care’, delivery of health care integrated, ‘patient care planning’, ‘pulmonary rehabilitation’ jumlah antikel review 54 (80,6%) penelitian dengan desain <i>randomized controlled trials</i> dan 13 (19,4%) penelitian <i>kontrolled clinical trial</i> . Review studi dilakukan dengan kriteria : 1). Pasien dengan diagnosis PPOK 2). Intervensi mengenai manajemen termasuk pendidikan, manajemen penyakit	Hasilnya : <i>topik edukasi yang sering diberikan yaitu smoking cessation (80%); medication (76,9%); exercise (72,3%); breathing strategies (70,8%); exacerbation (69,2%); and stress management (67,7%)</i> . Media edukasi yang sering digunakan : <i>power point presentation (28,6%); flip board with large sheets of paper (33,3%); posters (14,3%); printed material and/or brochure (90,5%); video (14,3%); internet (9,5%)</i> Metode edukasi : <i>demonstrasi and practice (educator and/or the learner) (73,8%); interactive leacturing (66,7%); group exchange or discussions (47,6%), peer observation (use of an expert patient)(4,8%) feedback and reinforcement (66,7%)</i> Petugas edukasi profesional yang memberikan edukasi adalah <i>Nurse(75,8%); physician/pulmonary physician (37,9%); pharmacist (10,6%) physiotherapist (34,8%); occupational therapist (15,2%); dietician (22,7%); respiratory therapiest (21,2%)</i> . <i>Self management skill know and control the triggers and symptoms (83,3%) take medication as prescribed (90,5%) control</i>	<i>Implikasi practice</i> : pendidikan pasien merupakan komponen penting dalam manajemen diri pasien PPOK, namun sekarang banyak topik pendidikan yang belum jelas sepenuhnya berkaitan dengan perubahan perilaku pasien PPOK. dibutuhkan penelitian mengenai topik edukasi yang berkontribusi terhadap perubahan perilaku pasien PPOK dan mengembangkan topik sesuai dengan kebutuhan pasien.

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Tujuan	Metode	Intervensi	Hasil		
			rehabilitasi dan medikasi, 3). Desain randomized controlled trial dan controlled clinical trial, 4). Bahasa yang digunakan bahasa Inggris	acute episodes and emergencies (81,0%). Have a healthy diet (64,3%). Do not smoke reduction technique (71,4%). Evaluation of intervention one-to-one-in person counseling is considered to be a more effective intervention (high efficacy) when compared to the group counseling session (medium efficacy). Durasi edukasi mulai dari 10 – 180 menit, dengan rata – rata nilai tengahnya sekitar 60 menit. Lama sesinya bervariasi dari yang 1 sesi sampai 60 sesi, rata – rata 6 sesi. Follow up yang dilakukan dari 1 bulan setelah edukasi sampai 5 tahun.			
No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Tujuan	Metode			Intervensi	Hasil
			Desain	Sampel	Teknik Sampling		
12.	<i>Self care approaches to managing chronic obstructive pulmonary disease : A provincial survey</i>	Mengidentifikasi dari perspektif individu yang menderita PPOK dan bagaimana pendekatan manajemen mereka	<i>Descriptive</i>	353 pasien	Responden diambil dari database yang bisa dihubungi via telepon dengan kriteria inklusi : (1) pasien yang memiliki diagnosis PPOK (2). Pasien yang mengalami gejala pernafasan setiap hari (3). Pasien yang mampu berbahasa	Responden diberikan kuesioner terkait 12 aktivitas : latihan pernafasan, latihan ketahanan tubuh, latihan peregangan, dan obat – obatan) kemudian di follow up oleh dokter dan tenaga kesehatan Section.	Strategi umum yang digunakan responden adalah inhaler bronchodilator (100%) Penggunaan vaksin influenza (90%); aktivitas dengan aerobic (75%); latihan nafas (69%) dan inhalers steroid (67%). Indikasi depresi (44%) responden yang menggunakan model pembuat keputusan (68%)

No.	Judul Karya Ilmiah & Penulis	Tujuan	Metode			Intervensi	Hasil
			Desain	Sampel	Teknik Sampling		
					inggris	ke 2 menggunakan <i>Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D)</i> untuk mengidentifikasi factor depresi, section ketiga pasien diberikan pertanyaan terkait keterlibatan dalam pengambilan keputusan dan persepsi dari kualitas interaksi dengan tim pelayanan kesehatan mereka	

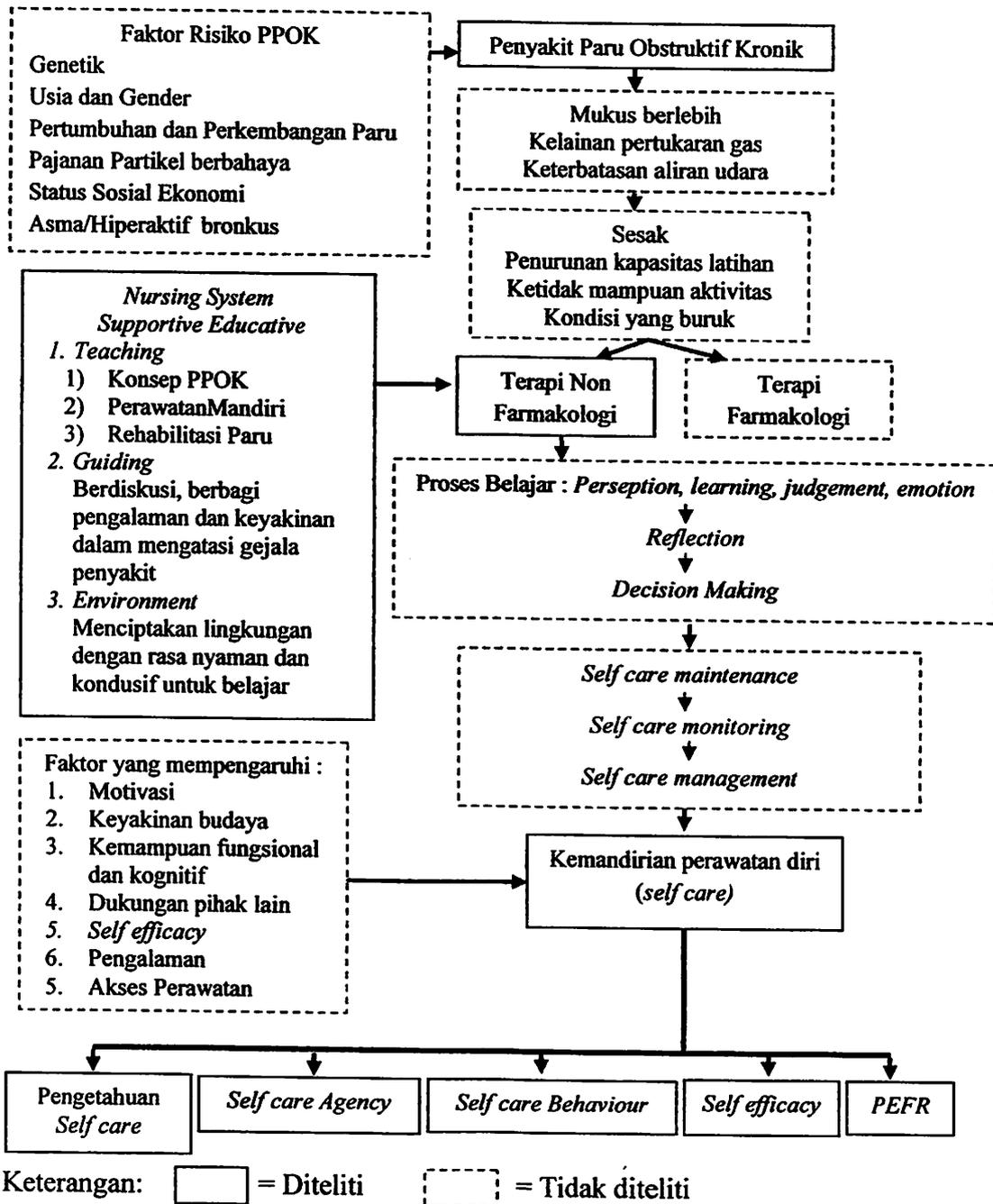
BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL

BAB 3

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual *Supportive Educative* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (GOLD, 2016; Orem, 2001; Riegel, 2012; Sharma MK, et al., 2016; Nursalam, 2016)

Penyakit paru obstruktif kronik disebabkan oleh beberapa faktor risiko seperti gen, usia, jenis kelamin, pertumbuhan dan perkembangan paru, bronkhitis kronik, paparan partikel terutama partikel yang berbahaya, status sosial ekonomi, asma dan infeksi. Keadaan ini akan menumbuhkan reaksi inflamasi pada paru sehingga menimbulkan kondisi patologis berupa mukus yang berlebih, kelainan pertukaran gas dan keterbatasan aliran udara didalam saluran nafas. Kondisi ini akan memunculkan gejala sesak, penurunan kapasitas latihan, ketidakmampuan beraktivitas pada pasien PPOK dan jika keadaan ini tidak segera diperbaiki akan semakin memburuknya kondisi pasien terhadap kemampuan aktivitasnya. Penatalaksanaan PPOK stabil secara garis besar terbagi menjadi 2 (dua) yaitu terapi farmakologi dan terapi non-farmakologi. Dalam penelitian ini menekankan pada pemberian terapi non-farmakologi pada PPOK, terapi non farmakologi yang diberikan berupa pemberian *Supportive Educative* menggunakan Modul kemandirian perawatan diri (*self care*).

Supportive Educative pada klien PPOK dilakukan dengan *teaching, guiding* dan *providing environment* yaitu sebuah proses *self care* yang diberikan dikemas dalam bentuk modul pembelajaran yang diberikan pada pasien PPOK, sehingga akan menumbuhkan proses belajar (*Perseption, learning, judgement, emotion*). Menurut Riegel (2012) proses terbentuknya suatu perawatan diri (*self care*) dengan cara merefleksikan pengetahuan yang didapatkan, kemudian akan membentuk suatu keputusan tentang apa yang harus dilakukan (*decision making*). Keputusan dalam melakukan perawatan diri meliputi 3 (tiga) dimensi, yaitu: *Self care Maintenance* merupakan suatu perilaku yang digunakan oleh pasien penyakit kronik untuk perawatan fisik dan kestabilan emosinya. Dimensi kedua *Self care*

Monitoring merupakan suatu proses yang rutin untuk melakukan pemantauan pada kondisi PPOK dan dimensi yang terakhir adalah *Self care Management* meliputi upaya untuk mempertahankan kesehatan atau gaya hidup. Dengan melakukan tiga dimensi tersebut pasien PPOK dapat melaksanakan perawatan diri secara mandiri yang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya adalah motivasi, keyakinan budaya, kemampuan fungsional dan kognitif, dukungan dari pihak lain, pengalaman, akses perawatan dan *self efficacy*. Kemandirian yang dapat dimiliki pasien terutama mengenai pengetahuan perawatan diri (*self care*), kemampuan perawatan diri (*self care agency*) kemudian akan dibuktikan dalam perilaku perawatan diri (*self care behaviour*) dan perubahan pada nilai *peak expiratory flow rate*

3.2 Hipotesis Penelitian (H1)

1. Ada pengaruh *supportive educative* terhadap pengetahuan (*self care*) pasien PPOK
2. Ada pengaruh *supportive educative* terhadap *self care agency* pasien PPOK
3. Ada pengaruh *supportive educative* terhadap *self care behaviour* pasien PPOK
4. Ada pengaruh *supportive educative* terhadap *self efficacy* pasien PPOK
5. Ada pengaruh *supportive educative* terhadap *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)* pasien PPOK

BAB 4 METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab ini akan disajikan desain penelitian, populasi dan sampel, kerangka operasional, variabel dan definisi operasional, lokasi dan waktu penelitian, prosedur pengambilan dan pengumpulan data, analisa data serta etika penelitian

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu penelitian *eksperimental design*. Penelitian eksperimen merupakan penelitian yang dimaksudkan untuk mengetahui akibat dari *treatment* pada subjek yang diselidiki. Cara untuk mengetahuinya yaitu membandingkan satu atau lebih kelompok eksperimen yang diberi *treatment* dengan satu kelompok pembanding yang tidak diberi *treatment*.

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *quasi eksperimental design* yaitu penerapan intervensi *model supportive educative* terhadap kemandirian perawatan diri yang menekankan pada pengetahuan *self care*, *Self care agency*, *self care behaviour*, *self efficacy* dan perubahan nilai *peak expiratory flow rate* penderita PPOK. Pada penelitian ini kelompok eksperimen diberi intervensi *model supportive educative* sedangkan kelompok kontrol hanya menerima perawatan biasa atau rutin oleh dokter dan perawat di klinik.

Kelompok eksperimen menggunakan model *supportive educative*, yaitu dengan cara melakukan pengajaran (*Teaching*), bimbingan (*Guidance*) dan pemberian lingkungan belajar (*providing environment*) terkait teknik berhenti merokok, latihan fisik, latihan pernapasan, nutrisi pasien PPOK dan pengobatan sedangkan untuk kelompok kontrol mendapatkan perawatan secara

rutin terkait berhenti merokok, latihan fisik dan berobat secara teratur oleh dokter dan perawat di klinik.

Pengukuran pengetahuan *self care*, *self care agency*, *self care behaviour*, *self efficacy* dan *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)* dilakukan secara bersamaan sebelum intervensi *model supportive educative* dan setelah intervensi yaitu 4 minggu setelah intervensi. Pada kelompok kontrol pengukuran pengetahuan *self care*, *self care behaviour*, *self care agency*, *self efficacy* dan *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)* dilakukan pada waktu yang bersamaan dengan kelompok perlakuan.

Rancangan penelitian *quasi experiment* seperti terlihat pada tabel berikut ini.

Tabel 4.1. Rancangan Penelitian *Quasi Experiment Pre-Post With Control Group Design, 2017*

Subyek	Pre-test	Intervensi	Post-test
K-intervensi	01	IA	01-A
K-kontrol	02	IB	02-B
	Time 1		Time 2

Keterangan

K-Intervensi : Subjek (Pasien PPOK) Perlakuan

K-Kontrol : Subjek (Pasien PPOK) akan menjadi Kontrol

O : Observasi kemampuan kemandirian penampilan perawatan diri

IA : Intervensi pemberian *supportive educative* pada penderita PPOK pada saat di poli paru RSUD Jombang.

IB : Intervensi yang secara rutin diberikan pada penderita PPOK pada saat berobat di poli paru RSUD Dr Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto

4.2 Populasi, Sampel dan sampling

4.2.1 Populasi

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah Populasi Terjangkau, yaitu populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dari kelompoknya (Nursalam, 2016). Populasi yang telah dihomogenkan dalam penelitian ini berjumlah 34 pasien.

Kriteria dari penelitian ini adalah :

- 1) Pasien secara medis diagnosa Penyakit Paru Obstruktif Kronik
- 2) Pasien PPOK dalam kondisi stabil
- 3) Pasien dengan kesadaran *composmentis*
- 4) Usia Pasien > 40 tahun
- 5) Pasien yang bisa baca tulis
- 6) Pendidikan minimal tamat SD
- 7) Pasien yang tidak ada keterbatasan secara fisik
- 8) Pasien yang tidak mengalami gangguan penglihatan dan pendengaran
- 9) Pasien yang tidak ada indikasi rawat inap

4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2016). Penentuan besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus sampel William G Cochran :

$$n = \frac{N (Z_{1-\alpha/2})^2 \sigma^2}{(N-1) d^2 + (Z_{1-\alpha/2})^2 \sigma^2}$$

$$n = 31,86 \text{ dibulatkan } 32$$

Keterangan :

n = Besar sampel

N = Besar populasi

$Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kemaknaan (biasanya 95% = 1,96)

σ = Standart Deviasi (1,15) (Sharma et al, 2016)

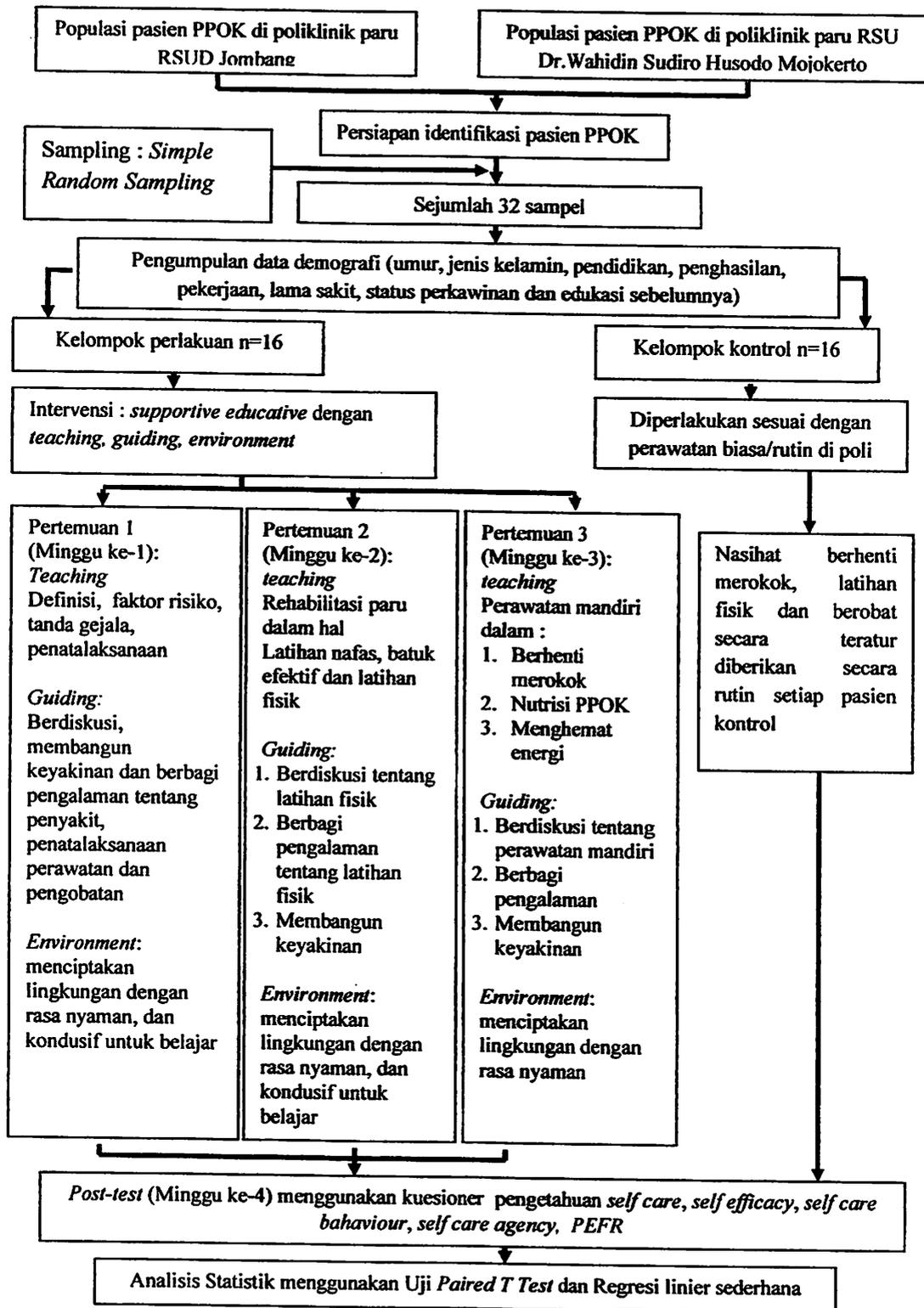
d = kesalahan (absolute) yang dapat ditolerir (10%)

Dengan demikian besar sampel yang diperlukan sebanyak 32, masing – masing kelompok yaitu kontrol dan intervensi adalah 16 orang.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan metode *probability sampling* melalui *simple random sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang memberi kesempatan yang sama kepada setiap anggota yang ada dalam suatu populasi untuk menjadi sampel (Siregar, 2012)

4.3 Kerangka Operasional



Gambar 4.1. Kerangka Operasional *Supportive Educative* Berbasis *Self efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik, 2017

4.4 Variabel dan Definisi Operasional

Variabel Penelitian yaitu suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, objek atau kegiatan yang variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2011).

4.4.1 Variabel Penelitian

1) Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain (Nursalam, 2016). Variabel independen dalam penelitian ini adalah intervensi *supportive educative* keperawatan (*teaching, guiding, providing environment*)

2) Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya dipengaruhi oleh variabel lain (Nursalam, 2016). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pengetahuan *self care, self care agency, self care behaviour, self efficacy* dan *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)*

3) Variabel perancu (*confounding*)

Adalah variabel yang nilainya ikut menentukan variabel baik secara langsung maupun tidak langsung (Nursalam, 2016). Variabel perancu dalam penelitian ini adalah pendidikan, pekerjaan, lama sakit, status perkawinan, edukasi sebelumnya, akses perawatan.

4.4.2 Definisi Operasional

Tabel 4.2. Definisi Operasional *Supportive Educative* Berbasis *Self efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik, 2017

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen <i>Intervensi supportive educative keperawatan (teaching, guiding, providing environment)</i>	<p>Program pembelajaran tentang pengelolaan pasien PPOK dan penatalaksanaan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengajaran (<i>Teaching</i>) yaitu tindakan pengajaran yang dilakukan untuk mengembangkan pengetahuan penderita PPOK untuk melaksanakan <i>self care</i> 2. Bimbingan (<i>Guiding</i>) yaitu berdiskusi, membangun keyakinan dan memberikan arahan kepada penderita untuk membuat keputusan dalam melaksanakan <i>self care</i> 3. Penciptaan lingkungan belajar (<i>providing environment</i>) yaitu menciptakan lingkungan yang kondusif untuk terjadinya pertukaran pengalaman dan mendemonstrasikan <i>self care</i> penderita PPOK 	<p>Pengetahuan yang berhubungan dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian PPOK 2. Faktor risiko PPOK 3. Mekanisme terjadinya gejala 4. Penatalaksanaan aktivitas perawatan diri dalam kemampuan berhenti merokok, nutrisi, menghemat energi, latihan fisik, kontrol pernapasan dan pengobatan farmakologi dengan <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>self care</i> 2. <i>self care agency</i> 3. <i>self care behaviour</i> 4. <i>self efficacy</i> 	<p>Modul perawatan diri PPOK, Satuan Acara Penyuluhan (SAP), daftar presensi, lembar evaluasi, lembar observasi mandiri, lembar observasi mingguan</p>	-	-

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel Dependen					
Kemandirian perawatan diri (<i>self care</i>)					
Pengetahuan <i>self care</i>	Pemahaman individu terhadap perawatan diri pasien PPOK	Pengetahuan yang berhubungan dengan aktivitas fisik, nutrisi, pengobatan PPOK, berhenti merokok, latihan pemapasan	Kuesioner <i>COPD self-care knowledge</i> (Walth et al .1991)	Interval	Skor 0-20 nilai tertinggi 20 dan nilai terendah 0
<i>Self Care Agency</i> (SCA)	Kemampuan atau kekuatan yang dimiliki oleh seorang individu untuk mengidentifikasi, menetapkan, mengambil keputusan dan melaksanakan <i>self care</i>	1. Pengetahuan diri 2. Keputusan yang mempengaruhi perawatan diri 3. Perhatian, kesadaran diri dan monitor diri 4. Keterampilan fisik dan kepuasan dengan rutinitas perawatan diri	Kuesioner " <i>Self As Carer Inventory</i> " (Geden&Taylor, 1991)	Interval	Dinyatakan dengan skor 15-60 nilai tertinggi 60 dan nilai terendah 15
<i>Self care behaviour</i>	Aktivitas individu dalam melakukan perawatan diri sendiri untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraannya	Kuesioner ini berisi Penampilan mereka terhadap: 1. Pola nutrisi 2. Pengobatan 3. Latihan fisik 4. Kontrol pemapasan 5. Berhenti merokok	Kuesioner <i>The Alberto COPD self care Behaviour</i> (Alberto, 1991)	Interval	Dinyatakan dengan skor 20-40 dengan skor tertinggi 40 dan terendah 20
<i>Self efficacy</i>	Pernyataan pasien PPOK terkait keyakinan terhadap kemampuan melakukan perawatan diri yang berhubungan dengan kondisi emosi, masalah fisik, kelelahan emosional, diet dan lingkungan dalam masalah pemapasan yang diukur dengan kuesioner <i>COPD self efficacy scale</i>	Kuesioner ini berisi: 1. Kondisi emosional 2. Masalah fisik 3. Lingkungan dan cuaca 4. Diet 5. Kelelahan fisik dan emosional	Kuesioner <i>COPD self efficacy scale</i> (Wigal et.al, 1991)	Interval	Dinyatakan dengan skor tertinggi 80 dan terendah 20
<i>Peak Expiratory Flow Rate</i> (PEFR)	Kecepatan ekspirasi maksimal yang bisa dicapai oleh seseorang, dinyatakan dalam liter/detik terjadi perubahan >20%	Angka yang ditunjukkan oleh jarum saat pasien meniupkan napas dengan kuat pada alat <i>peak flow meter</i> dalam liter/detik	<i>Peak flow meter</i>	Ratio	-

4.5 Alat dan Bahan Penelitian

Penelitian ini menggunakan berbagai alat mulai dari persiapan sampai penyajian hasil penelitian. Alat tersebut meliputi alat tulis, laptop, *handphone* (HP) untuk mengetahui alamat pasien, pengukur tinggi badan, timbangan badan, dan alat *peak flow meter*. Sedangkan intervensi yang diberikan menggunakan media modul dan panduannya berupa satuan acara pembelajaran (SAP).

