

DISERTASI



**EFEKTIVITAS PROGRAM “SOWAN” SEBAGAI INTERVENSI
KEPERAWATAN HOLISTIK TERHADAP KEMANDIRIAN
PASIEN TB. PARU**

Meidiana Dwidiyanti

22010110500010

Program Studi Doktor Ilmu Kedokteran / Kesehatan

Program Pascasarjana Universitas Diponegoro

Semarang

2015

HALAMAN PENGESAHAN

EFEKTIVITAS PROGRAM “SOWAN” SEBAGAI INTERVENSI KEPERAWATAN HOLISTIK TERHADAP KEMANDIRIAN PASIEN TB. PARU

Oleh:

Meidiana Dwidiyanti
22010110500010

Telah diujikan dan dinyatakan lulus ujian pada tanggal 31 Agustus 2015 oleh tim
penguji Program Studi Doktor Ilmu Kedokteran/Kesehatan Program PascaSarjana
Universitas Diponegoro

Promotor

Prof. Dr. dr. Soeharyo H., Sp.PD(KPTI)
NIP:1945031001973021001
Tanggal

Ko-Promotor I

Prof. Dr. dr. Soewadi, MPH. Sp.KJ (K)
NIP./NIDN 077110137
Tanggal

Ko-Promotor II

Dr. Hastaning Sakti, M.Kes, Psikolog
NIP. 1960 0701 199103 2001
Tanggal

Mengetahui:

Direktur
Pasca Sarjana UNIDIP



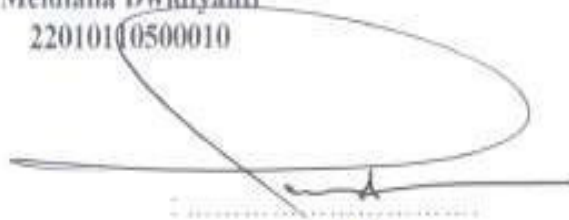
Prof. Dr. Ir. Purwanto, DEA
NIP. 196112281986031004

Ketua Pogram Studi
Doktor Ilmu Kedokteran /Kesehatan

Prof. Dr. dr. Hardono Susanto, PAK(K)
NIP. 195505111981031004

**EFEKTIVITAS PROGRAM “SOWAN” SEBAGAI INTERVENSI
KEPERAWATAN HOLISTIK TERHADAP KEMANDIRIAN
PASIEN TB. PARU**

Meidiana Dwidiyanti
2201010500010



Prof. Dr. Ir. Purwanto, DEA
NIP:196112281986031004

Prof. Dr. dr. Hardono Susanto, PAK(K)
NIP. 195505111981031004



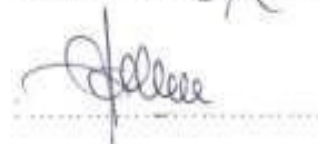
Prof. Dr. dr. Soeharyo H., Sp.PD(KPTI)
NIP:1945031001973021001



Prof. Dr. dr. Soewadi, MPH. Sp.KJ (K)
NIP./NIDN 077110137



Dr. Hastaning Sakti, M.Kes, Psikolog
NIP. 1960 0701 199103 2001



Dr.dr. Ari Suwondo, MPH
NIP:195709291986032001



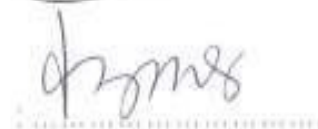
Dra. Setyowati, S.Kp., M.App.Sc., PhD,RN.
NIP:195404271977032001



Prof. Dr. dr. Ig. Riwanto, SpB-KBD
NIP:195001101976031001



Dra. Ani Margawati, M.Kes, PhD
NIP. 196505251993032001



PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Meidiana Dwidiyanti

NIM : 22010110500010

Mahasiswa : Program Studi Doktor Ilmu Kedokteran/Kesehatan PascaSarjana Universitas
Diponegoro.

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Disertasi yang berjudul “Efektivitas Program SOWAN sebagai intervensi keperawatan Holistik terhadap kemandirian pasien TB Paru” adalah karya ilmiah asli dan belum pernah diajukan untuk meraih gelar akademik (DOKTOR) di Perguruan Tinggi manapun.
2. Disertasi ini adalah murni gagasan, rumusan dan hasil penelitian saya serta dilakukan tanpa bantuan orang lain kecuali tim promotor dan nara sumber.
3. Disertasi ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama pengarang dan judul aslinya serta dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini saya bersedia menerima sanksi akademi berupa pencabutan gelar yang telah saya peroleh dan sanksi lain sesuai dengan norma yang berlaku di Universitas Diponegoro.

Semarang 7 September 2015



g membuat pernyataan

Meidiana Dwidiyanti

22010110511110

LEMBAR PERSEMBAHAN

Karya ini penulis persembahkan khusus untuk orang-orang tercinta: bapak Wahyu Soenoto (Alm) dan Ibu Royanah kakak dan adik, serta suamiku tercinta Drs. Abdul Gofur M.Pd (Alm) dan anak-anakku tersayang: Nova Fasani Furdianti. S.Farm, M.Si, dan suami Achmad Machsuni S.E, MSi. Kharisma Hilmi Rasyidi S.Hum. dan istri Dwi Ayu Diyah Utami S.Hum, dr. Arief Rahadian, cucuku tersayang: Fathiyah khairunisa, Muhamad Ghazi, Muhamad Fatih.

Alhamdulillahilalamin

Puji syukur telah mampu melampui perjuangan untuk menyelesaikan program Doktor, semoga bermanfaat untuk mahasiswa keperawatan dan semoga mampu mengemban amanah sesuai dengan ilmu yang saya raih.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR SINGKATAN	vi
GLOSARIUM	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR BAGAN	ix
DAFTAR GRAFIK	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
ABSTRAK	xii
ABSTRACT	xiii
RINGKASAN EKSEKUTIF	xiv
EXECUTIVE SUMMARY	xxi

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	7
C. Originalitas	8
D. Tujuan Penelitian	13
E. Manfaat Penelitian.....	15

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Penyakit TB paru	
1. Pengertian TB Paru.....	16
2. Patofisiologi.....	16
3. Etiologi	19
4. Terapi.....	19
5. Program pencegahan dan penularan	24
B. Pendekatan pelayanan kesehatan	
1. Model pendekatan pelayanan kesehatan holistik.....	30
2. Model allopati dan model holistik	35
3. Bentuk asuhan keperawatan pada TB Paru	35
C. Manajemen diri	
1. Dasar teori untuk melakukan manajemen diri	39
2. Konsep manajemen diri pada pasien dengan penyakit kronis	44
3. Konsep perawatan diri	55

BAB III KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP DAN HIPOTHESIS

A. Kerangka Teori	62
B. Kerangka Konsep	64
C. Hipotesis	65

BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian	66
B. Populasi dan sampel	67
C. Variabel Penelitian	69
D. Definisi Operasional	71
E. Instruman Penelitian	75
F. Proses Penelitian	77
G. Uji Validitas dan Reliabilitas	78
H. Tempat dan Waktu Penelitian	82
I. Cara Pengambilan Data	82
J. Alur Penelitian	84
K. Pengembangan model intervensi	85
L. Pengumpulan data	91
M. Etika Penelitian	93

BAB V: HASIL DAN PEMBAHASAN

A. HASIL:

1. Gambaran umum	95
2. Hasil Data deskriptif	97
3. Analisis penerapan program SOWAN	99
4. Hasil Analisis inferensial	112

B. PEMBAHASAN:

1. Pengaruh tindakan keperawatan holistik program SOWAN terhadap kemandirian pasien TB Paru	116
2. Program SOWAN berpengaruh terhadap kemandirian fisik pasien TB paru	119
3. Program SOWAN berpengaruh terhadap kemandirian psikologi pasien TB paru	121
4. Program SOWAN berpengaruh terhadap kemandirian sosial pasien TB paru	123
5. Program SOWAN berpengaruh terhadap kemandirian spiritual pasien TB paru	126
6. Efikasi diri	130
7. Keterbatasan penelitian	130

8. Implikasi Keperawatan..... 131

BAB VI: SEMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN..... 132
B. SARAN..... 133

DAFTAR PUSTAKA

Daftar Singkatan

AIDS	: <i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AKMS	: Advokasi Komunikasi dan Mobilisasi Sosial
BKPM	: Balai Kesehatan Paru Masyarakat
BTA	: Basil Tahan Asam
CHF	: <i>Congestive Heart Failure</i>
COPD	: <i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i>
CONSORT	: Consolidate standard of Reporting Trial.
DM	: Diabetes Mellitus
DOTS	: <i>Directly Observed Therapy</i>
FACID-Sp	: <i>The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual- Wellbeing – Scale</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
HRQOL	: <i>Health Related Quality of Life</i>
ISPA	: Infeksi Saluran Napas Atas
NSW	: New South Wales
OAT	: Obat Anti Tuberkulosis
PMO	: Pengawas Minum Obat
PPOK	: Penyakit Paru Obstruksi Kronik
RCN	: <i>Royall Collage of Nursing</i>
SDSCA	: <i>Self Deficit Self Care Agencies</i>
SOWAN	: <i>Supporting, Observating, Well-Being, Action and Nursing</i>
TB	: <i>Tuberculosis</i>
UPK	: Unit Pelayanan Kesehatan
US	: United States
VCT	: <i>Voluntary Counseling and Testing</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

GLOSARIUM

<i>Action</i>	: Tindakan keperawatan yang dilakukan perawat secara menyeluruh holistik program “SOWAN”.
<i>Education</i>	: Program pengajaran yang dilakukan perawat dalam rangka menggunakan sumber yang dipunyai untuk meningkatkan kemandirian pasien.
Holistik	: Menyeluruh baik, <i>body, main and spirit</i> atau fisik, psikologi, sosial dan spiritual.
<i>Observation</i>	: Kemampuan pasien untuk memonitor dirinya dalam merawat diri
Intervensi	: Tindak yang dilakukan oleh perawat.
Kartu sehat mandiri	: Target sehat mandiri berdasarkan perkembangan tingkat kemandirian yang dilakukan oleh pasien.
Kemandirian fisik	: Kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri berkaitan dengan fungsi fisik.
Kemandirian psikologi	: Kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri berkaitan dengan fungsi psikologi
Kemandirian sosial	: Kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri berkaitan dengan fungsi sosial.
Kemandirian spiritual	: Kemampuan pasien untuk melakukan perawatan diri berkaitan dengan fungsi spiritual
<i>Nursing</i>	: Pelayanan keperawatan yang diberikan untuk membantu pasien sesuai dengan kebutuhan pasien.
Penyakit kronis	: Penyakit yang dialami pasien dengan pengobatan yang lama.
Manajemen diri	: Kemampuan pasien dalam mengelola diri sendiri dalam menghadapi penyakit.
Perawatan diri	: Kemampuan pasien dalam merawat dirinya.
<i>Supporting</i>	: Dukungan yang dibutuhkan pasien untuk mampu merawat diri.
SOWAN	: Intervensi keperawatan holistik untuk kemandirian pasien TB.
<i>Well-being</i>	: Peningkatan efikasi diri pasien dalam merawat diri.

DAFTAR TABEL

1.1.	Penelitian Terdahulu tentang program kemandirian pada Penyakit Kronis	8
2.1	Perbedaan model allopatik dan holistik	34
2.2	Perbedaan manajemen diri, perawatan diri, program SOWAN	61
4.1	Definisi operasional	71
4.2	Nilai numerator 1	80
4.3	Nilai numerator 2	80
4.4	Nilai numerator 3	80
4.5	Program SOWAN selama 6 minggu.	88
5.1	Homogenitas responden Kelompok Intervensi dan Kelompok Kontrol usia dan jarak rumah	95
5.2	Homogenitas responden Kelompok Intervensi dan Kelompok (n=60)	95
5.3	Distribusi dan uji beda efikasi diri pada responden kelompok intervensi dan kelompok kontrol di BKPM Semarang 2013 (n=60)	96
5.4	Hubungan antara kemandirian fisik, psikologi, sosial dan spiritual dengan efikasi diri.	105
5.5	Data responden sebagai sumber data kualitatif program SOWAN di BKPM Semarang 2015	106

DAFTAR BAGAN

2.1	Keperawatan Holistik	30
2.2	Model konsep koping spiritual	33
2.3	Proses keperawatan	36
2.4	Model penilaian adaptasi	41
2.4	<i>Supportive Educative Model</i>	43
2.5	Konsep perawatan diri	57
3.1	Kerangka teori	63
3.2	Kerangka konsep	64
4.1	Desain Penelitian	66
4.2	Populasi dan sampel	67
4.3	Concurrent triangulasi-strategi	89
5.1	<i>Consolidated standard of reporting trial (CONSORT)</i>	94

DAFTAR GRAFIK

5.1	Hasil Kartu sehat mandiri kelompok intervensi	98
5.2	Hasil nilai kemandirian pertemuan 1	99
5.3	Hasil nilai kemandirian pertemuan 2	101
5.4	Hasil nilai kemandirian pertemuan 3	103
5.5	Hasil nilai kemandirian pertemuan 4	105
5.6	Hasil nilai kemandirian pertemuan 5	106
5.7	Hasil nilai kemandirian pertemuan 6	107

DAFTAR LAMPIRAN

1. Data Demografi
2. Pengkajian Keyakinan Diri
3. Instrument Penelitian
4. *Inter-observer reliability.*
5. Panduan program SOWAN
6. Panduan pelatihan
7. Booklet penyakit TB Paru
8. *Log Book* Catatan data Kualitatif Pasien
9. Data mentah penelitian.

ABSTRACT

Latar belakang: Pasien TB paru memerlukan pengobatan yang lama antara tiga sampai enam bulan, oleh karena itu mereka perlu dapat merawat dirinya sendiri. Khususnya dalam ketaatan berobat, dapat mengontrol emosinya dan dapat hidup secara normal di masyarakat. Meskipun program DOTS sudah diterapkan lama oleh pemerintah namun kenyataannya prevalence pasien TB masih tinggi di Indonesia. Sehingga Indonesia masih diperingkat ke empat di dunia. Impian peneliti adalah menganalisis pengaruh program SOWAN terhadap kemandirian pasien TB dalam fisik, manajemen psikologi, social dan spiritual.

Metode: Design yang digunakan adalah kuasi eksperimental dengan pendekatan kuantitatif kualitatif. Sejumlah 60 orang yang sesuai dengan kriteria terpilih sebagai sampel dengan 30 orang pada kelompok intervensi dan 30 orang lainnya sebagai kontrol. Intervensi yang dibuat adalah paket pendidikan kesehatan yang disebut SOWAN singkatan dari *supporting, observation, well-being* dan *action*.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa terjadi peningkatan kemandirian responden di kelompok intervensi setelah menggunakan program SOWAN (rata – rata sebelum intervensi 32,8667 dan setelah intervensi 55,33) dan nilai perbedaan yang bermakna pada $p = 0,000$. Disamping itu terdapat juga perbedaan yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol setelah intervensi menjadi $p 0,000$. Keadaan ini juga terlihat dari pemakaian kartu sehat mandiri yang digunakan responden kelompok intervensi setelah melakukan program SOWAN selama 6 minggu meningkat nilainya dari rata – rata nilai 3 sampai 4.9 (range nilai 1 – 5).

Kesimpulan: hal tersebut menunjukkan bahwa program SOWAN ini terbukti berpengaruh untuk memandirikan klien TB paru dalam kemandirian fisik, psikologis, social dan spiritual. Sehingga program SOWAN ini direkomendasikan untuk digunakan dalam Keperawatan dengan penyakit kronis lainnya melalui program – program KIE dan AKMS.

Kata kunci: Program SOWAN, Kartu Sehat Mandiri, TB paru.

ABSTRACT

Background: The pulmonary TB patients require prolong treatment along 3 – 6 month. So they require ability to manage care including compliance to treatment control their emotional status and ability to live in the normal life. Even though the government has implemented the DOTs program since several years ago, but there is still problems of the high prevalence of pulmonary TB in Indonesia that put in number four in the world. The purpose of this study is to analyze the effects of holistic nursing care nursing “SOWAN” program toward the independencies of TB patients in physical, psychological, social and spiritual.

Method: The quasi experimental design was used in this study with quantitative and qualitative approach. 60 persons was elected as the sample of this study that derived 30 people for control group and 30 other in intervention group. The intervention was done 2 month by using SOWAN program which is abbreviation of supporting, observation, well-being, action and nursing.

The Result: Result of this study showed that there was increasing of independently level in the intervention group after the intervention with mean from 32.86 before intervention to 55.33 after the intervention with significant different p value 0.000 and there was significant different between the intervention group and control group ($p= 0.000$) that result also shown in evaluation using self-assessment card after intervention. There is increasing self-awareness and self-management among the responded from grade 3 to grade 4.9 (value range from 1 – 5).

Conclusion: As the conclusion, this study provide the significant effect of holistic nursing care by using SOWAN in increasing the independency level of TB patients in physical, psychological, spiritual and social. It is recommended the SOWAN can be implemented in nursing care of chronic diseases in primary care as KIE and AKMS.

Keywords: SOWAN Program, Independent Health Card, pulmonary TB.

Ringkasan eksekutif
Efektivitas program SOWAN sebagai intervensi keperawatan holistik terhadap
tingkat kemandirian pasien TB paru
Oleh: Meidiana Dwidiyanti

Latar Belakang

Pasien TB Paru harus melakukan pengobatan selama 6 bulan, jika tidak patuh beresiko terjadi resistensi obat. Pasien TB paru selain mempunyai masalah fisik dalam pengobatan, juga masalah isolasi sosial dan perubahan emosi karena penyakitnya. Kepatuhan pasien pada pengobatan pasien TB paru yang didukung oleh program DOTS masih mempunyai masalah karena kepatuhan hanya dibebankan kepada pasien. Sehingga pemahaman kepatuhan berubah menjadi ketaatan yaitu kesepakatan antara pasien dan petugas kesehatan agar pasien lebih aktif dan bertanggung jawab. Kepatuhan dipengaruhi oleh pendekatan Bio psikososial yang membuat pasien mampu membangun keyakinan dan kebiasaan.

Model yang dihasilkan yaitu integrasi dari manajemen diri dan pelayanan keperawatan yang berdasarkan konsep perawatan diri untuk memandirikan pasien dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya, model ini juga mengadopsi beberapa konsep manajemen diri yang diintegrasikan bersama dalam model *Supporting, Observation, Well-being, Action* dan *Nursing* (SOWAN) untuk peningkatan kemandirian, sehingga pertanyaan penelitian adalah “Apakah Program SOWAN dapat mempengaruhi kemandirian fisik, kemandirian psikologi, kemandirian sosial dan kemandirian spiritual?”

Tujuan penelitian

Tujuan umum:

Menjelaskan pengaruh Program SOWAN terhadap kemandirian pasien TB Paru.

Tujuan khusus :

- a. Membuktikan pengaruh program SOWAN terhadap kemandirian fisik, kemandirian psikologi, kemandirian sosial, dan kemandirian spiritual pasien TB paru.
- b. Membuktikan pengaruh efikasi diri terhadap kemandirian fisik, psikologi, sosial dan spiritual pasien TB paru.
- c. Menganalisis data kualitatif dalam penerapan model intervensi program SOWAN untuk memandirikan pasien TB paru

Metode Penelitian

Dalam penelitian ini digunakan desain penelitian quasi eksperimen penelitian dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Pengukuran *pre* dan *post* dilakukan juga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Instrumen penelitian dengan menggunakan kuesener yang sudah di uji validitas dan realibitas, termasuk penilaian kemampuan oleh responden dengan Kartu sehat mandiri, Protokol program SOWAN adalah sebagai berikut:

Mg	Indikasi penerapan	Tindakan perawat	Pasien	Media
1	Pasien memahami cara pengobatan secara holistik. Unsur: <i>supporting</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan informasi tentang perawatan diri: 1. Minum obat agar tidak bosan 2. Makan dengan keyakinan dan kesadaran 3. Tidur agar tubuh bisa rileksasi 4. Latihan 5. Mengatasi gejala fisik 6. Mengontrol Emosi 7. Mengontrol Diri 8. Menerima Diri Sendiri 9. Komunikasi dengan: teman dan keluarga. 10. Komunikasi dengan: petugas kesehatan 11. Kegiatan social 12. Berdoa teratur. • Memberikan booklet • Memaparkan lembar balik. • Diskusi tentang perawatan diri. 	Bisa menjawab pertanyaan tentang cara merawat diri.	<ul style="list-style-type: none"> • Booklet • Lembar balik • Panduan pasien. • Kartu sehat mandiri.
2	Pasien mengidentifikasi masalah fisik, psikologi, sosial, dan spiritual yang dialami. Unsur: <i>observation/</i> monitoring diri	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi dengan pasien tentang keluhan-keluhan fisik, psikologi, sosial dan spiritual. • Mendorong dan memfasilitasi pasien, dalam mengidentifikasi keluhan pasien. • Menganjurkan pasien TB paru untuk mencatat daftar masalah atau keluhan yang dialami. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat mengidentifikasi masalah. • Mencatat keluhan yang dialami. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri • Panduan pasien.

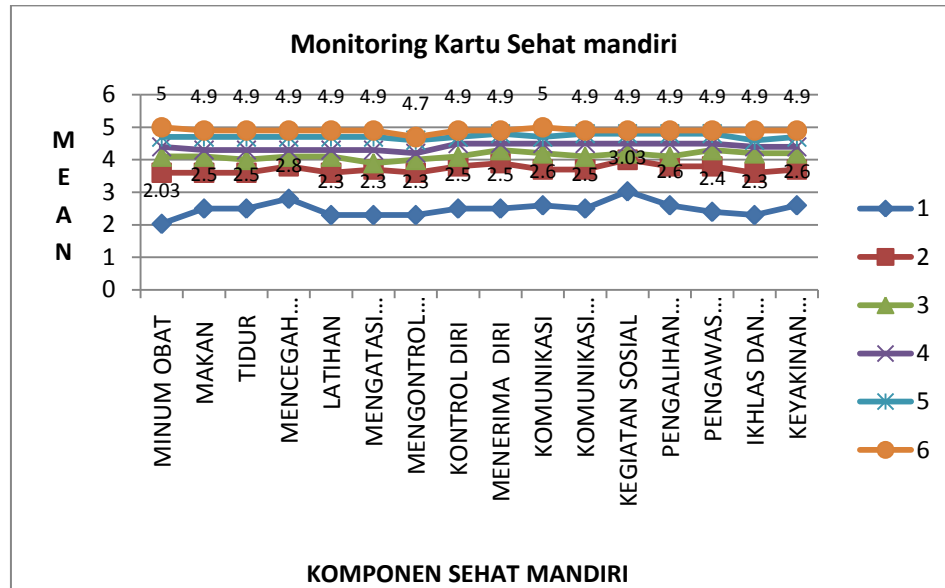
3	Pasien mampu mengidentifikasi hambatan yang dialami, dalam meningkatkan efikasi diri. Unsur: <i>well-being</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mengurangi hambatan untuk meningkatkan efikasi diri. • Memfasilitasi untuk mengurangi hambatan. • Melibatkan keluarga dalam menyelesaikan hambatan. 	Mampu mengidentifikasi hambatan dan cara mengatasinya.	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri. • Simulasi.
4	Pasien dapat melakukan cara-cara perawatan diri. Unsur: <i>Action</i> dan <i>supporting</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Konseling untuk menjaga kemampuan pasien dalam merawat diri. 	Pasien melakukan kesepakatan untuk telpon dan datang ke rumah bila diperlukan.	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri. • Panduan pasien.
5	Pasien dapat mempertahankan keyakinan diri untuk perawatan diri, dengan mengatasi hambatan yang terjadi. Unsur: <i>action</i> , <i>nursing</i> , <i>supporting</i> .	Konseling untuk menjaga kemampuan pasien dalam merawat diri dengan mengatasi hambatan yang terjadi.	Mengulang kemampuan dalam perawatan diri.	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri. • Panduan pasien
6	Pasien mampu mempertahankan perawatan diri dengan mengevaluasi kemampuan melalui kartu sehat mandiri. Unsur: <i>action</i> , <i>nursing</i> , <i>supporting</i> .	Konseling untuk mempertahankan kemampuan pasien dalam merawat diri.	Mempertahakan kemampuan merawat diri	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri

Hasil dan pembahasan

Hasil:

1. Kartu sehat mandiri

Penilaian responden dari 6 kali pertemuan terlihat perkembangan dari tingkat kemandirian pasien TB paru terlihat grafik 1. Ada 16 komponen yang dievaluasi oleh responden sendiri yaitu pada kemandirian fisik terdiri dari minum obat, makan, tidur, mencegah penularan, dan latihan/olah raga serta mengatasi gejala fisik. Kemandirian psikologi yaitu mengontrol emosi, kontrol diri, menerima diri, pada kemandirian sosial komunikasi dalam keluarga, dengan petugas, kegiatan sosial dan kemampuan mengalihkan aktivitas, komunikasi dengan PMO, pada kemandirian spiritual yaitu kemampuan ikhlas dan pasrah dan keyakinan terhadap Tuhan.