4.6 Instrumen Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrument penelitian sebagai berikut :

- 1) Pengambilan data karakteristik responden menggunakan metode wawancara dan kuesioner yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, lama sakit, status perkawinan, akses perawatan pendidikan kesehatan sebelumnya serta nilai *Body mass Index*.
- 2) Pengetahuan *self care*, *self care agency*, *self efficacy*, *self care Behaviour* semua diukur menggunakan kuesioner. Seluruh kuesioner dilakukan uji validitas dan reliabilitas. *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)* diukur menggunakan alat *peak flow meter*

(1) Kuesioner Pengetahuan *self care*

Kuesioner yang berisikan pengetahuan pasien PPOK tentang perawatan diri (*Self Care*) pada pasien PPOK yang terdiri dari 20 item pertanyaan. Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini telah dimodifikasi dari *COPD self-care knowledge* yang sebelumnya telah dikembangkan oleh Walth et al.(1991). Kuesioner yang digunakan jenis kuesioner *closed ended questions* yang menggunakan skala

Guttman terdiri dari jawaban benar, dan salah. Jika jawaban responden benar nilai 1 dan jika salah nilai 0. Cara menghitungnya jumlah jawaban benar dibagi jumlah total skor dikalikan 100% maka akan diperoleh total skor jawaban responden yang benar. Hasil validitas dan reliabilitas yang dilakukan diperoleh nilai $r = 0,707$ dan *Cronbach's alpha* 0,978

Tabel 4.3. Kisi-Kisi Pertanyaan Kuesioner Pengetahuan *Self Care*, 2017

Pertanyaan	Nomer item soal	Jumlah Pertanyaan
Latihan Fisik	2, 4, 8, 9	4 pertanyaan
Pola Nutrisi	10, 11, 12, 13,	4 pertanyaan
Latihan Pernapasan	5, 6, 7, 18	4 pertanyaan
Pengobatan	1, 3, 17, 19	4 pertanyaan
Berhenti merokok	14, 15, 16, 20	4 pertanyaan

(2) Kuesioner *Self Care Agency*

Rasa mampu, kekuatan, dan rasa percaya diri pasien PPOK untuk bisa melakukan perawatan diri. Kuesioner yang digunakan pada penelitian ini telah dimodifikasi dari "*Self As Carer Inventory*" (Geden&Taylor, 1991). Kuesioner ini terdiri dari 15 pertanyaan menggunakan alternative jawaban skala Likert sebagai berikut : 1 = tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = selalu, 4 = setiap hari. Nilai tertinggi 60 dan nilai terendah 15. Semakin tinggi nilainya menunjukkan pasien memiliki kemampuan dalam perawatan dirinya, sebaliknya semakin rendah nilainya maka kemampuan yang dimiliki semakin rendah. Hasil validitas dan reliabilitas yang diperoleh nilai $r = 0,707$ dan *Cronbach's alpha* 0,961

Tabel 4.4 Kisi-kisi pertanyaan *Self Care Agency*, 2017

Parameter	No.item pertanyaan	Jumlah Pertanyaan
Pengetahuan diri	12, 13, 14, 15	4 Pertanyaan
Keputusan yang mempengaruhi perawatan diri	1, 8, 9	3 Pertanyaan
Perhatian, kesadaran diri dan monitor diri	6, 7, 10, 11	4 Pertanyaan
Keterampilan fisik dan kepuasan dengan rutinitas perawatan diri	2, 3, 4, 5	4 Pertanyaan

(3) Kuesioner *Self Care Behaviour*

Kuesioner *Self Care Behaviour* digunakan untuk menggambarkan kemandirian pasien PPOK dalam melakukan perawatan dirinya. Kuesioner ini terdiri dari 20 pertanyaan yang telah dimodifikasi dari kuesioner sebelumnya yang telah dikembangkan oleh Alberto (1991). Pengukuran *Self Care Behaviour* dengan melihat indikator *self care* yang meliputi pola nutrisi, pengobatan, latihan fisik, kontrol pernapasan, dan berhenti merokok. Menggunakan alternative jawaban skala *Guttman* dengan menjumlahkan skor pertanyaan “YA” dengan skor 2 dan “TIDAK” dengan skor 1. kemudian menjumlahkan skor yang dilakukan, sehingga akan diperoleh skor tertinggi 40 dan skor terendah 20. Hasil validitas dan reliabilitas yang dilakukan diperoleh nilai $r = 0,707$ dan *Cronbach's alpha* 0,978 Adapun rincian dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 4.5 Kisi-kisi pertanyaan *Self Care Behaviour* pasien PPOK, 2017

Indicator <i>Self Care Behaviour</i>	Pertanyaan	Jumlah pertanyaan
Pengobatan	1,2,3,4	4 pertanyaan
Latihan fisik	5,6,7,8	4 pertanyaan
Pola nutrisi	9,10,11,12	4 pertanyaan
Latihan pernapasan	13,14,15,16	4 pertanyaan
Berhenti merokok	17,18,19,20	4 pertanyaan

(4) Kuesioner *Self Efficacy*

COPD self efficacy (CSES) pertama kali dikembangkan oleh Wigal, dkk (1991) digunakan untuk menilai tingkat keyakinan tentang kemampuan pasien PPOK dalam mengelola dan menghindari kesulitan bernapas saat berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan tertentu. Peserta diminta untuk mengidentifikasi bagaimana mereka merasa yakin bahwa mereka bisa mengelola sesak napasnya dalam beberapa situasi, misalnya “bila udara lembab, ketika saya berbaring di tempat tidur”. CSES menyediakan item dengan kompleksitas yang memadai dalam kaitannya dengan situasi khusus pengelolaan PPOK. instrument ini berisikan 20 item yang terbagi menjadi 5 sub skala. 5 sub skala ini adalah: 1) Dampak negatif, 2) Kondisi emosional, 3) Kondisi fisik, 4) Cuaca dan lingkungan dan 5) faktor risiko perilaku. Instrument ini menggunakan 4 point skala Likert dari tidak yakin, yakin, agak yakin, dan sangat yakin. Dari masing-masing sub skala didapatkan dari menambahkan nilai respon tiap item untuk mendapatkan skor total. Nilai berkisar antara 1-4 dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan lebih baik efisiensi dirinya. Hasil validitas dan reliabilitas yang dilakukan pada penelitian Wira (2016) dengan nilai $r = 0,82$ dan *Cronbach's alpha* 0,95

Tabel 4.5. Kisi-Kisi Kuesioner *Self Efficacy*, 2017

Sub skala	No.item pertanyaan	Jumlah pertanyaan
Dampak negative	11, 12, 16, 18	4 pertanyaan
Kondisi emosional	4, 6, 8, 10	4 pertanyaan
Kondisi fisik	1, 9, 13, 17	4 pertanyaan
Cuaca dan lingkungan	2, 3, 14, 20	4 pertanyaan
Faktor risiko perilaku	5, 7, 15, 19	4 pertanyaan

(5) *Peak Flow Meter*

Alat yang digunakan jenis *wright peak flow meter* yang sebelumnya telah dijelaskan cara penggunaannya, pasien dengan duduk tegak memegang alat, mengambil nafas dalam kemudian meniupkan udara ekspirasi sekuat-kuatnya dan cepat dengan mulut mengatup pada alat. Pemeriksaan bisa diulang sebanyak 3 kali dan nilai yang diambil adalah nilai tertinggi dari hasil pemeriksaan. Pemeriksaan dilakukan sebanyak 4 kali minimal 3 jam setelah minum obat dan dilakukan pada minggu keempat hingga kelima penelitian.

4.7 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan di dua rumah sakit yaitu RSUD Jombang dan RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto. Penegakan diagnosis PPOK di dua Rumah Sakit Ini telah dilengkapi oleh *Spirometry Test*. Kedua rumah sakit ini menjadi rujukan pasien sebelum dilakukan rujukan ke rumah sakit tipe A.

Waktu penelitian diawali dengan penyusunan proposal penelitian dan studi pendahuluan yang dilakukan pada bulan Oktober 2016 – Januari 2017 dan penelitian dilaksanakan mulai 8 Februari – 17 Maret 2017.

4.8 Proses Pengumpulan Data

Penelitian dilaksanakan sesuai prosedur yang telah ditentukan. Sebelum pengumpulan data peneliti harus mengikuti prosedur sebagai berikut :

4.8.1 Tahap Persiapan

- 1) Menyerahkan proposal yang telah di setujui oleh pembimbing dan penguji untuk dapat memperoleh surat keterangan lolos uji etik dari Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

- 2) Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang ditujukan kepada Direktur RSUD Jombang dan RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto sebagai tempat penelitian

4.8.2 Tahap Pelaksanaan

- 1) Pengumpulan data dilakukan di poliklinik paru setelah mendapatkan ijin penelitian dari bagian BAKORDIK RSUD Jombang dan Diklat RSUD dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto, maka peneliti mohon ijin kepada kepala bidang perawatan, kepala instalasi rawat jalan dan penanggung jawab poliklinik.
- 2) Pelaksanaan penelitian akan dimulai dengan memilih menentukan populasi terjangkau sesuai dengan kriteria inklusi kemudian dihitung menggunakan rumus besar sampel data kontinyu dengan nilai populasi dan diperoleh jumlah sampel sejumlah 16. Kelompok intervensi berasal dari RSUD Jombang sejumlah 16 responden dan kelompok kontrol dari RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto sejumlah 16 responden.
- 3) Sebelum dilakukan intervensi, responden akan diberikan penjelasan terlebih dahulu mengenai tujuan dari penelitian dan menandatangani *informed consent* sebagai kesediaan menjadi responden
- 4) Responden pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol akan dilakukan pengukuran *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)* terlebih dahulu kemudian dilakukan pre-test pengukuran pengetahuan *self care, Self Care Agency, Self Efficacy* dan *Self care behaviour*. Pengisian kuesioner akan didampingi oleh peneliti
- 5) Kelompok perlakuan dilakukan pertemuan untuk memberikan edukasi setiap

1 minggu sekali selama 3 minggu setiap pertemuan dilakukan selama 60 menit dengan bantuan menggunakan modul dan SAP

- (1) Pertemuan 1 (pertama) dilaksanakan di rumah sakit diberikan edukasi tentang PPOK secara umum yaitu definisi, faktor risiko, tanda gejala, penatalaksanaan, berdiskusi tentang penyakit dan penatalaksanaan perawatan dan pengobatan, menciptakan lingkungan dengan rasa nyaman, dan kondusif untuk belajar
- (2) Pertemuan 2 (kedua) dilaksanakan di rumah pasien, melakukan *follow up* pertemuan sebelumnya, kemudian memberikan edukasi mengenai rehabilitasi paru mengenai latihan nafas, batuk efektif dan latihan fisik. Berdiskusi tentang latihan fisik yang mampu dilakukan oleh pasien dan berbagi pengalaman tentang latihan fisik
- (3) Pertemuan 3 (ketiga) dilaksanakan di rumah pasien, melakukan *follow up* pertemuan sebelumnya kemudian memberikan edukasi mengenai perawatan mandiri mengenai berhenti merokok, nutrisi PPOK, menghemat energi. Berdiskusi tentang perawatan mandiri dan berbagi pengalaman yang pernah dialami pasien selama sakit.
- 6) Pada kelompok kontrol diberikan edukasi sesuai dengan perawatan biasa/rutin dari poliklinik paru saat berobat ke rumah sakit
- 7) Pada minggu keempat peneliti melakukan *posttest* berupa pengukuran pengetahuan *self care*, *self care agency*, *self care behaviour*, *self efficacy* dan *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)* pasien PPOK pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.
- 8) Setelah dilakukan *posttest* kelompok kontrol juga diberikan intervensi *supportive educative* dengan menggunakan modul

4.9 Analisi data

1) Analisis Deskriptif

Analisis deskriptif dilakukan untuk mendapatkan deskripsi karakteristik responden. Hasil analisis berupa distribusi frekuensi, presentase, mean, median, nilai maximum-minimum dan standar deviasi. Variabel dengan data kategori dianalisis menggunakan distribusi frekuensi dan persentase. Analisis univariat dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, lama sakit, status perkawinan, edukasi sebelumnya, akses perawatan dan *body mass index*.

2) Analisis inferensial

Analisi inferensial dilakukan secara bivariat, hal ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan dan pengaruh masing-masing variabel. Proses analisis data dengan menggunakan data numerik sehingga dilakukan uji normalitas dan homogenitas terlebih dahulu dengan SPSS 22. Hasil uji normalitas data selisih menunjukkan variabel pengetahuan *self care* berdistribusi normal. Berikut ini disajikan rincian uji bivariat yang dilakukan dalam penelitian ini.

Tabel 4.7 Analisis Bivariat Model *Supportive Educative* Berbasis *Self Efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik, 2017

No.	Variabel	Analisis
1	Pengetahuan <i>self care</i> (<i>pre test</i> dan <i>post test</i>)	<i>Paired t Test</i>
	<i>Self care Agency</i> (<i>pre test</i> dan <i>post test</i>)	
	<i>Self efficacy</i> (<i>pre test</i> dan <i>post test</i>)	
	<i>Self care behaviour</i> (<i>pre test</i> dan <i>post test</i>)	
	<i>Peak expiratory flow rate</i> (<i>pre test</i> dan <i>post test</i>)	
2	Pengetahuan <i>self care</i>	<i>Regresi Linier Sederhana</i>
	<i>Self care Agency</i>	
	<i>Self efficacy</i>	
	<i>Self care behaviour</i>	
	<i>Peak expiratory flow rate</i>	

4.10 Etika Penelitian

Sebuah penelitian harus memperhatikan prinsip etik penelitian sebagai bentuk rasa tanggung jawab terhadap upaya untuk mengenal dan mempertahankan hak asasi manusia sebagai bagian dari sebuah penelitian. Penelitian ini telah lolos kaji etik oleh komisi etik penelitian kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Nomor 342-KEPK. Peneliti dalam melaksanakan penelitian ini, melibatkan pasien sebagai responden harus memperhatikan prinsip etik penelitian yaitu prinsip hak asasi manusia yang merujuk pada 5 (lima) aspek, yaitu

1) *Right to self-determination*

Responden sebagai subjek penelitian memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak terlibat dalam penelitian, tidak boleh ada pemaksaan atau tekanan bagi responden untuk bersedia ikut dalam penelitian. Selain itu responden berhak mendapatkan

informasi yang lengkap tentang tujuan dan manfaat penelitian serta prosedur pelaksanaan penelitian. Setelah mendapatkan penjelasan dan melalui pertimbangan yang baik maka responden menentukan apakah menolak atau bersedia ikut penelitian dengan membubuhkan tanda tangan pada formulir *informed consent*.

2) *Right to privacy and dignity*

Responden dalam penelitian ini memiliki hak untuk mendapatkan privasi dalam menentukan waktu, tempat dan kondisi lingkungan yang menjamin privasi responden. Peneliti tetap menjamin privasi responden pada saat responden memberikan informasi yang bersifat pribadi dan menjaga kerahasiaan informasi pribadi dari responden terkait sikap, tingkah laku, dan pendapat responden.

3) *Right to anonymity and confidentiality*

Prinsip ini mengandung pengertian bahwa responden memiliki hak untuk tidak diketahui identitas pribadinya serta dijaga kerahasiaan pribadinya dari data yang telah diberikan oleh responden. Peneliti tidak mencantumkan nama responden dalam kuesioner penelitian tetapi hanya berupa kode responden untuk tujuan identifikasi. Selain itu peneliti menjamin kerahasiaan dari keseluruhan informasi yang diberikan responden dalam kuesioner dan tidak akan dipublikasikan

4) *Right to fair treatment*

Peneliti dalam hal ini memilih responden harus memperhatikan prinsip keadilan yang berarti peneliti tidak melakukan diskriminasi saat memilih responden penelitian. Pemilihan responden dilakukan secara adil berdasarkan tujuan penelitian, bukan karena alasan – alasan tertentu.

Semua responden yang telah ditentukan sesuai kriteria inklusi diperlakukan sama selama penelitian berlangsung. Prinsip keadilan juga diberikan pada kelompok kontrol yang akan mendapatkan edukasi dan modul kemandirian perawatan diri yang sama dengan kelompok intervensi setelah penelitian selesai dilakukan.

5) *Right to protection from discomfort and harm*

Prinsip ini mengandung makna bahwa sebuah penelitian yang dilakukan hendaknya tidak menimbulkan ketidaknyamanan dan kerugian bagi responden. Pada saat penelitian dilaksanakan peneliti tetap memperhatikan kondisi fisik pasien. Penelitian yang dilakukan tidak boleh memperberat gejala penyakit yang dirasakan seperti sesak nafas atau kelelahan, maka penelitian dihentikan untuk sementara waktu dan dilanjutkan kembali sesuai dengan keinginan responden.

BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan mengenai hasil penelitian yang diperoleh pada tanggal 8 Februari 2017 sampai 17 Maret 2017 di RSUD Jombang dan di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto sebanyak 32 responden. Penyajian hasil penelitian ini meliputi gambaran umum lokasi penelitian, data umum penelitian tentang karakteristik responden, dan data khusus penelitian mengenai kemandirian perawatan diri yang terdiri dari: pengetahuan *self care*, *self care agency*, *self care behaviour*, *self efficacy* dan *peak expiratory flow rate* pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

5.1.1 Profil RSUD Jombang

RSUD Kabupaten Jombang merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Jombang. Berdasarkan Keputusan Menteri dan Kesejahteraan Sosial No. 238/MenKes-Kesos/SK/2001 RSUD Jombang menjadi RSUD Type B Non Pendidikan dan pada Tahun 2015 RSUD Jombang telah terakreditasi versi 2012 dengan predikat Tingkat PARIPURNA Tahun 2015-2018. Lokasi RSUD Jombang berada di jalan KH. Wakhid Hasyim 52 Jombang. RSUD Jombang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan non spesialis. Rumah sakit ini mampu menampung rujukan dari rumah sakit swasta dan puskesmas yang berada di sekitar wilayah Jombang.

Kapasitas RSUD Jombang terdiri atas 486 tempat tidur rawat inap, 2 tempat tidur *suite room*, 52 tempat tidur di kelas VIP/VVIP, 50 tempat tidur

di kelas I, 65 tempat tidur di kelas II, 184 tempat tidur di kelas III, 28 tempat tidur di ICU dan 105 tempat tidur di HCU. RSUD Jombang memiliki pelayanan rawat jalan sebanyak 22 poliklinik yang terdiri dari 18 poli spesialis dan 4 poli non spesialis serta 8 instalasi rawat inap yang saat ini sudah berbentuk SMF. Pelayanan juga dilengkapi dengan Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Laboratorium Klinik, Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi, Instalasi Radiologi, Instalasi ICU Sentral, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Sterilisasi Sentral, kefarmasian, pelayanan gizi dan rehabilitasi medik

Sumber daya manusia di RSUD Jombang sebanyak 61 dokter terdiri dari 38 dokter spesialis, 21 dokter umum, 2 dokter gigi. Jumlah tenaga perawat 351 orang, bidan 100 orang, perawat lainnya (AKG, SPRG, AROS, Aknes, Akpernes) 6 orang, paramedis non perawatan 123 orang dan pegawai non medis 482 orang.

Pelayanan di RSUD Jombang pada tahun 2015 terjadi penurunan kedatangan pasien di IGD hal ini karena pasien yang biasanya berobat ke Poli disarankan berobat ke FasKes Tingkat 1 sebelum datang ke IGD. Rerata jumlah kunjungan selama 5 tahun terakhir (2011-2015) adalah 24.847 kunjungan tiap tahunnya, jumlah kunjungan pasien dirawat jalan pada tahun 2015 sebanyak 150.208 dengan rata-rata kunjungan per hari 587 pasien. RSUD memiliki nilai *Bed Occupancy Rate* (BOR) sekitar 72 %, *Average Length of stay* (ALOS) 4.7 hari, dan *Turn Over Interval* 1,8 hari

Karakteristik pasien di RSUD Jombang sebagian besar berasal dari wilayah kabupaten Jombang. Pasien yang dirawat terdiri dari pasien umum,

rujukan dari puskesmas, pasien BPJS kesehatan. Data 10 penyakit unit rawat jalan RSUD Jombang meliputi *low back pain, cronik kidney disease, post operasi, coronary artery disease, hipertensi, benigna prostat hyperplasia, hipertensi heart failure, diabetes mellitus, heart failure, fraktur antebrachi* Sedangkan data 10 besar penyakit rawat inap RSUD Jombang meliputi *Dengue Hemorrhagie Fever, CVA Infark Trombosis, Thyroid Fever, Cedera Otak Ringan, OMI, BCB Hidup, Diare, Bronchopneumonia, IDDM, End Stage Renal Disease.*

Poliklinik paru RSUD Jombang memiliki dua sub bagian pelayanan yaitu pelayanan khusus tuberkulosis paru (TB) dan penyakit paru non TB. Jumlah keseluruhan tenaga medis di poliklinik paru meliputi 2 dokter spesialis paru, 5 tenaga perawat dan 2 tenaga administrasi. Rerata jumlah kunjungan pasien tiap harinya pada tahun 2015 mencapai 37 pasien. Penyakit yang mendominasi adalah penyakit TB Paru. Data 10 penyakit terbesar di poliklinik paru meliputi TB Paru, PPOK, *Bronchitis Chronic*, TB paru tidak aktif, *Bronchiectasis*, TB Miliary, *Asthma Bronchiale, pneumonia, pleura effusion*, kanker paru.

5.1.2 Profil RSUD Dr.Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto

Lokasi RSUD Dr.Wahidin Sudiro Husodo berada di Surodinawan, Prajurit Kulon Kota Mojokerto. RSUD Dr.Wahidin Sudiro Husodo adalah rumah sakit umum type B melalui sertifikat Nomor: HK.02.03/I/0218/2014 yang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan subspesialis. Rumah sakit ini mampu menampung rujukan dari rumah sakit swasta dan puskesmas yang berada di sekitar wilayah Mojokerto pada tanggal 15

Desember 2015 berdasarkan No Sertifikat KARS-SERT/203/I/2016 RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto meraih predikat LULUS dengan tingkat "PARIPURNA" setelah dilakukan penilaian akreditasi rumah sakit versi 2012 oleh tim survei dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

Kapasitas RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo terdiri atas 209 tempat tidur rawat inap, 31 tempat tidur di kelas VIP/VVIP, 102 tempat tidur di kelas III, 48 tempat tidur di kelas II, dan 28 tempat tidur di kelas I. RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo memiliki pelayanan rawat jalan sebanyak 20 poliklinik. Pelayanan juga dilengkapi dengan Instalasi Gawat Darurat (IGD), PONEK, NICU, Hemodialisa, Instalasi Laboratorium Klinik, Instalasi Radiologi, Instalasi ICU/ICCU Sentral, CATHLAB, ESWL, Instalasi Bedah Sentral, instalasi bank darah, Instalasi Sterilisasi Sentral, kefarmasian, pelayanan gizi dan rehabilitasi medik

Sumber daya manusia yang ada di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo terdiri dari 62 dokter dengan rincian 39 adalah spesialis, 21 dokter umum, 2 dokter gigi. Jumlah tenaga perawat 220 orang, bidan 38 orang, teknisi medis 5 orang, pegawai gizi 13 orang, Apoteker 11 orang, fisioterapi 7 orang, analis 20 orang dan pegawai non kesehatan 204 orang.

Pelayanan di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo selalu terjadi peningkatan setiap tahunnya dengan rincian 13980 orang/tahun yang menjalani rawat inap, dan 104.930 orang/tahun yang menjalani rawat jalan dan 16028 orang/tahun dengan kunjungan di instalasi gawat darurat. *Bed Occupancy Rate (BOR)* sekitar 59,67%, *Average Length of stay (ALOS)* 4 hari, *Turn Over Interval* 3 hari.

Karakteristik pasien di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo sebagian besar berasal dari wilayah kota Mojokerto. Pasien yang dirawat terdiri dari pasien umum, rujukan dari puskesmas, pasien BPJS kesehatan. Data 10 penyakit unit rawat jalan RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto meliputi HNP (12,74%), DM (12,11%), GGK (11,89%), *Hypertensi Heart Disease* (11,86%), *Decompensasi Cordis* (11,64%), Post CVA Infark (9,97%), *Osteoarthritis* (8,97%), Hipertensi (8,19%), LBP (7,01%), *Pseudophakia* (5,59%). Sedangkan data 10 besar penyakit rawat inap RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo meliputi DHF (29,72%), diare (12,97%), *thypoid fever* (11,99%), *dengue fever* (11,18%), *CVA Infark* (8,80%), asfiksia sedang (5,67%), infeksi saluran kencing (5,73%), *bronchopneumonia* (4,86%), anemia (4,63%), hernia inguinalis (4,40%).

Poliklinik paru RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo memberikan pelayanan Tuberkulosis Paru (TB) dan penyakit paru non TB. Jumlah keseluruhan tenaga medis di poliklinik paru meliputi 2 dokter spesialis paru, 1 tenaga perawat dan 1 tenaga administrasi. Rerata jumlah kunjungan pasien tiap harinya mencapai 21 pasien dan 5483 pasien tiap tahunnya. Penyakit yang mendominasi adalah asma bronkial.

5.2 Karakteristik Responden Penelitian

Karakteristik responden terdiri dari jenis kelamin, usia, pendidikan, lama sakit, lama aktivitas, jarak rumah-rumah sakit, status pernikahan dan index masa tubuh.

Tabel 5.1 Karakteristik Responden Kelompok Intervensi Dan Kelompok Kontrol Penelitian *Supportive Educative* Berbasis *Self efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik , 2017

Karakteristik		Intervensi		Kontrol		Total	
		Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase	Jumlah	Persentase
Jenis Kelamin	Laki-laki	13	81,25	13	81,25	27	84,37
	Perempuan	3	18,75	3	18,75	5	15,63
Total		16	100%	16	100%	32	100%
Umur	40-60 th	8	50,0	3	18,75	10	31,25
	>60th	8	50,0	13	81,25	22	68,75
Total		16	100%	16	100%	32	100%
Pendidikan	SD	12	75	8	50	20	62,50
	SMP	2	12,5	4	25	6	18,75
	SMA	2	12,5	3	18,75	5	15,62
	PT	0	0	1	6,25	1	3,13
Total		16	100%	16	100%	32	100%
Lama sakit	<1th	0	0	1	6,25	1	3,13
	2-5 th	10	62,5	10	62,5	20	62,50
	6-9 th	4	25	3	18,75	7	21,87
	>10 th	2	12,5	2	12,5	4	12,50
Total		16	100%	16	100%	32	100%
Lama Aktivitas	1-3 jam	7	43,75	10	62,5	17	53,12
	4-6 jam	6	37,5	4	25	10	31,25
	7-9 jam	3	18,75	2	12,5	5	15,63
Total		16	100%	16	100%	32	100
Status pernikahan	NIKAH	12	75,0	14	87,5	26	81,25
	JANDA /DUDA	4	25,0	2	12,5	6	18,75
	Total		16	100%	16	100%	32
Jarak Rumah-RS	1-5 KM	1	6,25	2	12,5	3	9,37
	6-10 KM	8	50	13	81,25	18	56,25
	11-15 KM	3	18,75	1	6,25	7	21,87
	>15 KM	4	25	0	0	4	12,50
Total		16	100%	16	100%	32	100%
Index Masa Tubuh (IMT)	Kurus	5	31,25	4	25	9	28,13
	Normal	9	56,25	10	62,5	19	59,37
Tubuh (IMT)	Gemuk	1	6,25	1	6,25	2	6,25
	Obesitas	1	6,25	1	6,25	2	6,25
Total		16	100%	16	100%	32	100%

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa sebagian besar responden baik pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi berjenis kelamin laki-laki (81,25%). Pada kelompok intervensi setengah responden berusia lebih dari 60 tahun (50%)

sedangkan pada kelompok kontrol sebagian besar (81,25%) berusia lebih dari 60 tahun. Pada tingkat pendidikan sebagian besar kelompok intervensi (75%) dan setengahnya (50%) berpendidikan SD. Dari riwayat lama sakit sebagian besar (62,5%) kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki riwayat sakit selama 2–5 tahun. Pada lama aktivitas fisik sebagian besar responden kelompok intervensi (43,75%) dan kelompok kontrol (62,5%) memiliki aktivitas selama 1-3 jam. Data status pernikahan sebagian besar responden memiliki status masih menikah. Pada data demografi akses perawatan setengah responden kelompok intervensi dan sebagian besar kelompok kontrol memiliki jarak rumah ke rumah sakit sejauh 6-10 KM. sedangkan data index massa tubuh (IMT) sebagian besar responden kelompok 956,25%) dan sebagian besar kelompok kontrol (62,5%) memiliki index massa tubuh normal.

5.3 Uji Normalitas

Berikut ini uji normalitas data yang meliputi karakteristik variabel pengetahuan *self care*, *self care agency*, *self efficacy*, *self care behaviour* dan *Peak Expiratory Flow Rate* (PEFR) pada pengukuran pertama (*pre test*) dan pengukuran setelah intervensi (*post test*)

Tabel 5.2 Hasil Pengujian Normalitas Penelitian *Supportive Educative* Berbasis *Self efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik, 2017

Variabel		Intervensi		Kontrol	
		Kolmogorov-Smirnov (sig)	Shapiro-Wilk (Sig)	Kolmogorov-Smirnov (Sig)	Shapiro-Wilk (Sig)
pengetahuan <i>self care</i>	Pre test	0,186	0,254	0,200	0,564
	Post test	0,200	0,182	0,200	0,317
<i>self care agency</i>	Pre test	0,126	0,248	0,165	0,170
	Post test	0,180	0,337	0,111	0,374
<i>self efficacy</i>	Pre test	0,200	0,208	0,200	0,220
	Post test	0,140	0,336	0,147	0,150
<i>self care behaviour</i>	Pre test	0,200	0,254	0,079	0,196
	Post test	0,200	0,811	0,200	0,914
PEFR	Pre test	0,147	0,293	0,200	0,337
	Post test	0,126	0,426	0,154	0,748

Sumber : Data Primer (2017)

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa nilai statistik uji *Kolmogorov-Sminov* menunjukkan nilai signifikan pada variabel pengetahuan *self care*, *self care agency*, *self care behaviour*, *self efficacy* dan *peak expiratory flow rate* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol memiliki nilai signifikan ($p > 0,05$). Sehingga artinya data tersebut berdistribusi normal.

5.4 Uji Homogenitas

Tabel 5.3 Hasil Pengujian Homogenitas penelitian *Supportive Educative* Berbasis *Self Efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik, 2017

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
PENGET_PRE	2.676	1	30	.112
PENGET_POST	2.243	1	30	.145
SCA_PRE	.707	1	30	.407
SCA_POST	1.812	1	30	.188
SCB_PRE	1.758	1	30	.195
SCB_POST	.303	1	30	.586
EFF_PRE	2.020	1	30	.166
EFF_POST	1.714	1	30	.200
PEFR_PRE	1.754	1	30	.195
PEFR_POST	4.221	1	30	.049

Sumber : Data Primer (2017)

Tabel 5.3 menunjukkan hasil uji homogenitas didapatkan nilai $p > 0,005$ sehingga uji komparatif menggunakan *paired t Test* dan analisis uji pengaruh menggunakan regresi linier sederhana

5.5 Analisis Nilai Pengetahuan *Self Care* Pasien PPOK

Tabel 5.4 Distribusi Nilai Komponen Kemandirian Perawatan diri: Pengetahuan *Self Care* Penelitian *Supportive Educative* Berbasis *Self efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik, 2017

Variabel	N	Rerata	Min-Max	SD	t	Nilai p	
<i>Paired t Test</i>							
Pengetahuan <i>Self Care</i>	Intervensi						
	<i>Pre test</i>	16	15,00	12-17	1,549	-9,937	0,000
	<i>Post test</i>	16	18,13	16-20	1,310		
	Kontrol						
<i>Pre test</i>	16	15,44	12-19	2,159	-0,488	0,633	
<i>Post test</i>	16	15,56	13-19	1,861			
<i>Regresi Linier Sederhana</i>							
Pengetahuan <i>Self Care</i>	Intervensi	16	16,81	2,650	2,086	4,554	0,000
	Kontrol	16					

Sumber : Data Primer (2017)

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa responden penelitian pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata pengetahuan *self care* sebesar 15,00 (SD 1,549). Nilai rerata pengetahuan *self care* pada kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi terjadi peningkatan yaitu menjadi 18,13 (SD 1,310) terdapat selisih rerata sebesar 3,13. Rerata nilai pengetahuan *self care* diketahui lebih tinggi pada hasil setelah dilakukan intervensi. Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,000$ yang berarti ada perbedaan signifikan pengetahuan *self care* sebelum dan sesudah intervensi

Tabel 5.4 responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata pengetahuan *self care* yaitu 15,44 dan nilai rerata pengetahuan *self care* pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *post test* meningkat menjadi 15,56 dan hasil uji *Paired t Test* nilai $p=0,633$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan pengetahuan *self care* sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji regresi pengetahuan *self care* kelompok intervensi dan kelompok kontrol menunjukkan nilai yang signifikan ($p=0,000$) yang menunjukkan adanya pengaruh dari *supportive educative* terhadap pengetahuan *self care* pasien PPOK.

5.6 Analisis Nilai *Self Care Agency* Pasien PPOK

Tabel 5.5 Distribusi Nilai Komponen Kemandirian Perawatan diri: *Self Care Agency* Penelitian *Supportive Educative* Berbasis *Self efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik, 2017

Variabel	N	Rerata	Min-Max	SD	t	Nilai p
Paired t Test						
<i>self care agency</i>	Intervensi					
	<i>Pre test</i>	16	41,06	36-45	2,839	-5,699
	<i>Post test</i>	16	45,19	40-49	2,739	
	Kontrol					
	<i>Pre test</i>	16	40,06	33-46	4,171	0,460
	<i>Post test</i>	16	39,94	33-46	4,074	
Regresi Linier Sederhana						
<i>self care agency</i>	Intervensi					
		16	42,56	5,250	4,332	4,278
	Kontrol					
	16					

Sumber : Data Primer (2017)

Tabel 5.5 menunjukkan responden penelitian pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata *self care agency* 41,06 (SD 2,839). Nilai rerata *self care agency* pada kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi terjadi peningkatan menjadi 45,19 (SD 2,738), terdapat selisih rerata sebesar 4,13. Rerata nilai *self care agency* diketahui lebih tinggi pada hasil setelah dilakukan intervensi. Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,000$ yang berarti ada perbedaan signifikan *self care agency* sebelum dan sesudah intervensi

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa pada responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata *self care agency* yaitu 40,06 (SD 4,171) dan nilai rerata *self care agency* pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *post test* menurun menjadi 39,94 (SD 4,074). Hasil uji *paired T test* nilai $p=0,652$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan *self care agency* sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji regresi *self care agency* menunjukkan hasil yang signifikan ($p=0,000$) yang

menunjukkan adanya pengaruh *supportive educative* terhadap *self care agency* pasien PPOK. Pengaruh *supportive educative* yang diberikan sebesar 5,25 point *self care agency* pasien PPOK.

5.7 Analisis Nilai *Self Care Behaviour* Pasien PPOK

Tabel 5.6 Distribusi Nilai Komponen Kemandirian Perawatan diri: *Self Care Behaviour* Penelitian *Supportive Educative* Berbasis *Self efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik, 2017

Variabel	N	Rerata	Min-Max	SD	t	Nilai p	
<i>Paired t Test</i>							
<i>self care behaviour</i>	Intervensi						
	<i>Pre test</i>	16	30,94	28-34	1,611	-7,506	0,000
	<i>Post test</i>	16	34,19	30-38	2,136		
	Kontrol						
	<i>Pre test</i>	16	31,31	28-34	1,922	-1,291	0,216
	<i>Post test</i>	16	31,56	28-35	1,861		
<i>Regresi Linier Sederhana</i>							
<i>self care behaviour</i>	Intervensi						
		16	32,88	2,625	2,379	3,707	0,001
Kontrol							
	16						

Sumber : Data Primer (2017)

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui bahwa responden penelitian pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata *self care behaviour* 30,94 (SD 1,611). Nilai rerata *self care behaviour* pada kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi terjadi peningkatan menjadi 34,19 (SD2,136), terdapat selisih rerata sebesar 3,25. Rerata nilai *self care behaviour* diketahui lebih tinggi setelah dilakukan intervensi. Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,000$ yang berarti ada perbedaan signifikan nilai *self care behaviour* sebelum dan sesudah intervensi

Berdasarkan tabel 5.6 juga diketahui bahwa pada responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata *self care behaviour* yaitu 31,31(SD 1,922) dan nilai rerata *self care behaviour* pada kelompok kontrol setelah dilakukan *post test* meningkat menjadi 31,56

(SD 1,861). Hasil uji *paired T test* nilai $p=0,216$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan *self care behaviour* sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji regresi *self care behaviour* menunjukkan hasil yang signifikan ($p= 0,001$) sehingga terdapat pengaruh *supportive educative* terhadap *self care behaviour* pasien PPOK. *Supportive educative* mampu meningkatkan 2,63 point *self care behaviour* pasien PPOK.

5.8 Analisis Nilai *Self Efficacy* Pasien PPOK

Tabel 5.7 Distribusi Nilai Komponen Kemandirian Perawatan diri: *Self Efficacy* Penelitian *Supportive Educative* Berbasis *Self efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik, 2017

Variabel	N	Rerata	Min-Max	SD	t	Nilai p
<i>Paired t Test</i>						
<i>Self Efficacy</i>	Intervensi					
	<i>Pre test</i>	16	39,94	29-48	6,126	-5,289
	<i>Post test</i>	16	43,13	34-52	5,920	
	Kontrol					
<i>Pre test</i>	16	42,63	31-55	8,123	-1,464	
<i>Post test</i>	16	42,88	32-55	7,839		
<i>Regresi Linier Sederhana</i>						
<i>Self Efficacy</i>	Intervensi					
	Kontrol	16	43,00	0,250	6,834	0,102
						0,920

Sumber : Data Primer (2017)

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa responden penelitian pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata *self efficacy* 38,94 (SD 6,126). Nilai rerata *self efficacy* pada kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi terjadi peningkatan menjadi 43,13 (SD 5,920), terdapat selisih rerata sebesar 4,19. Rerata nilai *self efficacy* diketahui lebih tinggi pada hasil setelah dilakukan intervensi. Dari hasil uji *paired T test* diperoleh $p=0,000$ yang berarti ada perbedaan signifikan nilai *self efficacy* sebelum dan sesudah intervensi

Berdasarkan tabel 5.7 juga diketahui pada kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata *self efficacy* yaitu 42,63 (SD 8,123) dan nilai rerata *self efficacy* pada responden penelitian kelompok kontrol setelah dilakukan *post test* meningkat menjadi 42,88 (SD 7,839). Hasil uji *paired T test* nilai $p=0,164$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan *self efficacy* sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji regresi terhadap variabel *self efficacy* menunjukkan hasil yang tidak signifikan ($p=0,920$) sehingga *supportive educative* yang diberikan tidak mampu mempengaruhi *self efficacy* secara signifikan walaupun mampu meningkatkan 0,25 point *self efficacy*.

5.9 Analisis Nilai *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)* Pasien PPOK

Tabel 5.8 Distribusi Nilai *Peak Expiratory Flow Rate* Responden Penelitian *Supportive Educative* Berbasis *Self efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik, 2017.

Variabel	N	Rerata	Min-Max	SD	t	Nilai p
Paired t Test						
<i>Peak Expiratory Flow Rate</i>	Intervensi					
	<i>Pre test</i>	16	234,83	170-320	46,184	-8,114
	<i>Post test</i>	16	288,13	230-350	36,555	
	Kontrol					
<i>Pre test</i>	16	209,38	150-260	34,345	0,164	
<i>Post test</i>	16	208,75	160-260	26,552		
Regresi Linier Sederhana						
<i>Peak Expiratory Flow Rate</i>	Intervensi	16	247,19	76,88	51,571	6,351
	Kontrol	16				

Sumber : Data Primer (2017)

Berdasarkan tabel 5.8 diketahui bahwa responden penelitian pada kelompok intervensi sebelum dilakukan intervensi mempunyai nilai rerata *peak expiratory flow rate (PEFR)* sebesar 234,38 (SD 46,184). Nilai rerata *peak expiratory flow rate (PEFR)* pada kelompok intervensi setelah dilakukan intervensi terjadi peningkatan menjadi 288,13 (SD 35,555). Dari hasil uji

paired T test diperoleh $p=0,000$ yang berarti ada perbedaan signifikan nilai *peak expiratory flow rate (PEFR)* sebelum dan sesudah intervensi.

Berdasarkan tabel 5.8 juga diketahui bahwa pada responden penelitian kelompok kontrol saat dilakukan *pre test* mempunyai nilai rerata *peak expiratory flow rate (PEFR)* yaitu 209,38 (SD 34,345) dan nilai rerata *peak expiratory flow rate (PEFR)* kelompok kontrol setelah dilakukan *post test* menurun menjadi 208,75 (SD 26,552). Hasil uji *paired t Test* nilai $p=0,872$ yang menunjukkan tidak ada perbedaan *peak expiratory flow rate (PEFR)* sebelum dan setelah intervensi. Hasil uji regresi *peak expiratory flow rate* menunjukkan hasil yang signifikan ($p= 0,000$) sehingga terdapat pengaruh *supportive educative* terhadap *peak expiratory flow rate* pasien PPOK. *Supportive educative* mampu meningkatkan 76,9 liter/menit *peak expiratory flow rate* pasien PPOK.

5.10 Analisis Nilai *Supportive Educative* terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pasien PPOK

Tabel 5.9 Hasil Regresi *Supportive Educative* terhadap Kemandirian Perawatan diri (*self care*) Penelitian *Supportive Educative* Berbasis *Self efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik, 2017

Variabel		N	Rerata	SD	Coef	t	Nilai p
<i>Peak Expiratory Flow Rate</i>	Intervensi	16	247,19	51,571	76,88	6,351	0,000
	Kontrol	16					
<i>self care agency</i>	Intervensi	16	42,56	4,332	5,250	4,278	0,000
	Kontrol	16					
<i>self care behaviour</i>	Intervensi	16	32,88	2,379	2,625	3,707	0,001
	Kontrol	16					
Pengetahuan <i>Self Care</i>	Intervensi	16	16,81	2,086	2,625	4,554	0,000
	Kontrol	16					
<i>Self Efficacy</i>	Intervensi	16	43,00	6,834	0,250	0,102	0,920
	Kontrol	16					

Sumber : Data Primer (2017)

Berdasarkan tabel 5.9 diketahui bahwa dari hasil penelitian menunjukkan bahwa *supportive educative* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap

pengetahuan *self care* ($p=0,000$), *self care agency* ($p=0,000$), *self care behavior* ($p=0,001$) dan *peak expiratory flow rate* ($p=0,000$) akan tetapi tidak berpengaruh secara signifikan pada *self efficacy* ($p=0,920$). Nilai koefisien menunjukkan bahwa intervensi *supportive educative* memiliki pengaruh terbesar pada variabel *peak expiratory flow rate* (76,875), pengaruh kedua pada *self care agency* (5,250), ketiga *self care behavior* (2,625), dan pengaruh terkecil pada pengetahuan *self care* (2,625).

BAB 6

PEMBAHASAN

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 *Supportive educative* terhadap Pengetahuan *self care* Pasien PPOK

Hasil penelitian menunjukkan *Supportive educative* mampu mempengaruhi pengetahuan *self care* pasien PPOK. Pada responden kelompok intervensi secara umum menunjukkan adanya peningkatan menjadi lebih baik. Nilai Pengetahuan *self care* berdasarkan analisis diketahui bahwa nilai responden penelitian pada kelompok intervensi sebelum diberikan *Supportive educative* mempunyai nilai Pengetahuan *self care* yang sebagian besar baik dan 5 responden cukup, setelah dilakukan *Supportive educative* terjadi peningkatan pada seluruh responden memiliki Pengetahuan *self care* baik. Nilai Pengetahuan *self care* sebelum dilakukan intervensi (*pre test*) diperoleh nilai terendah pada aspek pola nutrisi dibandingkan aspek pengetahuan yang lain, terutama pada komponen pengetahuan pasien mengenai penggunaan tenaga yang lebih banyak dibandingkan orang yang normal. Sedangkan *pre test* pada kelompok kontrol aspek yang menunjukkan nilai terendah pada aspek latihan pernapasan terutama pada komponen latihan pernapasan sebelum makan dan sebelum tidur. Sedangkan nilai aspek pola nutrisi pada kelompok kontrol lebih baik daripada kelompok intervensi, hal ini juga ditunjukkan dengan nilai index massa tubuh kelompok kontrol sebagian besar adalah normal.

Hal ini sejalan dengan pernyataan Notoatmodjo (2010) pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga dan sebagainya).

Dengan sendirinya pada waktu penginderaan sehingga menghasilkan pengetahuan tersebut sangat dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan merupakan sesuatu yang diketahui oleh seseorang dengan jalan apapun dan sesuatu yang diketahui orang lain dari pengalaman yang didapat.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut maka peneliti berpendapat nilai pengetahuan *self care pre test* pada kelompok kontrol lebih tinggi dari kelompok intervensi dikarenakan jumlah kunjungan pasien di poliklinik RSU Wahidin Sudiro Husodo lebih sedikit dibandingkan dengan RSUD Jombang, sehingga memberikan kesempatan pada pasien untuk berdiskusi dengan dokter dan tenaga kesehatan mengenai pengobatan dan perawatan diri sehari-hari. Informasi bisa didapatkan responden dari dokter atau tenaga kesehatan yang lain sehingga dapat meningkatkan pengetahuan responden.