Grafik 1. Kartu Sehat Mandiri, penilaian oleh responden.

Dari grafik tersebut terlihat pada pertemuan 1 terlihat nilai kemandirian partisipan pada angka 1-3 yang artinya masih memerlukan ilmu dan ketrampilan untuk merawat diri, pada pertemuan ke 2 nilai kemandirian naik dari 3 ke 4 yang artinya mulai latihan perawatan diri dan pertemuan ke 3 sampai ke 6 partisipan mempunyai nilai 4 sampai 5 yang artinya partisipan mampu melakukan perawatan diri dan berusaha untuk mempertahankan.

2. Perbedaan sebelum dan sesudah intervensi program SOWAN.

Pengukuran tingkat kemandirian pasien melalui instrument sebelum dan sesudah intervensi adalah sebagai berikut:

Tabel. Perbedaan Nilai delta pada Variabel Kemandirian fisik, psikologi, sosial dan spiritual pada kelompok intervensi dan kontrol

Variabel		Mean±SD		p-value
		Kelompok kontrol	Kelompok intervensi	
Perawatan diri total	Pre	(39,2667 ± 4,50236)	(32,8667 ± 6,89194)	0,073 ^a
	Post	(39,5333 ± 5,21095)	(55,3333 ± 1,02833)	0,000 ^{b*}
	Delta perawatan diri	(0,2667 ± 2,83978)	(22,4667 ± 6,81142)	0,000 ^{b*}
Fisik	Pre	(12,0333 ± 2,34128)	(12,4667 ± 1,67607)	0,448 ^b
	Post	(12,5000 ± 2,19325)	(15,9333 ± 0,25371)	0,000 ^{b*}
	Delta fisik	(0,4667 ± 2,47377)	(3,4667 ± 1,75643)	0,000 ^{b*}
Psikologis	Pre	(10,4000 ± 1,56690)	(8,0667 ± 2,36254)	0,093 ^a
	Post	(10,2333 ± 1,63335)	(15,8000 ± 0,40684)	0,000 ^{b*}
	Delta psikologis	(-0,1667 ± 0,53067)	(7,7333 ± 2,33317)	0,000 ^{b*}
Sosial	Pre	(7,8000 ± 1,82700)	(6,3667 ± 2,09241)	0,010 ^{b*}
	Post	(7,5000 ± 1,79559)	(11,8333 ± 0,37905)	0,000 ^{b*}
	Delta sosial	(-0,3000 ± 0,95231)	(5,4667 ± 2,09652)	0,000 ^{b*}
Spiritual	Pre	(9,0333 ± 2,38506)	(5,9667 ± 3,05674)	0,000 ^{b*}
	Post	(9,0000 ± 2,43537)	(11,7667 ± 0,67891)	0,000 ^{b*}
	Delta spiritual	(-0,0333 ± 0,18257)	(5,8000 ± 2,96415)	0,000 ^{b*}

Dari Tabel terlihat kemandirian fisik, nilai *mean* pada pre dan post uji delta yaitu selisih *mean* sebelum dan sesudah intervensi dengan hasil kelompok intervensi adalah 3.4667 dan untuk kelompok kontrol adalah 0,4667 dengan nilai $p=0,000$ artinya ada pengaruh yang bermakna dari intervensi terhadap tingkat kemandirian fisik. Kemandirian psikologi, nilai *mean* pada *pre* dan *post* uji delta yaitu selisih *mean* sebelum dan sesudah intervensi dengan hasil kelompok intervensi adalah 7,7333 dan untuk kelompok kontrol adalah -0,1667 dengan nilai $p=0,000$ artinya ada pengaruh yang bermakna dari intervensi terhadap tingkat kemandirian psikologi. Kemandirian sosial nilai *mean* pada pre dan post uji delta yaitu selisih *mean* sebelum dan sesudah intervensi dengan hasil kelompok intervensi adalah 5,4667 dan untuk kelompok kontrol adalah -0,3000 dengan nilai $p=0,000$. Kemandirian spiritual, nilai *mean* pada *pre* dan *post* uji delta yaitu selisih *mean* sebelum dan sesudah intervensi dengan hasil kelompok intervensi adalah 5,8000 dan untuk kelompok kontrol adalah -0,0333 dengan nilai $p=0,000$. artinya ada pengaruh yang bermakna dari intervensi terhadap tingkat

kemandirian spiritual. Berdasarkan data tersebut terbukti bahwa program “SOWAN” dapat mempengaruhi kemampuan pasien dalam perawatan diri.

3. Pembahasan:

Hasil ini sesuai dengan penelitian oleh ElHameed (2012) tentang program perawatan diri pada pasien TB paru hasilnya adalah peningkatan yang signifikan pada kemampuan mengelola fisik dan berdampak pada kondisi fisik, mental dan sosial pasien TB Paru pada orang dewasa Artinya program yang berkaitan hasil dan tujuan yang jelas akan membuat pasien mampu mencapai tujuan yang di tetapkan. Pada penelitian yang di lakukan peneliti pasien yang ingin cepat sembuh, mampu melakukan keperawatan sendiri untuk mempercepat proses penyembuhan. Hal ini juga di dukung oleh penelitian program suportif edukasi pada pasien TB Paru di masyarakat juga di lakukan pada tahun 2012 di Makasar dengan hasil penelitian bahwa model integrasi kemandirian pasien dan *family centered nursing* mampu meningkatkan pengetahuan keluarga dan ketrampilan kemandirian keluarga dan merawat pasien TB Paru di rumah.

Dalam melakukan tindakan program “SOWAN” ternyata mempunyai dampak dalam kemandirian antara lain tindakan *supporting* oleh perawat dan keluarga dapat memberi keyakinan responden bahwa merawat diri itu sangat penting dalam proses penyembuhan penyakit. Hal ini didukung oleh pendapat bahwa dukungan sosial sangat mempengaruhi kemampuan untuk hidup dengan penyakit kronis, ketaatan berobat dipengaruhi oleh dukungan sosial, serta faktor kepercayaan kepada pelayanan kesehatan. Dalam kemandirian sosial secara mandiri pasien mampu meningkatkan kemampuan dalam mengurangi stigma.

Keterlibatan pasien dalam proses pengobatan melalui kemandiriannya dapat memberikan kepuasan pasien karena dapat berperan aktif dalam pengambilan keputusan, berperan serta dalam sistem pelayanan kesehatan, menghindari rasa malu dan stress, membantu pemerintah untuk mengatasi keterbatasan jumlah tenaga kesehatan pada masyarakat. Setelah meyakini bahwa merawat diri sangat

dibutuhkan oleh partisipan, partisipan akan berusaha untuk meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam merawat diri.

Persepsi partisipan tentang efikasi diri berhubungan lebih konsisten dengan manajemen diri, hasil uji statistik ada hubungan antara tingkat kemandirian fisik, psikologi, sosial dan spiritual dengan efikasi diri tabel 5:3. Keyakinan diri ternyata aspek penting dalam mempengaruhi target sehat mandiri, didukung bahwa efikasi diri berpengaruh pada manajemen diri pada pasien CRF partisipan lebih mempunyai keyakinan dirinya untuk melakukan tindakan untuk meningkatkan kemampuan merawat dirinya. Keyakinan diri pada pasien TB paru adalah karena ingin sembuh untuk bisa bertanggung jawab sebagai orang tua, ingin bekerja.

4. Simpulan :

1. Pengaruh tindakan keperawatan Holistik Program SOWAN efektif meningkatkan kemandirian fisik, kemandirian psikologi, kemandirian sosial dan kemandirian spiritual pasien TB paru dengan nilai $p= 0.00$
2. Efikasi diri berpengaruh terhadap peningkatan kemandirian fisik, psikologi, sosial dan spiritual.

Saran:

1. Pendidikan keperawatan:

- a. Penelitian ini menghasilkan buku keperawatan holistik sebagai tambahan referensi dalam proses pembelajaran.
- b. Sesuai visi dan misi sebagai program studi yang mengembangkan keperawatan holistik penelitian ini dapat sebagai bahan untuk pengembangan keperawatan holistik.

2. Balai Kesehatan Paru Masyarakat:

Program DOTS bisa ditambah program SOWAN hasilnya lebih komprehensif.

3. Penelitian:

Penelitian selanjutnya bisa memperhatikan hal-hal yang berkaitan antara lain:

- a. Intervensi dilakukan sampai pasien dinyatakan sembuh sehingga hasil intervensi menggambarkan dampak pada proses penyembuhan.
- b. Usia dalam perkembangan yang sama, dewasa muda, dewasa tua atau lansia.
- c. Menghindari *hawthorn* dan *novelty effect* ruangan yang di gunakan sama bagi semua pasien.
- d. Bisa menggunakan faktor lingkungan sebagai terapi, misal untuk pasien lebih senang rileksasi dengan musik atau warna dinding yang terapeutic, dengan ruangan yang luas.

Executive Summary
The Effectiveness of SOWAN Program Holistic Nursing Intervention on
Pulmonary TB Patients' Independence Level
By: Meidiana Dwidiyanti

Background

Pulmonary TB patients have to take medication for 6 months, and they should not obey this. The risk of drug resistance may occur. Pulmonary TB patients have, in addition to a physical problem in the treatment, also social isolation and emotional changes due to their illness. Bio-psychosocial approach is needed so that patients are able to develop their beliefs and habits, in order to perform self-care treatment programs. The compliance in the treatment of patients with pulmonary TB, which is supported by DOTS program, still has some issues because it is only charged to the patients. Thus, the understanding of the compliance is transformed into obedience which is an agreement between patients and health care professionals that the patient is more active and responsible..

The model proposed in this study is the integration of self-management and nursing care that is based on the concept of self-care for the patients' independence in the fulfillment of their basic needs, this model also adopts some concepts of self-management, which are integrated in a model of Supporting, Observation, Well-being, Action and Nursing (SOWAN), to increase the independence, therefore, the question is "Can SOWAN program affect the physical independence, psychological independence, social independence, and spiritual independence?"

Purpose of the Study

1. The main purpose of the study is analyzing the effects of SOWAN program Holistic Nursing on the pulmonary TB patients' independence.
2. Based on the main purpose, the specific purposes are detailed as follows:

- a. Analyzing the effects of “SOWAN” program holistic nursing on the pulmonary TB patients’ physical independence, psychological independence, social independence, and spiritual independence.
- b. Prove the influence of self-efficacy on the ability of self-care in patients with pulmonary tuberculosis.

Research Methods

This study used a quasi-experimental research design with quantitative and qualitative approaches. Before and after measurements were performed well in the intervention group and in the control group. The research instrument used a questionnaire which validity and reliability had been tested, including the ability assessment performed by respondents with independent health cards. The protocol of SOWAN program are as follows:

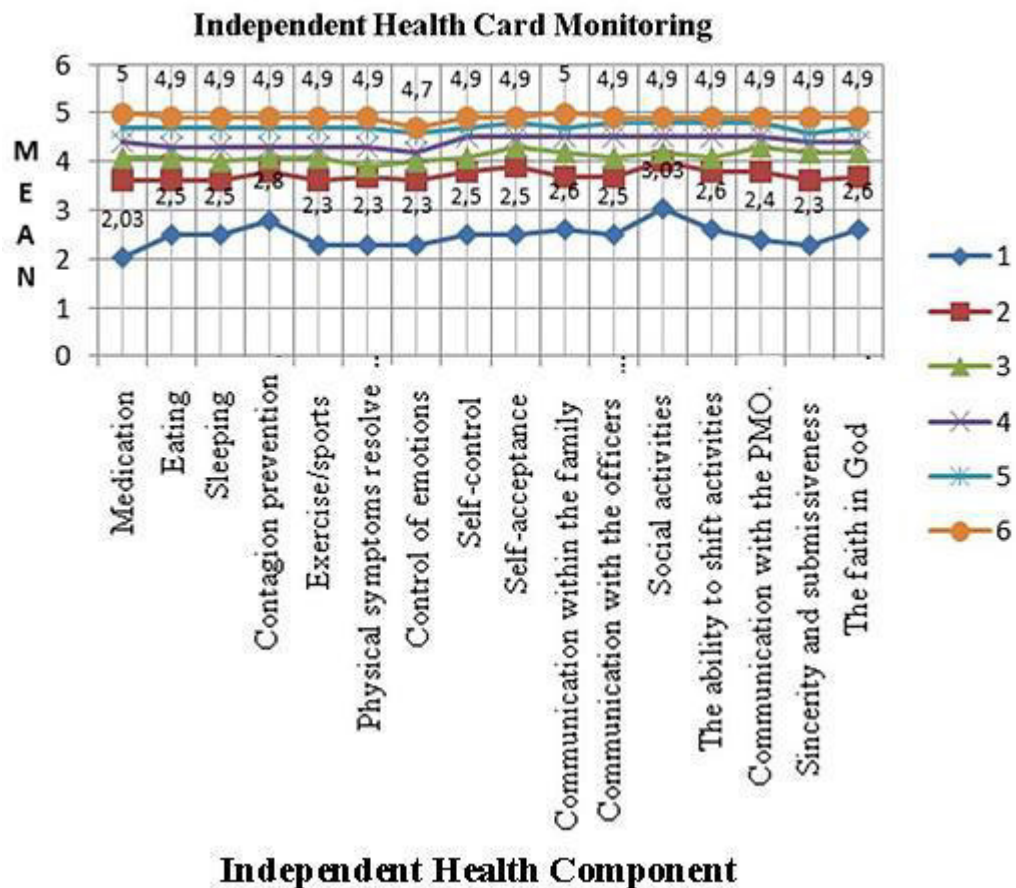
week	indicator application	Intervention of nurse	patient action	Media
1	Patient understand the holistic treatment Element: supporting	-Provide information about self-care: 1. taking drugs with not bored 2.Eat with confidence and awareness 3.Sleeping for the body to relaxation 4.Exercise 5.Overcoming physical symptoms 6. Controlling Emotions 7. Controlling Yourself 8. Accepting Yourself 9. Communication with: friends and family. 10. Communication with: health workers 11. Social activities 12. Pray regularly. -give booklets and flipchart -Discussion about self care	Can answer questions about how to care for themselves.	-Booklet -Flipcharts -patient guidelines. -Health cards independently.
2	Patients identify physical problems, psychological, social, and spiritual experiences. element: <i>observation/</i> monitoring diri	<ul style="list-style-type: none"> • Discussions with patients about complaints of physical, psychological, social and spiritual. • Encourage and facilitate the patient, in identifying patient complaints. • Encourage pulmonary TB patients to take down a list of problems or complaints experienced. 	-patients have the ability to find problems experienced -Take note of the complaints of the patient.	-Booklet -Flipcharts -patient guidelines. -Health cards independently.

3	Patients were able to identify the constraints experienced in improving self-efficacy element: <i>well-being</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce barriers to increase self-efficacy. • Facilitating to reduce barriers. • Involve the family in completing the the barriers. 	Able to identify the barriers and how to overcome them.	<ul style="list-style-type: none"> • Booklet • Health cards independently..
4	Patients can perform self-care methods. Elements: <i>Action and supporting</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Patients can perform self-care methods. 	Patients do a deal for the phone and come to the house when needed.	<ul style="list-style-type: none"> • Booklet • Health cards independently..
5	Patients can maintain confidence for self-care, by overcoming the barriers that occur. element: <i>action, nursing, supporting.</i>	Counseling to keep the patient's ability to care for themselves by overcoming the barriers that occur.	Repeat capability in self-care.	<ul style="list-style-type: none"> • Booklet • Health cards independently.
6	Patients are able to maintain self-care by evaluating the ability of independent healthy card. Element : <i>action, nursing, supporting..</i>	Counseling to maintain the patient's ability to care for themselves.	maintaining the ability to care for themselves	<ul style="list-style-type: none"> • Health cards independently.

Results :

1.Independent health card

Results of 6 meetings showed the development of independence level of the pulmonary TB patients which were shown on graph 1. There were 16 components evaluated by the respondents themselves, including the physical independence which consisted of medication, eating, sleeping, contagion prevention, exercise/sports, and physical symptoms resolve. Psychological independence consisted of control of emotions, self-control, and self-acceptance. Social independence consisted of communication within the family, with the officers, social activities and the ability to shift activities, and communication with the PMO. Spiritual independence consisted of sincerity and submissiveness, and the faith in God.



Graph 1. Independent Health Card, assessment by participants

The graph shows, in the first meeting, the value of independence was on the numbers 1-3, which means they still required knowledge and skills of self-care. In the second meeting, values of independence rose from 3 to 4, which means they began to exercise self-care. In the third to sixth meetings, the ranged from 4 to 5, which means that the participants were able to perform self-care and maintain it.

2.The defferences independence level between before and after intervention of SOWAN Peogram

Table : Delta value differences on Independence Variable physical, psychological, social and spiritual in the intervention and the control groups.

Variables		Mean \pm SD		p-value
		Control Group	Intervention Group	
Self-Care	Pre	(39,2667 \pm 4,50236)	(32,8667 \pm 6,89194)	0,073^a
	Post	(39,5333 \pm 5,21095)	(55,3333 \pm 1,02833)	0,000^{b*}
	Self-Care Delta	(0,2667 \pm 2,83978)	(22,4667 \pm 6,81142)	0,000^{b*}
Physic	Pre	(12,0333 \pm 2,34128)	(12,4667 \pm 1,67607)	0,448^b
	Post	(12,5000 \pm 2,19325)	(15,9333 \pm 0,25371)	0,000^{b*}
	Physical Delta	(0,4667 \pm 2,47377)	(3,4667 \pm 1,75643)	0,000^{b*}
Psychology	Pre	(10,4000 \pm 1,56690)	(8,0667 \pm 2,36254)	0,093^a
	Post	(10,2333 \pm 1,63335)	(15,8000 \pm 0,40684)	0,000^{b*}
	Psychological Delta	(-0,1667 \pm 0,53067)	(7,7333 \pm 2,33317)	0,000^{b*}
Social	Pre	(7,8000 \pm 1,82700)	(6,3667 \pm 2,09241)	0,010^{b*}
	Post	(7,5000 \pm 1,79559)	(11,8333 \pm 0,37905)	0,000^{b*}
	Social Delta	(-0,3000 \pm 0,95231)	(5,4667 \pm 2,09652)	0,000^{b*}
Spiritual	Pre	(9,0333 \pm 2,38506)	(5,9667 \pm 3,05674)	0,000^{b*}
	Post	(9,0000 \pm 2,43537)	(11,7667 \pm 0,67891)	0,000^{b*}
	Spiritual Delta	(-0,0333 \pm 0,18257)	(5,8000 \pm 2,96415)	0,000^{b*}

The table shows that the value of self-care delta as a whole in the intervention group was 22.4667, whereas in the control group was 0.2667, with $p = 0.000$, meaning that the overall self-care had significant difference. The physical self-care in the intervention group was 3.4667, whereas in the control group was 0.4667, with $p = 0.000$, meaning that physical self-care had a significant difference. The psychological self-care in the intervention group was 7.7333 whereas in the control group, -0.1667, with $p = 0.000$, meaning that psychological self-care had significant differences. The social self-care in the intervention group was 5.4667, whereas in the control group was -0.3000, with $p = 0.000$, meaning that the social self-care went well. The spiritual self-care in the intervention group was 11.7667, whereas in the control group 9,000, with a value of $p = 0.000$, meaning that there were significant differences.

Discussions

The study results of self-care program on patients with pulmonary TB, showed that a significant increase in the ability to manage physical condition and has some impacts on the physical, mental, and social condition of adult patients with pulmonary TB. It means that outcome-related program and clear objectives would allow the patients achieving the goals. In the study conducted by the researcher, patients who wish a speedy recovery were capable of nursing themselves to speed up the healing process. This is also supported by research supportive educational program on patients with pulmonary TB in the community which had been conducted in 2012 in Makasar, with the result shows that the patient independence integration model were able to improve their the knowledge and independence skills of the family and care for pulmonary tuberculosis patients in their houses (Syattar 2012).

Conducting "SOWAN" program turned out to have some impacts on the independence, such as the supporting act by the nurses and the ability of the family in giving confidence to the respondents that self-care was pivotal in the healing process. This was supported by the notion that social support greatly affects the ability to live with chronic disease (Hegelson and Cohen, 1996), adherence in having medication was influenced by social support, as well as the confidence factors in health care (Horni & Weinman, 1999). Respondent supports in gaining confidence and trust were an important first step for the patient independent program. Therefore, the obstacles in “stop TB” program that could be overcome by the patients’ abilities in taking responsibility for their own self-care, adequate information were provided by having the respondents to ask if there are obstacles to self-care. In social independence, patients could independently improve the ability in reducing stigma.

The involvement of patients in the medication through self-monitoring could provide satisfaction, as they could play an active role in decision-making, participate in the health care system, avoid the embarrassment and stress, and help the government to overcome the limited number of health workers in the community (Supardi and

Notosiswoyo, 2005). After believing that self-care, is needed by the participants, the participants would endeavor to increase their knowledge and skills in self-care.

The increasing Self-efficacy drove the patients to improve their skills in self-care so their abilities in self-care increase. The increasing independence was caused by the increasing self-efficacy, by figuring out the obstacles and trying to solve them, the respondents were able to increase their self-efficacy. Respondents maintained the ability to continue the self-care, by fulfilling the patient needs to keep the independent ability through facilitating respondents either the knowledge or the facility which suit the patient's abilities, thus the patient would be still able to perform self-care skills. The proximity and quality as well as the confidence of patients could be increased.

Conclusions:

1. SOWAN Program Holistic Nursing is influential in improving physical independence, psychological independence, social independence, and spiritual independence of pulmonary TB patients
2. Self efficacy influence the patient's physical independence of. psychological, social and spiritual
3. Participants self-assessing through independent health cards can improve skills in performing self-care holistically.

Nursing Implication

1. Nursing Education:

- c. This study produces holistic nursing book as an additional reference in studying process.
- d. As the study program vision and mission that develop holistic nursing, this study can be treated as a material in developing holistic nursing.

2. Community Pulmonary Health Center:

AKMS Program from Health Ministry could be applied through SOWAN program.

3. Research:

Future studies could consider matters related to the internal and external validation such as:

- a. Interventions performed until the patient recovers so the results illustrate the impact of interventions on the healing process
- b. Development of the same age, young adults, older adults or the elders.
- c. Initial conditions with the same degree of independence.
- d. Avoid *hawthorn* and *a novelty effect* of the same room used for all patients.
- e. The ability in using environmental factors as a therapy, for example, patients preferred relaxation with music, or the therapeutic wall colors, with a spacious room.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Indonesia merupakan salah satu negara memiliki banyak kasus tuberkulosis yang disingkat TB di dunia. Laporan *World Health Organization* yang selanjutnya disingkat WHO, pada tahun 2007 menyebutkan Indonesia merupakan peringkat ke tiga dunia pada kasus TB dan pada tahun 2009 jumlah kasus menurun sehingga menjadi peringkat ke lima dunia. Tahun 2012 Indonesia mengalami peningkatan jumlah kasus TB dan naik ke peringkat empat jumlah kasus TB dunia (WHO Report 2007, 2009, dan 2012).