Komponen Pengetahuan *self care* pada kelompok intervensi setelah diberikan *supportive educative* terdapat perbedaan yang signifikan ($p=0,000$) dengan nilai *pre test*. Pada hasil *post test* kelompok intervensi aspek pola nutrisi mengalami peningkatan nilai. Pemberian *supportive educative* pada variabel pengetahuan *self care* berdampak lebih besar pada aspek pengetahuan tentang pola nutrisi dibandingkan indikator lain seperti latihan fisik, latihan pernapasan, pengobatan dan berhenti merokok. Aspek pola nutrisi komponen pengetahuan pasien mengenai penggunaan tenaga yang lebih banyak dibandingkan orang normal terjadi peningkatan nilai. Sedangkan pada kelompok kontrol hasil *post test* tidak terdapat perbedaan yang

signifikan ($p=0,633$) dengan hasil *pre test* walaupun nilai aspek latihan pernapasan terjadi peningkatan namun tidak begitu besar.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sharma MK et al. (2016) menyebutkan bahwa modul intruksional diri mampu meningkatkan pengetahuan pasien PPOK dengan perbedaan sebesar 59,3% pada kelompok intervensi. Penelitian lainnya dilakukan oleh Efraimsson et al. (2008) juga menyebutkan hal yang sama bahwa pendidikan mengenai perawatan diri dapat meningkatkan pengetahuan, berhenti merokok dan kualitas hidup pasien PPOK. Smilkstein (2011) berpendapat bahwa dalam proses pembelajaran terjadi proses penerimaan informasi, kemudian diolah sehingga menghasilkan keluaran dalam bentuk hasil belajar. Proses pengelolaan informasi ini melalui interaksi antara kondisi internal dan eksternal individu. Manusia harus melakukan 3 hal untuk mampu mengingat sesuatu, yaitu: mendapatkan informasi, menyimpan dan mengeluarkan kembali. Akan tetapi daya ingat manusia dipengaruhi oleh tingkat perhatian, minat, daya konsentrasi, emosi dan kelelahan. Pada pemberian edukasi kepada responden kelompok intervensi di rumah sakit konsentrasi responden terganggu karena kelelahan menunggu antrian sehingga kondisi emosi kurang stabil dan suasana diskusi yang kurang nyaman. Pernyataan ini sejalan dengan Jensen & Markowitz (2002) mengenai kinerja ingatan secara keseluruhan bisa berada dalam kondisi baik maupun buruk, tergantung pada kondisi fisik dan emosi.

Pada penelitian ini adanya *supportive educative* khususnya aspek *guiding* yang di dalam program terdapat diskusi alternatif pemecahan masalah

dengan menumbuhkan keyakinan pasien PPOK lebih berdampak terhadap aspek pola nutrisi, dengan menggunakan modul kemandirian perawatan diri meningkatkan pengetahuan pasien akan makanan yang seimbang dan tips memperbaiki kebiasaan makan. Keadaan ini dapat disebabkan oleh kepercayaan responden penelitian dari kondisi sesak yang dapat dicegah dengan memperhatikan pola nutrisi yang dikonsumsi, sehingga adanya *supportive educative* yang diberikan kepada responden penelitian akan meningkatkan pengetahuan terutama aspek pola nutrisi yang mampu mengurangi sesak pada PPOK dengan mengatur keseimbangan nutrisinya.

Hasil analisis pengaruh *supportive educative* terhadap pengetahuan *self care* mampu meningkatkan pengetahuan pasien PPOK terutama pada aspek pola nutrisi mengenai tenaga yang digunakan oleh pasien dengan PPOK akan lebih banyak daripada orang normal. Sehingga pasien harus mampu memenuhi kebutuhan nutrisi secara seimbang sesuai dengan kalori yang diperlukan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Sari & Oesman (2015) yang menyatakan bahwa pendidikan pasien yang efektif dalam meningkatkan manajemen pemanfaatan obat penyakit kronis terutama PPOK dan asma, selain itu menurut Sharma MK et al. (2016) yang menyatakan bahwa modul instruksional diri dengan program pengajaran terstruktur mampu meningkatkan pengetahuan pasien PPOK. Pendidikan pada pasien PPOK akan membantu mencegah perkembangan penyakit pada kondisi yang lebih buruk.

Metode *teaching* dan *guiding* pada program *supportive educative* yang memberikan fasilitas pengajaran dan diskusi terhadap penderita untuk pemecahan masalah yang terjadi pada pasien dengan memberikan solusi yang lebih dipercaya dan dapat dilakukan oleh pasien. Pemecahan masalah menggunakan metode *guiding* dengan modul kemandirian perawatan diri terutama mengenai cara agar pasien mampu memperbaiki kebiasaan makan lebih berdampak pada aspek pola nutrisi, keadaan ini dapat disebabkan oleh adanya kepercayaan atau keyakinan responden penelitian dari kondisi PPOK yang dapat dikontrol dengan konsumsi nutrisi yang seimbang, sehingga adanya *supportive educative* yang diberikan kepada responden penelitian lebih diyakini pada pola nutrisi untuk mengontrol kondisi PPOK

6.2 *Supportive Educative* terhadap *Self Care Agency* Pasien PPOK

Supportive educative yang diberikan pada penelitian ini secara signifikan mampu mempengaruhi *self care agency* pasien PPOK. Variabel *self care agency* termasuk dalam terbesar kedua yang dipengaruhi oleh adanya intervensi *supportive educative*. Pada responden kelompok intervensi *self care agency* dalam penelitian ini sebagian besar menunjukkan adanya peningkatan menjadi lebih baik. Pada hasil *pre test* variabel *self care agency* kelompok intervensi didapatkan nilai terendah pada aspek ketrampilan fisik dan kepuasan dengan rutinitas perawatan diri terutama pada komponen kemampuan klien melakukan latihan pernapasan bibir/ pernapasan perut sebelum tidur yang seluruh responden tidak pernah untuk melakukannya. Responden sebagian besar tidak pernah melakukan latihan pernapasan sebelum tidur. Pada kelompok kontrol hasil *pre test* variabel *self care agency*

nilai terendah pada aspek kemampuan pasien dalam membuat keputusan yang mempengaruhi perawatan diri yang salah satunya mengenai menjaga keseimbangan makanan sehari-hari.

Secara umum teori Orem (1991) menjelaskan kemampuan perawatan diri (*self care agency*) merupakan kemampuan individu untuk terlibat dalam proses perawatan diri dan *self care agency* berkaitan dengan faktor pengkondisian perawatan diri (*basic conditioning factor*) yang terdiri dari faktor usia, jenis kelamin, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan, kebiasaan keluarga, pola hidup, faktor lingkungan dan keadaan ekonomi.

Peneliti berpendapat pada *self care agency* responden penelitian sebagian besar pasien telah mampu memberikan perhatian, kesadaran diri dan monitor diri terutama mengenai pengobatan terhadap penyakitnya. Hal ini tampak dari hasil pengamatan pasien yang secara rutin kontrol ke rumah sakit untuk mendapatkan pengobatan akan tetapi ketrampilan fisik dan keputusan yang mempengaruhi dipengaruhi beberapa faktor dari pasien, sehingga akan mempengaruhi *self care agency* pasien PPOK.

Hasil penelitian menunjukkan setelah diberikan *supportive educative* pada kelompok intervensi menunjukkan adanya peningkatan nilai *self care agency* terutama pada aspek ketrampilan fisik dan kepuasan dengan rutinitas perawatan diri terutama pada latihan pemapasan bibir/pernapasan perut sehingga pasien mampu tidur lebih baik tanpa minum obat. Pada hasil pengamatan *post test* kelompok kontrol juga mengalami peningkatan nilai *self care agency* pada aspek kemampuan pasien dalam membuat keputusan yang

mempengaruhi perawatan diri yaitu komponen kemampuan pasien dalam menjaga keseimbangan makanan sehari-hari.

Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Taylor & Renpenning (2011) yang menyatakan bahwa interaksi antara perawat dan klien dapat terjadi jika klien mengalami *self care deficit*, sehingga *self care agency* perlu ditingkatkan individu karena pelaksanaan *self care* membutuhkan pembelajaran, pengetahuan, motivasi dan skill. Alligood & Tomey (2006) menyebutkan *self care agency* adalah kemampuan atau kekuatan yang dimiliki oleh seorang individu untuk mengidentifikasi, menetapkan, mengambil keputusan dan melaksanakan *self care*.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut peneliti berpendapat keadaan ini dapat disebabkan oleh program *supportive educative* dengan bantuan modul kemandirian perawatan diri dengan metode *guiding* yang mendiskusikan cara perawatan pada PPOK sehingga penderita mampu melakukan aktivitas sehari-hari sesuai dengan kemampuannya. Keterampilan yang diajarkan dan didiskusikan dengan pasien PPOK dalam melakukan praktek perawatan menjadikan pasien mampu melakukan perawatan sendiri dirumah dalam upaya mencoba/mempraktikkan ilmu yang telah diperoleh melalui program *supportive educative*.

Hasil analisis regresi terdapat pengaruh yang signifikan *supportive educative* terhadap *self care agency*, sehingga dapat disimpulkan bahwa *supportive educative* mampu meningkatkan *self care agency* pasien PPOK. Pengaruh yang diberikan terutama pada aspek ketrampilan fisik dan kepuasan

dengan rutinitas perawatan diri mengenai kemampuan pasien dalam melakukan latihan pernapasan sebelum tidur

Hasil penelitian ini sesuai dengan teori Orem's yang menyatakan bahwa terdapat tiga macam kebutuhan *self care* yaitu *universal*, *developmental* dan *health deviation*. Kebutuhan *self care universal* adalah kebutuhan dasar setiap manusia yaitu kebutuhan akan udara, makanan, air, eliminasi, keseimbangan aktivitas dan istirahat, keseimbangan untuk menyendiri dan berinteraksi sosial, bebas dari ancaman, dan pengembangan pribadi dalam kelompok sesuai dengan kemampuan masing-masing individu. *Self care developmental* dikaitkan pada kebutuhan yang muncul karena perkembangan penyakit. Kebutuhan *health deviation* adalah kebutuhan *self care* yang muncul karena seseorang mengalami sakit, misal kebutuhan untuk mendapatkan bantuan kesehatan, memperoleh informasi kesehatan dan kebutuhan akan kemampuan beradaptasi dengan keadaan sakit.

Keterampilan yang diberikan selama program *supportive educative* melalui *environment* mampu menciptakan kemandirian bagi penderita PPOK, sehingga penderita PPOK memahami dan melakukan apa yang diperoleh dari program *supportive educative* dengan menggunakan modul kemandirian perawatan diri yang mengajarkan bagaimana cara melakukan latihan pernapasan dan menghemat energi sehingga pasien mampu melakukan ketrampilan fisik tanpa mengalami sesak. Adanya pembelajaran, motivasi dan ketrampilan dapat menumbuhkan upaya penderita PPOK melakukan perawatan mandiri di rumah.

Pemberian *supportive educative* pada variabel *self care agency* pada kelompok intervensi lebih berdampak pada aspek keterampilan fisik dan kepuasan dengan rutinitas perawatan diri dibanding dengan indikator lain seperti pengetahuan diri, keputusan yang mempengaruhi perawatan diri dan perhatian, kesadaran diri serta monitor diri. Kemudahan keterampilan fisik dan kepuasan pasien PPOK dengan rutinitas perawatan diri dapat disebabkan oleh adanya ketrampilan yang sudah dimiliki oleh pasien PPOK selama program *supportive educative* sehingga responden mampu melakukan ketrampilan perawatan mandiri di rumah.

6.3 *Supportive Educative* terhadap *Self Care Behavior* Pasien PPOK

Variabel ketiga dari kemandirian perawatan diri dalam penelitian ini adalah *self care behavior*. *Supportive educative* yang diberikan pada penelitian ini secara signifikan mampu mempengaruhi *self care behavior* pasien PPOK. Variabel *self care behavior* termasuk variabel terbesar ketiga yang dipengaruhi oleh *Supportive educative*. Hasil penelitian menunjukkan hasil *pre test self care behavior* pada kelompok intervensi menunjukkan nilai terendah pada aspek latihan pernapasan terutama pada komponen keikutsertaan pasien dalam kegiatan latihan pernapasan selama 1 bulan terakhir hampir sebagian besar responden tidak pernah mengikuti kegiatan latihan pernapasan. Sedangkan pada kelompok kontrol secara keseluruhan memiliki nilai yang lebih baik dari kelompok intervensi akan tetapi terdapat nilai terendah pada aspek latihan pernapasan juga yang terjadi pada tiga komponen yaitu latihan pernapasan, partisipasi dalam kegiatan latihan pernapasan dan penggunaan otot-otot perut saat bernapas

Self care behavior sebagai suatu konsep aktivitas yang dilakukan secara sengaja oleh individu untuk merubah koping yang mengancam menjadi sesuatu yang memiliki kemampuan fungsional. Hal ini sejalan dengan penelitian Lerner & Steinberg (2009) menambahkan bahwa kemandirian merupakan kemampuan individu untuk bertindak laku secara seorang diri dan merupakan bagian dari pencapaian otonomi atau tanggung jawab diri yang meliputi aspek kemandirian emosi, aspek kemandirian perilaku dan aspek kemandirian nilai. Penelitian ini juga sejalan dengan Guo SE (2003) yang mengatakan pengaruh pendidikan yang terencana mampu meningkatkan pengetahuan, sikap dan *self care behavior* pada pasien PPOK. Wong KY (2008) dari hasil penelitiannya *self care behavior* dipengaruhi oleh usia, tingkat pendidikan, derajat penyakit, status merokok, dan pengetahuan PPOK. sehingga perlunya memberikan pendidikan kesehatan pada penyakit kronik salah satunya PPOK. Selain itu menurut Ariyanto (2015) semakin lama seseorang mengalami suatu penyakit maka ada kecenderungan memiliki perilaku perawatan kesehatan yang lebih baik dibandingkan dengan pasien dengan kategori baru terdiagnosa suatu penyakit. Hal tersebut berhubungan dengan keterpaparan informasi tentang kesehatan yang lebih lama.

Peneliti berpendapat sebagian besar pasien PPOK tidak mengikuti kegiatan latihan pernapasan secara teratur dalam satu bulan terakhir, sehingga pasien melakukannya sendiri latihan pernapasan dirumah sewaktu-waktu karena sebagian besar responden lebih yakin dan bergantung pada obat untuk

mengatasi sesaknya. Kondisi ini yang membuat pasien tidak mampu mengatasi sesak saat datang tiba-tiba.

Pada hasil penelitian setelah dilakukan intervensi menunjukkan terjadi peningkatan *self care behavior*. Dari lima parameter pada *self care behavior* semuanya terdapat hasil yang berbeda pada aspek (1) pengobatan, (2) latihan fisik, (3) pola nutrisi, (4) latihan pernapasan, (5) berhenti merokok. Pemberian *supportive educative* pada variabel lebih berdampak pada cara pasien melakukan latihan pernapasan. Kelompok intervensi terdapat perbedaan yang signifikan antara hasil *pre test* dan *post test*. Nilai rerata *self care behavior* responden kelompok intervensi terjadi peningkatan, responden mulai meningkatkan intensitas latihan pernapasan setiap pagi secara teratur. Sedangkan hasil *post test* kelompok kontrol tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan hasil *pre test*. Meskipun terjadi peningkatan nilai pada aspek latihan pernapasan, hasil *interview* dengan responden kelompok kontrol peningkatan ini karena adanya motivasi keluarga untuk berolahraga dan ditunjukkan dengan selalu mengantar pasien saat berobat kerumah sakit

Hal ini sejalan dengan penelitian penelitian Wang & Fenske (1996) menyatakan adanya hubungan yang positif antara dukungan keluarga dengan *self care behavior* pada pasien dewasa dengan *non-insulin dependent*. Selain itu dalam penelitian Magfired KK & Alberto J (2007) juga menyebutkan adanya hubungan positif antara support keluarga dengan *self care behavior* di Turkey. Xiaonlian et al. (2002) juga melakukan penelitian hubungan support keluarga dengan *self care behavior* menunjukkan hubungan yang positif.

Peneliti berpendapat bahwa *self care behavior* pasien PPOK selain dapat dipengaruhi adanya edukasi juga dapat dipengaruhi adanya motivasi keluarga. *Supportive educative* yang diberikan pada kelompok intervensi mampu meningkatkan keyakinan pasien akan kemampuannya dalam *self care behavior* terutama dalam melakukan latihan pernapasan. Pasien PPOK mampu melakukan latihan pernapasan yang diajarkan dengan teratur.

Hasil analisis regresi pengaruh *supportive educative* terhadap *self care behavior* terdapat hasil yang signifikan sehingga dapat disimpulkan bahwa *supportive educative* mampu mempengaruhi *self care behavior* pada pasien PPOK. Pengaruh terbesar terutama pada aspek latihan pernapasan daripada aspek pengobatan, latihan fisik, pola nutrisi dan berhenti merokok.

Hal ini sejalan dengan penelitian Gasquez et al. (2012) yang menyatakan bahwa pendidikan yang diberikan pada pasien *Heart Failure* akan memberikan manfaat pada *self care behavior*. Pendapat serupa juga diungkapkan oleh Artinian (2002) dalam Gasquez (2012) bahwa hasil analisis regresi logistic menyatakan adanya hubungan positif antara pendidikan dengan skor *self care behavior*.

Hasil penelitian tersebut peneliti berpendapat salah satu upaya yang dilakukan pada penelitian ini melalui pemberian *supportive educative* pada pasien PPOK dengan bantuan modul kemandirian perawatan diri tentang latihan pernapasan dengan menggunakan metode *teaching* diharapkan mampu menambah *self care behavior* pasien PPOK, metode *environment* mampu menumbuhkan konsentrasi sehingga pasien memahami materi yang diberikan dan *guiding* yang dapat mengidentifikasi kemampuan pasien PPOK dalam

melakukan perawatan dirinya sehingga dapat menumbuhkan keyakinan dalam diri pasien PPOK untuk meningkatkan kemampuannya dalam melakukan *self care* terutama dalam melakukan latihan pernapasan. Pasien diharapkan mampu mengikuti kegiatan latihan pernapasan saat mengikuti posyandu ataupun melakukan latihan pernapasan secara mandiri di rumah.

6.4 Supportive Educative terhadap Self Efficacy Pasien PPOK

Hasil penelitian *pre test* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sama-sama menunjukkan adanya nilai terendah pada aspek kondisi fisik terutama pada komponen keyakinan pasien dalam mengatasi kesulitan bernapas ketika merasa tidak berdaya. Pasien merasa tidak yakin mampu mengatasi sesak pada saat merasa tidak berdaya. Hasil analisa menunjukkan nilai hasil *pre test* kelompok kontrol lebih baik dari kelompok intervensi hal ini bisa disebabkan karena secara demografi tingkat pendidikan kelompok kontrol lebih baik daripada kelompok intervensi

Efikasi diri adalah keyakinan seseorang tentang kemampuan mereka untuk mencapai suatu tingkat kinerja yang mempengaruhi setiap peristiwa dalam hidupnya. Efikasi diri menentukan bagaimana seseorang merasa, berfikir, memotivasi dirinya dan berperilaku (Bandura, 1994 dalam Lenz, E & Lillie M, 2002). Keyakinan diri juga membantu seberapa banyak usaha yang dikeluarkan seseorang dalam melakukan suatu perilaku, berapa lama mereka bertahan dalam menghadapi rintangan dan seberapa tangguh mereka dalam menghadapi situasi yang merugikan (Lenz, E & Lillie M, 2002).

Peneliti berpendapat faktor pendidikan pada kelompok kontrol yang lebih baik daripada kelompok intervensi mampu mempengaruhi efikasi diri

pasien sehingga semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang akan semakin mudah untuk menerima informasi sehingga mampu menumbuhkan efikasi diri orang tersebut. Pada kelompok kontrol tidak diberikan intervensi khusus pada penelitian ini akan tetapi saat dengan sedikitnya jumlah pasien yang berkunjung ke suatu rumah sakit dapat memberikan kesempatan bagi pasien untuk berdiskusi dengan dokter selama pemeriksaan dilaksanakan.

Pada hasil *post test* kelompok intervensi terdapat hasil yang signifikan dengan hasil *pre test*. Hasil *post test* menunjukkan peningkatan *self efficacy* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol akan tetapi peningkatan itu tidak begitu besar. Peningkatan hasil *post test* kelompok intervensi terutama pada aspek kondisi fisik sedangkan pada kelompok kontrol terjadi pada aspek keyakinan pasien dalam menghadapi cuaca dan lingkungan. pasien mulai mencoba menumbuhkan keyakinannya untuk mampu mengatasi sesak yang mungkin terjadi pada setiap aktivitas yang dilakukan pasien.

Hal ini sejalan dengan penelitiannya Magfired (2004) yang menyatakan pentingnya pendidikan untuk meningkatkan *self efficacy* pada pasien dengan PPOK. penelitian serupa juga dilakukan oleh Bakken et al. (2010) pada pasien diabetes mellitus tipe 2 bahwa dalam meningkatkan *self efficacy* diperlukan upaya yang terus menerus terhadap pasien sehingga diperlukan sebuah pendidikan yang spesifik yang dapat meningkatkan afektif penderita sehingga pasien mampu mempercayai edukasi yang telah diberikan.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut peneliti berpendapat adanya diskusi pemecahan masalah yang dialami pasien akan keyakinannya dalam menghadapi kesulitan bernapas dengan bantuan modul kemandirian

perawatan diri yang disertai dengan beberapa tips pengobatan dan kebiasaan makan sehingga dapat menumbuhkan kepercayaan pada pasien akan alternatif pemecahan masalah dengan memberikan solusi terhadap perawatan PPOK

Hasil analisis pengaruh didapatkan *supportive educative mampu meningkatkan self efficacy* pasien PPOK sebesar 0,25 point. Hal ini dikarenakan intervensi *supportive educative* yang diberikan hanya 1 kali dalam 1 minggu sehingga belum cukup maksimal meningkatkan *self efficacy* pasien PPOK.

Hal ini sejalan dengan penelitian Magfired & Asti (2004) yang mengatakan bahwa pendidikan akan berpengaruh pada efikasi setelah diberikan 4 kali dalam satu minggu selama 1 bulan. Bandura (1997) menyatakan *self efficacy* dipengaruhi beberapa factor, salah satu atau kombinasi dari 4 faktor yaitu *performance accomplishment*, *vicarious experience*, *verbal persuasion* dan *emosional arousal*. *performance accomplishment* merupakan suatu pengalaman atau prestasi yang pernah dicapai oleh individu tersebut dimasa lalu. Faktor ini adalah pembentuk efikasi paling kuat. Prestasi yang baik pada masa lalu yang pernah dialami akan meningkatkan ekspektansi efikasi, begitu juga sebaliknya pengalaman kegagalan akan menurunkan efikasi individu. *Vicarious experience* merupakan pengalaman yang diperoleh dari orang lain, dan meniru perilaku untuk mendapatkan seperti apa yang orang lain peroleh. *Self efficacy* meningkat jika telah mengamati keberhasilan yang telah dicapai orang lain. Semakin orang yang diamati memiliki kemiripan dengan dirinya, maka semakin besar potensial *self efficacy* yang akan disumbangkan pada factor ini.

verbal persuasion merupakan persuasi yang dilakukan orang lain secara verbal maupun oleh dirinya sendiri yang dapat mempengaruhi bagaimana berperilaku. Individu mendapat pengaruh bagaimana mampu mengatasi masalah-masalah yang akan dihadapi. *Emotional arousal* merupakan pembangkitan emosi positif sehingga individu mempunyai kepercayaan diri untuk melakukan suatu tindakan tertentu. Kondisi emosional (*mood*) juga mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang terkait *self efficacy*-nya.

Peneliti berpendapat pemberian *supportive educative* pada penelitian ini belum menunjukkan hasil yang signifikan meskipun dari hasil pengamatan ditemukan adanya peningkatan *self efficacy*. Peningkatan *self efficacy* responden tidak begitu mudah karena sebagian besar responden telah memasuki usia lansia, pada usia ini lebih cenderung berfokus pada penerimaan dan penolakan terhadap kemampuannya seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual, sehingga perlunya melibatkan mereka dalam berbagai macam aktivitas yang nantinya akan mempengaruhi *self efficacy* yang berkontribusi mempertahankan fungsi fisik dan intelektualnya.