WHO sejak tahun 1993 sudah mempunyai program untuk mengatasi masalah penyakit TB dengan mendeklarasikan TB sebagai darurat global dengan alasan lebih dari 95% dari 8 juta kasus diperkirakan terjadi setiap tahun, di mana lebih dari 80% kasus terjadi di antara orang yang berusia antara 15-59 tahun. Di negara berkembang diperkirakan sekitar 2 juta kematian terjadi setiap tahunnya akibat TB. Hal ini menjadi alasan kuat untuk rekomendasi meningkatkan pengendalian TB di seluruh dunia (WHO 1994) dan pengembangan internasional *blue print* untuk pengendalian TB, yang dikenal sebagai *Directed Observed Treatments Strategis* yang disingkat DOTS (WHO, 2011).

WHO telah menjalankan program DOTS secara global, tetapi program tersebut masih belum memiliki keberhasilan yang optimal dikarenakan di setiap

negara mempunyai keragaman sikap pasien terhadap penyakit dan yang mempengaruhi keberhasilan program DOTS. Berdasarkan penelitian, terbukti bahwa pasien merasa tidak nyaman karena diawasi pada saat minum obat (Sakti, 2011). Ketidaknyamanan ini disebabkan karena kemampuan PMO dalam berkomunikasi secara personal dan belum terlibatnya pasien dalam tanggung jawab untuk melakukan pengobatan terhadap penyakitnya sendiri.

Program DOTS yang bermasalah tersebut yang membuat WHO merubah istilah kepatuhan menjadi ketaatan karena kepatuhan yang cenderung menyalahkan pasien, sedangkan ketaatan berarti pasien lebih aktif dan bertanggung jawab terhadap pengobatan yang dijalannya (WHO 2003). Ada 5 tipe ketaatan yaitu perilaku pasien yang hanya patuh pada petugas, hubungan sebagai proses pelayanan, hasil dan target proses, menjalankan pengobatan sebagai proses, dan pendekatan biopsikososial yang akan memberi motivasi bagi pasien untuk mempunyai keyakinan dan kebiasaan secara seimbang (Lehane & McCarthy, 2009).

Program DOTS di Indonesia didukung oleh program AKMS (Advokasi, Komunikasi, Mobilisasi, Sosial) TB, merupakan suatu kerangka kerja atau tindakan intervensi dalam mendukung program pengendalian TB dan terkait erat dengan strategi pengendalian TB. AKMS meliputi program DOTS, PMO, KIE (Komunikasi Informasi Edukasi), kampanye Stop TB, program pendekatan keluarga dan memberikan stimulan untuk menghindari risiko melalui modifikasi rumah (Kemenkes, 2011). Tujuan dari program AKMS adalah adanya dukungan berbagai pihak tentang penerapan strategi DOTS, adanya opini masyarakat yang

mendukung penerapan strategi DOTS dan peningkatan praktek penanggulangan TB dengan *outcome* masyarakat mampu mandiri dalam penanggulangan TB, sehingga diharapkan mempunyai dampak pada kesembuhan pasien dan penemuan pasien TB (Kemenkes, 2006).

Permasalahan yang dialami pasien dengan penyakit TB antara lain kematian akibat penyakit TB mencapai 1,1 juta kematian di seluruh dunia dan mencapai 64.000 kematian di Indonesia (WHO, 2013). Pasien TB kehilangan pekerjaan rata-rata tiga sampai empat bulan dikarenakan sekitar 75% klien TB terindikasi berumur 15-50 tahun (Depkes, 2011), adanya stigma terhadap pasien TB paru yang mengakibatkan berbagai masalah sosial dan psikologis yang mengakibatkan pasien menghentikan pengobatan sehingga mengalami kebal atau resisten terhadap obat TB-MDR (*Multi Drug Resistance*).

Hambatan yang ditemukan dalam pengendalian TB paru oleh pemerintah Indonesia antara lain kelalaian petugas dalam memberikan diagnosis yang tidak tepat, tidak menggunakan panduan dalam memberikan pengobatan dan belum memberikan informasi yang adekuat tentang TB Paru pada pasien dan keluarga, angka ketidakpatuhan pengobatan sebesar 19,3% disebabkan akses pelayanan kesehatan termasuk informasi yang bersifat individual terkait dengan TB paru dan pengobatan belum tersedia sehingga masyarakat memutuskan untuk memilih cara pengobatan sendiri (Risdeskes, 2010).

Kondisi nyata pada pasien TB masih banyak kendala yang dihadapi pasien dalam membantu program pengobatan TB yang dipengaruhi oleh faktor kedekatan antara petugas kesehatan dan pasien. Berdasarkan penelitian tersebut ditemukan

beberapa faktor yang mempengaruhi kedekatan antara lain kualitas komunikasi antara pasien dengan penyedia pelayanan kesehatan, kepercayaan pasien mengenai kesehatannya, tingkat pendidikan pasien dan masalah ekonomi pasien (Prince, 2007).

Beban psikologis berkaitan dengan keluhan fisik (aktivitas pekerjaan) yang mengganggu aktivitas dan kehidupan sosial pasien TB. Penyakit TB mengakibatkan masalah yang kompleks baik fisik, psikologi, sosial, kultural dan spiritual. Hasil penelitian kualitatif menggambarkan bahwa pasien merasa tidak terganggu aktivitasnya pada saat berhenti minum obat, tetapi pada saat minum obat merasa ada tekanan fisik yang menunjukkan rasa sakit (Purwanto, 2002).

Kondisi stres pada pasien mengakibatkan penurunan imun pada tubuh, sehingga mempengaruhi proses penyembuhan pada pasien TB paru (Sakti, 2011). TB merupakan penyakit kronis, dimana proses penyembuhannya memerlukan waktu lama. Proses penyembuhan yang lama merupakan stressor yang mengakibatkan stres dalam kehidupan pasien, sehingga mengganggu fungsi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Proses penyembuhan yang lama dibutuhkan kemampuan pasien untuk sehat secara mandiri. Kemandirian pasien dalam merawat diri sangat dipengaruhi oleh kesadaran diri dan perhatian terhadap diri sendiri, kondisi tersebut dipengaruhi oleh kemampuan dari komponen fisik, psikologi, sosial dan spiritual (Alspach, 2011).

Upaya pengendalian TB paru yang dijalankan juga belum meningkatkan kemandirian pasien dalam menjalankan pengobatan, sementara keuntungan dari kemandirian pasien pada pasien TB paru adalah memberi kepuasan pasien karena

ikut aktif dalam pengambilan keputusan, berperan serta dalam sistem pelayanan kesehatan menghindari rasa malu dan stres, membantu pemerintah untuk mengatasi jumlah tenaga kesehatan pada masyarakat (Supardi dan Notosiswoyo 2005). Pengendalian yang komprehensif bisa memberikan layanan pengobatan, pendidikan pasien dan masyarakat akan memperkuat keterlibatan pasien dalam pengobatan (Watkins dan Plant, 2004). Kemandirian secara menyeluruh atau holistik diharapkan mampu menyelesaikan masalah pasien yang kompleks (Schreurs, Colland, Kuijer, De Ridder, Van Elderen, 2003).

Berdasarkan laporan tentang program manajemen diri bahwa berbagai program dikembangkan untuk mendukung pasien dalam meningkatkan kemampuan manajemen diri selama 10 sampai 30 tahun terakhir dinyatakan efektif (Lown and Schoo, 2010). Pada pengembangan program manajemen diri digunakan prinsip pendidikan dengan kolaborasi perawat pasien dengan tiga model yang dikembangkan yaitu model melakukan sendiri, model kolaborasi dan model dukungan manajemen diri (Bodenheimer, Lorig, Holman, Grumbach, 2002).

Pada program kemandirian pasien menurut Orem (2001) dilakukan berdasarkan keterbatasan pasien, melalui intervensi keperawatan yaitu kompensasi, menuntun pasien, mendukung pasien, dan pendidikan kesehatan yang dikenal dengan *system supportive educative*. Program kemandirian pasien dinyatakan mampu meningkatkan kemandirian pada pasien TB melalui program konseling (ElHameed, Aly, Mahdy, 2012) dan program kemandirian keluarga juga mampu memandirikan keluarga dalam merawat diri (Sjatarr, 2012). Pada

manajemen diri mengembangkan model melakukan sendiri dimana pasien dengan kemampuan sendiri mampu mengelola sendiri dalam program pengobatan, model kolaborasi dimana pasien berkolaborasi dengan petugas kesehatan untuk kemampuan manajemen pengobatan, model dukungan adalah pasien mampu mengelola pengobatan melalui dukungan baik keluarga maupun lingkungan (Bodenheimer, Lorig, Holman, Grumbach, 2002)

Data di Balai Kesehatan Paru Masyarakat yang disingkat BKPM kota Semarang tahun 2012 terjadi peningkatan yang signifikan dari 465 kasus menjadi 1786 kasus (tiga kali lipat). Angka kekambuhan TB kota Semarang belum mengalami penurunan yang signifikan, bahkan terjadi peningkatan pada tahun 2011 sebanyak 32 orang. Peningkatan suspek TB dari tahun 2011 hingga tahun 2012, meskipun pada tahun 2010 terjadi penurunan (BKPM, 2013).

Berdasarkan wawancara dengan pasien masalah yang dihadapi pada saat mengikuti program pengobatan adalah tidak mampu mengatasi keluhan fisik, sering marah karena sakit TB paru dan mengatasi rasa malu dan stres di tempat kerja dan bahkan ada yang dikeluarkan dari pekerjaannya. Berdasarkan masalah tersebut perlu pengembangan pelayanan atau pengembangan model yang bertujuan untuk meningkatkan keyakinan diri pasien untuk sembuh sehingga mau melakukan tindakan keperawatan secara mandiri. Dengan demikian harga dirinya bertambah untuk mampu bergaul atau berinteraksi dengan lingkungan dan memberi keyakinan secara spiritual bahwa Tuhan bisa menyembuhkan.

B. Perumusan masalah

1. Perumusan masalah umum

Kepatuhan pasien pada pengobatan pasien TB paru yang didukung oleh program DOTs masih mempunyai masalah karena kepatuhan hanya dibebankan kepada pasien. Sehingga pemahaman kepatuhan berubah menjadi ketaatan yaitu kesepakatan antara pasien dan petugas kesehatan agar pasien lebih aktif dan bertanggung jawab (WHO, 2003). Agar pasien aktif maka dibutuhkan peningkatan efikasi diri atau keyakinan diri.

2. Perumusan masalah khusus

- a. Secara fisik pasien mempunyai masalah dalam minum obat secara teratur dan mengatasi keluhan fisik karena penyakit TB paru, pasien harus mengalami pengobatan yang lama pasien memerlukan kemampuan dalam mengatasi stres akibat penyakit.
- b. Secara psikologi pasien mempunyai masalah dalam mengendalikan emosi karena di diagnosis penyakit TB paru, dan ini akan berpengaruh terhadap proses penyembuhan.
- c. Secara sosial pasien merasa ada perubahan dalam berhubungan dengan orang lain karena penyakit yang dideritanya (stigma).
- d. Secara spiritual, pasien dapat menghilangkan sumber stress kalau pasien mampu mempunyai coping yang baik secara spiritual.
- e. Keyakinan diri juga sebagai faktor yang bisa menghambat kemampuan pasien dalam merawat dirinya sendiri

Dengan demikian pertanyaan penelitian adalah “Apakah Program SOWAN berpengaruh terhadap kemandirian fisik, kemandirian psikologi, kemandirian sosial dan kemandirian spiritual? Yang pada akhirnya mengatasi masalah DOTS diatas.

C. Originalitas

Penelitian terdahulu dibandingkan dengan penelitian yang akan dilakukan belum pernah dilaksanakan di Indonesia dan di luar negeri, hal ini dapat dilihat dari penelusuran pustaka, dimana hasil-hasil penelitian terdahulu pada area yang sama tentang kemandirian pasien dengan penyakit kronis tidak sama dengan penelitian ini pada Tabel 1.1 menunjukkan perbedaan antara penelitian terdahulu dan penelitian ini.

Tabel 1.1. Penelitian terdahulu tentang program kemandirian pada pasien kronis.

No	Peneliti/tahun/ Jurnal	Judul	Tujuan	Metode	Hasil	Perbedaan dengan penelitian ini
1.	Jaarsma, Halfens, Abu-Saad, Dracupt, Gorgelst, Van Ree, Stapperst, (1999). <i>European Heart Journal</i> , 20:673-682	Pengaruh pendidikan dan dukungan pada perawat an diri (<i>self-care</i>) & pemanfaatan sumber daya pada pasien gagal jantung	Untuk menguji pengaruh pendidikan dan dukungan perawat pada perawat an diri dan pemanfaatan sumber daya pada pasien gagal jantung	- Pasien dengan gagal jantung kronis (CHF) sejumlah 179 - Pasien dipilih secara acak untuk dimasukan dalam kelompok perlakuan. - Intervensi: selama 9 bulan pengukuran pada 1bulan setelah pulang dari RS, mengunjungi rumah pada	- Pendidikan dan dukungan dari perawat di rumah sakit dan di rumah meningkatkan perilaku <i>self-care</i> pasien gagal jantung secara signifikan - Pasien dari kelompok intervensi dan perlakuan mengalami peningkatan perilaku <i>self-care</i> mereka	Penelitian dilakukan pada pasien TB Paru dengan program SOWAN, yang terdiri dari pelayanan kesehatan, dukungan dan partisipasi keluarga serta fasilitasnya.

				<p>bulan ke 3 dan ke 9 pada pasien rawat nginap kelompok kontrol yang mendapatkan ‘perawatan seperti biasa’ atau kelompok perlakuan yang mendapatkan intervensi standar keperawatan tentang pendidikan dan dukungan perawatan diri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumen: data klinis dan demografis; skala self-care digunakan untuk menilai kemampuan self-care pasien dalam merawat dirinya sendiri - Analisis data: rata-rata (mean), \pm SD, uji Chi -square, t -test, koreksi untuk pengujian yang beragam. 	<p>dalam waktu 1 bulan setelah pulang dari rumah sakit. Dalam kelompok perlakuan, peningkatan yang terjadi lebih signifikan dalam waktu satu bulan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meskipun perilaku <i>self-care</i> dalam dua kelompok tersebut menurun pada 8 bulan berikutnya, peningkatan dari kondisi awal tetap signifikan secara statistik di kelompok perlakuan, namun tidak pada kelompok kontrol. - Tidak ada pengaruh yang signifikan pada pemanfaatan sumber daya 	
2	Schreurs, Colland, Kuijer, Ridder, Elderen, (2003) jurnal <i>patient Education and Counseling</i> 51:133-141	Pengembangan, konten, dan evaluasi proses intervensi manajemen diri yang singkat pada pasien dengan penyakit	Untuk mendeskripsikan pengembangan intervensi berdasarkan teori untuk meningkatkan manajemen diri yang dapat diapresiasi dan diterima oleh	<ul style="list-style-type: none"> - Sebuah penelitian intervensi, RCT - Melibatkan 83 pasien sebagai sampel. - Program intervensi: sesi kelompok selama 2 jam (6-8 partisipan) dengan menggunakan <i>self regulation Theory</i>. 	Partisipan dan perawat memberikan evaluasi yang positif terhadap intervensi. Evaluasi yang diberikan tidak terkait dengan kondisi kesehatan awal pasien, atau perasaan <i>self-efficacy</i> terkait manajemen diri. Pasien dengan usia yang lebih tua, pendidikan	Peneliti menggunakan dasar teori stress adaptasi, manajemen diri dan perawatan diri.

		t. kronis yang membutuhkan perilaku <i>self-care</i>	partisipan dan penyedia layanan kesehatan		yang lebih rendah, ataupun tidak mempunyai pekerjaan saat ini memberikan tanggapan yang paling baik	
3	Syattar (2012) Buku: Model integrasi self care dan family centered Nursing.	model keluarga untuk keluarga (KUK) terhadap kemandirian keluarga merawat anggota keluarga yang menderita TB .	Penerapan KUK mampu meningkatkan pengetahuan keluarga, ketrampilan keluarga, kemandirian keluarga dalam merawat pasien	Kuasi eksperimen dengan pre dan post test design. Dengan tindakan suportif educative. Melalui pendidikan keluarga merawat pasien, melalui paket modul pelatihan untuk keluarga.	Model integrasi <i>self-care</i> dan <i>family centered nursing</i> . Studi kasus perawatan TB di Komuniti di Makasar.	Peneliti melakukan intervensi terhadap individu pasien yang didukung oleh keluarga.
4	EIHameed, Aly, Mahdy (2012) <i>Life Science Journal</i> , 9 (1)	<i>Effect of counseling on self-care management among Adult patients with pulmonary Tuberculosis</i>	Mengevaluasi pengaruh dari program konseling dalam bentuk <i>self-care management</i> pada pasien TB dewasa.	Tindakan pada pasien rawat jalan dan dilakukan di rumah pasien sebanyak 100 orang dewasa dengan TB Paru, dengan menggunakan interviu dan observasian kemandirian dengan mengobservasi tentang kemampuan mengatasi masalah fisik.	Hasil menunjukkan peningkatan yang signifikan pada pengetahuan dan praktek serta meningkatkan kondisi fisik, sosial dan psikologi.	Hasil yaitu kemandirian fisik, psikologi, sosial dan spiritual.
5	Bourbeau, Julien, Maltais, Rouleau, Beaupre, Begin, Renzi, Nault, Borycki, Schwartzman.	<i>Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive</i>	Mengevaluasi dampak dari self management yang berkelanjutan pada pasien	Randomized clinical trial pada 7 rumah sakit dari februari 1998 sampai July 1999	Penurunan jumlah pasien yang datang ke rumah sakit sebanyak 39,8% (p=0,01) yang melalui gawat darurat menurun menjadi 41,0 % (p=0,02) dan	Tempat hanya Di BKPM waktunya 6 minggu, mengukur kemandirian tetapi tidak mengukur

	(2008) original artikel dari <i>Arch Intern Med</i> 2003; 163:585-591 :www.archinternmed.com. 11 april, 2008	<i>pulmonary disease</i>	COPD di rumah sakit		kunjungan dokter yang tidak terjadwal menjadi 58,9 % (p= 0,003)	dampak dari intervensi menejenn diri.
6.	Hastaning Sakti (2011). Desertasi, UGM.	Efektifitas psikoterapi transpersonal dan ketrampilan konseling interaktif terhadap ketaatan minum obat dan kadar interferon gamma (IFN _γ) penderita tuberculosi.	Mengetahui efektifitas treatment yaitu psikoterapi transpersonal dan KKI (ketrampilan konseling interaktif) terhadap ketaatan, efikasi diri, kometmen kesehatan serta kadar IFN- γ	kuasi eksperimen dengan pre dan post test design, dengan analisis kualitatif dan kuantitatif /mixmethod	Pengaruh langsung Program Psikologis ASA terhadap ketaatan meminum obat (B=0,255, p=0,044), dan penurunan IFN- γ pada <i>posttest</i> sebesar - 0,316pg/mL serta berpengaruh positif pula terhadap peningkatan Efikasi Diri khususnya pada <i>mastery</i> (B = 0,301).Komitmen Memotivasi adalah variabel yang berpengaruh sangat bermakna terhadap penurunan kadar IFN- γ sebanyak - 0,362pg/mL (t=- 3,031,p=0,004). Artinya semakin sering pasien memotivasi pasien lain untuk taat meminum obat, maka semakin taat pasien meminum obatnya sendiri.	Penelitian di tempat yang sama, tidak menggunakan KKI dengan sampel yang sama yaitu 60 pasien yang datang di BKPM wilayah semarang.
7	Powel, Calvin,Ri	Konseling	Menentukan nilai	- Semua pasien diberikan 18	Pasien dari populasi klinis	Peneliti tidak

	chardson, Janssen, Leon, Flynn, Grady, Whitaker, Eaton, Every. (2010). <i>Original</i>	manajemen diri pada pasien dengan gagal jantung : kepatuhan dan retensi pasien gagal jantung . (konseling manajemen diri ditambah pendidikan tentang gagal jantung, kemudian dibandingkan	kontak dan 18 lembar pendidikan tentang gagal jantung untuk program selama 1 tahun. Pasien yang secara acak dimasukkan dalam kelompok pendidikan mendapatkan lembar tips di surat dan telepon	tertentu (rata-rata usia 63,6 tahun, 47% wanita, 40% ras/etnis minoritas, 52% dengan penghasilan tahunan keluarga kurang dari \$ 30.000, dan 23% dengan fungsi sistolik terjaga). Tingkat titik akhir utama dalam kelompok	menggunakan email, tetapi menggunakan kartu sehat mandiri untuk pasien mampu menilai diri sendiri
	<i>Contribution American Medical Association 2010 downloaded from Jama.ama.assn.org. 2 februari, 2012.</i>	<i>randomized control trial)</i>	dengan pendidikan tentang gagal jantung saja, untuk titik akhir utama dari kematian atau rawat inap karena gagal jantung.	- pemahaman mereka. - Pasien yang secara acak dimasukkan dalam kelompok manajemen diri mendapat lembar tips dalam kelompok dan diajarkan keterampilan manajemen diri .	manajemen diri tidaklah berbeda dengan yang di kelompok pendidikan (masing-masing 163 [40,1%] vs 171 [41,2%];,; rasio ganjil, 0,95 [95% confidence interval, 0,72-1,26]). Tidak ada perbedaan yang signifikan pada setiap titik akhir sekunder, termasuk kematian, rawat inap karena gagal jantung, rawat inap karena semua penyebab, atau kualitas hidup.	

Dari Tabel di atas terlihat bahwa perbedaan variabel bebas yaitu intervensi yang dilakukan berfokus pada pengelolaan pengobatan yang berdampak pada kondisi psikologi dan sosial, berupa pendidikan dan dukungan perawat, modul pendidikan untuk keluarga, dampak dari manajemen diri yang telah dilakukan, pasien memotivasi pasien lain, pendidikan dengan cara memberi lembar tips pada

pasien dan melalui telepon untuk menilai pemahaman pasien. Penelitian ini melakukan intervensi bukan hanya pengelolaan obat, tetapi mengatasi emosi dan kemampuan hidup normal secara sosial.

Variabel tergantung pada penelitian terdahulu adalah cara merawat dirinya, tanggapan tentang intervensi yang di berikan, ketrampilan keluarga dalam merawat pasien, kemampuan merawat secara fisik, penurunan jumlah pasien dan kemampuan pasien mengajar pada pasien lain dengan tempat penelitian di pelayanan kesehatan baik di rumah sakit maupun puskesmas. Berbeda dengan penelitian ini variabel tergantung terdiri dari kemandirian fisik, psikologi, sosial dan spiritual dengan melibatkan pasien secara total dengan kartu sehat mandiri.

Subyek dalam penelitian terdahulu adalah pasien penyakit kronis dengan gagal jantung kronis, COPD, dan TB Paru, dalam penelitian ini subyek yang digunakan adalah pasien dengan penyakit TB yang sedang dalam pengobatan intensif 2 bulan.

Tempat pelayanan yang digunakan adalah pelayanan penyakit kronis baik di poliklinik rumah sakit maupun rawat nginap yang diikuti kunjungan rumah, di puskesmas ataupun langsung di masyarakat yang membutuhkan, penelitian ini menggunakan tempat pelayanan di poliklinik BKPM wilayah Semarang.

D. Tujuan penelitian

1. Tujuan umum:

Menganalisis pengaruh Program SOWAN terhadap kemandirian pasien TB Paru.

2. Tujuan khusus :

- a. Diidentifikasi kemandirian fisik, kemandirian psikologi, kemandirian sosial, dan kemandirian spiritual pasien TB paru sebelum dan sesudah intervensi program PMO dan program SOWAN.
- b. Diidentifikasi kemandirian fisik, kemandirian psikologi, kemandirian, sosial dan kemandirian spiritual pada kelompok kontrol yaitu yang hanya dilakukan program PMO.
- c. Membuktikan pengaruh efikasi diri terhadap kemandirian fisik, psikologi, sosial dan spiritual pasien TB paru.