6.5 *Supportive Educative* terhadap *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)* pasien PPOK

Supportive Educative mampu memberikan pengaruh paling besar terhadap *Peak Expiratory Flow Rate (PEFR)* pasien PPOK dibandingkan variabel lainnya seperti (1) pengetahuan *self care*, (2) *self care agency* (3) *self care behavior* (4) *self efficacy*. Berdasarkan hasil penelitian nilai rerata *pre test* PEFR kelompok intervensi menunjukkan nilai yang lebih baik daripada kelompok kontrol. Hal ini juga didukung dengan data demografi bahwa usia

kelompok intervensi setengahnya berusia 40-60 tahun dibandingkan kelompok kontrol yang sebagian besar berusia >60 tahun dengan masing-masing kelompok memiliki riwayat perokok

Hal ini sejalan dengan penelitian Mulyadi et al (2011) yang menyatakan bahwa *peak expiratory flow rate* akan terjadi penurunan setelah berusia lebih dari 30 tahun. Penelitian Bernes dalam Putra (2016) yang menuliskan pengamatan longitudinal terhadap fungsi paru menunjukkan obstruksi aliran udara pada perokok sebanyak dua sampai lima kali pertahun dibandingkan normalnya

Faktor usia akan mempengaruhi hasil *peak expiratory flow rate* pasien, semakin bertambah usia pasien akan semakin terjadi penurunan nilai *peak expiratory flow rate* terutama apabila pasien tersebut tidak pernah melakukan aktivitas/olahraga, memiliki riwayat perokok dan memiliki index massa tubuh yang lebih dari normal.

Hasil penelitian pada nilai *post test* setelah dilakukan intervensi selama tiga minggu dan dilakukan *post test* pada minggu ke empat dan ke lima terjadi peningkatan *peak expiratory flow rate* kelompok intervensi menunjukkan hasil perbedaan yang signifikan daripada kelompok kontrol. Sedangkan pada kelompok kontrol hasil *post test* tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan, terdapat beberapa responden yang mengalami penurunan nilai PEFR dan penurunan terbesar dialami oleh responden dengan index massa tubuh obesitas.

Hal ini sejalan dengan penelitian Ilango et al. (2014) yang menyatakan bahwa *peak expiratory flow rate* signifikan menurun pada laki-laki dengan

obesitas ($p < 0,003$). Selain itu sejalan dengan penelitian Mahan & Stump (dalam Tjahjono, 2011) nutrisi yang seimbang sangat diperlukan untuk perkembangan dan pengaturan fisiologis system pernapasan.

Berdasarkan hasil penelitian tersebut maka peneliti berpendapat *supportive educative* terdapat metode *guiding* yang memberikan solusi masalah dan menumbuhkan keyakinan dalam diri pasien dalam menghadapi masalah yang dialami pasien sebagian besar pasien mengatakan adanya motivasi dari keluarga untuk melakukan latihan fisik dan latihan pernapasan penderita PPOK. Selain itu juga diperlukan perawatan diri yang komprehensif dengan aspek yang lain meliputi pemberian edukasi yang secara rutin, pengobatan, pola nutrisi dan kontrol pernapasan. Diketahui bahwa aktivitas *self care* pada intinya mencegah berkembangnya penyakit kearah yang lebih buruk. Dengan penilaian kemampuan fungsi paru salah satunya dapat dilakukan dengan pemeriksaan *peak flow meter*. Jika pemeriksaan dilakukan secara rutin dan menunjukkan peningkatan nilai maka semakin tinggi tingkat *self care* yang dilakukan oleh pasien.

Meskipun tidak dilakukan analisis statistik, dari data penelitian terdapat sebagian besar index masa tubuh pada responden kelompok intervensi normal, sehingga pasien PPOK mampu melakukan latihan pernapasan dengan baik sehingga terjadi peningkatan pada nilai PEF. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden dengan adanya *supportive educative* yang salah satu komponennya rehabilitasi paru yang terdiri dari latihan pernapasan (*pursed lip breathing* dan *diaphragma breathing*) menunjukkan adanya perubahan PEF setelah minggu ke empat penelitian.

Perubahan nilai PEFr berbeda-beda pada tiap responden, pada responden yang secara rutin melakukan latihan fisik dan latihan napas akan menunjukkan perubahan yang signifikan. Latihan pernapasan *diaphragma breathing exercise* yang dilakukan dapat melatih otot-otot diafragma. Hal ini ditunjukkan oleh meningkatnya kekuatan ekspirasi responden yang digambarkan dengan peningkatan nilai PEFr. Otot pernapasan yang dilatih secara teratur akan menjadi lentur dan memiliki kekuatan yang lebih besar. Semakin besar nilai PEFr yang dapat dicapai maka kemampuan paru untuk mengeluarkan udara saat ekspirasi juga semakin besar

Dari hasil penelitian ini secara keseluruhan menunjukkan bahwa terjadi perubahan nilai mean PEFr. Peningkatan nilai PEFr merupakan indikator pasien untuk kontrol pernapasan, dalam penelitian ini didapatkan peningkatan nilai mean PEFr terjadi pada kelompok intervensi, yaitu dengan nilai *post test* PEFr lebih baik daripada kelompok kontrol. Berdasarkan hasil analisis diketahui adanya pengaruh yang signifikan pada *supportive educative* terhadap *peak expiratory flow rate* pasien PPOK

Penelitian ini sependapat dengan Grigin R & Lis T P (2015) dalam penelitian *quasy experimental* menunjukkan hasil bahwa latihan pernapasan mampu meningkatkan PEFr dan mampu menurunkan sesak pada pasien. Selain itu sejalan dengan penelitian Subba HK & Subba R (2014) hasil penelitian menyatakan pengetahuan secara signifikan dengan status pendidikan, type pasien dan riwayat keluarga yang menderita PPOK

Berdasarkan hasil penelitian tersebut peneliti berpendapat perbedaan nilai *peak expiratory flow rate* pada kelompok intervensi karena adanya

supportive educative yang salah satu komponennya *teaching* mengajarkan responden bagaimana latihan pernapasan bibir dan pernapasan perut bagi pasien PPOK yang dilaksanakan pada minggu ke dua penelitian. Pelaksanaan dilakukan dirumah pasien sehingga mampu menciptakan *environment* dan adanya *guiding* sehingga antara peneliti dan responden penelitian bisa berdiskusi terhadap masalah yang dialami masing-masing pasien dengan masalah pernapasannya. Berbagi pengalaman yang mampu membangkitkan keyakinan pasien bahwa materi yang diajarkan bisa mengatasi masalah pasien atau mencegah pasien jatuh pada keadaan yang lebih buruk, Karena latihan pernapasan diafragma bertujuan membantu meningkatkan ventilasi pada saluran pernapasan secara optimal dan membuka jalan napas.

6.6 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan yang ditemukan selama kegiatan penelitian adalah waktu penelitian yang 1 bulan dengan melakukan kunjungan rumah untuk observasi responden tidak bisa dilakukan setiap hari karena jarak rumah pasien yang saling berjauhan dan beberapa kali pasien tidak ada di rumah saat dilakukan kunjungan.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

- 1) Model *supportive educative* mempengaruhi pengetahuan *self care* pasien PPOK, terutama pada pengetahuan tentang pola nutrisi
- 2) Model *supportive educative* mempengaruhi *self care agency* pasien PPOK, khususnya kemampuan dalam melakukan ketrampilan fisik dan kepuasan dengan rutinitas perawatan diri
- 3) Model *supportive educative* mempengaruhi *self care behaviour* pasien PPOK, khususnya pada latihan pernapasan
- 4) Model *supportive educative* tidak mempengaruhi *self efficacy* pasien PPOK
- 5) Model *supportive educative* meningkatkan *peak expiratory flow rate (PEFR)* pasien PPOK
- 6) Model *supportive educative* mempengaruhi kemandirian perawatan diri (*self care*) terutama pada *peak expiratory flow rate (PEFR)* pasien PPOK

7.2 Saran

1. Bagi pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK)

Pasien dengan PPOK perlu meningkatkan motivasi dalam melakukan aktivitas fisik sesuai kemampuannya secara rutin dan teratur dalam rangka peningkatan kemampuan *self care* yang dapat diwujudkan dengan latihan

fisik dan latihan pernapasan secara mandiri serta tetap patuh terhadap terapi dokter.

2. Bagi Perawat

Perawat perlu melakukan penyuluhan dan latihan pernapasan secara rutin minimal 2 kali seminggu sesuai dengan jadwal pemeriksaan bagi pasien PPOK serta menyediakan waktu untuk berdiskusi sebagai sarana dan media berbagi pengalaman mengenai perawatan diri (*self care*) untuk meningkatkan kemampuan *self care* agar tidak jatuh dalam kondisi yang lebih buruk

3. Bagi penelitian selanjutnya

- 1) Perlu dilakukan penelitian lanjutan mengenai *self care* pada pasien PPOK dengan mengikut sertakan keluarga sebagai motivator pasien PPOK
- 2) Perlu dilakukan penelitian dengan observasi dalam jangka waktu yang lebih lama dan menggunakan pemeriksaan faal paru (*spirometry test*) sebagai salah satu variabel penelitian
- 3) Perlu dilakukan penelitian dengan penerapan intervensi yang berbeda pada tiap kelompok dengan menilai *self care behaviour* yang dihubungkan dengan pemeriksaan faal paru (*spirometry test*) pada pasien PPOK

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Baker, L.K., & Denyes, M.J, (2008), 'Predictor Of Self Care In Adolascents With Cystic Fibrosis: A Test Of Orem's Theories Of Self Care Deficit', *Journal Pediatric Nursing*, 23;1
- Bakhtiar, A.,& Irviana, RET,(2015), *Faal Paru Dinamis*, Departemen/SMF Pulmonology&Ilmu Kedokteran Respirasi FK UNAIR-RSUD Dr.SOETOMO, Surabaya
- Bakken L.,L, Byars Winston A., Gundermann D.M., Ward E.C., Slattery A., King A., Scott D.,&Taylor R.E., (2010), *Effect Of An Education International On Female Biomedical Scientists Research Self Efficacy*, *Adv. Health Sci Educ Theory Pract.* May: 15(2) 167-183 doi:10.1007/310459-009-9190-2
- Balai Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Departemen Republik Indonesia, (2013), *Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar*, CV.Kiat Nusa, Jakarta
- Bandura, A, (1997), 'Self Efficacy Toward A Unifying Theory Of Behaviour Change'. *Psychological Review. Encyclopedia Of Mental Health, San Diego*, 84; 191-215
- Bentesen, S.B., Wentzel, L.T.,&Henriksen, A.H, (2010), '*Self Efficacy As Predictor Of Improvement In Health Status And Overall Quality Of Life In Pulmonary Rehabilitation-An Exploratory Study*',
- Black,J.M.,&Hawks,J.H, (2009), *Medical Surgical Nursing Clinical Management For Positive Outcomes* (8th ed), Elsevier,Sounders,
- Callagan, D, (2006), 'Basic Conditioning Factors Influence On Adolescent Healthy Behaviour, Self Efficacy And Sef Care Issue In Comprehensive Pediatric Nursing', 29 Doi:10.1080/01460860601087156
- Cauillard, A., Prefaut, C, (2005), 'Muscle Disease To Myopathy In Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Potential Contribusi Oxidative Stress', *Eur.Respiratory Journal*, 26; 703-719
- Celli, BR., Nee, Moc W., Anzueto, A., Berg, B., Buist., A.S., Calverly, PMA., (2004), 'Standart For The Diagnosis And Treatment Of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease', *American Thoracis Society And Uropean Restpiratory Sociate*, New York, 23(6)932-46
- Delaune, S.C.,& Ledner, P.K, (2002), *Fundamental Of Nursing Standart And Practice Second Edition*, Delmar, USA.
- Efraimsson, E.O.,Hillervik, C.,Ehrenberg, A, (2008), 'Effect Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Self Care Management Education At Nurse Led Primary Health Care Clinic', *Journal compilation*, 22;178-185

- Erhabor G., & Adeniyi B.O., (2011), Pulmonary Function Test: Spirometry and peak flow in clinical practice, *African Journal of respiratory medicine*, 5-8
- Gallagher, R., Luttk, M.L., & Jarsma, T., (2011), 'Sosial Support And Self Care In Heart Failure', *Journal Of Cardiovascular Nursing*, Vol. 26 (6) 439-445
- Garrod, R., Marshall, J., & Jones, F., (2008), 'Self Efficacy Measurement And Goal Attainment After Pulmonary Rehabilitation', *Int. Jo. Chron Pulmon Dis*, 3(4); 791-796
- Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, (2016), *Global Initiative For Chronic Onstructive Lung Disease (GOLD)*. <http://ct1.medstarhealth.org/content/uploads/sites/43/2016/05/COPD-clinical-practice-guideline-2016.pdf>. diakses tanggal 15 september 2016
- Global Initiative For Asthma, (2012), *Global Strategi or Astma Manajemen and Prevention*, <http://www.ginaasthma.org/>
- Goerge, J.B., (2002), *Nursing Theory: The Base For Professional Nursing Practice 5th Ed*, Prentice Hall, New Jersey.
- Grigin Reji & Lis Thomas P., (2015), *A Study to Assess The Effectiveness of Breathing Exercise on PEFr and Dyspnea Among Patient with Respiratory Problem in a Selected hospital*, Bangalore 3(1): 27-32
- Guo, Su-Er., (2003), *Effect Of An Education Intervention On Knowledge, Attitude, An Self Care Behaviour Among Taiwanese COPD patients*. Global Nursing e-repository
- Hawke, Lysa, (2012), *The VNSNY Self Care Guide for the management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*, New York, Clinical Education at the Visiting Nurse Service
- Heidy, Agustin & Faisal, Yunus, (2008), 'Proses Metabolism Pada Penyakit Paru Obstruktif Kronik', *Jurnal Respirology Indonesia*, 28;3
- Hernandez, N.A., Teixeira D.C., Probst V.S., & Brunetto A.F., (2009), 'Profile Of The Level Of Physical Activity In The Daily Lives Of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease In Brazil'. *Journal Brasileiro De Pnemologia J.bras*, 35;10
- Hesslink, A.E., Pennix, B.W., & Vander, Wendt, (2004), 'Effectiveness Of An Educational Programme For Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients', 121:8
- Heunk, L.M.A., & Dekhuijzen, P.M.R., (2000), 'Respiratory Muscle Function And Free Radicals From Cell To Chronic Obstructive Pulmonary Disease Thorax', 55;704-716
- Hudak, C.M., & Gallo, B.M., (2010), 'Keperawatan Kritis Pendekatan Holistic (Critical Care Nursing)', *A Holistic Approach*, ECG, Jakarta

- Ilango S., Christya A., Saravanan A., Sembulingam Prema, (2014), 'Corelation of Obesuty Indices With PEFr in Male and females'. *IOSR Journal of Pharmacy*, 4(2)21-27. www.iosrphr.org.issn=2250-3031
- Lerner, Richard M.,&Steinberg Laurence,(2005), *Handbook of Adolescence Psychology:Third Edition*, John wiley&Sons,Inc, New Jersey
- Lindsay, D.Apps, Samantha, L.,& Harrison, J, (2014), 'How Do Informal Self Care Strategies Evolve Among Patient With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Management In Primary Care? A Qualitative Study'. *International Journal Of COPD*, 9;257-263
- Magfiret, Kara K., (2010), 'Using Self Efficacy Theory To Educate A Patient With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Case Study Of 1 Year Follow Up', *International Journal Of Nursing Practice*, 17; 1-8. Diakses tanggal 18 september 2016
- Magfiret, Kara K.,&Asti, Turkinaz A., (2004), 'Effect Education On Self Efficacy Of Turkish Patient With Chronic Obstructive Pulmonary Disease', *Patient Education And Counseling*, 55;114-120
- Magfiret, Kara.K.,&Alberto, June, (2007), 'Family Support, Perceived Self Efficacy And Self Care Behavior Of Turkish Patiens With Chronic Obstructive Pulmonary Disease', *Journal Of Clinical Nursing*, 16;1468-1478
- Mendoza G,(1991), 'Peak Flow Monitoring', *Jounal Astma*, 28; 161-77
- Metcalfe, S.A, (1996),*Self Care Action As A Function Of Therapeutic Self Care Demand And Self Care Agency In Individuals With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Dissertation*, Wayne State University, Michigan
- Monteagudo, M., Rodrigues B.T., Liagostera M.,& Valero C, (2013), 'Effect Of Health Professional Education On Outcomes Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease In Primary Care: A Non Randomized Clinical Trial', *Official Journal Ef The Asian Pacific Society Of Respirology*, 18;718-727
- Muller, D.H, (2004), *Medical Nutrition Therapy For Pulmonary Disease In:Krause's Food Nutrition And Diet Therapy 11th Ed*, Mahan LK And Escott-Stump, Sunders Elsevier, USA
- Mulyadi, Zulfitri & Siti Anisah, (2011), 'Analisis Hasil Peak Expiratory Flow rate (PEFR) Pada Pasien Gangguan Pernapasan di Pesisir Kota Banda Aceh', *Jurnal Respirasi Indonesia*, Vol. 31 (2)
- Nici, Linda, (2012), *Chronic Obstructive Pulmonary Disease Cormorbidities And Systematic Consequences*, Human Press, New York.
- Notoatmodjo, S.,(2010), *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Jakarta, PT.Rineka Cipta
- Nursalam, (2016), *Metodelogi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis Edisi 4*, Salemba Medika, Jakarta

- O'shea, S.D., Taylor, N.F., & Paratz, J, (2004), 'Peripheral Muscle Strength Training In Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review'. *Chest*, 126; 903-914
- Oceandy, D.W., & Armanto R.P., (1995), *Kelainan Peak Expiratory Flow Rate Dibandingkan Dengan Keluhan System Pernapasan*, Cermin Dunia Kedokteran, Surabaya
- Oemiati, Ratih, (2013), *Kajian Epidemiologis PPOK*, Media Litbangkes, 23(2)82-88. Diakses 16 September 2016
- Padilha, J.M., Sousa, A.P., & Pereira, F.M, (2015), 'Participatory Action Research: A Strategi For Improving Self Care Management In Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients', *Anj.Sagepub*, 14;240-256
- Perhimpunan Persatuan Dokter Paru Indonesia, (2011), *Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK): Pedoman Diagnosis Dan Penatalaksanaan Di Indonesia*, PDPI, Jakarta
- Putra, Dinar Pratama, Bustaman, Nurfitri & Chairani, Aulia, (2016), 'Hubungan Berhenti Merokok dengan Tingkat Keparahan Penyakit Paru Obstruktif Kronik Berdasarkan GOLD 2013' *J.Respair Indo*. 2016;36;20-7
- Resnick, Barbara, (2008), *Middle Range Theory For Nursing Second Edition Chapter 10 Theory Of Self Efficacy*, Springer Publishing Company, New York
- RSUD Jombang, (2016), *Laporan Rekam Medik Penderita Penyakit Paru Obstruktif Kronik Di Rawat Jalan RSUD Jombang*, Sub Bagian Rekam Medik, Jombang
- Sari, Nazmi & Osman, Meric, (2015), 'The Effects Of Patient Education Programs On Medication Use Among Patient Asthma And Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients: A Propensity Score Matching With A Difference In Difference Regression Approach', *BMC Health Services Research*, 15;332
- Sastroasmoro, S., & Ismail, S, (2010), *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis (Edisi Ketiga)*, CV.Sagung Seto, Jakarta.
- Senior, R.M., Atkinson, J., (2008), *Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Epidemiology, Pathofisiology, And Pathogenesis-Fishman's Pulmonary Disease & Disorders 4th Ed*, The Mc.Graw Hill Companies, New York
- Sharma M.K., Kumal, Atul., & Ventakeshan M., (2016), 'Effectiveness Of Self Instructional Module Of Knowledge Of Self Care Management Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease', *International Journal Of Research In Medical Science*, 4(5)1604-1608.

- Silbernagi S., & Despopoulos S, (2008), *Color Atlas Of Physiology*, Edisi 6, new York, Thieme; 106-20
- Siregar, Syofian, (2012), *Statistik Parametrik Untuk Penelitian Kuantitatif*, Bumi Aksara, Jakarta
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L., & Cheever, K.H, (2010), *Brunner And Suddarth's Text Book Of Medical Surgical Nursing 11th Ed*, Williams & Wilkins Lippincot, Philadelphia.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G, (2005), *Text Book Of Medical Surgical Nursing 8th Ed Volume 1*, Lippincot, Philadelphia.
- Smilkstein, Rita, (2011), *We're Born to Learn Second Edition*, Woodring College of Education Bellingham, Western Washington University
- Song, M.K., Lipman, T.H, (2008), 'Concept Analisis: Self Monitoring In Type 2 Diabetes Mellitus', *International Journal Of Nursing Studies*, 45;1700-1710
- Stellefson M., Tennant B., Chaney J.D., (2012), *A Critical Review Of Effect COPD Self Management Education on Self Efficacy*, doi: 10.5402/2012/152047
- Subba H.K., & Subba R., (2014), *Knowledge on Self Care Among COPD Patients Attending at Chitwan Medical College*, Teaching Hospital Bharatpur, *Jurnal of Chitwan Medical College* 4(8):34-37
- Sugiyono, (2011), *Statistik Untuk Penelitian*, Alfabeta, Bandung
- Taylor, S.G., & Renpenning, K, (2011), *Self Care Science Nursing Theory And Evidence Based Practice*, Spinger Publishing Company, LCC, New York.
- Tomey, S.M., & Alligood, M.R, (2006), *Nursing Theorists And Their Work Six Edition*, St.Louis.Missouri, Mosby Elseiver
- Valero, Carles., Monteagudo, Monca., Liagostera Maria., Bayona, Xavier., Acedo Mateo., Ferro, Juan F., (2009), 'Evaluation Of A Combined Strategy Directed Toward Health Care Professionals And Patient With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Information And Health Education Feedback For Improving Clinical Monitoring And Quality Of Life', *BMC Public Health*. 9;44
- Vestbo, J., Hurd, S., Agusti, A, (2014), 'Global Strategi For The Diagnosis: Management And Prevention On Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global Executive Summary', *American Journal Rest Critical Med*, 187(4) 347-365.
- Wang CY & Fanske MM, (1996), 'Self Care Of Adults With Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: Influence Of Family And Friends', *Diabetes Educator*, 22;467-470

- Wigal Joan K., Thomas L., Creer.,& Leotses H., (1991), *The Chronic Obstructive Pulmonary Disease Self Efficacy Scale* *Chest*, (99)1193-1196.<http://chestjournal.chestpubs.org/content/99/5/1193.full.pdf>. Diakses tanggal 10 Oktober 2016
- Wilson, F.L., Mood, D.W.,& Kershaw, T, (2003), *Evaluation Of Education Materials Using Orem's Self Care Deficit Science Quarterly*, 16;1
- Wira, PK, (2015), Pengaruh *Self Management Education* Terhadap Pemberdayaan Pasien PPOK di RSUD Wangaya Denpasar: Tesis, Universitas Airlangga, Surabaya
- Wong, SSL., Abdullah, N., Abdullah, A., Liew, SM., Ching, SM., Khoo, EM., (2014), 'Unmet Needs Of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Qualitative Study On Patients And Doctors', *BMC Family Practice*,15;67
- Wood,G.L.,& Haber, J, (2010), *Nursing Research: Methods And Critical Appraisal For Evidence-Based Practice 7th Ed*, Mosby Elsevier, St.Louis.
- Xiaolian J, Chaiwan S, Panuthai S, Yijuan C, Lei Y & Jipinng L,(2002), 'Family Support and self care behavior of Chinese chronic obstructive pulmonary disease patients', *Nursing and health sciences*, 4;41-49

LAMPIRAN

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Nita Arisanti Yulanda

NIM : 131514153031

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang “ *Supportive Educative* Berbasis *Self Efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik” sebagai upaya edukasi pada pasien PPOK dalam membantu melakukan perawatan diri. Penelitian ini bermanfaat sebagai penerapan dalam upaya peningkatan kemampuan perawatan diri pasien PPOK secara mandiri dan menurunkan resiko semakin memburuknya gejala PPOK.

Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/Ibu menjadi responden dalam penelitian ini. Semua data yang telah dikumpulkan akan dirahasiakan. Data responden disajikan untuk keperluan penelitian ini. Apabila dalam penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan, maka responden dapat mengundurkan diri.