E. Manfaat penelitian

1. Bagi perkembangan ilmu keperawatan:
 - a. Keperawatan Holistik program SOWAN rencana diproses untuk mendapatkan HAKI yang bisa diklaim yaitu prosedur pelaksana atau intervensi, kartu sehat mandiri dan buku pelatihan program SOWAN untuk perawat.
 - b. Hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang pelayanan keperawatan holistik yang dapat berkontribusi pada kemandirian pasien TB paru baik kemandirian fisik, psikologi, sosial dan spiritual.
 - c. Perkembangan konsep pelayanan yang berfokus pada masalah pasien.
2. Bagi intansi pelayanan kesehatan:

- a. Program penanggulangan penyakit TB paru di BKPM menjadi lebih baik, sehingga mampu melaksanakan program STOP TB Nasional menjadi lebih komprehensif.
 - b. Pengembangan sisten informasi dalam pelayanan kesehatan sistem informasi sehat holistik yang sudah digunakan oleh BKPM Magelang.
3. Bagi masyarakat:
- a. Kemandirian pasien diharapkan mampu mengurangi biaya pengobatan.
 - b. Masyarakat lebih merasakan hasil dari pelayanan yang diberikan oleh perawat yaitu lebih meningkatkan kemampuan untuk merawat diri sendiri.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Penyakit Tuberkulosis Paru (TB Paru)

1. Pengertian Tuberkulosis Paru

Pengertian TB Paru adalah penyakit infeksi menular yang disebabkan oleh kuman *Mycobacterium Tuberculosis* yang menyerang jaringan paru dan organ tubuh lainnya. *Tuberculosis* Paru (TB) terutama menyerang parenkim paru (Mansyur, 2000 & Smeltzer, 2001). Tuberkulosis merupakan penyakit yang dikendalikan oleh respon imunitas yang diperantarai oleh sel dengan sel efektor berupa makrofag dan limfosit (sel T) sebagai sel imunoresponsif (Price, 2006). *Microbacterium tuberculosis* (MTB) merupakan bakteri aerob berbentuk batang, namun tidak membentuk spora. Walaupun tidak mudah diwarnai, tetapi jika telah diwarnai, bakteri ini tahan terhadap peluntur warna asam dan alkohol (Naga, 2011).

2. Patofisiologi

Seseorang ditetapkan sebagai tersangka penderita tuberkulosis paru apabila ditemukan gejala klinis utama pada dirinya. Gejala utama tersebut berupa batuk berdahak lebih dari tiga minggu, batuk berdarah, sesak nafas dan nyeri dada. Gejala lainnya adalah berkeringat pada malam hari, demam tidak tinggi/meriang dan penurunan berat badan (Widoyono, 2008). Gejala utama berupa batuk berdahak

dan/atau terus menerus selama 3 minggu atau lebih. Gejala lainnya adalah gejala tambahan. Dahak penderita diperiksa dengan pemeriksaan mikroskopis (Widoyono, 2008). Gejala umum seperti suhu tubuh meningkat, hilang timbul berkisar 38-39⁰C, berkeringat malam hari tanpa aktivitas, badan terasa lemah, nafsu akan berkurang, berat badan menurun serta gejala-gejala khusus seperti batuk terus-menerus dan berdahak selama 3 minggu atau lebih, batuk lama dengan dahak bercampur darah, nyeri dada, dan sesak napas (Wouk, 2010).

Diagnosis penyakit tuberkulosis paru dapat ditegakkan dengan pemeriksaan laboratorium untuk menemukan BTA positif. Metode pemeriksaan dahak sewaktu, pagi sewaktu (SPS) dengan pemeriksaan makroskopis membutuhkan ±5 ml dahak dan biasanya menggunakan pewarnaan panas dengan *Ziel Neelsen (ZN)* atau pewarnaan dingin *Kinyoun-Gabbet*. Bila dari dua kali pemeriksaan didapatkan hasil BTA positif, maka pasien tersebut dinyatakan positif mengidap tuberkulosis paru (Widoyono, 2008). Seseorang yang diperkirakan menderita TB harus disarankan menjalani pemeriksaan fisik, uji tuberkulin *mantoux*, radiografi dada dan pemeriksaan bakteriologi atau histologi. Bila hasil kultur bakteriologi untuk organisme *M.tuberculosis* positif, maka dipercaya sebagai kasus TB. Reaksi positif pada uji tuberkulin mengindikasikan adanya infeksi tapi tidak berarti terdapat penyakit klinis. Uji ini merupakan alat diagnosis penting untuk mengevaluasi seseorang secara individu dan juga berguna dalam menentukan prevalensi TB pada masyarakat (Price & Wilson, 2006).

Penentuan klasifikasi penyakit dan tipe penderita dilakukan untuk menetapkan paduan OAT yang sesuai (Depkes RI, 2007). Tuberkulosis Paru adalah tuberkulosis

yang menyerang jaringan paru, tidak termasuk pleura. Berdasarkan hasil pemeriksaan dahak, TB paru dapat dibagi atas TB paru BTA positif dan TB paru BTA negatif. TB paru BTA positif, yakni sekurang-kurangnya 2 dari 3 *spesimen* dahak sewaktu pagi sewaktu hasilnya positif, satu spesimen dahak SPS hasilnya BTA positif dan foto rontgen dada menunjukkan gambaran tuberkulosis aktif. TB paru BTA negatif yakni pemeriksaan tiga spesimen dahak SPS hasilnya BTA negatif dan foto *rontgen* dada menunjukkan gambaran tuberkulosis positif (Hadju, 2003).

Tuberkulosis ekstra paru dibagi berdasarkan tingkat keparahannya, yakni tuberkulosis ekstra paru ringan (kelenjar limfe, pleuritis eksudativa unilateral, tulang kecuali tulang belakang, sendi, dan kelenjar adrenal) dan tuberkulosis ekstra paru berat yaitu meningitis, millier, perikarditis, peritonitis, pleuritis, eksudativa duplex, tulang belakang, tuberkulosis usus, tuberkulosis saluran kencing dan alat kelamin (Hadju, 2003).

Pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada pasien TB adalah pemeriksaan fisik untuk mengetahui tanda-tanda infiltrat (*redup, bronchial, ronchi* basah), pada pemeriksaan perkusi didapatkan hipersonor/timpani, bila terdapat kavitas yang cukup, pada auskultasi memberikan suara amforik, atrofi dan retraksi interkostal pada keadaan lanjut dan fibrosis, bila mengenai pleura dapat menyebabkan efusi pleura (perkusi memberikan suara pekak), tanda-tanda penarikan paru dan diafragma (Stark, 2002).

Pemeriksaan Radiologi Gambaran “klasik” radiologist adalah adanya infiltrat atau kavitas pada lobus paru, namun gambaran radiologis penderita dapat sangat bervariasi mulai dari normal sampai terlihat nodul infiltrate soliter (Depkes RI, 2007).

3. Etiologi

Penyakit Tuberculosis Paru disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium Tuberculosis* yang berukuran kira-kira $0,5-4 \mu \times 0,3-0,6\mu$, berbentuk batang (basil), lurus atau sedikit bengkok, bergranular atau tidak mempunyai selubung, tidak mempunyai lapisan luar tebal yang terdiri dari lipoid (Croft, 2002). Bakteri ini mempunyai sifat istimewa, yaitu dapat bertahan terhadap pencucian warna dengan asam dan alkohol, sehingga sering disebut basil tahan asam, serta tahan terhadap zat kimia dan fisik.

Kuman tuberkulosis juga tahan dalam keadaan kering dan dingin, bersifat dorman dan aerob (Widoyono, 2008). Bakteri tuberkulosis mati pada pemanasan 100°C selama 5-10 menit atau pada pemanasan 60°C selama 30 menit dan dengan alkohol 70-95% selama 15-30 detik. Bakteri ini tahan selama 1-2 jam di udara terutama di tempat lembab dan gelap (bisa berbulan-bulan), tetapi tidak tahan terhadap sinar atau aliran udara (Widoyono, 2008).

4. Terapi

Hasil program pengobatan dievaluasi dari hasil pemeriksaan sputum. Hasil BTA sebagai negatif keberhasilan pengobatan. Pasien negatif dinyatakan sembuh apabila hasil BTA negatif dan hasil rontgen negatif (Widoyono, 2008). Pengobatan TB paru diberikan dalam 2 tahap (Depkes RI, 2002 & 2007) yaitu:

- a. Tahap intensif/awal, pada tahap ini penderita mendapat obat setiap hari selama 2 bulan dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua obat anti tuberkulosis (OAT).
- b. Tahap lanjutan/Intermiten, pada tahap lanjutan, penderita mendapat jenis obat lebih sedikit namun dalam jangka waktu yang lama dan masih terus diawasi langsung (Depkes RI, 2007).

Program nasional penanggulangan tuberkulosis di Indonesia menggunakan panduan OAT (Depkes RI, 2007) yaitu, yang terdiri dari tiga kategori dan sisipan:

- i. Kategori 1 (2HRZE/4H3R3)

Tahap intensif terdiri dari Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol. Obat-obat tersebut diberikan setiap hari selama dua bulan, kemudian diteruskan dengan tahap lanjutan yang terdiri dari Isoniasid dan Rifampisin diberikan 3 kali dalam seminggu selama 4 bulan. Obat ini diberikan untuk penderita baru TB paru BTA positif, Penderita TB paru BTA negatif rontgen positif yang sakit berat dan penderita TB ekstra paru berat (Depkes RI, 2002 & 2007).

- ii. Kategori 2 (2HRZES/HRZE/5H3R3E3)

Tahap intensif diberikan selama tiga bulan terdiri dari 2 bulan Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid, dan Etambutol, dan suntikan streptomisin setiap hari di UPK. Dilanjutkan satu bulan dengan Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid dan Etambutol setiap hari. Setelah itu diteruskan dengan tahap lanjutan selama lima bulan dengan Isoniasid, Rifampisin, dan Etambutol yang diberikan tiga kali dalam seminggu. Perlu diperhatikan bahwa suntikan streptomisin diberikan setelah penderita selesai menelan obat. Obat ini diberikan untuk penderita

kambuh (*relaps*), penderita gagal (*failure*) dan penderita dengan pengobatan setelah lalai (*after default*) (Depkes RI, 2007).

iii. Kategori 3 (2HRZ/ 4H3R3)

Tahap intensif terdiri dari Isoniasid, Rifampisin, dan Pirazinamid diberikan setiap hari selama 2 bulan, diteruskan dengan tahap lanjutan terdiri dari Isoniasid dan Rifampisin selama 4 bulan diberikan 3 kali dalam seminggu. Obat ini diberikan untuk penderita batuk BTA negatif dan rontgen positif sakit ringan, penderita ekstra paru ringan yaitu tuberkulosis kelenjar limfe (limfadentis), pleuritis eksudativa unilateral, tuberkulosis kulit, tuberkulosis (kecuali tulang belakang) sendi, dan kelenjar adrenal (Depkes RI, 2007).

iv. OAT Sisipan (HRZE)

Obat ini diberikan pada tahap akhir tahap intensif pengobatan penderita baru pengobatan ulang dengan kategori 2, hasil pemeriksaan dahak BTA positif, diberikan obat sisipan Isoniasid, Rifampisin, Pirazinamid, Etambutol setiap hari selama 1 bulan (Depkes RI, 2007).

Keluhan pasien akan efek samping obat sering diatasi dengan memberikan pengobatan simptomatik dan terkadang pengobatan ini berlangsung selama obat anti tuberkulosis diminum. Gejala efek samping obat yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut:

a. Isoniasid (INH)

Efek samping ringan berupa tanda–tanda keracunan pada saraf tepi, kesemutan, gatal–gatal dan nyeri otot. Efek ini dapat dikurangi dengan pemberian vitamin B6 atau vitamin B kompleks dengan dosis 5–10 mg per hari. Efek samping berat

berupa hepatitis dan ikterus, dimana pengobatan dihentikan dan penderita dirujuk keunit pelayanan kesehatan spesialisik (Depkes RI, 2007).

b. Rifampisin (R)

Efek samping berat berupa hepatitis, purpura dan renjatan (syok) sehingga pengobatan dihentikan. Efek samping ringan berupa hilangnya nafsu makan, mual, dan sakit perut sehingga obat diminum di waktu malam sebelum tidur. Selain itu, efek samping ringan yang lain hanya berupa warna kemerahan pada urin, sehingga tidak perlu diberikan apa – apa, tetapi perlu diberikan penjelasan pada penderita (Depkes RI, 2007).

c. Etambutol (E)

Etambutol sebaiknya tidak diberikan kepada anak-anak, karena dapat menyebabkan berkurangnya ketajaman penglihatan dan buta warna (Depkes RI, 2005).

d. Pirazinamid (Z)

Efek samping ringan berupa nyeri pada sendi, sehingga diberikan obat analgesik (aspirin) (Depkes RI, 2007).

e. Streptomisin (S)

Streptomisin sebaiknya tidak diberikan kepada ibu hamil, karena dapat menembus barier plasenta, sehingga dapat merusak saraf pendengaran. Jika streptomisin menyebabkan ketulian, maka pengobatan dihentikan dan diganti dengan etambutol (Depkes RI, 2007).

Penelitian Arsyad (1996) mengenai evaluasi faal hati pada penderita tuberkulosis paru yang mendapat terapi obat anti tuberkulosis, didapatkan hasil

penelitian bahwa dari 58 penderita yang mendapat OAT didapatkan gangguan faal hati untuk kelompok yang mendapatkan obat 1 dan 2 bulan sebanyak 28%, untuk kelompok 3 dan 4 bulan sebanyak 27% dan untuk kelompok 5 dan 6 bulan 57%. Pada kelompok yang mendapat OAT 5 dan 6 bulan, peningkatan ini bermakna untuk enzim SGOT. Pasien TB dengan umur lebih dari 55 tahun didapatkan peningkatan SGPT yang bermakna pada OAT 1 dan 2 bulan dan SGOT dan SGPT pada kelompok OAT 5 dan 6 bulan. Berdasarkan penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa obat-obat yang diberikan pada pasien TB mempunyai efek samping secara fisik yang dapat mengganggu faal hati dan gangguan lainnya yang menimbulkan keluhan bertambahnya sakit pada pasien jika mengkonsumsi obat tersebut. Hal ini dapat menimbulkan resiko putus obat pada pasien TB.

Pengawas Menelan Obat (PMO) dengan persyaratan yaitu seseorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui baik oleh petugas kesehatan maupun penderita, selain itu harus disegani dan dihormati oleh penderita, seseorang yang tinggal dekat dengan penderita, bersedia membantu penderita dengan sukarela, bersedia dilatih dan atau mendapat penyuluhan bersama-sama dengan penderita. Depkes RI (2007) menambahkan bahwa tugas PMO adalah mengawasi penderita tuberkulosis agar menelan obat secara teratur sampai selesai pengobatan, memberi dorongan kepada penderita agar mau berobat, mengingatkan penderita untuk periksa ulang dahak pada waktu-waktu yang telah ditentukan dan memberi penyuluhan anggota keluarga penderita tuberkulosis yang mempunyai gejala-gejala tersangka tuberkulosis untuk segera memeriksakan diri ke unit pelayanan kesehatan. Faktor yang mempengaruhi

keperhasilan menurut (Permatasari, 2005) yaitu faktor sarana, faktor penderita, faktor keluarga dan masyarakat.

5. Program pencegahan dan penularan

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan telah membuat program gerakan Stop TB melalui program AKMS. Kegiatan operasional AKMS yang direncanakan dalam Pengendalian TB dilakukan. Selama kurun waktu 5 tahun untuk mencapai target program Pengendalian TB tahun 2010-2014 (Direktorat Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Depkes RI, 2011) sebagai berikut:

a. Advokasi

i. Mengembangkan media advokasi kit TB

Media advokasi kit perlu *direview* dan dikembangkan sesuai masalah dan perkembangan Program Pengendalian TB terkini serta kecenderungannya ke depan untuk dijadikan bahan pelaksanaan advokasi baik di pusat maupun daerah.

ii. Menyusun Modul Pelatihan advokasi bagi Tim AKMS TB

Modul pelatihan advokasi bagi tim AKMS TB dilaksanakan agar pelaksanaan pelatihan sesuai dengan tujuan yang diinginkan, dan perlu menyiapkan modul, pedoman, bahan dan melaksanakan advokasi.

iii. Melakukan pelatihan advokasi bagi Tim AKMS TB di Propinsi dan Kabupaten

Pelatihan advokasi dilaksanakan bagi tim AKMS TB yang terdiri dari lintas sektor dan lintas program terkait.

iv. Melaksanakan Advokasi

Pelaksanaan advokasi dilakukan kepada pemangku kebijakan baik di dalam maupun diluar lingkungan program kesehatan yang mendukung pelaksanaan TB termasuk penyediaan anggaran untuk OAT selama 5 tahun ke depan untuk kesinambungan ketersediaannya.

v. Melaksanakan advokasi kepada media massa

Kegiatan ini dilakukan untuk menjadikan Program TB masuk sebagai agenda pemberitaan di media massa diantaranya berupa workshop media untuk TB.

vi. Menempatkan TB dalam agenda kesehatan daerah (*media relation*)

Pelaksanaan *pers briefing* dan jumpa pers secara berkesinambungan dengan memanfaatkan setiap tanggal-tanggal penting dalam kesehatan seperti Hari TB Sedunia, Hari Tanpa Tembakau, Hari Kesehatan Dunia dan Nasional dll.

vii. Meningkatkan kapasitas pelaksana program dalam penyusunan anggaran melalui *budgeting and planning toolkit*

b. Komunikasi

i. Mengembangkan media promosi Pengendalian TB

Media promosi dikembangkan untuk meningkatkan pemahaman petugas, kader dan masyarakat umum dalam pengendalian TB serta tantangan lainnya seperti TB-MDR dan TB-HIV.

ii. Kampanye TB melalui media massa secara nasional

Melaksanakan kampanye TB secara nasional melalui media cetak dan elektronik dengan tema sesuai dengan kebutuhan program.

iii. Mereview dan mengembangkan modul Pelatihan Konseling dan Komunikasi Interpersonal bagi petugas kesehatan dan kader

Mereview dan mengembangkan modul pelatihan Komunikasi Interpersonal bagi petugas sesuai perkembangan program Pengendalian TB di Indonesia, serta mengembangkan modul pelatihan konseling untuk mendukung pelayanan *Tuberculosic Multiple Drug Resisten* dan *Tuberculosic–Human Iimune Virus* (TBMR-HIV).

iv. Melaksanakan pelatihan konseling dan komunikasi interpersonal

Pelatihan ditujukan untuk pelatih tingkat pusat dan tingkat propinsi dengan harapan pelatih tingkat propinsi mampu melatih petugas kabupaten/kota. Khusus untuk konseling pelatihan dilaksanakan bagi para tenaga konselor yang terkait dengan pelayanan TB MDR untuk mendukung psikososial pasien TB MDR selama menjalankan pengobatan.

v. Melaksanakan promosi TB bagi seluruh sarana kesehatan yang ada baik Puskesmas, Rumah Sakit (pemerintah, swasta, institusi), Klinik di Tempat Kerja dan sebagainya. Menjadikan piagam hak dan kewajiban pasien sebagai salah satu pokok bahasan dalam modul pelatihan petugas Upaya Pelayanan Kesehatan (UPK).

c. Mobilisasi Sosial

i. Menyusun pedoman mobilisasi sosial pengendalian TB

Pedoman mobilisasi sosial disusun untuk menjadi acuan seluruh komponen masyarakat dalam melaksanakan mobilisasi sosial mulai dari pusat sampai desa.

ii. Menyelenggarakan Forum Gerdunas TB (Gerakan Terpadu nasional)

Forum Gerdunas harus diselenggarakan secara berkala sedikitnya 3 bulan sekali dan berkesinambungan.

iii. Evaluasi pelaksanaan uji coba layanan TB yang terintegrasi dengan Upaya Kesehatan Bersama Masyarakat di 3 provinsi

iv. Mengevaluasi pelaksanaan uji coba layanan TB yang terintegrasi dengan Upaya Kesehatan Bersumber daya Masyarakat (UKMB) untuk melihat efektivitas kegiatan dan model keterlibatan masyarakat di populasi yang sulit terjangkau. Perumusan kebijakan yang mendukung implementasi integrasi layanan TB di UKBM di daerah.

v. Memperluas layanan TB yang terintegrasi dengan UKBM di provinsi lain. Memperluas pelaksanaan layanan TB yang terintegrasi dengan UKBM berdasarkan hasil uji coba yang sudah dilaksanakan.

vi. Me-review, mengembangkan dan mendistribusikan TB kit untuk Pos TB Desa. TB kit untuk Pos TB Desa akan menjadi pegangan bidan dan kader di desa dalam penyelenggaraan Pos TB Desa.

vii. Melaksanakan mobilisasi organisasi masyarakat. Mengadakan gerakan masyarakat secara serentak oleh organisasi masyarakat yang dikaitkan dengan momentum hari-hari Kesehatan.

d. Strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*)

Strategi DOTS mempunyai lima komponen: komponen politis termasuk dukungan dana, diagnosis TB dengan pemeriksaan dahak secara mikroskopis, pengobatan dengan panduan OAT jangka pendek dengan pengawasan langsung oleh PMO, serta pencatatan dan pelaporan. Untuk menjamin keteraturan pengobatan di perlukan seorang PMO (Depkes RI, 2008) dengan persyaratan sebagai berikut:

- i. Seorang yang dikenal, dipercaya dan disetujui, baik oleh petugas kesehatan maupun pasien.
- ii. Seorang yang tinggal dengan penderita.
- iii. Bersedia dilatih.

PMO melakukan pencegahan terjadinya penularan yang terjadi dalam keluarga masyarakat. Pada pasien TB bentuk penularan yang terjadi adalah sebagai berikut:

Infeksi primer terjadi saat seseorang terpapar pertama kali dengan kuman tuberkulosis. Infeksi dimulai saat kuman tuberkulosis berhasil berkembang biak dengan cara membelah diri di paru, yang mengakibatkan peradangan di dalam paru. Proses infeksi sampai pembentukan kompleks primer adalah 4-6 minggu. Infeksi ini akan terjadi dipengaruhi oleh banyaknya kuman yang masuk dan besarnya respon daya tahan tubuh (Nicholas & Bishai, 2010). Tuberkulosis Pasca Primer, biasanya terjadi setelah beberapa bulan atau tahun setelah terpapar oleh kuman tuberkulosis atau terjadi setelah infeksi primer, yang ditandai dengan

kerusakan paru yang luas, terjadinya kavitas atau efusi pleura (Nicholas & Bishai, 2010).

Penyakit tuberkulosis, jaringan yang paling sering diserang adalah paru-paru (95,9 %). Cara penularan melalui ludah atau dahak penderita yang mengandung basil tuberkulosis paru (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2002). Penderita TB batuk dan percikan ludah yang mengandung bakteri basil tuberkulosis tersembur dan terhisap ke dalam paru orang sehat. Masa inkubasinya selama 3-6 bulan (Widoyono, 2008). Jika kuman tersebut sudah menetap dalam paru dari orang yang menghirupnya, maka kuman mulai membelah diri (berkembang biak) dan terjadilah infeksi dari satu orang ke orang lain. Masa inkubasi penyakit tuberkulosis paru adalah mulai dari terinfeksi sampai pada lesi primer muncul, sedangkan waktunya berkisar antara 4-12 minggu untuk tuberkulosis paru. Pada pulmonair progressif dan extrapulmonair, tuberkulosis biasanya memakan waktu yang lebih lama, sampai beberapa tahun (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2002).