Apabila Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

(Nita Arisanti Yulanda)

Lampiran 2

**PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP)
UNTUK MENJADI RESPONDEN**

Perkenalkan nama saya Nita Arisanti Y. mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang akan melakukan penelitian tentang pengaruh *supportive educative* berbasis *self efficacy* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) pada pasien penyakit paru obstruktif kronik di Rumah Sakit Umum Daerah Jombang dan Rumah Sakit Umum Daerah Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto

Judul Penelitian

Supportive Educative Berbasis *Self Efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik

Tujuan Umum

Menganalisis pengaruh *supportive educative* berbasis *self efficacy* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) pada pasien penyakit paru obstruktif kronik

Perlakuan yang diterapkan pada responden

Tindakan atau perlakuan yang akan diberikan kepada bapak/ibu adalah:

1. Ketika pertama kali bertemu dengan pasien yang menderita PPOK akan diajukan permohonan menjadi responden apabila bersedia akan diberikan penjelasan penelitian dan *informed consent*.
2. Peneliti melakukan pemeriksaan *Peak expiratory flow rate* dan melaksanakan *pre test* pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada pertemuan awal. Pengumpulan data yang dilakukan dengan memberikan kuesioner langsung kepada pasien dan mendampingi pengisian serta mengambilnya kembali setelah selesai diisi

3. Setelah dilakukan pemeriksaan *Peak expiratory flow rate* dan *pre test*, pasien akan diberikan edukasi tentang penyakit PPOK, perawatan diri pasien PPOK dan rehabilitasi paru yang bisa dilakukan pasien PPOK dengan menggunakan media modul
4. Edukasi pertama kali diberikan ketika pasien kontrol berobat ke rumah sakit selama 60 menit, dan edukasi selanjutnya akan diberikan dengan kunjungan rumah sebanyak 2 kali pertemuan.
5. Peneliti melakukan pemeriksaan *Peak expiratory flow rate* dan *post test* pada kelompok perlakuan dan kelompok control setelah diberikan edukasi selama 3 minggu. Waktu yang dibutuhkan untuk menjawab semua pertanyaan kurang lebih 20-30 menit.

Manfaat

Bapak/ibu yang terlibat dalam penelitian ini akan memperoleh pengetahuan pasien terhadap hal – hal yang bisa dilakukan dalam mengatasi penyakitnya sehingga pasien mampu mengurangi sesak pada pasien dan meningkatkan kemampuan beraktivitas pasien PPOK dengan baik melalui pendidikan kesehatan tentang PPOK dan kunjungan rumah yang dilakukan peneliti

Bahaya potensial

Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan dari keterlibatan bapak/ibu dalam penelitian ini karena Bapak/Ibu hanya diminta untuk menjawab pertanyaan dari kuesioner yang telah disediakan peneliti dan dilakukan pemeriksaan *Peak expiratory flow rate*

Hak untuk mengundurkan diri

Keikutsertaan Bapak/Ibu dalam penelitian ini bersifat sukarela dan berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekwensi yang merugikan

Adanya Insentif untuk responden

Partisipasi dan kerjasama yang baik dalam menjawab pertanyaan pada penelitian ini, Bapak/Ibu akan diberikan bingkisan berupa mug, masker, dan snack.

Kerahasiaan Responden

Keterangan yang disampaikan Bapak/Ibu dengan memberikan jawaban pada kuesioner akan dijaga kerahasiaannya dengan cara pengkodean identitas dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian ini

Contact Person

Bapak/Ibu dapat menghubungi peneliti setiap saat apabila ada yang ingin ditanyakan dalam penelitian ini Nita/085731663663

Lampiran 4

RAHASIA
HANYA UNTUK PENELITIAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN

KUESIONER PENELITIAN
PENERAPAN MODEL *SUPPORTIVE EDUCATIVE*
PADA PASIEN PENYAKIT PARU OBATRUKTIF KRONIK

KUESIONER A
BIODATA DAN INFORMASI KESEHATAN

Petunjuk :

1. Pertanyaan di bawah ini tentang biodata dan informasi kesehatan bapak/ibu/saudara
2. Lengkapilah pertanyaan dibawah ini dengan mengisi kolom jawaban yang telah disediakan sesuai dengan kondisi bapak/ibu/saudara
3. Berikan tanda silang (X) pada alternative jawaban yang sesuai dengan diri bapak/ibu/saudara

No.	Biodata Dan Informasi Kesehatan	
1.	Nomor Studi	
2.	Tanggal Wawancara (Tgl/Bln/Thn)	
3.	Status Objek	1. Kontrol 2. Perlakuan
4.	Kode Rumah Sakit	1. RSUD Jombang 2. RSU Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto
5.	No.Rekam Medik	
6.	Nama Penderita	
7.	Tanggal Lahir (Tgl/Bln/Thn)	
8.	Umur (dalam Tahun)	Tahun
9.	Pendidikan	0. Tidak sekolah 1. SD 2. SMP 3. SMA 4. DIII/Akademik 5. Perguruan tinggi

10.	Status perkawinan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Belum Kawin 2. Kawin 3. Janda / duda
11.	Alamat Lengkap	Jalan: Gang : RT/RW : Kelurahan : Kecamatan No.telpon :
12.	Lama sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1 : <1 tahun 2: 2-5 tahun 3 : 6 – 9 tahun 4: >10 tahun
13.	Lama bekerja	<ol style="list-style-type: none"> 1: 1-3 Jam 2 : 4-6 Jam 3: 7-9 Jam
14.	Jarak rumah dengan rumah sakit	<ol style="list-style-type: none"> 1: 1-5 Km 2 : 6-10 Km 3: 11-15 Km 4: > 15 Km
15.	Pendidikan Kesehatan sebelumnya	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ya 2. Tidak Jika "YA", dilakukan oleh : <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter 2. Perawat 3. Tenaga Kesehatan lainnya
16.	Berat Badan saat ini (dalam Kg) Tinggi Badan saat ini (dalam Meter) Kesesuaian berat badan pasien dengan tinggi badan (<i>Body Mass Index/BMI</i>) (Diisi oleh petugas)Kg Meter BMI : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kurus : $\leq 18,5$ 2. Normal : 18,5-24,9 3. Gemuk : 25,0-29,9 4. Obesitas : $>30,0$

Lampiran 5

KUESIONER PENGETAHUAN PERAWATAN DIRI PPOK
(*COPD self-care knowledge*)

Petunjuk :

1. Pertanyaan di bawah ini tentang pengetahuan perawatan diri pasien PPOK
2. Berikan tanda (V) pada kolom disamping pertanyaan sesuai apa yang bapak/ibu/saudara ketahui.

Keterangan :

B = Benar S = Salah

No.	Pertanyaan	B	S
1.	Pasien PPOK datang ke dokter atau rumah sakit sesuai anjuran dokter		
2.	Berjalan dan bersepeda setiap hari membuat pernapasan lebih baik		
3.	Latihan napas dan latihan fisik dengan rutin bisa memperbaiki kondisi tubuh		
4.	Berjalan 20 – 30 menit setiap hari mampu meningkatkan kemampuan bernapas		
5.	Sebaiknya pasien PPOK juga melatih otot-otot perut untuk bernapas		
6.	Pasien PPOK sebaiknya sering melakukan latihan pernapasan bibir		
7.	Latihan pernapasan sebaiknya dilakukan sebelum makan dan sebelum tidur		
8.	Pasien PPOK menggunakan tenaga yang lebih banyak untuk kerja pernapasan daripada orang sehat		
9.	Pasien PPOK yang tidak beraktivitas membuat pernapasan semakin buruk		
10.	Konsumsi makanan yang mengandung karbohidrat (Nasi/umbi-umbian) secara berlebihan tidak baik buat pasien PPOK		
11.	Makanan tinggi karbohidrat (nasi/umbi-umbian) bisa membuat pasien menjadi sesak		
12.	Pasien PPOK dianjurkan konsumsi makanan yang cukup lemak dan protein (Ikan, tahu, tempe)		
13.	Berat badan yang berlebih (gemuk) akan membuat napas lebih sulit		
14.	Berhenti merokok harus dilakukan pasien PPOK		

15.	Pasien PPOK harus menggunakan masker saat berada dilingkungan berpolusi		
16.	Pasien PPOK dapat berkonsultasi dengan dokter/perawat tentang keinginannya untuk berhenti merokok		
17.	Obat antibiotik yang diberikan dokter harus diminum pasien sampai habis		
18.	Batuk dengan dahak lebih mudah dikeluarkan dengan napas dalam dahulu daripada batuk sekeras mungkin		
19.	Ketika menggunakan beberapa jenis inhaler pasien PPOK sebaiknya berkumur		
20.	Merokok merupakan penyebab utama PPOK		

Lampiran 6

KUESIONER SELF CARE AGENCY (SCA)Kuesioner "*Self As Carer Inventory*" (Geden&Taylor, 1991)**Petunjuk :**

1. Pertanyaan di bawah ini tentang kemampuan perawatan diri pasien PPOK
2. Berikan tanda (V) pada kolom disamping pertanyaan sesuai apa yang bapak/ibu/saudara ketahui.

Keterangan :

TP : Tidak Pernah

S : Selalu

K : Kadang – kadang

SH : Setiap Hari

No	Pertanyaan	TP	K	S	SH
1.	Saya mampu memenuhi kebutuhan diri sendiri sesuai dengan kemampuan saya				
2.	Setiap hari saya mampu berjalan 20-30 menit				
3.	Saya mampu melatih otot-otot perut untuk bernapas				
4.	Sebelum tidur saya mampu melakukan pernapasan bibir/pernapasan perut				
5.	Saya mampu melakukan latihan napas setiap hari				
6.	Saya mampu minum obat secara teratur dari resep dokter				
7.	Saat bepergian jauh saya membawa obat				
8.	Saya kontrol ke dokter sesuai dengan jadwal yang ditentukan				
9.	Setiap hari selalu ada sayur, ikan, nasi yang seimbang dalam makanan saya				
10.	Saya mampu menyiapkan makanan sendiri				
11.	Saya mampu menghindari lingkungan dengan asap rokok				
12.	Saya mengenakan masker saat berada di tempat umum dengan adanya asap rokok dan polusi				
13.	Saya mampu untuk berhenti merokok karena rokok menyebabkan kondisi semakin buruk				
14.	Saya mampu mengeluarkan dahak dengan baik dan membuangnya di kloset/kamar mandi				
15.	Saya mampu menghemat energi saat beraktivitas				

Lampiran 7

KUESIONER PERILAKU PERAWATAN DIRI
(Self Care Behaviour)

Petunjuk :

1. Pertanyaan berikut ini tentang beberapa situasi yang Anda lakukan dalam kehidupan anda sehari – hari dalam melakukan perawatan diri selama 1 (satu) bulan terakhir.
2. Tentukan perilaku yang bapak/ibu/saudara lakukan perawatan diri pada beberapa situasi di bawah ini. Berikan tanda (V) pada salah satu pilihan disamping pertanyaan yang menggambarkan perilaku yang bapak/ibu/saudara lakukan pada aktivitas tersebut.

No	Pertanyaan	YA	TIDAK
Pengobatan/Terapi			
1.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara kontrol ke dokter		
2.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara saya minum obat secara teratur sesuai dengan anjuran dokter		
3.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara saya menggunakan inhaler sebagai suatu kebutuhan		
4.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara mengalami perubahan warna dahak		
Latihan Fisik/Aktivitas Fisik			
5.	Saya menyediakan waktu istirahat saat melakukan aktivitas		
6.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara mengalami sesak saat beraktivitas?		
7.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara mampu tidur nyenyak tanpa minum obat?		
8.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara melakukan jalan/bersepeda 20-30 menit?		
Pola Nutrisi			
9.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara mengalami sesak saat makan		

10.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara mampu menyiapkan makanan sendiri		
11.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara mengkonsumsi makanan mengandung gizi seimbang (sayur, lauk, pauk, buah)		
12.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara menimbang berat badan/mengalami perubahan berat badan		
Kontrol Pernapasan			
13.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara secara teratur mengontrol napas (misal : dengan cara <i>pursed lip</i> /bibir yang mengerucut dan perapasan perut)		
14.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara saat ingin mengeluarkan dahak melakukan nafas dalam terlebih dahulu		
15.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara mengikuti kegiatan yang melatih pernapasan, berapa hari?		
16.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara menggunakan otot-otot perut saat bernapas (<i>diaphragma breathing</i>)		
Berhenti merokok			
17.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara berada di dekat perokok		
18.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/saudara tidak merokok		
19.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara sesak akibat asap rokok		
20.	Dalam 1 (satu) bulan terakhir ini apakah bapak/ibu/saudara berkonsultasi dengan dokter/perawat untuk berhenti merokok		

Lampiran 8

KUESIONER COPD SELF EFFICACY SCALE

Pertanyaan berikut ini tentang beberapa situasi yang dapat mempengaruhi kegiatan kehidupan anda sehari- hari. Tentukan seberapa yakin bapak/ibu/saudara untuk mampu mengatasi kesulitan bernapas pada beberapa situasi di bawah ini. (berikan tanda (V) salah satu pilihan jawaban)

No.	Pertanyaan	Tidak yakin	Agak yakin	yakin	Sangat yakin
1.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas saat saya merasa lelah				
2.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika udara menjadi lembab				
3.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika cuaca berubah dari panas menjadi dingin				
4.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya merasa tertekan atau sedih				
5.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya berjalan menaiki tangga				
6.	Saya merassa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya (menolak) merasa tidak memiliki masalah pernapasan				
7.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika disekitar saya ada yang merokok				
8.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya marah				
9.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya melakukan kegiatan fisik				
10.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya mempunyai kesulitan permasalahan hidup				

11.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya tidak mampu melakukan hubungan seksual				
12.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya mengalami putus asa				
13.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya mengangkat beban berat				
14.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika cuaca sangat panas atau sangat dingin				
15.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya tidak mematuhi aturan makan yang telah di tetapkan				
16.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya merasa tidak berdaya				
17.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya sakit (batuk, pilek dan sakit tenggorokan)				
18.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya merasa cemas				
19.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya terlalu banyak makan				
20.	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernapas ketika saya berada dilingkungan dengan polusi udara				

Lampiran 9

LEMBAR HASIL PENGUKURAN
PEAK EXPIRATORY FLOW RATE (PEFR)

NO	WAKTU PENGUKURAN	HASIL
1	Sebelum intervensi	lt/dtk
2	Setelah Intervensi	lt/dtk
	Selisih nilai PEFR	lt/dtk

Menghitung persentase perubahan nilai PEFR:

$$\frac{\text{Selisih nilai yang diperoleh pasien (l/dtk)}}{\text{nilai pemeriksaan awal (l/dtk)}} \times 100\%$$

=.....%

Lampiran 10

SATUAN ACARA KEGIATAN

Pokok Bahasan : Model *Supportive Educative* berbasis *self efficacy* terhadap kemandirian perawatan diri pasien PPOK

Sasaran : Pasien PPOK

Tempat : Poliklinik Paru RSUD Jombang

Sesion : Pertemuan Ke: 1

Waktu : 60 Menit

1. Tujuan Intruksional Umum

Setelah mengikuti kegiatan pengaruh model *supportive educative* Berbasis *Self Efficacy* Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (*Self Care*) diharapkan pasien mampu memahami pendidikan yang diberikan peneliti dan mengungkapkan pengalamannya mengenai perawatan diri pada penyakit paru obstruktif kronik.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan model *supportive educative* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) selama 60 menit diharapkan

1) Pasien mampu menjelaskan:

- a) Definisi
- b) Faktor Risiko
- c) Tanda gejala
- d) Penatalaksanaan

2) Pasien mampu berdiskusi berbagi pengalaman untuk membangun keyakinan pasien mengenai PPOK

3. Materi

Model *supportive educative* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) dan konsep dasar penyakit paru obstruktif kronik (modul berisi materi terlampir)

4. Metode

- a) *Teaching*
- b) *Guiding*

c) *Environment***5.Fasilitator**

Peneliti (Nita Arisanti Yulanda)

6.Media

- 1) Modul (Buku Panduan Kemandirian Perawatan diri penyakit paru obstruktif kronik)
- 2) Leaflet
- 3) Lembar catatan perawat

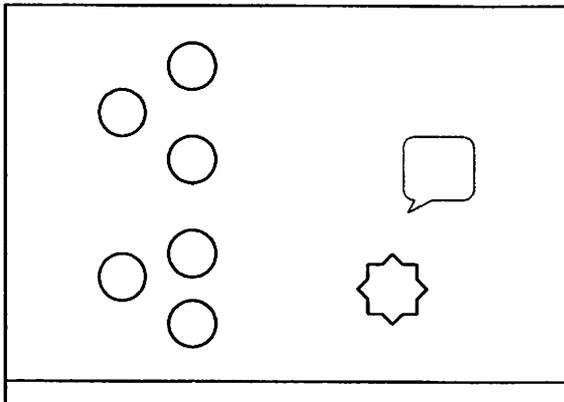
7.Kegiatan

Tahap	Waktu	Kegiatan	
		Fasilitator	Responden
Persiapan	20 menit	Pembukaan 1) Memberi salam dan Memperkenalkan diri 2) Menyampaikan maksud dan tujuan pertemuan 3) Melakukan pretest pengaruh pengetahuan <i>self care, self care agency, self care behaviour</i> dan mengukur <i>PEFR</i> pasien	1) Menjawab salam 2) Mengisi kuesioner penelitian
Pelaksanaan	30 menit	1. Menyampaikan penjelasan tentang model <i>supportive educative</i> terhadap kemandirian perawatan diri (<i>self care</i>) dan konsep dasar penyakit paru obstruktif kronik yang meliputi : a) Definisi. b) Faktor Risiko c) Tanda gejala d) Penatalaksanaan 2. Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pasien dan keluarga 3. Berdiskusi dengan pasien mengenai pengalaman terkait penyakit yang dideritanya	1) Memperhatikan 2) Aktif bertanya dan berdiskusi 3) Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh fasilitator
Penutup	10 menit	1) Follow up dari materi yang telah disampaikan 2) Mengakhiri pertemuan 3) Kontrak waktu untuk pertemuan	1) Menjawab pertanyaan evaluasi 2) Menyepakati

selanjutnya
4) Salam penutup

kontrak waktu
3) Menjawab salam

8. Setting tempat



Keterangan :



= Pembicara

= Pasien



= Flipcard

9. Evaluasi

a) Struktural

- 1) Pasien hadir di ruang tunggu rumah sakit sesuai dengan kontrak
- 2) Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di ruang tunggu
- 3) Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum kegiatan dimulai

b) Proses

- 1) Pasien antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- 2) Pasien ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar

c) Hasil

1. Pasien mengerti dan memahami penjelasan yang diberikan oleh fasilitator tentang model *supportive educative* terhadap kemandirian

perawatan diri (*self care*) dan konsep dasar penyakit paru obstruktif kronik

2. Pasien mampu mengungkapkan pengalamannya mengenai PPOK
3. Kegiatan model *supportive educative* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

Lampiran 11

SATUAN ACARA KEGIATAN

Pokok Bahasan : Model *Supportive Educative* berbasis *self efficacy* terhadap kemandirian perawatan diri pasien PPOK

Sasaran : Pasien PPOK

Tempat : Rumah Pasien

Sesio : Pertemuan Ke: 2

Waktu : 60 Menit

1. Tujuan Intruksional Umum

Setelah mengikuti kegiatan pengaruh model *supportive educative* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) pasien mampu memahami perawatan mandiri mengenai upaya rehabilitasi paru yang dapat dilakukan pasien PPOK dan keluarga.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan model *supportive educative* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) selama 60 menit diharapkan pasien mampu:

- 1) Menjelaskan dan mendemonstrasikan sesuai kemampuan:
 - (1) Latihan fisik
 - (2) Latihan Nafas
- 2) Berdiskusi dan berbagi pengalaman mengenai aktivitas yang mampu dilakukan selama sakit

3. Materi

Upaya rehabilitasi paru PPOK yang dapat dilaksanakan sesuai dengan kemampuan pasien dalam kehidupan sehari-hari (modul berisi materi terlampir)

4. Metode

- (1) *Teaching*
- (2) *Guiding*
- (3) *Environment*

5. Fasilitator

Peneliti (Nita Arisanti Yulanda)

6. Media

(1) Modul (Buku Panduan Perawatan diri penyakit paru obstruktif kronik)

(2) Leaflet

(3) Flipcard

7. Kegiatan

Tahap	Waktu	Kegiatan	
		Fasilitator	Responden
Persiapan	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Menyampaikan maksud dan tujuan pertemuan 3. Mengevaluasi kembali materi yang telah disampaikan sebelumnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Menjelaskan kembali materi pada pertemuan sebelumnya
Pelaksanaan	40 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan penjelasan tentang upaya rehabilitasi paru yang bisa dilakukan pasien penyakit paru obstruktif kronik di rumah yang meliputi : <ol style="list-style-type: none"> (1) Latihan Fisik (2) Latihan Nafas (3) Batuk efektif 2. Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pasien dan keluarga 3. Berdiskusi dan berbagi pengalaman mengenai aktivitas yang dilakukan pasien selama sakit 4. Memotivasi pasien dan keluarga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan 2. Aktif bertanya dan berdiskusi 3. Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh fasilitator
Penutup	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Follow up</i> dari materi yang telah disampaikan 2. Mengakhiri pertemuan 3. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya 4. Salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan evaluasi 2. Menyepakati kontrak waktu 3. Menjawab salam

8. Evaluasi

(1) Struktural

- a. Pasien berada dirumah sesuai dengan kontrak yang dilakukan sebelumnya
- b. Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di ruang tamu rumah pasien
- c. Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum kegiatan dimulai

(2) Proses

- a. Pasien antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- b. Pasien ikut berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar

(3) Hasil

- a. Pasien mengerti dan memahami penjelasan yang diberikan oleh fasilitator tentang perawatan mandiri yang bisa dilakukan pasien penyakit paru obstruktif kronik
- b. Pasien mampu berdiskusi dan berbagi pengalaman mengenai aktivitas dan latihan yang dilakukan pasien selama sakit sehingga keyakinan dalam kemampuan perawatan diri meningkat
- c. Kegiatan model *supportive educative* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

LEMBAR CATATAN PERAWAT

Lembar ini berisikan hasil diskusi peneliti dengan pasien PPOK mengenai pengalaman pasien selama sakit dan upaya pasien yang telah dilakukan untuk mengatasi penyakitnya dalam melakukan perawatan diri (*self care*)

No	Hasil Diskusi	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan

Lampiran 12

SATUAN ACARA KEGIATAN

Pokok Bahasan : Model *Supportive Educative* berbasis *self efficacy* terhadap kemandirian perawatan diri pasien PPOK

Sasaran : Pasien PPOK

Tempat : Rumah Pasien

Sesion : Pertemuan Ke: 3

Waktu : 60 Menit

1. Tujuan Intruksional Umum

Setelah mengikuti kegiatan pengaruh model *supportive educative* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) pasien mampu memahami perawatan mandiri yang dapat dilakukan pasien PPOK dan keluarga.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah mengikuti kegiatan model *supportive educative* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) selama 60 menit diharapkan pasien mampu:

- 1) Menjelaskan dan mendemostrasikan:
 - (a) Teknik Berhenti merokok
 - (b) Pola Nutrisi pasien PPOK
 - (c) Menghemat energi pasien PPOK
- 2) Berdiskusi untuk berbagi pengalaman mengenai kemampuannya dalam melakukan perawatan diri (*self care*)

3. Materi

Perawatan mandiri pasien PPOK yang dapat dilaksanakan sesuai dengan kemampuan pasien dalam memenuhi kebutuhan dasarnya sehari-hari (modul berisi materi terlampir)

4. Metode

- (1) *Teaching*
- (2) *Guiding*

*(3) Environment***5. Fasilitator**

Peneliti (Nita Arisanti Yulanda)

6. Media

(1) Modul (Buku Panduan Perawatan diri penyakit paru obstruktif kronik)