Periode potensi penularan, selama basil tuberkel ada pada sputum (dahak). Tingkat atau derajat penularan tergantung kepada banyaknya basil tuberkulosis dalam sputum, virulensi atas basil dan peluang adanya pencemaran udara dari batuk, bersin dan berbicara keras secara umum (Widoyono, 2008). Resiko terinfeksi berhubungan dengan lama dan kualitas paparan dengan sumber infeksi dan tidak berhubungan dengan faktor genetik dan faktor pejamu lainnya. Setiap satu BTA positif akan menularkan kepada kepada 10-15 orang lainnya, sehingga kemungkinan setiap kontak untuk tertular TB adalah 17%. Hasil studi lainnya

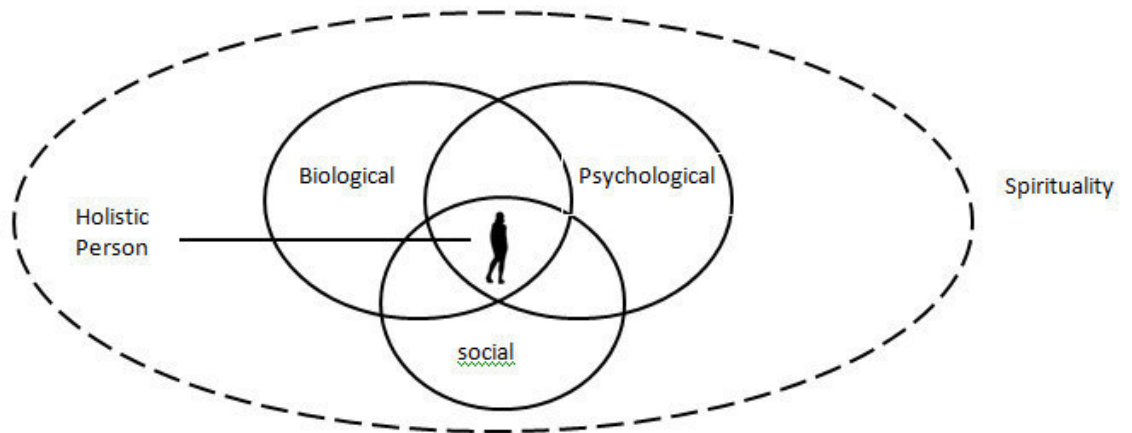
melaporkan bahwa kontak terdekat (misalnya keluarga satu rumah) akan mempunyai resiko dua kali lebih besar dibandingkan dengan kontak biasa (tidak serumah).

B. Pendekatan Pelayanan Kesehatan

1. Model Pendekatan Pelayanan Holistik

Pada pendekatan holistik terlihat menekankan pada pasien secara komprehensif memperhatikan nilai manusia, yang mempunyai nilai individu yang mempunyai keyakinan, perasaan dan kemampuan berpikir dan mengambil keputusan. Manusia terdiri dari bio, psiko, sosial dan spiritual. Pada pelayanan holistik hanya bisa dilakukan oleh perawat/ners yang mempunyai perilaku *caring* yaitu menggunakan hati, kognitif dan sentuhan (Hatthakit, 2012).

Holistik bukan hanya bebas dari penyakit, tetapi juga keseimbangan fisik, emosi, psikologi, sosial dan spiritual (Hatthakit, 2012). Masalah kesehatan global saat ini membutuhkan keperawatan holistik karena ada berbagai permasalahan yang dialami oleh pasien misalnya resisten antibiotik mikroba meningkat, dan faktor-faktor ekonomi, lingkungan, dan sosial yang mempengaruhi kesehatan. Keperawatan holistik pada penyakit kronis secara global belum dikembangkan, padahal sangat dibutuhkan dalam pelayanan yang sesuai dengan masalah yang di hadapi pasien yaitu bukan hanya fisik, tetapi psikososial dan spiritual (Bec-Deva, 2010).



Bagan 2.1. Keperawatan Holistik
 Sumber: Montgomery (2005)

Pengertian holistik adalah komprehensif atau menyeluruh yang terdiri dari *body to body, mind to mind and spirit to spirit* atau bisa juga dikatakan secara bio, psiko, sosial dan kultural (Dossey, 2005). Pengertian lain tentang pelayanan holistik adalah melihat pasien secara holistik yang terdiri dari masalah fisik, psikososial, spiritual dan kultural yang mempengaruhi persepsi tentang sakit (Salbiah, 2006). Proses spiritual yang mempengaruhi seseorang secara komprehensif. Setiap manusia mempunyai pengalaman yang meliputi komponen tubuh-pikiran-jiwa. Pikiran-tubuh-jiwa ini adalah komponen penting dari proses penyembuhan termasuk masalah emosional, fisik dan spiritual semua tak terpisahkan dan merupakan bagian dari proses penyembuhan (Smucker, 1998)

Dari pengertian holistik tersebut dapat diketahui bahwa pasien adalah manusia yang terdiri dari *body, mind and spirit*. Pasien yang sehat adalah sehat secara fisik, mental, emosi dan spiritual sehingga memerlukan pelayanan yang holistik dan berpusat pada kebutuhan pasien. Hal tersebut merupakan suatu keharusan mengingat bahwa pasien adalah manusia yang mempunyai nilai personal dan sistem kepercayaan

yang berdampak pada sikap dan respon terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan (Salbiah, 2006). Holistik sangat terkait dengan kesejahteraan (Dossey, 2005) yang diyakini mempunyai dampak pada status kesehatan seseorang. Berikut lima dimensi yang harus diperhatikan untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan secara holistik :

a. Dimensi Fisik

Kemampuan seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari secara umum melakukan kebiasaan hidup positif. Beberapa masalah fisik yang dialami pasien dipengaruhi oleh reaksi stress yang dialami pasien. Proses kehilangan dalam tahap denial bisa menyebabkan pasien mual dan muntah (Yosep, 2005). Respon terhadap stres dapat mengenai hampir seluruh sistem tubuh, seperti yaitu perubahan warna rambut dari hitam menjadi kecoklat-coklatan, ubanan atau kerontokan, gangguan ketajaman penglihatan, thinitus (pendengaran berdenging), daya mengingat, konsentrasi, dan berpikir menurun, wajah tegang, serius, tidak santai, sulit tersenyum, dan kedutan pada kulit wajah (*tic facialis*), bibir dan mulut terasa kering, tenggorokan terasa tercekik, kulit dingin atau panas, banyak berkeringat, kulit kering timbul eksim, biduran (urtikaria), gatal-gatal, tumbuh jerawat (*acne*), telapak tangan dan kaki berkeringat dan kesemutan, napas terasa berat dan sesak, jantung berdebar-debar, muka merah atau pucat, lambung mual, kembung dan pedih, mulas, sulit defekasi, atau diare, sering berkemih, otot sakit, seperti ditusuk-tusuk, pegal, dan tegang, kadar gula meninggi, pada wanita terjadi gangguan menstruasi, libido menurun atau bisa juga meningkat (Hawari, 2001).

b. Dimensi Sosial

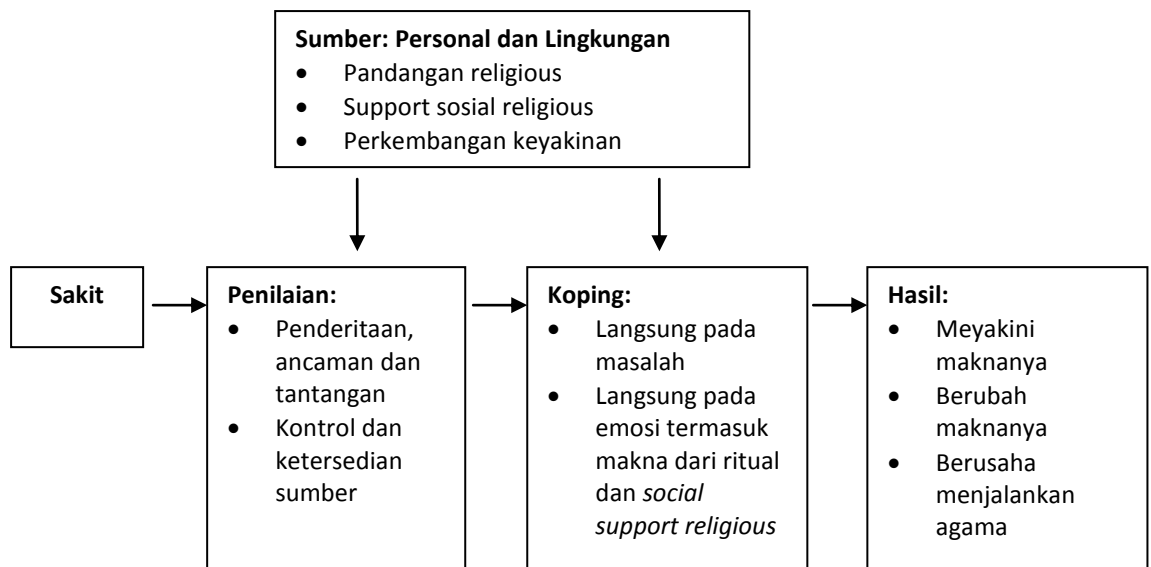
Melakukan kegiatan sosial dan kemampuan berinteraksi dengan orang lain. Kesadaran tentang penyakit akan berpengaruh terhadap masalah psikososial pasien (Williams & Kaur, 2012). Psikososial yang bermasalah mempengaruhi sikap pasien dalam melakukan pengobatan. Masalah sosial pada pasien TB yaitu adanya stigma tentang penyakit TB Paru. Stigma yang ada di masyarakat membuat pasien di isolasi oleh keluarga dan masyarakat (USAID Government, 2007).

c. Dimensi Psikologi

Kemampuan mengekspresikan emosi dan mengendalikan stres dan kemampuan kognitif untuk belajar. Kemampuan pasien dalam beradaptasi terhadap stres karena program pengobatan dan proses terjadi kehilangan akibat dari sakit yaitu kehilangan yang dipersepsikan tentang kebahagiaan dan kebiasaan sebelum sakit.

d. Dimensi Spiritual

Dimensi ini terkait dengan keyakinan dalam beberapa hal seperti, alam, ilmu, agama atau kekuatan yang lebih tinggi yang membantu manusia mencapai tujuan kehidupan meliputi moral, nilai dan etik yang dimiliki seseorang (Salbiah, 2006). Spiritual umumnya menghasilkan perasaan damai, sehingga bisa secara tidak langsung mengatasi coping yang berfokus pada masalah. Pada penyakit kronis adalah sebuah fakta bahwa penyakit tidak bisa dikontrol secara alamiah, sehingga pasien menggunakan coping spiritual (Carver, 2011), pasien kronis memerlukan kesejahteraan spiritual untuk bisa coping baik fisik maupun psikososial (O’Braien, 2011).



Bagan 2.2. Model Konsep Koping Spiritual/*Religious*
 Sumber: Fitchett & Canada (2008)

Pada bagan 2.2 terlihat bahwa apabila orang sakit ada 4 komponen dalam menggunakan koping yaitu orang yang mempunyai penyakit yang sama akan bereaksi berbeda, ada dua tipe penilaian yaitu penilaian pertama adalah mungkin kondisi ini merupakan penderitaan atau sebuah ancaman, tapi mungkin bisa menantang, tipe penilaian kedua yaitu tentang sumber yang dipunyai untuk dipakai koping. Elemen yang lain adalah personal dan lingkungan, bisa dilihat bahwa kesadaran tentang adanya sumber yang bisa dipakai adalah bagian dari proses penilaian misalnya tentang keyakinan, formasi dan pratek. Dukungan lingkungan termasuk kelompok *religious*, ada tidak faktor pada seseorang dengan agama yang lebih spesifik yaitu pertama keyakinan akan Tuhan, yakin pada kekuatan jahat, yakin ada kekuatan yang lebih dari diri sendiri faktor kedua kelompok yang melakukan diskusi tentang keyakinan, kelompok ketiga yaitu pada perjalanan keyakinan yang berkembang dan terbentuk sesuai keyakinan yang ada pada kelompoknya (Carson & Kuenig, 2008).

2. Model Allopati dan Model Holistik

Model allopati sangat berbeda dengan holistik pada fokus penyelesaian masalah sehingga mengakibatkan perbedaan pada pendekatan pelayanan yang diberikan pada pasien. Penjelasan mengenai perbedaan model Allopati yang berfokus pada penanganan fisik dan model holistik dapat dilihat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 2.1. Perbedaan Model Allopatik dan Holistik

ModelAllopatik	Model Holistik
Mengobati gejala fisik	Mencari pola dan penyebab
Spesialis	Integrasi, dengan memperhatikan pasien secara menyeluruh
Fokus pada efisiensi	Fokus pada nilai manusia
Profesional sebaiknya tidak melibatkan emosi	Caring adalah komponen dalam penyembuhan
Intervensi utama menggunakan obat dan pembedahan/operasi Nyeri dan penyakit seluruhnya menjadi negative	Nyeri dan penyakit merupakan tanda dari adanya konflik internal. Intervensi berupa pendekatan keperawatan kebutuhan fisik,psikologi,sosial dan spiritual.
Menekankan pada hilangnya gejala dan sakit	Dilengkapi dengan teknik noninvasif (psikoteknologi, diet dan aktivitas)
Pasien tergantung	Pasien otonomi

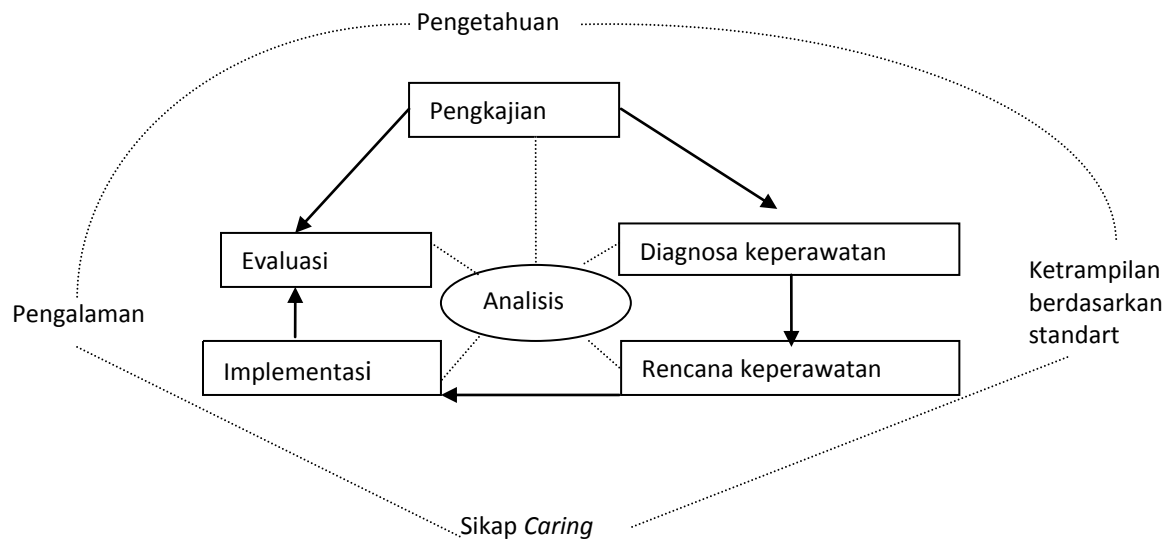
Sumber: (Dossey, 2005)

3. Bentuk Asuhan Keperawatan pada TB Paru.

Proses keperawatan merupakan suatu standar praktik keperawatan profesional. Proses keperawatan menggunakan pendekatan untuk pemecahan masalah yang dilakukan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Proses tersebut terdapat kompetensi berfikir kritis yang memandu perawat untuk membuat suatu penilaian tentang perawatan pasien. Berfikir kritis didasarkan pada pengetahuan, pengalaman, kompetensi berfikir kritis, sikap dan standar (Perry & Potter, 2006).

Sebuah proses adalah serangkaian langkah-langkah atau tindakan yang mengarah pada pemenuhan beberapa tujuan. Tujuan dari proses keperawatan adalah untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien, menentukan prioritas masalah, menetapkan tujuan dan hasil, menetapkan dan mengkomunikasikan rencana asuhan yang berpusat pada pasien, memberikan intervensi dan mengevaluasi keefektifan asuhan keperawatan dalam mencapai hasil dan tujuan yang diharapkan (Perry & Potter 2006). Selain itu juga bertujuan untuk memberikan perawatan untuk pasien yang individual, holistik, efektif, dan efisien. Langkah-langkah dari proses keperawatan saling mendukung satu sama lain, tetapi tidak linear.

Proses keperawatan terdiri dari lima langkah, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dimana setiap tahapan tersebut selalu menggunakan cara berfikir kritis yang didasarkan pada pengetahuan, pengalaman, kompetensi berfikir kritis, sikap dan standar yang ditetapkan sehingga dapat mempengaruhi keputusan perawat dalam memberikan asuhan. Perawat harus berpikir cepat dan cermat menganalisis data untuk memastikan bahwa perawatan terbaik yang disediakan. Bagan 2.3 tentang proses keperawatan menggambarkan pengembangan rencana perawatan yang detail dengan bagian-bagian yang saling berinteraksi. Menganalisis semua komponen proses tersebut merupakan kegiatan yang sedang berlangsung dan akan berpengaruh dalam pengambilan keputusan.



Bagan 2.3. Proses Keperawatan
 Sumber: Perry dan Potter (2006)

Perawat harus memiliki pengetahuan (misalnya patofisiologi, psikologi, sosial dan lain-lain) untuk melakukan proses perawatan sehingga dapat menganalisis hasil pengkajiannya untuk di rumuskan dalam diagnosa keperawatan (Perry & Potter 2006). Kemudian dalam merencanakan tindakan dan mengimplementasi tindakan harus mengacu pada standar praktek keperawatan dan juga menciptakan sikap caring dalam memberikan asuhan keperawatan, selanjutnya hasil implementasi harus dievaluasi apakah perlu modifikasi tindakan keperawatan dan ini dipengaruhi oleh pengalaman perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan mengatasi masalah kesehatan.

Langkah pertama dalam proses keperawatan adalah pengkajian yang bertujuan untuk mengumpulkan, memperjelas dan mengkomunikasikan data tentang pasien sehingga didapat data dasar. Perawat secara sistematis menilai kesehatan pasien untuk mengumpulkan data yang dapat digunakan dalam pengembangan rencana perawatan.

Penilaian tidak hanya mencakup data fisiologis, tetapi juga psikologis, sosial budaya, faktor spiritual, ekonomi, dan gaya hidup.

Data pasien yang sudah diperoleh kemudian masuk ke langkah ke dua dalam proses, yaitu menyusun diagnosis keperawatan. Diagnosa keperawatan mencerminkan masalah-masalah aktual, potensial dan resiko yang terjadi pada pasien. Langkah ke tiga adalah membuat rencana keperawatan, yang bertujuan untuk mengidentifikasi tujuan, menentukan prioritas perawatan, menentukan kriteria hasil dan menentukan strategi keperawatan untuk mengatasi keluhan pasien.

Langkah ke empat yaitu melakukan asuhan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana perawatan, sehingga kesinambungan perawatan untuk pasien selama dirawat dan persiapan perawatan lanjutan terjamin kemudian apa yang sudah dilakukan perawat didokumentasikan dalam catatan pasien.

Langkah terakhir dalam proses keperawatan yaitu evaluasi. Evaluasi adalah menentukan seberapa jauh tujuan asuhan telah dicapai. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan respon pasien dengan kriteria, menganalisis alasan untuk hasil dan kesimpulan serta melakukan modifikasi rencana asuhan sesuai kebutuhan.

Banyak manfaat bagi pasien ketika proses keperawatan digunakan untuk mengembangkan rencana perawatan pasien. Proses keperawatan dapat menjamin perawatan berkelanjutan, menggunakan standar berbasis data untuk merawat sebagai dasar rencana asuhan, mendorong partisipasi pasien dalam kesembuhan, mendorong kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lainnya sehingga mereka lebih memahami rencana perawatan dan dapat membuat saran yang sesuai. Proses keperawatan sebagai konsep keperawatan dipakai dalam mengelola pasien dengan permasalahan penyakit

kronis memerlukan dasar teori untuk mengembangkan cara penerapan dalam pelayanan untuk itu dibawah ini akan dijelaskan tentang dasar teori untuk manajemen diri yang berupa teori tentang manusia dan cara berubah serta intervensi yang dibutuhkan.

C. Manajemen Diri

1. Dasar Teori untuk Melakukan Manajemen Diri

Penyakit kronis berpengaruh terhadap kehidupan sehari-hari, sehingga pasien memerlukan untuk mengelola kondisinya agar sembuh dari sakitnya, pasien juga mengharapkan sakitnya tidak berdampak dan mencegah kondisi yang lebih parah, mereka membutuhkan ketrampilan dan pengetahuan untuk mampu menjalani pengobatan, mengelola keluhan dan merubah perilaku yang dibutuhkan, beberapa intervensi manajemen diri didukung oleh beberapa teori antara lain:

a. Rational Choice theory

Konsep tentang manusia mencari kesejahteraan maksimal mereka akan berubah bila ada keuntungan berupa biaya dari tindakan yang dilakukan, sehingga memerlukan support informasi, pendidikan, intensif uang, dan bantuan dalam mengambil keputusan (Rijken, Jones, Heijmans, & Dixon, 2008).

b. Theory of planned behavior

Tentang konsep bahwa perilaku ditentukan oleh niat dan sikapnya yang dipengaruhi oleh keyakinan dan hasil yang didapat dan juga dipengaruhi oleh faktor eksternal sehingga dalam penerapan manajemen diri memerlukan contoh dan dukungan teman (Rijken, Jones, Heijmans, Dixon 2008).

c. *Self regulation model*

Tentang konsep bahwa faktor yang menentukan respon seseorang terhadap sehat dan sakit adalah keyakinan, faktor ini yang membuat setiap orang berbeda dalam berespon. Dalam menerapkan manajemen diri perlu menyadari adanya gejala, monitoring diri, dan catatan harian pasien (Rijken et al., 2008).

d. *Trans-theoretical of change*

Konsep tentang perubahan perilaku dipengaruhi oleh motivasi dan sikap, dalam penerapan manajemen diri memerlukan tahap perubahan dan marketing sosial (Rijken et al., 2008).

e. *Social cognitive or social learning theory*

Konsep ini mengatakan bahwa perilaku sangat dipengaruhi oleh hasil yang diharapkan, belajar dari melihat, dan harapan yang berkaitan dengan efikasi diri, sehingga untuk manajemen diri diperlukan dukungan sosial untuk pemasaran, *peer model*, rencana, keyakinan diri dan membangun percaya diri (Rijken et al., 2008).

f. *Self determination theory*

Konsep 3 kebutuhan psikologi yaitu otonomi, kompetensi dan yang berhubungan dengan orang lain, sehingga dalam penerapan manajemen diri memerlukan perencanaan bersama, tujuan individu dan pelatihan (Rijken et al., 2008).

g. Stres dan koping

Konsep tentang orang mengembangkan mekanisme koping untuk merespon situasi stres yang ada untuk mampu beradaptasi sehingga memerlukan

pembelajaran tentang bagaimana beradaptasi, group yang mendukung, terapi kognitif dan perilaku (Rijken et al., 2008).

Berdasarkan berbagai macam teori tersebut peneliti menggunakan teori stres dan koping karena menggunakan manajemen diri pada pasien TB Paru yang mengalami pengobatan lama 6-9 bulan sehingga pasien merasakan stres karena didiagnosa sakit TB paru. Ada 3 tipe koping (Wilson, 2010) yaitu:

i. Koping fokus pada emosi:

Koping yang berfokus pada emosi adalah bagaimana merubah perasaan terhadap stressor. Pada saat emosi bisa diatasi pasien mampu lebih tenang dan secara umum mampu menyelesaikan masalah (Carver, 2011).

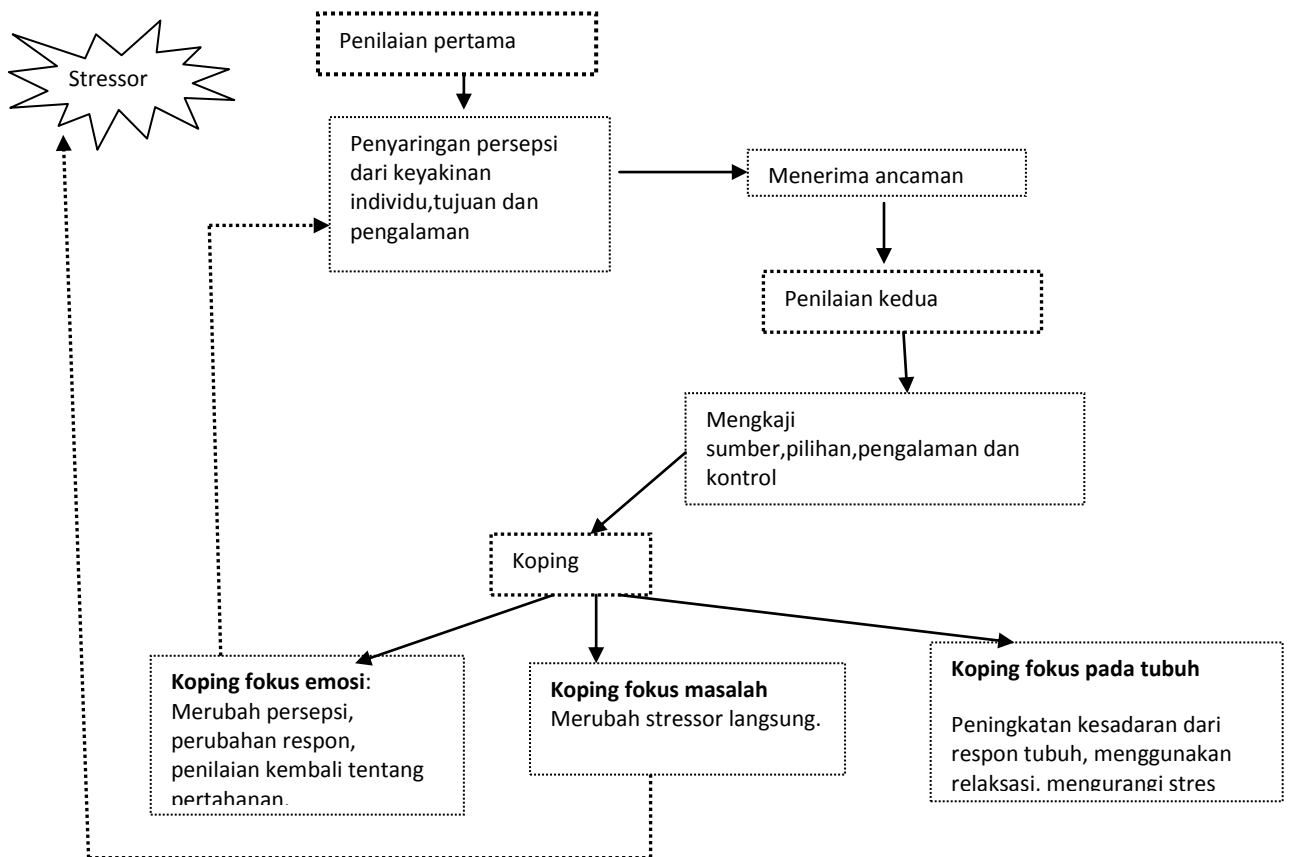
ii. Koping fokus pada masalah:

Koping fokus pada masalah adalah merubah stressor atau sumber stress, menjadi religious atau spiritual umumnya menghasilkan perasaan damai sehingga secara tidak langsung mengatasi koping melalui refleksi bahwa penyakit yang datang adalah kondisi yang tidak bisa dikontrol (Carver, 2011)

iii. Koping fokus pada tubuh

Koping fokus pada tubuh adalah merubah reaksi tubuh terhadap stressor dengan mengelola stres menggunakan teknik menenangkan diri (Wilson, 2010).

Penjelasan tentang stres dan adaptasi tergambar sebagai berikut:



Bagan 2. 4. Model Penilaian Adaptasi

Sumber: Wilson, 2010

Stigma masyarakat tentang penyakit TB yang tidak bisa disembuhkan dan harus diisolasi merupakan beban tersendiri bagi pasien dan situasi ini menimbulkan stres. Akibat dari stigma pasien tidak mampu bekerja, karena stigma yang diberikan bukan hanya dari masyarakat tetapi juga dari institusi dimana pasien bekerja. Stigma dinyatakan sebagai barrier bagi perilaku ideal bagi pasien TB di setiap tahapan tindakan yang seharusnya dilakukan oleh pasien TB. Sosial ekonomi merupakan stresor yang mengakibatkan stres pada pasien TB dan akan mempengaruhi dalam proses pengambilan keputusan untuk berobat.

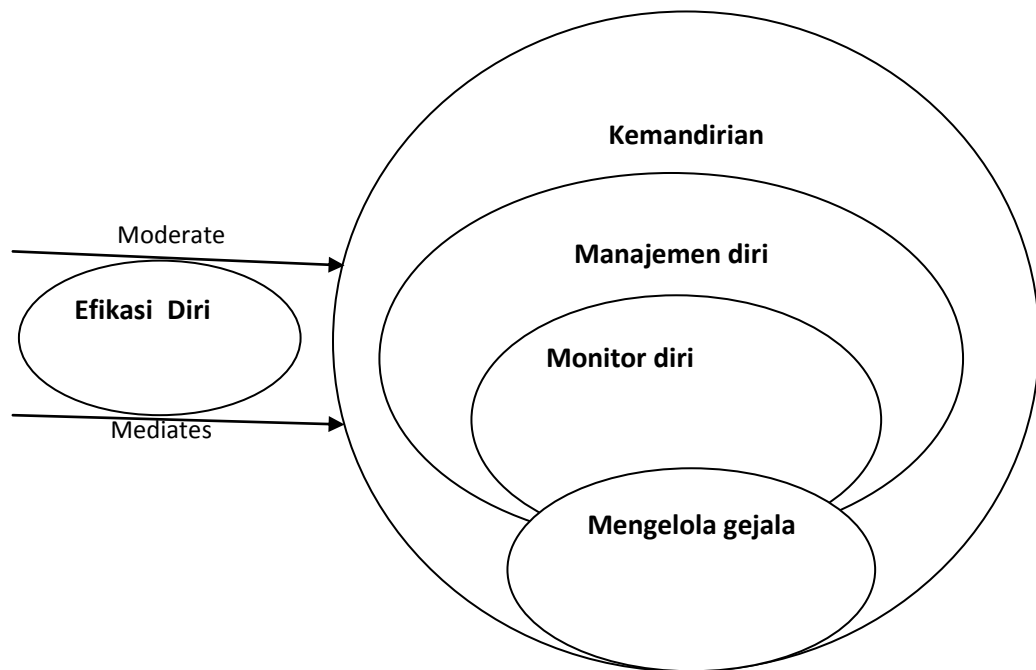
Pada umumnya, penderita yang terserang TB paru adalah golongan masyarakat berpenghasilan rendah. Kebutuhan primer sehari-hari lebih penting daripada

pemeliharaan kesehatan. Hal ini dikarenakan kemiskinan dan jauhnya jangkauan pelayanan kesehatan dapat menyebabkan penderita tidak mampu membiayai transportasi ke pelayanan kesehatan dan ini menjadi kendala dalam melakukan pengobatan, sehingga dapat mempengaruhi keteraturan berobat (Rachmawati & Turniani, 2006).

Tuberkulosis sangat mempengaruhi dan berperan dalam kualitas hidup seseorang. Secara keseluruhan obat anti tuberkulosis memiliki efek positif dalam meningkatkan kualitas hidup pasien, kesehatan fisik membaik lebih cepat jika dibandingkan kesehatan mental. Setelah pasien menjalani pengobatan mikrobiologi kualitas hidup pasien masih tetap buruk jika dibandingkan populasi yang tidak terkena TB sehingga TB telah mempengaruhi kualitas hidup seseorang dengan sangat signifikan, yang mana masih ada hingga setelah pengobatan mikrobiologi (Na Guo, 2009). Kecenderungan pemilihan pengobatan oleh pasien dipengaruhi oleh kondisi kesehatan mental, sosial dan lebih banyak pada fisik. Oleh karena itu, perawat dan dokter seharusnya berusaha untuk menjaga keseimbangan ketiga domain tersebut melalui penetapan outcomes yang menyeluruh (Sherbourne, 1999).

2. Konsep Manajemen Diri pada Pasien dengan Penyakit Kronis

Kemandirian pasien atau perawatan diri adalah tindakan atau aktifitas dimana individu memulai dan membentuk dirinya dalam hal pemeliharaan hidup, kesehatan dan kesejahteraannya. Salah satu keluaran dalam pelayanan kesehatan adalah kemandirian pasien. Kemampuan merawat diri sangat dipengaruhi efikasi diri yang dijelaskan sebagai berikut,



Bagan 2.5 Konsep Kemandirian Pasien Sumber: Richard & Shea (2011)

Dari bagan terlihat bahwa batas antara kemandirian pasien, monitoring diri, mengelola gejala didefinisikan dengan jelas dan efikasi diri merupakan variabel mediator yang harus diperhatikan dalam intervensi, karena efikasi diri merupakan hal yang memandu dalam peningkatan kemandirian.

Hasil penelitian Jaarsma et al. (2000) menunjukkan bahwa tindakan keperawatan pendidikan dan dukungan pada pasien efektif dalam meningkatkan perilaku kemandirian pasien pada pasien dengan gangguan jantung yang lanjut. Fase-fase dalam operasionalisasi teori kemandirian pasien meliputi :

a. Fase pertama

Memperkirakan tingkat kemampuan pasien menginvestigasi kondisi internal dan eksternal serta faktor-faktor yang mempengaruhi. Menginvestigasi arti dari kondisi saat ini bagi pasien : kesehatan, kesejahteraan dan pentingnya peraturan

dalam kehidupan. Merefleksikan keinginan untuk mengubah kondisi atau mempertahankan kondisi yang sudah cukup baik.

b. Fase kedua

Fase transisi dari ketidakmampuan dan kemampuan yang diinginkan dalam peningkatan kemandirian pasien melalui identifikasi proses pembelajaran apa yang akan diikuti untuk dapat mengubah keadaan pasien dan pasien memutuskan apa saja yang akan dilakukan.

c. Fase ketiga

Mempersiapkan diri pasien, peralatan dan lingkungan yang mendukung untuk peningkatan kemandirian pasien, antara lain kemampuan mengontrol diri, monitoring diri dan melakukan refleksi dan memutuskan apakah tindakan yang akan dilakukan untuk meningkatkan kemampuan merawat diri.

Beberapa aspek perawatan diri yang spesifik adalah: Kepatuhan terhadap rejimen obat yang diresepkan, kinerja perilaku sehat yang direkomendasikan terkait dengan diet, olahraga dan manajemen stres, pemantauan dan manajemen gejala, keterlibatan dalam aktivitas hidup sehari-hari dan kegiatan peran dalam fungsi sebagai individu dalam keluarga dan masyarakat (Sidani, 2011).

Sedangkan faktor yang mempengaruhi perawatan diri adalah kognitif, psikososial dan fisik, dengan penjelasan sebagai berikut: kognitif meliputi fungsi kognitif, keterampilan, memori, kemampuan memecahkan masalah, keterampilan organisasi, dan pengetahuan tentang kondisi dan perawatan diri. Psikososial meliputi konsep diri, harga diri, disiplin diri, sifat-sifat pribadi dan efikasi diri, motivasi, dan persepsi bahwa perilaku yang bermanfaat. Fisik meliputi keterampilan, psikomotor,

tingkat fungsional atau gerakan, dan cacat atau cedera serta faktor demografi yang mempengaruhi perilaku perawatan diri adalah umur atau kedewasaan, jenis kelamin, pendidikan, status sosial ekonomi. Faktor sosial budaya memerlukan sistem keluarga, keyakinan dan praktik budaya, dukungan sosial, dan ketersediaan sumber daya (Sidani, 2011).

Kemandirian pasien adalah menolong diri sendiri secara fisik dan rohani dengan baik, karena stress juga menghasilkan masalah fisik, karena semuanya ada bersama penyakit, saya mencoba menghilangkan ketegangan sebanyak mungkin supaya bisa melakukan perawatan diri (Glasgow, 2003). Keuntungan dari perawatan diri adalah biaya yang lebih rendah untuk sistem perawatan kesehatan, hubungan kerja yang lebih efektif antara pasien dan dokter dan penyedia perawatan kesehatan lainnya, kepuasan pasien meningkat, dan persepsi peningkatan kondisi kesehatan seseorang. Kemandirian berdampak mengurangi rasa sakit dan depresi dan untuk meningkatkan kualitas hidup (Glasgow, 2003).

Manajemen diri merupakan tugas seumur hidup dan harus dilakukan setiap hari oleh pasien penyakit kronis agar kualitas hidup dapat meningkat (Lorig, 2003). Tugas manajemen diri yang harus dipenuhi adalah pengaturan perilaku, pengaturan peran dan pengendalian emosi (Sharon & Lawn, 2010). Hal tersebut tidak mudah dilakukan oleh pasien, pasien memerlukan dukungan dari keluarga, sosial serta pelayanan dan petugas kesehatan.

Jenis program manajemen diri yang di kembangkan di Amerika, Inggris, dan Australia menurut Lawn dan Schoo (2010) adalah sebagai berikut :

a. *The Stanford course*

Program *peer group* dengan menggunakan pengalaman sakit yang relevan dengan pengalaman hidup pasien. Fokusnya pada masalah dan tujuan pasien, sehingga pasien lebih termotivasi untuk saling belajar dan bekerja dalam kelompok. Kelompok kerja mengurangi isolasi dan memfasilitasi efikasi diri sehingga orang yang kesulitan dan tidak percaya pada pelayanan menemukan pendekatan yang lebih menyenangkan. Program ini telah dikembangkan dan dievaluasi secara ilmiah lebih dari 25 tahun.

b. *Flinders*

Program ini adalah pendekatan individual dengan pendekatan pelayanan yang berpusat pada pasien dimana komunikasi petugas dan pasien bertujuan untuk menemukan masalah dan tujuan pasien. Program ini membedakan antara perawatan untuk kondisi kronis dan untuk kondisi akut. Instrumen yang dikembangkan sangat fleksibel untuk berbagai kondisi pasien baik kesehatan mental, kecanduan, diabetes, pasien jantung, pasien pernafasan, stroke, dengan populasi masyarakat Aborigin termasuk perawatan manula. Pelatihan yang dilakukan adalah keterampilan wawancara untuk motivasi pasien melalui program terstruktur. Kemajuan perubahan kondisi pasien diukur dengan menggunakan skala alat *Flinders* yang menggambarkan kemampuan mengelola diri, sehingga perubahan dan kemajuan dapat diukur secara obyektif dari waktu ke waktu, dalam evaluasi bisa sendiri-sendiri atau bersama sesuai dengan kebutuhan pasien. Efektivitas tindakan secara ilmiah telah dievaluasi dalam serangkaian penelitian lebih dari 10 tahun.

c. Program A 5

Program A5 dengan singkatan yaitu *Assessment, Agreement, Advise, Assisst, Arrange* dari program tersebut mudah dipahami oleh pasien dan petugas kesehatan sehingga mudah diterapkan di pelayanan kesehatan. Pasien mempunyai harapan dukungan dari pelayanan kesehatan melalui pemberian saran dan arahan. Petugas juga memperhatikan kemampuan pasien untuk mengelola penyakitnya sendiri sesuai kebutuhan pasien.

d. *Motivational interviewing*

Program pelatihan dilakukan dengan tujuan untuk meningkatkan kemampuan para profesional untuk memfasilitasi perubahan perilaku. Pendekatan yang fleksibel kepada pasien dapat diterapkan di pelayanan kesehatan, dan dimasukkan dalam model perawatan. Model ini dapat digunakan pengelolaan jangka panjang melalui konsultasi untuk mendukung program manajemen diri dan perubahan perilaku. Penelitian tentang efektivitas program ini pada beragam populasi lebih dari tiga dekade telah dilakukan.

e. *Health coaching*

Program ini mempunyai prinsip melatih pasien untuk mengelola diri yang berorientasi pada kemampuan pasien. Program ini menggunakan wawancara untuk motivasi pasien dengan pendekatan perilaku kognitif dengan hasil peningkatan kemampuan pasien mengelola diri, kebutuhan perawatan pasien kronis dan cara memenuhi kebutuhan perawatan pasien kronis (Wagner, 2001).

Model perawatan penyakit kronis atau *chronic care model* dikembangkan untuk mengatasi kebutuhan secara komprehensif dan keinginan untuk perubahan sistem dalam mengatasi penyakit kronis (Moroz, 2007). Penerapan model

perawatan penyakit kronis dengan memberdayakan pasien dan keluarga akan menambah kepercayaan diri individu dengan penyakit kronis, dan keluarga berpartisipasi aktif dalam mengelola keluhan pasien serta menekankan pada hubungan interaksi pasien dan petugas kesehatan sebagai penyedia pelayanan merupakan sumber daya dan petugas memiliki keahlian yang di butuhkan pasien.

Manajemen diri memerlukan adanya dukungan, dukungan manajemen diri merupakan metode pemberian perawatan yang bertujuan untuk bekerja sama dengan pasien yang memiliki penyakit kronis untuk mempelajari dan mengelola kondisi mereka. Tugas-tugas yang di lakukan adalah: (1) Perawatan diri dan pengelolaan kondisi kronis, (2) Adaptasi pada kegiatan sehari-hari dan peran dan (3) mengendalikan emosi yang timbul dari diagnosis (NSW Departement of Health, 2008). Manajemen diri sebagai proses melakukan sendiri, kemitraan kolaboratif, atau bentuk dukungan untuk meningkatkan manajemen diri, melalui peningkatan efikasi diri.

Beberapa prinsip dalam melaksanakan intervensi dukungan manajemen diri dilakukan dengan memberdayakan pasien dan mempersiapkan mereka untuk mengelola kesehatan diri secara efektif (Moroz, 2007). Dukungan manajemen diri menekankan peran sentral pasien dalam perawatan diri dengan menggunakan strategi dukungan seperti berbagi informasi, penetapan tujuan kolaboratif dan perencanaan tindakan. Petugas kesehatan mampu melihat sumber daya internal dan eksternal dalam sistem kesehatan juga perlu diaktifkan untuk mendukung pengelolaan diri berkelanjutan. Petugas kesehatan perlu memberikan otonomi kepada pasien dalam

pengambilan keputusan dengan menggunakan pendekatan komprehensif dapat meningkatkan pengendalian penyakit (NWS Department of Health, 2008).

Manajemen diri mengacu pada serangkaian kegiatan sehari-hari bahwa orang dengan penyakit kronis harus mengelola kondisi mereka dan menjaga hidup sehat karena penyakit kronis yang diderita. Tiga model berdasarkan kemampuan pasien yaitu model melakukan sendiri yaitu keputusan diambil oleh pasien karena pasien mampu mengatasi masalahnya sendiri dan sedikit bantuan dari tenaga kesehatan. Model kolaborasi yaitu keputusan di ambil karena ada bantuan dari tenaga kesehatan. Pasien mengidentifikasi kebutuhan dan memprioritaskannya, sedangkan tenaga kesehatan memberikan informasi dan mengajarkan keterampilan berdasarkan pada kebutuhan dan prioritas yang tadi telah dibuat. Dukungan untuk manajemen diri adalah keputusan diambil oleh tenaga kesehatan untuk mendorong secara intensif untuk meningkatkan efikasi diri.

Keberhasilan model yang berbeda dari manajemen diri tergantung pada kemampuan dan ketrampilan tenaga kesehatan dalam mendorong pasien mencapai pengelolaan diri. Tenaga kesehatan tersebut antara lain dokter umum, perawat praktek, kesehatan masyarakat, anggota tim manajemen penyakit kronis (NWS depertemen of Health, 2008).

Decision Support, keputusan pengobatan tidak hanya diberikan berdasarkan pilihan pasien, tetapi juga berdasarkan pada pedoman, prinsip-prinsip pelayanan yang berfokus pada pasien untuk mendukung perawatan diri di pelayanan. Bukan hanya tenaga kesehatan saja yang memerlukan pedoman, tetapi pasien juga diberi berbagi informasi untuk mendorong partisipasi mereka. Dalam mendukung keputusan

mungkin diperlukan pelayanan keahlian spesialis yang diintegrasikan dengan pelayanan kesehatan primer bagi pasien dalam perawatan pasien lebih kompleks (Moroz, 2007).

Delivery system design, dalam pengembangan pemberian pelayanan kesehatan memperhatikan unsur-unsur yang menjamin pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien dari dukungan manajemen diri. Perubahan diperlukan untuk lebih proaktif pada peningkatan kesehatan dan melibatkan anggota tim non-medis, melalui mendefinisikan peran, dan menugaskan tugas-tugas penting kepada orang lain yang mungkin memiliki lebih banyak waktu atau melalui pelatihan. Pelayanan memerlukan perencanaan yang berbasis bukti dan memastikan tindak lanjut. Pasien dengan kondisi yang kompleks mengoptimalkan perawatan klinis dan manajemen diri, penyedia layanan memberikan perawatan yang konsisten dengan kebutuhan pasien budaya dan bahasa (Moroz, 2007).

Sistem Informasi Klinis, unsur-unsur ini didirikan untuk mengatur data pasien dan masyarakat untuk memfasilitasi interaksi produktif dan perawatan yang efektif dan efisien. Sistem informasi klinis dapat meningkatkan perencanaan perawatan untuk pasien dengan akses informasi kesehatan yang lebih lengkap dan memberikan umpan balik. Sistem ini juga memiliki kesempatan untuk mengidentifikasi sub populasi yang relevan untuk perawatan proaktif (Moroz, 2007).

Sumber daya masyarakat dan kebijakan, pelayanan kesehatan dengan memperhatikan sumber daya di masyarakat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pasien dan petugas kesehatan diberi ruang untuk mengakses sehingga pelayanan kesehatan dapat terus dievaluasi dan diperbaiki. Dengan membentuk

kemitraan dengan organisasi masyarakat, dapat meningkatkan akses dan kapasitas, mengembangkan intervensi sehingga mampu mengatasi kesenjangan dalam pelayanan yang dibutuhkan, dan membuat aliansi yang lebih besar untuk mengadvokasi kebijakan untuk meningkatkan perawatan pasien (Moroz, 2007).

Penerapan manajemen diri memperhatikan masalah pasien dengan pendekatan kolaborasi dengan pasien serta mengacu pada kemampuan individu untuk mengelola gejala, pengobatan, fisik, dan psikososial. Pasien dengan penyakit kronis mengalami perubahan gaya hidup sehubungan dengan kondisi penyakit kronik, kesadaran tentang manajemen diri akan membuat pasien mampu untuk memonitor kondisinya melalui peningkatan fungsi kognitif, perilaku dan emosi sangat diperlukan untuk bisa menjaga kualitas hidup (Piper, 2009). Dalam promosi kesehatan aktivitas seperti *exercise* dan gaya hidup pasien dengan penyakit kronis memerlukan adaptasi sebagai tanggung jawab terhadap manajemen pengobatannya dari hari kehari. Pasien yang tidak mampu mengatur dirinya sendiri berarti tidak ada manajemen pengobatan (Piper, 2009).

Manajemen diri adalah proses perencanaan dalam mencapai perilaku yang spesifik, dimana individu tersebut mempunyai kemampuan untuk mengelola sakit kronis dan tingkah laku yang beresiko. Berdasarkan studi sebelumnya ada 12 tugas yang secara umum terjadi pada penyakit kronis yaitu mengelola gejala, melaksanakan pengobatan, mengenal episode akut, gizi yang dibutuhkan, aktivitas dan latihan, menurunkan stres, mengelola kebiasaan, berhubungan dengan tenaga kesehatan, kebutuhan informasi, beradaptasi dengan pekerjaan, relaksasi, mengelola emosi (Lorig, 2003).