(2) Leaflet

(3) Flipcard

(4) Lembar catatan perawat

7. Kegiatan

Tahap	Waktu	Kegiatan	
		Fasilitator	Responden
Persiapan	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberi salam 2. Menyampaikan maksud dan tujuan pertemuan 3. Mengevaluasi kembali materi yang telah disampaikan sebelumnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Menjelaskan kembali materi pada pertemuan sebelumnya
Pelaksanaan	40 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyampaikan penjelasan tentang perawatan mandiri yang bisa dilakukan pasien penyakit paru obstruktif kronik yang meliputi : <ol style="list-style-type: none"> (1) Teknik Berhenti merokok (2) Pola Nutrisi (3) Menghemat energi 2. Menjawab pertanyaan yang diajukan oleh pasien dan keluarga 3. Berdiskusi dengan pasien tentang pengalaman dalam melakukan perawatan diri 4. Memotivasi pasien dan keluarga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan 2. Aktif bertanya dan berdiskusi 3. Menjawab pertanyaan yang diberikan oleh fasilitator
Penutup	10 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Follow up dari materi yang telah disampaikan 2. Mengakhiri pertemuan 3. Kontrak waktu untuk pertemuan selanjutnya 4. Salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan evaluasi 2. Menyepakati kontrak waktu 3. Menjawab salam

8. Evaluasi

(1) Struktural

- a. Pasien berada dirumah sesuai dengan kontrak yang dilakukan sebelumnya
- b. Penyelenggaraan penyuluhan dilakukan di ruang tamu rumah pasien
- c. Pengorganisasian penyelenggaraan penyuluhan dilakukan sebelum kegiatan dimulai

(2) Proses

- a. Pasien antusias terhadap kegiatan yang dilakukan
- b. Pasien berpartisipasi dalam kegiatan dengan mengajukan dan menjawab pertanyaan dengan benar

(3) Hasil

- a. Pasien mengerti dan memahami penjelasan yang diberikan oleh fasilitator tentang perawatan mandiri yang bisa dilakukan pasien penyakit paru obstruktif kronik
- b. Pasien mampu mengungkapkan pengalamannya mengenai upaya yang dilakukan dalam melakukan perawatan diri sehingga keyakinan dalam kemampuan perawatan diri meningkat
- c. Kegiatan model *supportive educative* terhadap kemandirian perawatan diri (*self care*) sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

LEMBAR CATATAN PERAWAT

Lembar ini berisikan hasil diskusi peneliti dengan pasien PPOK mengenai pengalaman pasien selama sakit dan upaya pasien yang telah dilakukan untuk mengatasi penyakitnya dalam melakukan perawatan diri (*self care*)

No	Hasil Diskusi	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Keperawatan

Lampiran 13

**STANDART OPERASIONAL PROSEDUR PEMERIKSAAN
PEAK EXPIRATORY FLOW RATE**

Definisi : suatu cara sederhana pada pasien dengan penyakit penyakit obstruksi jalan nafas

Tujuan : mengetahui adanya tahanan jalan napas yang meningkat

No	TAHAP PELAKSANAAN
I	Tahap Pra Interaksi
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cek Catatan perawatan dan catatan medik klien <ol style="list-style-type: none"> a) Nama b) Nomor Register c) Umur dalam tahun d) Tinggi badan tanpa alas kaki dalam inci atau cm e) Berat badan dalam pon atau kg f) Suku bangsa 2. Persiapan alat, penderita dan lingkungan <ol style="list-style-type: none"> 1) Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> (1) Alat <i>peak flow meter</i> jarum (2) <i>Mouth piece</i> sekali pakai 2) Persiapan penderita <p>Syarat sebelum melakukan pemeriksaan antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Harus bebas dari rokok dan obat bronkodilator/inhaler minimal 2 jam sebelum pemeriksaan. (2) Tidak boleh makan terlalu kenyang sebelum pemeriksaan. (3) Tidak boleh berpakaian ketat. 3) Ruang dan fasilitas <ol style="list-style-type: none"> (1) Ruangan yang digunakan harus mempunyai sistem ventilasi yang baik. (2) Suhu udara tempat pemeriksaan tidak boleh < 17° C atau > 40° C. (3) Pemeriksaan terhadap pasien yang dicurigai menderita penyakit infeksi saluran napas dilakukan pada urutan terakhir dan setelah itu harus dilakukan tindakan antiseptik pada alat.
II	Tahap Orientasi
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan salam dan panggil klien dengan namanya

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Menjelaskan tujuan pemeriksaan, cara kerja alat, menegaskan bahwa pemeriksaan ini tidak menyakitkan 3. Atur posisi klien (berdiri atau duduk dengan punggung tegak)
III	Tahap Kerja
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendekatkan alat-alat ke dekat klien 2. Mencuci tangan 3. Pelaksanaan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasang <i>mouth piece</i> ke ujung <i>peak flow meter</i> (jika diperlukan). 2) Pastikan marker pada posisi 0 (terendah) 3) Minta pasien untuk bernapas normal sebanyak 3x (jika diperlukan). 4) Pegang <i>peak flow meter</i> dengan posisi horisontal tanpa menyentuh marker (menggangu gerakan marker). 5) Pastikan tidak ada kebocoran di mulut pasien 6) Pasien menghirup napas sedalam mungkin, masukkan <i>mouth piece</i> kemulut dengan bibir menutup rapat mengelilingi <i>mouth piece</i>, dan buang napas sekuat dan secepat mungkin. 7) Marker bergerak dan menunjukkan angka pada skala saat membuang napas, catat hasilnya. 8) Kembalikan marker pada posisi 0. 9) Ulangi langkah 3-6 sebanyak 3x, catat nilai tertinggi.
IV	Tahap Terminasi
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan pada klien apa yang dirasakan setelah di lakukan tindakan. 2. Berikan reinforcement sesuai dengan kemampuan klien 3. Melakukan kontrak untuk tindakan selanjutnya. 4. Mengakhiri kegiatan dengan cara memberi salam pamitan. 5. Merapikan alat dan lingkungan.
V	Dokumentasi
	Catat hasil pemeriksaan

Lampiran 14

**TABULASI DATA UMUM RESPONDEN PENELITIAN
KELOMPOK KONTROL**

NO.RESP	JENIS KELAMIN	USIA	PENDIDIKAN	STATUS PERNIKAHAN	LAMA SAKIT	LAMA AKTIVITAS	JARAK RUMAH-RS	INDEX MASA TUBUH
1	1	2	3	1	2	3	2	2
2	1	2	1	1	1	1	1	1
3	2	2	2	1	3	1	2	4
4	1	2	1	1	2	1	1	2
5	1	1	2	1	2	2	2	2
6	1	2	1	1	4	1	2	2
7	1	1	1	1	2	2	3	2
8	1	1	2	1	2	1	2	2
9	1	2	1	1	4	1	2	2
10	1	2	1	1	3	1	2	3
11	2	2	1	2	2	1	2	2
12	1	2	5	1	3	2	2	1
13	1	2	1	2	2	2	2	1
14	2	2	3	1	2	1	2	2
15	1	2	3	1	2	3	2	2
16	1	2	2	1	2	1	2	1

Keterangan :

- | | | | | | | | |
|--------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|---------------|----------------|-------------------|----------------------|
| a. Jenis kelamin : | b. Tingkat Pendidikan | c. Index Masa Tubuh | d. Jarak RS-Rumah | e. Lama sakit | f. Usia | g. Lama Aktivitas | h. Status Pernikahan |
| 1. Laki-laki | 1. SD | 1. Kurus | 1. 1-4 KM | 1. <1 Tahun | 1. 40-60 Tahun | 1. 1-2 jam | 1. Menikah |
| 2. Perempuan | 2. SMP | 2. Normal | 2. 5-10 KM | 2. 2-5 Tahun | 2. >61 Tahun | 2. 3-5 jam | 2. Janda/
Duda |
| | 3. SMA | 3. Gemuk | 3. 11-15 KM | 3. 6-9 Tahun | | 3. 6-9 jam | |
| | 4. Perguruan Tinggi | 4. Obesitas | 4. >16 KM | 4. >10 tahun | | | |

**TABULASI DATA UMUM RESPONDEN PENELITIAN
KELOMPOK INTERVENSI**

NO.RESP	JENIS KELAMIN	USIA	PENDIDIKAN	STATUS PERNIKAHAN	LAMA SAKIT	LAMA AKTIVITAS	JARAK RUMAH-RS	INDEX MASA TUBUH
1	2	1	1	1	3	1	2	1
2	1	2	1	1	2	2	2	2
3	1	1	1	1	2	2	4	3
4	1	1	3	1	4	3	3	2
5	2	1	1	1	3	3	2	4
6	1	1	1	1	2	2	4	2
7	1	2	1	1	3	3	4	1
8	1	2	1	2	2	1	4	2
9	1	2	1	2	2	1	2	1
10	1	2	1	1	2	1	2	2
11	1	2	3	1	2	2	2	2
12	1	2	2	2	2	1	1	2
13	1	1	2	1	3	2	3	2
14	1	1	1	1	2	1	2	1
15	2	1	1	1	2	2	3	2
16	1	2	1	2	4	1	2	1

Keterangan :

- | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|---|--|--|
| <p>a. Jenis kelamin :</p> <p>1. Laki-laki</p> <p>2. Perempuan</p> | <p>b. Tingkat Pendidikan</p> <p>1. SD</p> <p>2. SMP</p> <p>3. SMA</p> <p>4. Perguruan Tinggi</p> | <p>c. Index Masa Tubuh</p> <p>1. Kurus</p> <p>2. Normal</p> <p>3. Gemuk</p> <p>4. Obesitas</p> | <p>d. Jarak RS-Rumah</p> <p>1. 1-4 KM</p> <p>2. 5-10 KM</p> <p>3. 11-15 KM</p> <p>4. >16 KM</p> | <p>e. Lama sakit</p> <p>1. <1 Tahun</p> <p>2. 2-5 Tahun</p> <p>3. 6-9 Tahun</p> <p>4. >10 tahun</p> | <p>f. Usia</p> <p>1. 40-60 Tahun</p> <p>2. >61 Tahun</p> | <p>g. Lama Aktivitas</p> <p>1. 1-2 jam</p> <p>2. 3-5 jam</p> <p>3. 6-9 jam</p> | <p>h. Status Pernikahan</p> <p>1. Menkah</p> <p>2. Janda/
Duda</p> |
|---|--|--|--|---|---|--|--|

Lampiran 16

**NILAI KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI
KELOMPOK INTERVENSI**

NO. RESP	KOMPONEN KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI																JUMLAH NILAI		
	PENGETAHUAN SELF CARE				SELF CARE AGENCY				SELF CARE BEHAVIOUR				SELF EFFICACY				PEFR		
	15	18	3	44	46	2	34	37	3	45	49	4	220	280	60	358	430	72	
2	16	19	3	43	45	2	34	36	2	38	48	10	210	300	90	341	448	107	
3	17	20	3	45	47	2	31	37	6	45	46	1	250	310	60	388	460	72	
4	15	18	3	43	49	6	32	38	6	47	47	0	220	320	100	357	472	115	
5	13	17	4	44	48	4	31	35	4	33	34	1	250	270	20	371	404	33	
6	17	19	2	40	40	0	28	32	4	40	43	3	200	240	40	325	374	49	
7	16	17	1	42	46	4	30	34	4	40	46	6	180	230	50	308	373	65	
8	14	16	2	40	48	8	30	33	3	33	39	6	210	300	90	327	436	109	
9	16	20	4	41	43	2	30	30	0	40	40	0	320	350	30	447	483	36	
10	14	18	4	38	48	10	32	34	2	35	40	5	200	250	50	319	390	71	
11	15	19	4	39	47	8	32	33	1	32	39	7	290	300	10	408	438	30	
12	16	20	4	37	43	6	30	33	3	43	50	7	280	320	40	406	466	60	
13	17	18	1	43	46	3	31	35	4	44	52	8	250	300	50	385	451	66	
14	14	17	3	44	44	0	31	32	1	48	48	0	310	340	30	447	481	34	
15	13	16	3	38	42	4	29	33	4	29	35	6	190	250	60	299	376	77	
16	12	18	6	36	41	5	30	35	5	31	34	3	170	210	40	279	378	99	

**NILAI KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI
KELOMPOK KONTROL**

NO. RESP	KOMPONEN KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI														JUMLAH NILAI			
	PENGETAHUAN SELF CARE				SELF CARE AGENCY				SELF CARE BEHAVIOUR				SELF EFFICACY				PEFR	
1	18	18	0	46	46	0	33	33	0	41	42	1	150	160	10	138	139	1
2	16	16	0	39	36	-3	30	30	0	48	48	0	230	220	-10	133	130	-3
3	13	13	0	34	35	1	34	34	0	34	34	0	250	210	-40	115	116	1
4	12	13	1	40	40	0	32	32	0	45	46	1	200	200	0	129	131	2
5	18	17	-1	42	42	0	34	33	-1	49	48	-1	260	260	0	143	140	-3
6	14	14	0	34	34	0	30	31	1	45	45	0	200	200	0	123	124	1
7	19	18	-1	46	44	-2	33	32	-1	55	55	0	250	230	-20	153	149	-4
8	15	15	0	40	40	0	32	32	0	52	52	0	230	230	0	139	139	0
9	17	15	-2	41	41	0	33	35	2	55	55	0	260	250	-10	146	146	0
10	14	15	1	40	42	2	29	30	1	32	32	0	200	200	0	115	119	4
11	12	13	1	43	43	0	32	33	1	36	36	0	190	210	20	123	125	2
12	17	16	-1	36	36	0	29	29	0	31	33	2	180	180	0	113	114	1
13	14	15	1	40	40	0	29	30	1	46	46	0	220	220	0	129	131	2
14	15	14	-1	46	46	0	32	32	0	35	35	0	180	200	20	128	127	-1
15	17	19	2	41	41	0	31	31	0	44	44	0	180	200	20	133	135	2
16	16	17	1	33	33	0	28	28	0	34	35	1	170	170	0	111	113	2

NILAI PENGETAHUAN *SELF CARE* RESPONDEN PENELITIAN

NO. Resp	Nilai Pengetahuan <i>Self care</i>							
	Intervensi Pre		Intervensi Post		Kontrol Pre		Kontrol Post	
	Nilai	Ket.	Nilai	Ket.	Nilai	Ket.	Nilai	Ket.
1.	75	baik	90	baik	90	baik	90	baik
2.	80	baik	95	baik	80	baik	80	baik
3.	85	baik	100	baik	65	cukup	65	Cukup
4.	75	baik	90	baik	60	cukup	65	Cukup
5.	65	cukup	85	baik	90	baik	85	Baik
6.	85	baik	95	baik	70	cukup	70	Cukup
7.	80	baik	85	baik	95	baik	90	Baik
8.	70	baik	80	baik	75	baik	75	Baik
9.	80	baik	100	baik	85	baik	75	Baik
10.	70	cukup	90	baik	70	cukup	75	Baik
11.	75	baik	95	baik	60	cukup	65	Cukup
12.	80	baik	100	baik	85	baik	80	Baik
13.	85	baik	90	baik	70	cukup	75	Baik
14.	70	cukup	85	baik	75	baik	70	Cukup
15.	65	cukup	80	baik	85	baik	95	Baik
16.	60	cukup	90	baik	80	baik	85	Baik

Lampiran 19

PERBANDINGAN NILAI PRETEST KELOMPOK PENELITIAN

No.	PENGETAHUAN <i>SELF CARE</i>		
	ASPEK PENILAIAN	PRETEST INTERV	PRETEST KONTROL
1	Latihan Fisik	58	56
2	Pola Nutrisi	29	41
3	Latihan Napas	41	38
4	Pengobatan	50	50
5	Berhenti Merokok	62	62
TOTAL		240	247

NO.	<i>SELF CARE BEHAVIOR</i>		
	ASPEK PENILAIAN	PRETEST INTERV	PRETEST KONTROL
1	Pengobatan	100	102
2	Latihan fisik	97	108
3	Pola nutrisi	103	104
4	Latihan pernapasan	81	81
5	Berhenti merokok	114	106
Total		495	501

No	<i>SELF CARE AGENCY</i>		
	ASPEK PENILAIAN	PRETEST INTERV	PRETEST KONTROL
1	Pengetahuan diri	184	173
2	Keputusan yang mempengaruhi perawatan diri	145	136
3	Perhatian, kesadaran diri dan monitor diri	205	190
4	Keterampilan fisik dan kepuasan dengan rutinitas perawatan diri	123	142
Total		657	641

No.	<i>SELF EFFICACY</i>		
	ASPEK PENILAIAN	PRETEST INTERV	PRETEST KONTROL
1	Dampak negative	142	143
2	Kondisi emosional	138	145
3	Kondisi fisik	105	125
4	Cuaca dan lingkungan	110	127
5	Faktor risiko perilaku	128	142
Total		623	682

Lampiran 20

PERBANDINGAN NILAI *POSTTEST* KELOMPOK PENELITIAN

<i>PENGETAHUAN SELF CARE</i>			
No.	ASPEK PENILAIAN	POSTTEST INTERV	POSTTEST KONTROL
1	Latihan Fisik	63	53
2	Pola Nutrisi	57	42
3	Latihan Napas	52	39
4	Pengobatan	54	54
5	Berhenti Merokok	64	61
TOTAL		290	249

<i>SELF CARE BEHAVIOR</i>			
No.	ASPEK PENILAIAN	POSTTEST INTERV	POSTTEST KONTROL
1	Pengobatan	104	102
2	Latihan fisik	96	110
3	Pola nutrisi	114	103
4	Latihan pernapasan	116	82
5	Berhenti merokok	117	108
Total		547	505

<i>SELF CARE AGENCY</i>			
No	ASPEK PENILAIAN	POSTTEST INTERV	POSTTEST KONTROL
1	Pengetahuan diri	192	172
2	Keputusan yang mempengaruhi perawatan diri	144	140
3	Perhatian, kesadaran diri dan monitor diri	202	186
4	Keterampilan fisik dan kepuasan dengan rutinitas perawatan diri	185	141
Total		723	639

<i>SELF EFFICACY</i>			
No.	ASPEK PENILAIAN	POSTTEST INTERV	POSTTEST KONTROL
1	Dampak negative	146	143
2	Kondisi emosional	152	145
3	Kondisi fisik	131	126
4	Cuaca dan lingkungan	130	130
5	Faktor risiko perilaku	131	142
Total		690	686

Lampiran 21

HASIL UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS PENELITIAN1. Pengetahuan *Self Care*

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	10,3000	70,233	,775	.	,978
s2	10,4000	69,378	,861	.	,977
s3	10,4000	69,378	,861	.	,977
s4	10,4000	69,378	,861	.	,977
s5	10,3000	70,233	,775	.	,978
s6	10,4000	69,378	,861	.	,977
s7	10,3000	70,233	,775	.	,978
s8	10,3000	70,233	,775	.	,978
s9	10,4000	69,378	,861	.	,977
s10	10,3000	70,233	,775	.	,978
s11	10,3000	70,233	,775	.	,978
s12	10,3000	70,233	,775	.	,978
s13	10,4000	69,378	,861	.	,977
s14	10,3000	70,233	,775	.	,978
s15	10,3000	70,233	,775	.	,978
s16	10,4000	69,378	,861	.	,977
s17	10,4000	69,378	,861	.	,977
s18	10,4000	69,378	,861	.	,977
s19	10,4000	69,378	,861	.	,977
s20	10,4000	69,378	,861	.	,977

R tabel = 0,707

Skor dibanding tabel semuanya lebih dari 0,707 jadi kuesioner pengetahuan valid

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,978	,978	20

SANGAT RELIABEL

2. Self Care Agency

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	46,6000	58,711	,747	.	,959
s2	46,5000	55,389	,855	.	,956
s3	46,6000	58,711	,747	.	,959
s4	46,6000	58,711	,747	.	,959
s5	46,5000	55,389	,855	.	,956
s6	46,6000	58,711	,747	.	,959
s7	46,6000	58,711	,747	.	,959
s8	46,6000	58,711	,747	.	,959
s9	46,5000	55,389	,855	.	,956
s10	46,5000	55,389	,855	.	,956
s11	46,8000	55,289	,765	.	,958
s12	47,2000	55,289	,765	.	,958
s13	46,8000	55,289	,765	.	,958
s14	46,8000	55,289	,765	.	,958
s15	46,8000	55,289	,765	.	,958

R tabel = 0,707

Skor dibanding tabel semuanya lebih dari 0,707 jadi kuesioner SCA valid

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,961	,964	15

SANGAT RELIABEL

3. Self Care Behaviour

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
s1	30,9000	86,100	,988	.	,995
s2	30,9000	86,100	,988	.	,995
s3	30,9000	86,100	,988	.	,995
s4	30,9000	86,100	,988	.	,995
s5	30,9000	86,100	,988	.	,995
s6	30,9000	86,100	,988	.	,995
s7	30,8000	87,733	,869	.	,996
s8	30,9000	86,100	,988	.	,995
s9	30,8000	87,733	,869	.	,996
s10	30,9000	86,100	,988	.	,995
s11	30,8000	87,733	,869	.	,996
s12	30,8000	87,733	,869	.	,996
s13	30,9000	86,100	,988	.	,995
s14	30,8000	87,733	,869	.	,996
s15	30,9000	86,100	,988	.	,995
s16	30,9000	86,100	,988	.	,995
s17	30,9000	86,100	,988	.	,995
s18	30,9000	86,100	,988	.	,995
s19	30,9000	86,100	,988	.	,995
s20	30,9000	86,100	,988	.	,995

R tabel = 0,707

Skor dibanding tabel semuanya lebih dari 0,707 jadi kuesioner pengetahuan valid

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,996	,996	20

SANGAT RELIABEL

Lampiran 22

UJI FREKUENSI DATA KARAKTERISTIK RESPONDEN PENELITIAN

1. KELOMPOK INTERVENSI

Frequencies

Statistics

	JENIS KEL	USIA	PENDIDIKAN	STATUS NIKAH	LAMA SAKIT
N Valid	16	16	16	16	16
Missing	0	0	0	0	0
Mean	1.19	1.50	1.38	1.25	2.50
Median	1.00	1.50	1.00	1.00	2.00
Mode	1	1 ^a	1	1	2
Std. Deviation	.403	.516	.719	.447	.730
Minimum	1	1	1	1	2
Maximum	2	2	3	2	4

Statistics

	LAMA AKTV	JARAK RM RS	INDEX MASA TUBUH
N Valid	16	16	16
Missing	0	0	0
Mean	1.75	2.63	1.88
Median	2.00	2.00	2.00
Mode	1	2	2
Std. Deviation	.775	.957	.806
Minimum	1	1	1
Maximum	3	4	4

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Frequency Table

JENIS KEL

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid LAKI-LAKI	13	81.3	81.3	81.3
PEREMPUAN	3	18.8	18.8	100.0
Total	16	100.0	100.0	

USIA

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 40-60 TAHUN	8	50.0	50.0	50.0
>61 Thun	8	50.0	50.0	100.0
Total	16	100.0	100.0	

PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	12	75.0	75.0	75.0
	SMP	2	12.5	12.5	87.5
	SMA	2	12.5	12.5	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

STATUS NIKAH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KAWIN	12	75.0	75.0	75.0
	JANDA/DUDA	4	25.0	25.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

LAMA SAKIT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3-5 TAHUN	10	62.5	62.5	62.5
	6-9 TAHUN	4	25.0	25.0	87.5
	>10 TAHUN	2	12.5	12.5	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

LAMA AKTV

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 JAM	7	43.8	43.8	43.8
	3-5 JAM	6	37.5	37.5	81.3
	6-8 JAM	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

JARAK RUMAH RS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-4 KM	1	6.3	6.3	6.3
	5-10 KM	8	50.0	50.0	56.3
	11-15 KM	3	18.8	18.8	75.0
	>15 KM	4	25.0	25.0	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

INDEX MASA TUBUH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KURUS	5	31.3	31.3	31.3
	NORMAL	9	56.3	56.3	87.5
	GEMUK	1	6.3	6.3	93.8
	OBESITAS	1	6.3	6.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

2. KELOMPOK KONTROL

Frequencies

		Statistics				
		JENIS KEL	USIA	PENDIDIKA N	STATUS NIKAH	LAMA_SAKI T
N	Valid	16	16	16	16	16
	Missing	0	0	0	0	0
	Mean	1.19	1.81	1.81	1.13	2.38
	Median	1.00	2.00	1.50	1.00	2.00
	Mode	1	2	1	1	2
	Std. Deviation	.403	.403	.981	.342	.806
	Minimum	1	1	1	1	1
	Maximum	2	2	4	2	4

		Statistics		
		LAMA AKTV	JARAK RM RS	INDEX_MASA_TUBU H
N	Valid	16	16	16
	Missing	0	0	0
	Mean	1.50	1.94	1.94
	Median	1.00	2.00	2.00
	Mode	1	2	2
	Std. Deviation	.730	.443	.772
	Minimum	1	1	1
	Maximum	3	3	4

Frequency Table

		JENIS KEL			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	13	81.3	81.3	81.3
	PEREMPUAN	3	18.8	18.8	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

		USIA			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	40-60 TAHUN	3	18.8	18.8	18.8
	>61 Thun	13	81.3	81.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

		PENDIDIKAN			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	8	50.0	50.0	50.0
	SMP	4	25.0	25.0	75.0
	SMA	3	18.8	18.8	93.8
	PERGURUAN TINGGI	1	6.3	6.3	100.0
	Total	16	100.0	100.0	

STATUS NIKAH

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
14	87.5	87.5	87.5
2	12.5	12.5	100.0
16	100.0	100.0	

LAMA SAKIT

Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	6.3	6.3	6.3
10	62.5	62.5	68.8
3	18.8	18.8	87.5
2	12.5	12.5	100.0
16	100.0	100.0	

LAMA AKTV

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-2 JAM	10	62.5	62.5	62.5
3-5 JAM	4	25.0	25.0	87.5
6-8 JAM	2	12.5	12.5	100.0
Total	16	100.0	100.0	

JARAK RUMAH RS

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-4 KM	2	12.5	12.5	12.5
5-10 KM	13	81.3	81.3	93.8
11-15 KM	1	6.3	6.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

INDEX MASA TUBUH

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid KURUS	4	25.0	25.0	25.0
NORMAL	10	62.5	62.5	87.5
GEMUK	1	6.3	6.3	93.8
OBESITAS	1	6.3	6.3	100.0
Total	16	100.0	100.0	

Lampiran 23

UJI NORMALITAS DATA AWAL**1. KELOMPOK INTERVENSI****Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PENG_PRE	.178	16	.186	.931	16	.254
PENG_POST	.163	16	.200*	.922	16	.182
SCA_PRE	.190	16	.126	.930	16	.248
SCA_POST	.179	16	.180	.939	16	.337
SCB_PRE	.172	16	.200*	.931	16	.254
SCB_POST	.148	16	.200*	.968	16	.811
EFF_PRE	.146	16	.200*	.939	16	.336
EFF_POST	.186	16	.140	.926	16	.208
PEFR_PRE	.185	16	.147	.935	16	.293
PEFR_POST	.190	16	.126	.946	16	.426

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

a. Lilliefors Significance Correction

2. KELOMPOK KONTROL**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PENG_PRE	.140	16	.200*	.954	16	.564
PENG_POST	.166	16	.200*	.937	16	.317
SCA_PRE	.182	16	.165	.920	16	.170
SCA_POST	.194	16	.111	.940	16	.347
SCB_PRE	.202	16	.079	.924	16	.196
SCB_POST	.155	16	.200*	.975	16	.914
EFF_PRE	.168	16	.200*	.927	16	.220
EFF_POST	.185	16	.147	.917	16	.150
PEFR_PRE	.170	16	.200*	.939	16	.337
PEFR_POST	.183	16	.154	.965	16	.748

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

a. Lilliefors Significance Correction

Lampiran 24

UJI PAIRED T TEST PENELITIAN

1. KELOMPOK INTERVENSI

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 PENG_PRE	15.00	16	1.549	.387
PENG_POST	18.13	16	1.310	.328
Pair 2 SCA_PRE	41.06	16	2.839	.710
SCA_POST	45.19	16	2.738	.684
Pair 3 SCB_PRE	30.94	16	1.611	.403
SCB_POST	34.19	16	2.136	.534
Pair 4 EFF_PRE	38.94	16	6.126	1.532
EFF_POST	43.13	16	5.920	1.480
Pair 5 PEFR_PRE	234.38	16	46.184	11.546
PEFR_POST1	288.13	16	36.555	9.139

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 PENG_PRE & PENG_POST	16	.624	.010
Pair 2 SCA_PRE & SCA_POST	16	.461	.072
Pair 3 SCB_PRE & SCB_POST	16	.604	.013
Pair 4 EFF_PRE & EFF_POST	16	.862	.000
Pair 5 PEFR_PRE & PEFR_POST1	16	.827	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences			
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
				Lower
Pair 1 PENG_PRE - PENG_POST	-3.125	1.258	.315	-3.796
Pair 2 SCA_PRE - SCA_POST	-4.125	2.895	.724	-5.668
Pair 3 SCB_PRE - SCB_POST	-3.250	1.732	.433	-4.173
Pair 4 EFF_PRE - EFF_POST	-4.188	3.167	.792	-5.875
Pair 5 PEFR_PRE - PEFR_POST1	-53.750	26.045	6.511	-67.628

Paired Samples Test

	Paired Differences				Sig. (2-tailed)
	95% Confidence Interval of the Difference		t	df	
	Upper	Lower			
Pair 1 PENG_PRE - PENG_POST	-2.454	-3.796	-9.934	15	.000
Pair 2 SCA_PRE - SCA_POST	-2.582	-5.668	-5.699	15	.000
Pair 3 SCB_PRE - SCB_POST	-2.327	-4.173	-7.506	15	.000
Pair 4 EFF_PRE - EFF_POST	-2.500	-5.875	-5.289	15	.000
Pair 5 PEFR_PRE - PEFR_POST1	-39.872	-67.628	-8.255	15	.000

2. KELOMPOK KONTROL

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 PENGET_PRE	15.44	16	2.159	.540
PENGET_POST	15.56	16	1.861	.465
Pair 2 SCA_PRE	40.06	16	4.171	1.043
SCA_POST	39.94	16	4.074	1.018
Pair 3 SCB_PRE	31.31	16	1.922	.481
SCB_POST	31.56	16	1.861	.465
Pair 4 EFF_PRE	42.63	16	8.123	2.031
EFF_POST	42.88	16	7.839	1.960
Pair 5 PEFR_PRE	209.38	16	34.345	8.586
PEFR_POST	208.75	16	26.552	6.638

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 PENGET_PRE & PENGET_POST	16	.880	.000
Pair 2 SCA_PRE & SCA_POST	16	.965	.000
Pair 3 SCB_PRE & SCB_POST	16	.917	.000
Pair 4 EFF_PRE & EFF_POST	16	.997	.000
Pair 5 PEFR_PRE & PEFR_POST	16	.906	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences			
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference
				Lower
Pair 1 PENGET_PRE - PENGET_POST	-.125	1.025	.256	-.671
Pair 2 SCA_PRE - SCA_POST	.125	1.088	.272	-.455
Pair 3 SCB_PRE - SCB_POST	-.250	.775	.194	-.663
Pair 4 EFF_PRE - EFF_POST	-.250	.683	.171	-.614
Pair 5 PEFR_PRE - PEFR_POST	.625	15.262	3.815	-7.507

Paired Samples Test

	Paired Differences			
	95% Confidence Interval of the Difference	t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1 PENGET_PRE - PENGET_POST	.421	-.488	15	.633
Pair 2 SCA_PRE - SCA_POST	.705	.460	15	.652
Pair 3 SCB_PRE - SCB_POST	.163	-1.291	15	.216
Pair 4 EFF_PRE - EFF_POST	.114	-1.464	15	.164
Pair 5 PEFR_PRE - PEFR_POST	8.757	.164	15	.872

Lampiran 25

HASIL ANALISIS REGRESI LINIER SEDERHANA**1. SUPPORTIVE EDUCATIVE TERHADAP PENGETAHUAN *SELF CARE*****Descriptive Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
PENGETAHUAN	16.81	2.086	32
SUPPORTIVE_EDUCATIVE	.50	.508	32

Correlations

		PENGETAHUAN	SUPPORTIVE_EDUCATIVE
Pearson Correlation	PENGETAHUAN	1.000	.639
	SUPPORTIVE_EDUCATIVE	.639	1.000
Sig. (1-tailed)	PENGETAHUAN	.	.000
	SUPPORTIVE_EDUCATIVE	.000	.
N	PENGETAHUAN	32	32
	SUPPORTIVE_EDUCATIVE	32	32

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.639 ^a	.409	.389	1.630	.409	20.737	1	30	.000

a. Predictors: (Constant), SUPPORTIVE_EDUCATIVE

b. Dependent Variable: PENGETAHUAN

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	15.500	.408		38.027	.000	14.668	16.332
	SUPPORTIVE EDUCATIVE	2.625	.576	.639	4.554	.000	1.448	3.802

a. Dependent Variable: PENGETAHUAN

2. SUPPORTIVE EDUCATIVE TERHADAP SELF CARE AGENCY

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SELF_CARE_AGENCY	42.56	4.332	32
SUPPORTIVE EDUCATIVE	.50	.508	32

Correlations

		SELF_CARE_AGENCY	SUPPORTIVE EDUCATIVE
Pearson Correlation	SELF_CARE_AGENCY	1.000	.616
	SUPPORTIVE EDUCATIVE	.616	1.000
Sig. (1-tailed)	SELF_CARE_AGENCY	.	.000
	SUPPORTIVE EDUCATIVE	.000	.
N	SELF_CARE_AGENCY	32	32
	SUPPORTIVE EDUCATIVE	32	32

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.616 ^a	.379	.358	3.471	.379	18.305	1	30	.000

a. Predictors: (Constant), SUPPORTIVE_EDUCATIVE

b. Dependent Variable: SELF_CARE_AGENCY

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	39.938	.868		46.028	.000	38.165	41.710
	SUPPORTIVE_EDUCATIVE	5.250	1.227	.616	4.278	.000	2.744	7.756

a. Dependent Variable: SELF_CARE_AGENCY

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	39.94	45.19	42.56	2.667	32
Residual	-6.938	6.063	.000	3.414	32
Std. Predicted Value	-.984	.984	.000	1.000	32
Std. Residual	-1.999	1.747	.000	.984	32

a. Dependent Variable: SELF_CARE_AGENCY

3. SUPPORTIVE EDUCATIVE TERHADAP SELF CARE BEHAVIOR

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SELF_CARE_BEHAVIOR	32.88	2.379	32
SUPPORTIVE_EDUCATIVE	.50	.508	32

Correlations

		SELF_CARE_BEHAVIOR	SUPPORTIVE_EDUCATIVE
Pearson Correlation	SELF_CARE_BEHAVIOR	1.000	.560
	SUPPORTIVE_EDUCATIVE	.560	1.000
Sig. (1-tailed)	SELF_CARE_BEHAVIOR	.	.000
	SUPPORTIVE_EDUCATIVE	.000	.
N	SELF_CARE_BEHAVIOR	32	32
	SUPPORTIVE_EDUCATIVE	32	32

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.560 ^a	.314	.291	2.003	.314	13.738	1	30	.001

- a. Predictors: (Constant), SUPPORTIVE_EDUCATIVE
- b. Dependent Variable: SELF_CARE_BEHAVIOR

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	31.563	.501		63.027	.000	30.540	32.585
	SUPPORTIVE EDUCATIVE	2.625	.708	.560	3.707	.001	1.179	4.071

a. Dependent Variable: SELF_CARE_BEHAVIOR

4. SUPPORTIVE EDUCATIVE TERHADAP *SELF EFFICACY*

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
SELF_EFFICACY	43.00	6.834	32
SUPPORTIVE EDUCATIVE	.50	.508	32

Correlations

		SELF_EFFICACY	SUPPORTIVE EDUCATIVE
Pearson Correlation	SELF_EFFICACY	1.000	.019
	SUPPORTIVE EDUCATIVE	.019	1.000
Sig. (1-tailed)	SELF_EFFICACY	.	.460
	SUPPORTIVE EDUCATIVE	.460	.
N	SELF_EFFICACY	32	32
	SUPPORTIVE EDUCATIVE	32	32

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.019 ^a	.000	-.033	6.946	.000	.010	1	30	.920

a. Predictors: (Constant), SUPPORTIVE_EDUCATIVE

b. Dependent Variable: SELF_EFFICACY

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	42.875	1.737		24.690	.000	39.328	46.422
	SUPPORTIVE_EDUCATIVE	.250	2.456	.019	.102	.920	-4.766	5.266

a. Dependent Variable: SELF_EFFICACY

5. SUPPORTIVE EDUCATIVE TERHADAP PEAK EXPIRATORY FLOW RATE

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
PEFR	247.19	51.571	32
SUPPORTIVE_EDUCATIVE	.50	.508	32

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change
1	.757 ^a	.573	.559	34.239	.573	40.330	1	30	.000

a. Predictors: (Constant), SUPPORTIVE_EDUCATIVE

b. Dependent Variable: PEFR

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95.0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	208.750	8.560		24.388	.000	191.269	226.231
SUPPORTIVE EDUCATIVE	76.875	12.105	.757	6.351	.000	52.153	101.597

a. Dependent Variable: PEFR

DAFTAR HADIR

NO	NAMA	ALAMAT	TANDA TANGAN	
1.	Pak. Klumpuk		P. Klumpuk	
2.	P. Suwadi			Suwadi
3.	P. Butoni		Butoni	Butoni
4.	P. Naam			Naam
5.	B. Kasiatun		Kasiatun	
6.	P. Wardi			Wardi
7.	P. Karno		P. Karno	
8.	Bu. Suliyati			Bu. Suliyati
9.	B. Kasati		B. Kasati	
10.	P. Marlan			Marlan
11.	P. Jumali		Jumali	
12.	P. Ngatemin			Ngatemin
13.	P. Saji		Saji	
14.	P. Podo Sutrisno			Podo Sutrisno
15.	P. Ah. Wasif		Ah. Wasif	
16.	P. Mustakim			Mustakim

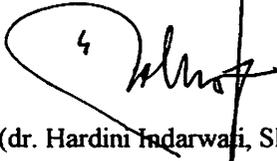
**FORM CLINICAL CLEARANCE
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH JOMBANG**

Pada Hari ini Semin Tanggal, 20-2-2017 telah dilakukan kajian Clinical Clearance terhadap :

Nama	: NITA ARISANTI YULANDA
Studi	: FAKULTAS KEPERAWATAN
Institusi Awal	: UNIVERSITAS AIRLANGGA - SURABAYA
Judul Tesis	:
Proposal	: ada .
Koesioner	: ada .
Pernyataan sebagai responden	: ada
Pernyataan Mematuhi Peraturan RS	: ada .

Maka Tim Etik Hukum Rumah Sakit dan Pengendali Fraud menyatakan ~~keberatan~~ / tidak keberatan yang bersangkutan melakukan penelitian di RSUD Jombang

Ketua Etik Hukum Rumah Sakit & Pengendali Fraud



(dr. Hardini Indarwati, SH, MH.Kes)

**SURAT PERNYATAAN
KESANGGUPAN MENJAGA KERAHASIAAN REKAM MEDIK**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : NITA ARISANTI YULANDA
 NIP : 131514153031
 Jurusan / Fakultas : S2 MAGISTER KEPERAWATAN
 Institusi : UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA
 No. Handphone : 081231791984

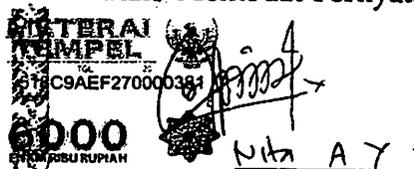
Dengan ini menyatakan :

1. Bersedia mentaati peraturan yang berlaku di Instalasi Rekam Medik Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang dengan tidak memotret isi Rekam Medik baik menggunakan kamera maupun menggunakan handphone serta tidak mengcopy dan membawa pulang berkas Rekam Medik.
2. Apabila dilain waktu saya melanggar peraturan yang telah ditetapkan, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang.

Demikianlah surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya, dengan kesadaran penuh tanpa paksaan, dan untuk digunakan sebagaimana mestinya

Jombang, 25 Januari 2017.

Yang Membuat Pernyataan



 Nita A Y



**KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA**

**KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL**

“ETHICAL APPROVAL”

No: 342-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul:

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled:

**“MODEL SUPPORTIVE EDUCATIVE BERBASIS SELF EFFICACY
TERHADAP KEMANDIRIAN PERAWATAN DIRI (SELF CARE) PADA
PASIEN PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIK”.**

Peneliti utama : Nita Arisanti Yulanda
Principal Investigator

Nama Institusi : Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
Name of the Institution

Unit/Lembaga/Tempat Penelitian : Rumah Sakit Umum Jombang dan Rumah Sakit
Setting of research Umum Dr. Wahidin Sudiro Husodo, Mojokerto.

**Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas.
And approved the above-mentioned protocol**

Surabaya, 13 Februari 2017


Chairman
Wahyunto, S.Kp.,M.Si..Dr Kep
 063 0608 1991 03 1002



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Jombang TELP. (0321) 865716 – 863502 FAX. (0321) 879316
 Website : www.rsudjombang.com; E-mail: rsudjombang@yahoo.co.id Kode Pos : 61411

Jombang, 16 November 2016

Nomor : 072/9039/415.44/2016
 Sifat : Segera
 Lampiran : -,-
 Hal : **Ijin Penelitian**

Kepada
 Yth. Dekan Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga - Surabaya
 di

Surabaya

Mencukupi surat dari Dekan Fakultas Keperawatan – Universitas Airlangga Surabaya, tanggal 02 November 2016 nomor: 364/UN3.1.13/PPd/S2/2016 perihal pada pokok surat. Maka bersama ini diberitahukan bahwa kami tidak keberatan / menerima mahasiswa program study Keperawatan, atas nama :

Nama : Nita Arisanti Yulanda, S.Kep.Ners
 NIM : 131514153031
 Program Studi : Magister Keperawatan

Untuk melaksanakan kegiatan penelitian dengan judul ***“Penerapan Model Self Care Management pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik”***, di ruang Poli Paru Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 KABUPATEN JOMBANG



dr. PUDJI UMBARAN, M.KP

Pembina Tk. I

NIP. 19680410 200212 1 006

RUMAH SAKIT UMUM Dr. WAHIDIN SUDIRO HUSODO

Jalan Raya Surodinawan Telp. (0321) 322194 Fax. (0321) 399778

MOJOKERTO 61328



Mojokerto, 20 Desember 2016

Nomor : 445/6802/417.407/2016
 Lampiran : -
 Perihal : Persetujuan Permohonan
 Bantuan Fasilitas
 Pengambilan Data Awal

Kepada
 Yth. Wakil Dekan I
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 PRODI MAGISTER KEPERAWATAN
 di-

SURABAYA

Mencukupi Surat dari UNIVERSITAS AIRLANGGA tanggal 02 Nopember 2016 nomor : 374/UN3.1.13/PPd/S2/2016 Perihal Persetujuan Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk menyediakan fasilitas dan dokumen-dokumen yang dibutuhkan mahasiswa saudara :

Nama : NITA ARISANTI YULANDA, S.Kep.Ns
 NIM : 131514153031
 Prodi : Fisioterapi
 Judul Proposal : " Penerapan Model *Self Care Management* Pada Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik."

Hal – hal lain harap berhubungan dengan Bidang Diklat dan Keperawatan.

Demikian pemberitahuan ini, disampaikan harap maklum.

An. DIREKTUR
 RSU Dr. WAHIDIN SUDIRO HUSODO
 KOTA MOJOKERTO
 Wadir Pelayanan Medis Dan Keperawatan


 Drg. M.P. SOEKOWARDANI, M.Si

Pembina Tingkat I

NIP 19630325 1989012 002

Tembusan Di Tujukan Kepada :

1. KA Poli/Ruangan ..PARY.....



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Jombang TELP. (0321) 865716 – 863502 FAX. (0321) 879316
 Website : www.rsudjombang.com; E-mail: rsudjombang@yahoo.co.id Kode Pos : 61411

Jombang, 20 Maret 2017

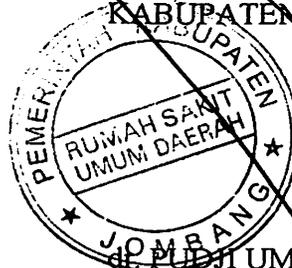
Nomor : 423.4/2233/415.47/2017
 ifat : Segera
 ampiran : 1
 al : **Ijin Penelitian**

Kepada
 Yth. Dekan I
 Fakultas Keperawatan
 Universitas Airlangga
 di
Surabaya

Mencukupi Surat Saudara tanggal 08 Februari 2017, Nomer : 3117/UN3.1.13/PPd/S2/2017 tentang pokok surat diatas, Bersama ini kami sampaikan berdasarkan ketersediaan lahan penelitian kami tidak keberatan menerima mahasiswa S2 Fakultas Keperawatan untuk melaksanakan Pengumpulan data guna memenuhi tujuan Penelitian di RSUD Kabupaten Jombang. Adapun tarif perda lahan penelitian terlampir.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 KABUPATEN JOMBANG



dr. PUDJI UMBARAN, M.KP

Pembina TK I

NIP. 19680410 200212 1 006



RSU Dr. WAHIDIN SUDIRO HUSODO

Jalan Raya Surodinawan Telp. (0321) 322194 Fax. (0321) 399778

KOTA MOJOKERTO 6 1 3 2 8

Mojokerto, 22 Februari 2017

Nomor : 445/659/417.407/2017
 Lampiran : -
 Perihal : Persetujuan Permohonan
 Bantuan Fasilitas
 Penelitian

Kepada
 Yth. Wakil Dekan I
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 PRODI MAGISTER KEPERAWATAN
 di-

SURABAYA

Mencukupi Surat dari UNIVERSITAS AIRLANGGA tanggal 08 Februari 2017 nomor : 117/UN3.1.13/PPd/S2/2017 Perihal Persetujuan Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk menyediakan fasilitas dan dokumen-dokumen yang dibutuhkan mahasiswa saudara :

Nama : NITA ARISANTI YULANDA, S.Kep.Ns
 NIM : 131514153031
 Prodi : Magister Keperawatan
 Judul Proposal : " Model Supportive Educative Berbasis Self Efficacy Terhadap Kemandirian Perawatan Diri (Self Care) Pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik."

Hal – hal lain harap berhubungan dengan Bidang Diklat dan Keperawatan.

Demikian pemberitahuan ini, disampaikan harap maklum.

An. DIREKTUR
 RSU Dr. WAHIDIN SUDIRO HUSODO
 KOTA MOJOKERTO
 Wadiv. R. Sudiro Husodo, Wadiv. Dan Keperawatan


 Drg. Dr. P. SOEKOWARDANI, M.Si

Spesialis Ginekologi dan Obstetri Tingkat I
 NIP 19630325 1989012 002

Tembusan Di Tujukan Kepada :
 TESIS

SUPPORTIVE EDUCATIVE...

NITA ARISANTI YULANDA



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Jombang TELP. (0321) 865716 – 863502 FAX. (0321) 879316
 Website : www.rsudjombang.com ; E-mail: rsudjombang@yahoo.co.id Kode Pos : 61411

SURAT KETERANGAN

Nomor : 072 /2448/ 415.47 / 2017

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang, menerangkan bahwa :

Nama : Nita Arisanti Yulanda,S.Kep.Ns
 NIM : 131514153031
 Program Studi : S2. Keperawatan
 Institusi : Fakultas Keperawatan. Universitas Airlangga

Telah melaksanakan Penelitian di Poli Paru Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang untuk melengkapi Penyusunan Tesis dengan judul *“Model Supportive Educative berbasis Self Efficacy terhadap Kemandirian Perawatan Diri (Self Care) Pada Pasien Penyakit paru Obstruksi Kronik”* pada tanggal 11 November 2016 s/d 20 Maret 2017.

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 24 Maret 2017

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 KABUPATEN JOMBANG



Dr. PUDI UMBARAN, MKP

Pembina Tk. I

NIP. 19680410 200212 1 006

MAIL PERIJINAN MENGGUNAKAN KUESIONER *SELF EFFICACY*

Wigal, Joan Wigal, Joan
 ke saya • 10:41 (2 jam yang lalu)

Dear Nita,

You have my permission to use the COPD Self-Efficacy Scale in your thesis and in your research.

I wish you all the best with your project.

Thank you,

Joan Wigal, Ph.D.
Ohio University
Athens, Ohio