Program manajemen diri harus sesuai dengan persepsi pasien tentang masalah, sehingga memerlukan pengkajian sesuai dengan topik yang dibutuhkan setiap pasien atau group pasien. Pasien dengan penyakit yang sama dengan pengalaman, budaya dan lingkungan yang berbeda akan mengalami masalah yang berbeda. Ada lima inti dari manajemen diri yaitu penyelesaian masalah, mengambil keputusan, penggunaan sumber, hubungan dengan petugas kesehatan, melakukan tindakan. Sementara menurut Wanchai (2010) ada tiga tugas yang harus dihadapi pasien dengan penyakit kronik menurut manajemen pengobatan

- a. Melakukan perawatan tubuh dan mengelola penyakit kronis
- b. Adaptasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan peran yang di lakukan
- c. Koping dengan marah, takut, frustasi dan kesedihan karena mempunyai penyakit kronis

Dalam pendidikan kesehatan pada pasien secara tradisional, yaitu dengan memberikan informasi penyakit tertentu dan teknik perawatan tertentu, misalnya pasien diabetes melitus mendapatkan pendidikan tentang diet, aktivitas dan cara mengukur gula darah, berbeda dengan pendidikan kolaboratif manajemen diri, yang mengajarkan tentang penyelesaian masalah yang dihadapi pasien, sedangkan perawatan kolaborasi menawarkan pasien untuk menemukan masalahnya dan memberikan teknik kepada pasien untuk membuat keputusan dan melakukan tindakan yang tepat (Wanchai, 2010).

Program manajemen diri untuk pasien kronis, dengan tiga prinsip, yaitu: orang dengan penyakit kronis yang berbeda, mempunyai masalah yang sama, orang dengan penyakit kronis dapat belajar untuk mengambil tanggung jawab dari hari ke hari,

untuk mengelola penyakitnya, percaya diri, kemampuan pasien untuk mengaplikasikan pengetahuannya tentang manajemen diri akan meningkatkan status kesehatan dan akan mengurangi ketergantungan dari pelayanan kesehatan.

Memonitor diri atau pengawasan mandiri terhadap diri sendiri merupakan kesadaran untuk mengenal gejala yang muncul dari kondisi kesehatan yang memerlukan tindakan untuk dilakukan atau memerlukan konsultasi dengan tim pemberi pelayanan kesehatan (Richard, 2011). Memonitor diri erat kaitannya dengan manajemen diri. Memonitor diri merupakan aktivitas spesifik yang merepresentasikan satu aspek dari manajemen diri. Penyakit TB paru dalam program pengobatannya menggunakan istilah pengawas minum obat (PMO).

Manajemen diri yang dilakukan pada pasien tuberkulosis meliputi kepatuhan dalam minum obat, pengendalian emosi dan pengaturan peran di rumah dan di masyarakat. Kepatuhan minum obat pada pasien tuberkulosis merupakan kunci dalam keberhasilan pengobatan TB (Depkes RI, 2008). Dalam pemantauan minum obat pasien digunakan alat untuk memonitor kepatuhan yaitu dengan kartu kepatuhan yang berisi jadwal minum obat pasien (Story, 2012). Kartu akan diisi oleh pasien dan atau pengawas minum obat.

3. Konsep Perawatan diri

Ada beberapa konsep perawatan diri menurut Orem (2001) sebagai berikut:

a. Terapi perawatan diri

Orem mendefinisikan terapi perawatan diri sebagai totalitas dari tindakan perawatan diri yang terbentuk dalam beberapa rentang waktu dalam rangka untuk menemukan kebutuhan perawatan dirinya dengan menggunakan metode yang

sesuai (Rieg, 2000; Orem, 2001). Perawatan diri yang dilakukan secara efektif dan menyeluruh dapat membantu menjaga integritas struktur dan fungsi tubuh serta berkontribusi dalam perkembangan individu. Perawatan diri dilakukan untuk memenuhi syarat-syarat perawatan diri. Syarat-syarat perawatan mandiri adalah tujuan yang harus dicapai melalui macam-macam usaha perawatan, dibagi dalam tiga kategori, yaitu:

b. Kebutuhan umum perawatan diri.

Kebutuhan pada manusia adalah keseimbangan udara, cairan, makanan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, keseimbangan menyendiri dan interaksi sosial, pencegahan bahaya bagi kehidupan manusia, fungsi manusia, dan kesejahteraan manusia, dan meningkatkan fungsi individu dan perkembangan manusia.

Kebutuhan pengembangan kemampuan perawatan diri, kebutuhan perawatan diri sesuai dengan proses perkembangan dan kematangan seseorang menuju fungsi optimal untuk mencegah terjadinya kondisi yang dapat menghambat perkembangan dan kematangan serta penyesuaian diri dengan perkembangan tersebut. Contoh: penyesuaian diri terhadap penambahan usia dan perubahan bentuk tubuh.

Kebutuhan perawatan diri pada penyimpangan kesehatan, seperti sakit, luka atau kecelakaan dapat menurunkan kemampuan individu dalam memenuhi kebutuhan perawatan diri, baik secara permanen maupun temporer. Kebutuhan ini meliputi: mencari pengobatan yang tepat dan aman, menyadari dampak dari patologi penyakit, memilih prosedur diagnostik, terapi dan rehabilitatif yang tepat dan efektif. Memahami dan menyadari dampak tidak nyaman dari program

pengobatan, memodifikasi konsep diri untuk dapat menerima status kesehatannya, belajar hidup dengan keterbatasan.

c. Teori defisit perawatan diri

Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan metode yang sesuai dalam memberikan bantuan perawatan diri. Perawat harus mengkaji kondisi klien untuk memberikan bantuan dan menentukan metode yang tepat. Orem mendefinisikan 5 area aktivitas praktek keperawatan sebagai berikut :

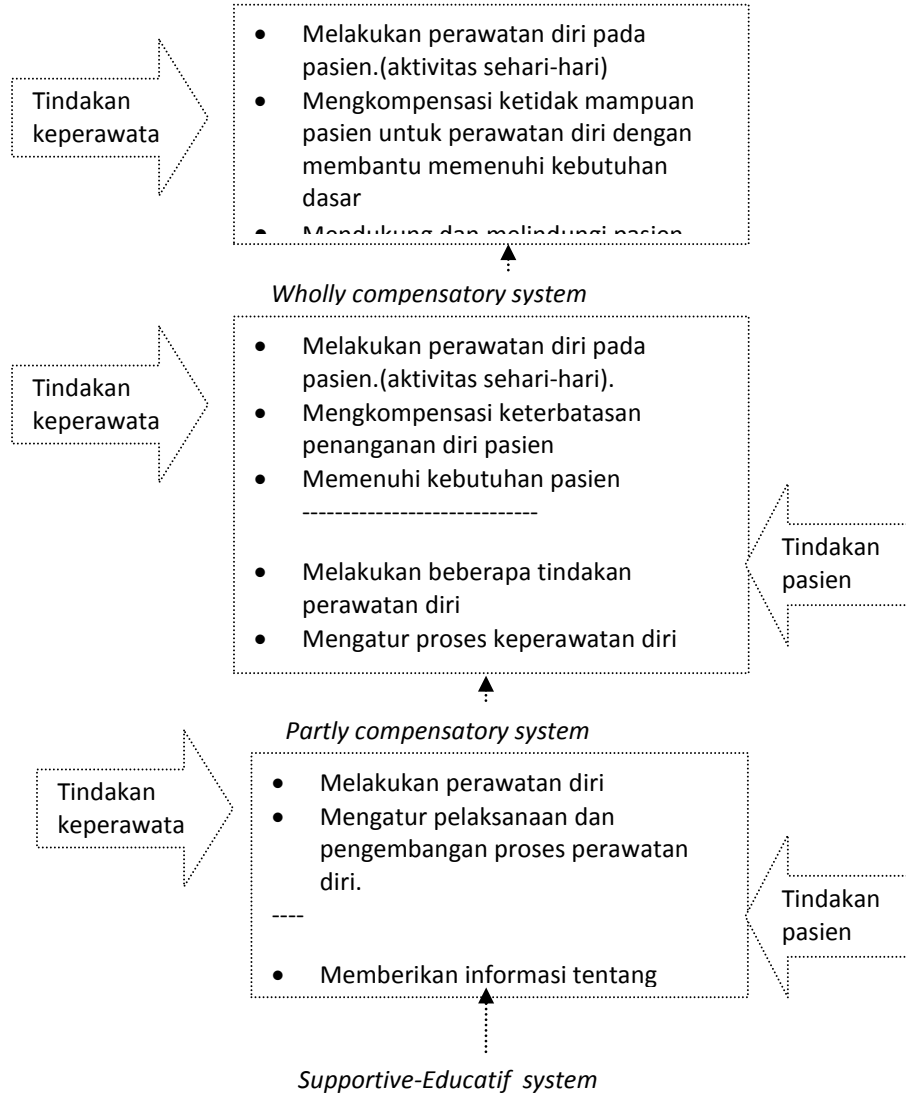
1. Membina dan menjaga hubungan perawat-klien baik individu, keluarga atau kelompok sampai klien pulang.
2. Menentukan kondisi klien yang memerlukan bantuan perawat.
3. Berespon terhadap permintaan, keinginan dan kebutuhan klien akan kontak dan bantuan perawat.
4. Menetapkan, memberikan dan meregulasi bantuan secara langsung pada klien.
5. Mengkoordinasikan dan mengintegrasikan asuhan keperawatan dengan kegiatan sehari-hari klien, perawatan kesehatan lain, pemberian pelayanan sosial dan pendidikan yang dibutuhkan atau yang sedang diterima.

Kemampuan perawatan diri yang di pengaruhi oleh oleh tingkat perkembangan pasien, sosial ekonomi, budaya, pendidikan dan pelayanan itu sendiri dilakukan melalui tingkat kemandirian klien, apakah klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri atau dengan bantuan. Keluarga

diharapkan dapat menjalankan peran dan fungsinya dalam menunjang pemenuhan kebutuhan kemandirian pasien (Edgeworth, 2010).

Kegiatan Perawat dan pasien di sesuaikan dengan kemampuan pasien yang

di gambarkan sebagai berikut:



Bagan 2.6. Tindakan keperawatan untuk memandirikan pasien menurut Orem
 Sumber: Sawin (2009)

Perawat harus memilih sistem keperawatan yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan. Sistem keperawatan dalam hal bantuan perawatan diri yang diberikan oleh perawat terdiri dari sistem kompensasi penuh, sistem kompensasi sebagian dan sistem suportif-edukatif (Orem, 2001). Perawatan yang akan diberikan sesuai dengan tingkat defisit yang dialami pasien. Setelah

perawatan disediakan, kegiatan perawatan dan penggunaan sistem keperawatan harus dievaluasi untuk mendapatkan ide tentang apakah tujuan yang saling direncanakan terpenuhi atau tidak (Rieg, 2000).

Pasien dalam tingkat ketergantungan penuh artinya pasien memerlukan intervensi keperawatan yang disebut sistem kompensasi penuh, artinya bahwa tindakan yang diberikan oleh perawat mempunyai kompensasi yang dirasakan pasien atau pasien merasakan manfaat dari tindakan yang dilakukan dalam merawat dirinya sendiri. Klien mempunyai tingkat ketergantungan yang tinggi sehingga harus dirawat dan dilindungi oleh perawat.

Pasien dan perawat melakukan pemenuhan kebutuhan perawatan diri kondisi ini di sebut kompensasi sebagian. Tindakan keperawatan berupa *guide* atau menuntun pasien sampai pasien merasakan manfaat dari apa yang dilakukan dengan kesadaran melakukan perawatan diri. Tanggung jawab tindakan untuk memenuhi perawatan diri bervariasi sesuai dengan keterbatasan klien, pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan perawatan diri serta kemampuan klien untuk melakukan atau kesiapan untuk belajar melakukan aktivitas perawatan diri yang spesifik.

Klien yang membutuhkan sistem keperawatan suportif-edukatif adalah klien yang mampu dan dapat belajar untuk melakukan perawatan diri yang dibutuhkan, tetapi memerlukan bantuan. Pada sistem ini klien melakukan semua kebutuhan perawatan dirinya. Klien membutuhkan bantuan untuk pembuatan keputusan, mengendalikan perilakunya dan mendapatkan pengetahuan dan

keterampilan. Peran perawat adalah meningkatkan kemampuan perawatan diri klien (Rieg, 2000).

Orem mengidentifikasi lima metode untuk memberikan bantuan keperawatan kepada klien yang meliputi: *acting/doing for another*, *guiding*, *supporting*, *providing developmental environment* dan *teaching* (Orem, 2001). *Acting/doing for another* artinya memberikan pelayanan langsung dalam bentuk tindakan keperawatan. *Guiding* artinya memberikan arahan dan memfasilitasi kemampuan klien dalam memenuhi kebutuhannya secara mandiri. *Supporting* artinya memberikan dorongan secara fisik dan psikologik agar klien dapat mengembangkan potensinya sehingga dapat melakukan perawatan secara mandiri. *Providing developmental environment* artinya memberikan dan mempertahankan lingkungan yang mendukung perkembangan pribadi klien untuk meningkatkan kemandirian dalam perawatannya. *Teaching* yaitu mengajarkan klien tentang prosedur dan aspek-aspek tindakan agar klien dapat melakukan perawatan dirinya secara mandiri. Melalui petunjuk dari petugas kesehatan pasien mampu melakukan sendiri apa yang harus dilakukan untuk proses penyembuhannya yang di gambarkan dalam bagan 2.6 (Sawin, 2009).

Menurut Orem (2001) beberapa faktor atau kondisi yang mempengaruhi kegagalan pencapaiannya kemandirian pasien adalah :

- a. Tujuan yang tidak mungkin tercapai
- b. Tugas yang dibuat tidak sama dengan apa yang maksud pasien.
- c. Terlalu banyak keinginan yang membuat pasien tidak fokus.
- d. Kemandirian pasien harus memperhatikan sumber-sumber yang tersedia.

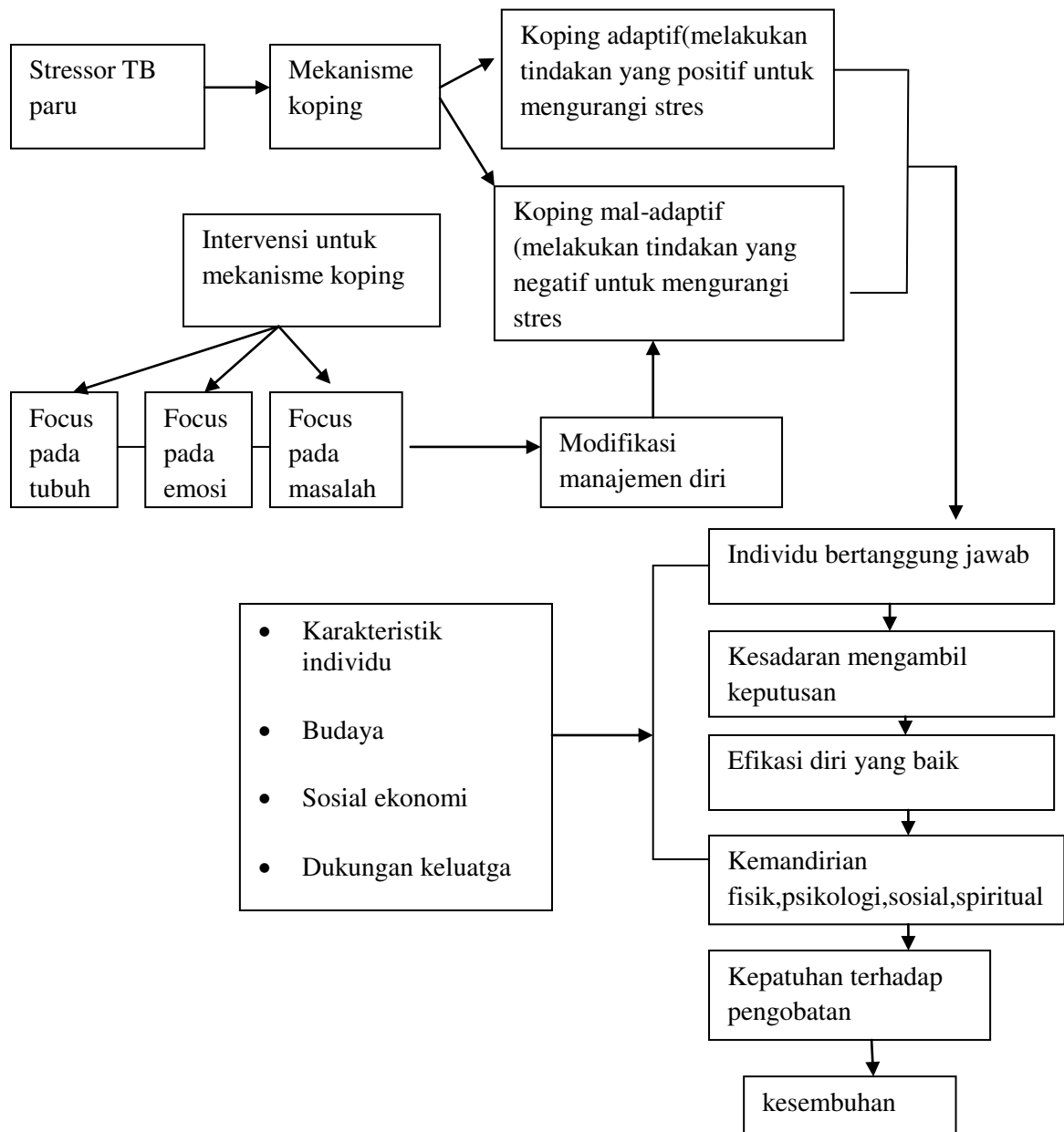
- e. Banyaknya tujuan dan perhatian membuat pasien tidak mampu bertanya karena kurangnya pengetahuan atau situasi.
- f. Tidak adanya pengetahuan yang membuat salah keputusan.
- g. Pasien tertekan untuk membuat keputusan.
- h. Lingkungan yang mendukung untuk pasien mampu refleksi dan konsultasi untuk meningkatkan kemandirian pasien.

BAB III

KERANGKA TEORI, KONSEP DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Teori

Penyakit TB paru sebagai stresor mempengaruhi kemampuan pasien dalam melakukan coping adaptif yaitu tindakan yang positif untuk mengurangi stress. Atau coping mal-adaptif tindakan negatif untuk mengurangi stress (Wilson, 2010), tindakan yang diberikan bisa berfokus pada tubuh, berfokus pada emosi dan berfokus pada masalah. Kondisi ini berpengaruh terhadap kemampuan individu bertanggung jawab terhadap penyakitnya dan terhadap kesadaran serta kemampuan dalam mengambil keputusan juga mempengaruhi pasien dalam peningkatan efikasi diri. Modifikasi program manajemen diri (Richard and Shea,2011) dan perawatan diri (Orem,2001) pasien ditingkatkan kemampuan dalam merawat diri baik kemandirian fisik, kemandirian sosial dan kemandirian spiritual, dan ini akan mempengaruhi ketaatan minum obat dan kesembuhan.dituangkan dalam bagan 3.1.

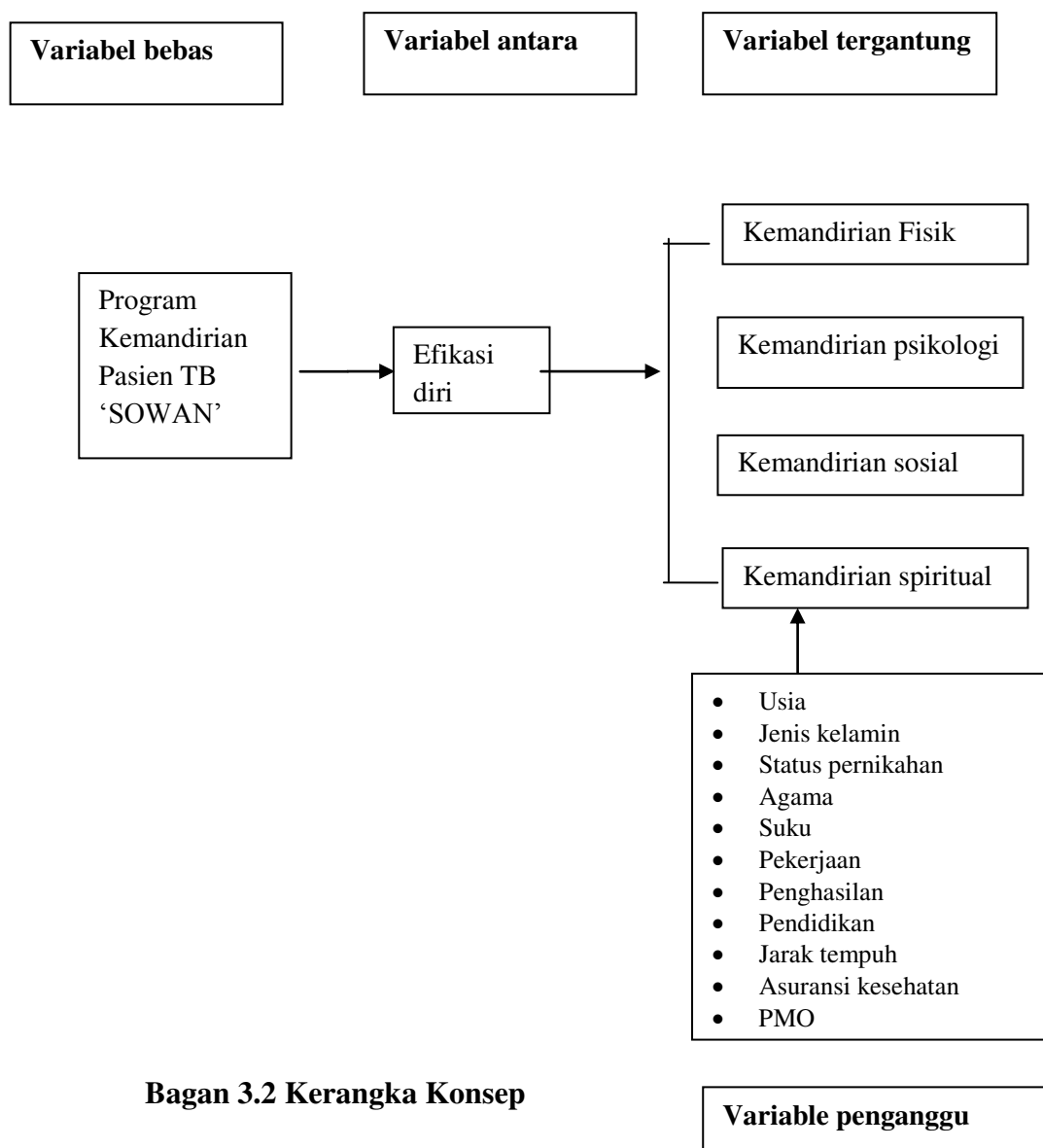


Bagan 3.1 Kerangka teori (Sakti, 2011, Wilson, 2010, Orem 2001, Richard and Shea, 2011)

A. Kerangka Konsep

Variabel yang tidak diteliti adalah kepatuhan minum obat selama 6 bulan sampai sembuh. Modifikasi perawatan diri yang dilakukan dengan menggunakan

meliputi *Supporting* (Dukungan untuk merawat diri), *Observation* (monitoring diri), *well-being* (peningkatan efikasi diri), *Acting* (tindakan yang memperkuat perawatan diri) dan *Nursing* (bantuan perawat untuk perawatan diri). Variable pengganggu dikontrol melalui kriteria responden yaitu umur, budaya jawa, sosial ekonomi, dan dukungan keluarga dengan PMO bagan 3.2.



Bagan 3.2 Kerangka Konsep

B. Hipotesis

1. Hipotesis mayor adalah:

Program DOTS ditambah Program SOWAN berpengaruh terhadap kemandirian pada pasien TB paru.

2. Hipotesis minor sebagai berikut:

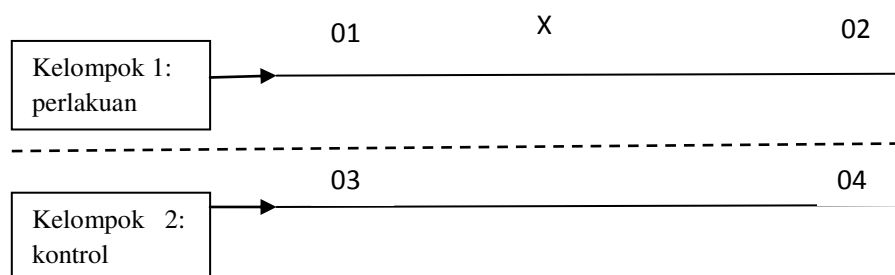
- a. Ada perbedaan kemandirian fisik pada pasien TB paru sebelum dan sesudah intervensi
- b. Ada perbedaan kemandirian psikologi pada pasien TB paru sebelum dan sesudah intervensi
- c. Ada perbedaan kemandirian sosial pada pasien TB paru sebelum dan sesudah intervensi
- d. Ada perbedaan kemandirian spiritual pada pasien TB paru sebelum dan sesudah intervensi
- f. Ada hubungan antara efikasi diri dan kemandirian fisik, psikologi, sosial dan spiritual.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Dalam penelitian ini digunakan desain penelitian quasi eksperimen penelitian ini juga dikombinasikan dengan metode kualitatif dengan alasan karena sampel yang digunakan adalah pasien, sehingga mampu menguatkan data kuantitatif yang didukung data kualitatif. Desain dengan menggunakan kelompok perlakuan dan kelompok kontrol yang digunakan adalah dengan *non equivalent control group design*, dengan alasan karena tidak menggunakan kondisi awal yang sama dari tingkat kemandirian. Pengukuran *pre* dan *post* dilakukan juga pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada bagan berikut (Campbell dan Stanley, 1966)



Bagan 4.1 Desain Penelitian

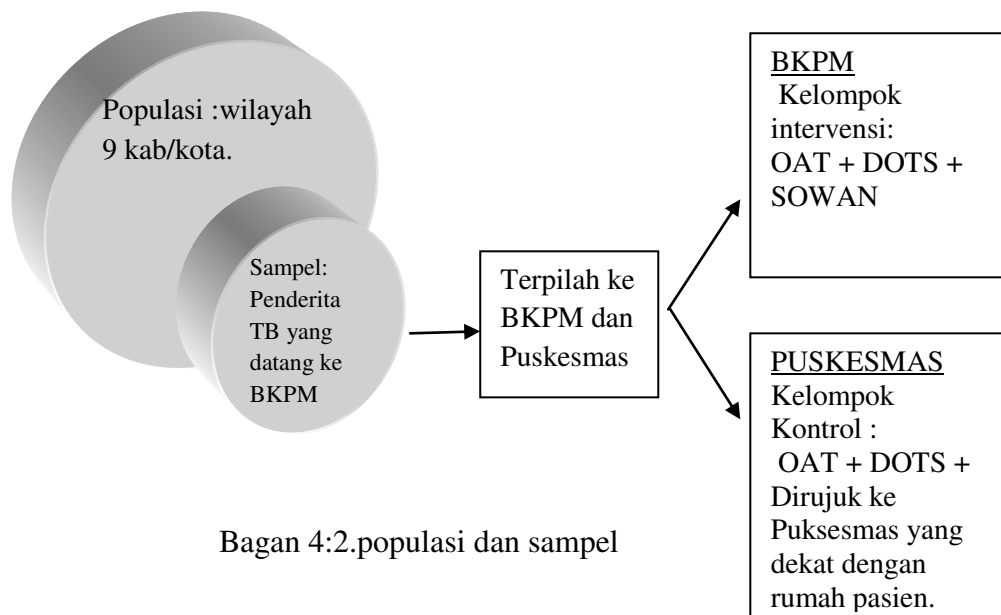
Keterangan:

1. O1,O3 = *base line* data sebelum perlakuan dengan mengukur tingkat kemandirian pasien, dari kemandirian fisik, kemandirian psikologi, kemandirian sosial dan kemandirian spiritual.
2. O2,O4= data *post test* setelah perlakuan dengan mengukur efikasi diri, tingkat kemandirian pasien, dari kemandirian fisik, kemandirian psikologi, kemandirian sosial dan kemandirian spiritual.
3. X = Perlakuan pada kelompok intervensi dengan pemberian teknik relaksasi, leaflet program pengobatan TB dan Keperawatan Holistik Program 'SOWAN'

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi Penelitian

Populasi referensi pada penelitian ini adalah semua pasien TB Paru di Wilayah Semarang ada 9 kab/kota yaitu kota Semarang, Kendal, Batang, Kota dan Kabupaten Pekalongan, kabupaten Pemalang, Kota dan Kabupaten Tegal dan Brebes sedangkan populasi study adalah pasien yang datang di BKPM wilayah kota Semarang (bagan 4.2).



2. Sampel Penelitian

Pasien yang datang di BKPM wilayah Semarang ada dua tujuan yaitu pemeriksaan diagnosis setelah pemeriksaan dan terdiagnosis TB paru pasien

akan memilih berobat ke puskesmas terdekat atau pasien merencanakan untuk tetap berobat ke BKPM karena dengan alasan dekat dengan rumahnya atau alasan lebih nyaman berobat ke BKPM, memilih tempat berobat dipilih oleh pasien sendiri. Teknik pengambilan sampel yang peneliti pakai adalah *consecutive sampling* dimana pemilihan sampel dengan menetapkan responden sesuai kriteria dengan waktu tertentu (Ismail, 1995). *Consecutive sampling* merupakan jenis sampling *non probability* dimana setiap pasien yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam peneliti, sehingga jumlah pasien yang diperlukan terpenuhi. Pengambilan sampel dihentikan ketika telah memenuhi jumlah sampel yang dibutuhkan.

Sampel penelitian adalah pasien yang datang di BKPM dan memenuhi kriteria sampel.

Kriteria inklusi:

- a. Penderita TB Paru yang datang di BKPM Semarang
- b. Penderita TB Paru yang tinggal di Kota Semarang
- c. Sedang dalam pengobatan tahap 0 sampai 2 bulan.
- d. Bersedia mengikuti Program Keperawatan Holistik ‘SOWAN’
- e. Berusia antara 19 – 59 tahun
- f. Mempunyai PMO

Kriteria Eksklusi:

- a. Penderita TB Paru yang hamil pada saat pengobatan
- b. Penderita TB yang diketahui menderita penyakit lain.

Jumlah sampel yang dibutuhkan untuk eksperimen

Formula Zainuddin (1998), dipergunakan untuk membandingkan 2 mean grup independent, yang memenuhi asumsi:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d \cdot (N-1) + z \cdot p \cdot q} \text{ sehingga } n = \frac{150 \cdot (1,96^2) \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05(150-1) + (1,96)^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{150(3,8416)0,25}{7,45+(3,8416)(0,25)} \text{ sehingga } n = \frac{144,06}{8,4104}$$

= 30 responden

Keterangan:

n : Jumlah sample

N : Besar populasi

Z : Nilai standar normal untuk $\alpha = 0,05$

P : Perkiraan proporsi 50% (0,5)

q : (100% - p)

d : Tingkat signifikansi (0,05)

C. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas: variabel bebas pada penelitian ini adalah program SOWAN

dengan langkah-langkah prosedur sebagai berikut:

Pengertian program SOWAN: adalah tindakan keperawatan holistik yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran pasien untuk menerima penyakitnya sehingga pasien tidak mengalami stres pada proses pengobatan, dengan menggunakan kartu sehat mandiri sebagai alat monitoring pasien secara holistik.

Tahapan pelaksanaan

- a. *Supporting* : mendukung pasien untuk bisa melakukan perawatan diri
 - i. Menjelaskan dampak stres terhadap penyakit.
 - ii. Menjelaskan tentang program yang diberikan.

- iii. Persetujuan pasien untuk mengikuti program
 - iv. Melibatkan keluarga
- b. *Observating* : monitoring diri
- Kebutuhan pengetahuan dan ketrampilan tentang perawatan diri sehingga pasien mampu memonitor kemampuan dan membuat kesepakatan tentang target sehat mandiri yang dicapai pasien/partisipan.
- c. *Well-being*
- Peningkatan efikasi diri sehingga partisipan bisa menentukan kebutuhan untuk perawatan diri, pasien/partisipan memilih apa saja yang mau dilakukan.
- d. *Acting*
- Memenuhi kebutuhan partisipan/pasien untuk terus mampu melakukan perawatan diri.
- e. *Nursing*
- Kebutuhan konseling program SOWAN untuk merawat diri dan kebutuhan memelihara dalam merawat diri.

Tabel 4.1 Definisi operasional variabel bebas, variabel terikat, variabel antara dan variabel pengganggu

Variable pengganggu	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	skala
Umur	Adalah umur responden berdasarkan ulang tahun terakhir.	Kuesioner	Rata- rata umur dari kedua kelompok	Nominal
Tingkat pendidikan	Pendidikan formal yang pernah diikuti	Kuesioner	1. Dasar: SMA kebawah 2. Lanjut: PT	nominal

	responden.			
pekerjaan	Status pekerjaan yang dilakukan responden	Kuesioner	1. Bekerja 2. Tidak bekerja	nominal
penghasilan	Penghasilan rata-rata yang dihasilkan responden dalam satu bulan.	Kuesioner	1. Dibawah UMR 2. diatas atau sama UMR	nominal
Status pernikahan	Status pernikahan yang dilakukan responden saat penelitian	Kuesioner	1. Menikah 2. Tidak menikah	nominal
Agama	Agama yang dianut responden	Kuesioner	1. Islam 2. Non islam	nominal
Budaya	Budaya yang biasa dilakukan dalam kehidupan sehari-hari.	Kuesioner	1. Orang jawa 2. Non jawa	nominal
Dukungan keluarga	Adalah dukungan yang di berikan pada pasien TB yang di sebut pengawas minum obat (PMO)	Kuesioner	1. Ada PMO 2. Tidak ada PMO	nominal
Asuransi Kesehatan	Biaya pelayanan kesehatan di bebaskan kepada pelayanan asuransi	Kuesioner	1. Menggunakan asuransi 2. Tidak menggunakan	nominal

Jarak tempuh ke BKPM	Jarak tempuh dalam menit perjalanan ke BKPM	Kuesioner	Rata-rata jarak dalam menit dari kedua kelompok.	nominal
Variable Tergantung	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
Kemandirian fisik:	Kemandirian fisik yaitu kemampuan pasien mengatasi masalah fisik yaitu minum obat, nutrisi, tidur dan olah raga.	Kuesioner kemandirian fisik memiliki 4 pertanyaan yaitu no 1-4 lampiran 3. yang masing-masing memiliki skor 1 yang berarti tergantung dan skor 4 berarti mandiri, total skor memiliki rentang 4-16, dengan skor makin tinggi menunjukkan semakin tinggi kemandirian	Mandiri adalah nilai sama dengan atau lebih tinggi nilai median, karena distribusi tidak normal. Tergantung adalah nilai dibawah rata-rata median	interval
Kemandirian Psikologi:	Kemandirian psikologi yaitu tentang kemampuan pasien mengatasi marah, kemampuan pasien menghilangkan rasa takut, malu, sedih, dan pikiran negative, kemampuan pasien mengenal gejala stress.	Kuesioner kemandirian psikologi memiliki pertanyaan(5-8) yang masing-masing memiliki skor 1 yang berarti tergantung dan skor 4 berarti mandiri, total skor memiliki rentang 4-16, dengan skor makin tinggi menunjukkan	Mandiri adalah nilai sama dengan atau lebih tinggi nilai median karena distribusi tidak normal. Tergantung adalah nilai dibawah rata-rata median	interval

		semakin tinggi kemandirian		
Kemandirian Sosial:	Kemampuan pasien melakukan aktifitas social baik keluarga, masyarakat dan lingkungan kerja.	Kuesioner kemandirian sosial memiliki pertanyaan(9-11) yang masing-masing memiliki skor 1 yang berarti tergantung dan skor 4 berarti mandiri, total skor memiliki rentang 3-12, dengan skor makin tinggi menunjukkan semakin tinggi kemandirian	Mandiri adalah nilai sama dengan atau lebih tinggi nilai median karena distribusi tidak normal. Tergantung adalah nilai dibawah rata-rata median	interval
Kemandirian Spiritual	Kemampuan pasien melakukan aktivitas spiritual yaitu tentang kemampuan berdoa dan keyakinan terhadap Allah.	Kuesioner kemandirian spiritual memiliki pertanyaan(12-14) yang masing-masing memiliki skor 1 yang berarti tergantung dan skor 4 berarti mandiri, total skor memiliki rentang 3-12, dengan skor makin tinggi menunjukkan semakin tinggi kemandirian	Mandiri adalah nilai sama dengan atau lebih tinggi nilai median karena distribusi tidak normal. Tergantung adalah nilai dibawah rata-rata median	interval
Variable antara	Definisi operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala

Efikasi diri	Kepercayaan terhadap diri sendiri dalam kemampuan merawat diri sendiri.	<i>Visual Analog Scale TB</i>	1.Tinggi : dengan nilai sama dengan atau lebih tinggi dari nilai <i>mean</i> karena distribusi normal. 2.rendah: dengan nilai lebih rendah dari <i>mean</i> .	ordinal
--------------	---	-------------------------------	--	---------

Variabel bebas yaitu prosedur intervensi program SOWAN

D. Instrumen Penelitian

1. Pembuatan kuesioner untuk mengukur pre dan post intervensi dengan langkah-langkah dalam uraian sebagai berikut:
 - a. Beberapa teori tentang kemandirian yang di pakai peneliti adalah teori Orem (Renpenning, Taylor, 2001) yaitu kemampuan pasien melakukan sendiri melalui bantuan penuh perawat dan kemampuan pasien mengatasi keterbatasan dan dari Loriq, Holman, Sobel, Laurent, Gonzalez dan Minor (2006) yaitu tentang kemampuan pasien mengatasi sakitnya, kemampuan pasien untuk meneruskan hidupnya secara normal dan kemampuan pasien mengatasi emosi.
 - b. Berdasarkan teori tersebut peneliti menentukan isi pertanyaan kuesioner di bagi menjadi kemandirian fisik, kemandirian psikologi, kemandirian sosial dan kemandirian spiritual(Dossey, 2005).

- c. Kemandirian fisik yaitu kemampuan pasien mengatasi masalah fisik yaitu minum obat, nutrisi, tidur dan olah raga.
- d. Kemandirian psikologi yaitu tentang kemampuan pasien mengatasi marah, kemampuan pasien menghilangkan rasa takut, malu, sedih, dan pikiran negatif, kemampuan pasien mengenal gejala stress.
- e. Kemampuan pasien melakukan aktifitas social baik keluarga, masyarakat dan lingkungan kerja.
- f. Kemampuan pasien melakukan aktivitas spiritual yaitu tentang kemampuan berdoa dan keyakinan terhadap Allah.
- g. Pengukuran dengan menggunakan ordinal karena mengukur kemandirian dari nilai 1-4 yang artinya semakin tinggi nilainya semakin mandiri.
- h. Kemudian dibuat definisi operasional untuk mengukur tingkat kemandirian.
- i. Setelah dibuat pertanyaan kemudian di uji test Untuk menguji apakah instrumen penelitian ini dapat dipertanggungjawabkan atau tidak, maka terlebih dulu harus diuji validitas dan reliabilitas.

2. *Visual Analog Scale* TB, untuk mengukur efikasi (lampiran 2)

Alat ukur yang dipakai adalah pengembangan *Visual Analogue Scale* (VAS) yang dibuat oleh Sakti (2011). Pada aspek kekuatan melawan rasa sakit, keyakinan sembuh dan kemampuan mengurus diri sewaktu sakit, penilaiannya adalah semakin tinggi nilainya, semakin kuat melawan sakit, semakin yakin sembuh dan semakin mampu mengurus diri. Artinya, bila pasien menempatkan titik pada nilai tinggi, maka pasien tersebut dapat melawan rasa sakit, merasa yakin sembuh dan dapat mengurus diri sewaktu sakit. Penilaian dilakukan

dengan cara memberikan sebuah titik pada garis lurus yang berukuran 10 cm, yang diartikan bahwa item pertanyaan bergerak dari angka 1-10 dan merupakan data rasio

3. Kartu sehat mandiri

Alat evaluasi yang dipakai pasien untuk menilai kemampuan merawat dirinya langkah awal adalah pasien menyadari merawat pasien sangat penting, kemudian mempunyai percaya diri dan pengetahuan untuk merawat diri, melakukan dan memeliharanya untuk tetap mandiri, yang terakhir adalah tetap melakukan dalam kondisi apapun (Hibbard, Stockyard, Mahoney, Tuster, 2004), kemudian peneliti membuat tingkat kemamdirian 1 sampai 5 yang artinya angka 1 berarti pasien belum mampu melakukan, nilai 2 mampu melakukan tetapi memerlukan pengetahuan dan latihan, nilai 3 pasien melakukan dengan dukungan dan selalu diingatkan, nilai 4 berarti pasien melakukan dengan jarang diingatkan dan nilai 5 berarti pasien melakukan sendiri dan terus memeliharanya. Uji validitas yang dilakukan menggunakan nilai $p=0,05$ dengan $df = 15$ dan nilai r tabel = 0,482. Hasil dari uji validitas 16 item pertanyaan mempunyai nilai $r > r$ tabel 0,482 dan dinyatakan valid tanpa perbaikan. Item latihan fisik, kontrol diri dan kegiatan sosial mempunyai nilai $r < r$ tabel 0,482 dinyatakan tidak valid. Pengujian reliabilitas dilakukan dengan teknik *Cronbach Alpha* angka reliabel ditetapkan berdasarkan nilai alpha yang dihasilkan. Hasil uji reliabilitas didapatkan nilai α 0,886, sehingga reliabilitasnya sangat tinggi dan layak digunakan sebagai instrumen penelitian.

E. Proses penelitian:

Persiapan penelitian

1. Meminta izin penelitian pada BKPM
2. Presentasi proposal penelitian
3. Membentuk tim penelitian, ada 2 tim yaitu tim kelompok intervensi dan tim kelompok kontrol yang terdiri dari mahasiswa keperawatan tingkat akhir ada 4 orang. Sedangkan untuk Tim intervensi melibatkan Tim Perawat yang di tugaskan dalam pelayanan TB di BKPM Semarang, ada 3 orang yang bersedia ikut.
4. Untuk mengukur kelompok kontrol di sepakati dilakukan di rumah sesuai kontrak dengan pasien yang dilakukan oleh Tim lain karena pasien tidak di lakukan intervensi. Sebelum melakukan pengukuran Tim dan peneliti melakukan breafing /diskusi untuk mensatukan persepsi tentang alat yang di gunakan.
5. Untuk kelompok intervensi, melakukan pelatihan penerapan Keperawatan Holistik Program 'SOWAN' bagi tim yang terlibat, dimulai dengan mensatukan persepsi dan sepakat untuk mengadakan pelatihan dengan dua tahap yaitu teori dan praktek langsung.
6. Membuat buku panduan, leaflet, lembar balik, dan demonstrasi yang di gunakan oleh tim peneliti.

F. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Test uji validitas, sebuah instrumen dikatakan valid apabila dapat mengungkap data dari variabel yang diteliti secara tepat. Tinggi rendahnya validitas instrument menunjukkan sejauh mana data yang terkumpul tidak menyimpang dari gambaran tentang variabel yang dimaksud (Arikunto, 2002). Cara yang

dipakai dalam menguji tingkat validitas adalah dengan variabel internal, yaitu menguji apakah terdapat kesesuaian antara bagian instrumen secara keseluruhan. Untuk mengukurnya menggunakan analisis butir. Pengukuran pada analisis butir yaitu dengan cara skor-skor yang ada kemudian dikorelasikan dengan menggunakan Rumus korelasi *pearson product moment*. Uji validitas yang dilakukan menggunakan nilai $p=0,05$ dengan $df = 28$ dan nilai r tabel = 0,361. Hasil dari uji validitas seluruh item pertanyaan mempunyai nilai $r > r$ tabel 0,361 dan dinyatakan valid tanpa perbaikan, kecuali item 2,3 dan 5 dinyatakan valid dengan perbaikan karena nilai $r < 0,361$. Setelah dilakukan perbaikan dan diujikan kembali, seluruh item pertanyaan dalam kuesioner dinyatakan valid dengan nilai $r > r$ tabel.

2. Test uji reliabilitas, uji reliabilitas instrumen diujicobakan kepada 30 responden. Uji reliabilitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah *internal consistensi* yaitu uji instrumen dicobakan sekali saja kemudian hasil yang diperoleh dianalisis dengan teknik tertentu. Dalam penelitian ini pengujian reliabilitas dilakukan dengan teknik *Cronbach Alpha* angka reliabel ditetapkan berdasarkan nilai alpha yang dihasilkan. Jika nilai α 0,8 - 1,0 reliabilitasnya sangat tinggi, jika nilai α 0,6 - 0,799 reliabilitasnya tinggi, jika nilai α 0,4- 0,599 reliabilitasnya cukup, jika nilai α 0,2 -0,399 reliabilitasnya rendah dan nilai $\alpha < 0,2$ reliabilitasnya sangat rendah (Haryati,2008). Dari hasil uji reliabilitas didapatkan nilai α 0,880, sehingga reliabilitasnya sangat tinggi dan layak digunakan sebagai instrumen penelitian.

3. Test Inter-Observer Reliability

Peneliti dibantu oleh 3 orang perawat BKPM Semarang yang sudah dilatih, untuk melakukan intervensi pada kelompok intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol pengumpulan data oleh mahasiswa S1 keperawatan dengan melakukan briefing setiap minggu untuk mendiskusi hambatan dalam pengumpulan data. *Tes Inter-Observer Reliability* adalah tes statistik reliabilitas antar tim peneliti melalui observasi yang dilakukan oleh ketua peneliti yang berupa cek list prosedur penerapan program SOWAN dengan menggunakan tes Kappa Hasil test tersebut adalah:

Table 4.2. Numerator 1

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.615	.337	2.108	.035
	N of Valid Cases	10			

Table 4.3. Numerator 2

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	1.000	.000	3.162	.002
	N of Valid Cases	10			

Table 4.4. Numerator 3

		Value	Asymp. Std. Error ^a	Approx. T ^b	Approx. Sig.
Measure of Agreement	Kappa	.615	.337	2.108	.035
	N of Valid Cases	10			

Berdasarkan tabel 4.2, 4.3, 4.4. diatas nilai setiap numerator di bandingkan dengan peniliti hasilnya adalah satu persepsi karena nilai dari test kappa signifikan kurang dari 0,05.

4. Validitas penelitian kuantitatif

a. Validitas Internal

Partisipan yang ikut dalam penelitian ini adalah manusia yang bersifat unik berbeda antara partisipan satu dan yang lain, dan perbedaan itu tidak bisa dikontrol antara lain:

- i. *History* atau sejarah : makin lama suatu eksperimen dijalankan, makin banyak *history* yang menjadi permasalahan dalam penelitian. Karena penelitian ini menggunakan model pembelajaran, maka ancaman validitas internal ini tak terhindarkan.
- ii. *Maturasi* atau kematangan pada responden karena faktor usia ataupun karena efek terapi
- iii. Pemberian relaksasi pada seluruh responden baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol, merujuk pada asas penelitian dan kesamaan hak pasien .

b. Validitas Eksternal

Perlakuan yang dilakukan berdampak pada partisipan, peneliti memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- i. Interaksi *Pretest* dengan perlakuan. Semua responden penelitian menginginkan kesembuhan, namun berdasarkan pilihan pasien untuk meneruskan ke Puskesmas dan tidak menerima Program Program SOWAN, merupakan hak mereka untuk meneruskan mengikuti atau tidak.

- ii. *Hawthorn effect*, artinya partisipan merasakan di perhatikan atau diobservasi karena pelaksanaan program khusus pada penelitian ini, yang mungkin akan berpengaruh pada kelompok kontrol.
- iii. *Novelty Effect*, adalah efek dari intervensi yang dilakukan sehingga partisipan memperhatikan, motivasi atau partisipasi dapat meningkat, karena responden merasa melakukan program terapi yang lain, tidak sekedar minum obat.

G. Tempat dan waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada BKPM kota Semarang dengan waktu tanggal 3 -30 September 2013 pelaksanaan pre penelitian dengan test instrument. Dan 3 oktober sampai akhir Desember 2013 pelaksanaan penelitian.

H. Cara Pengambilan Data

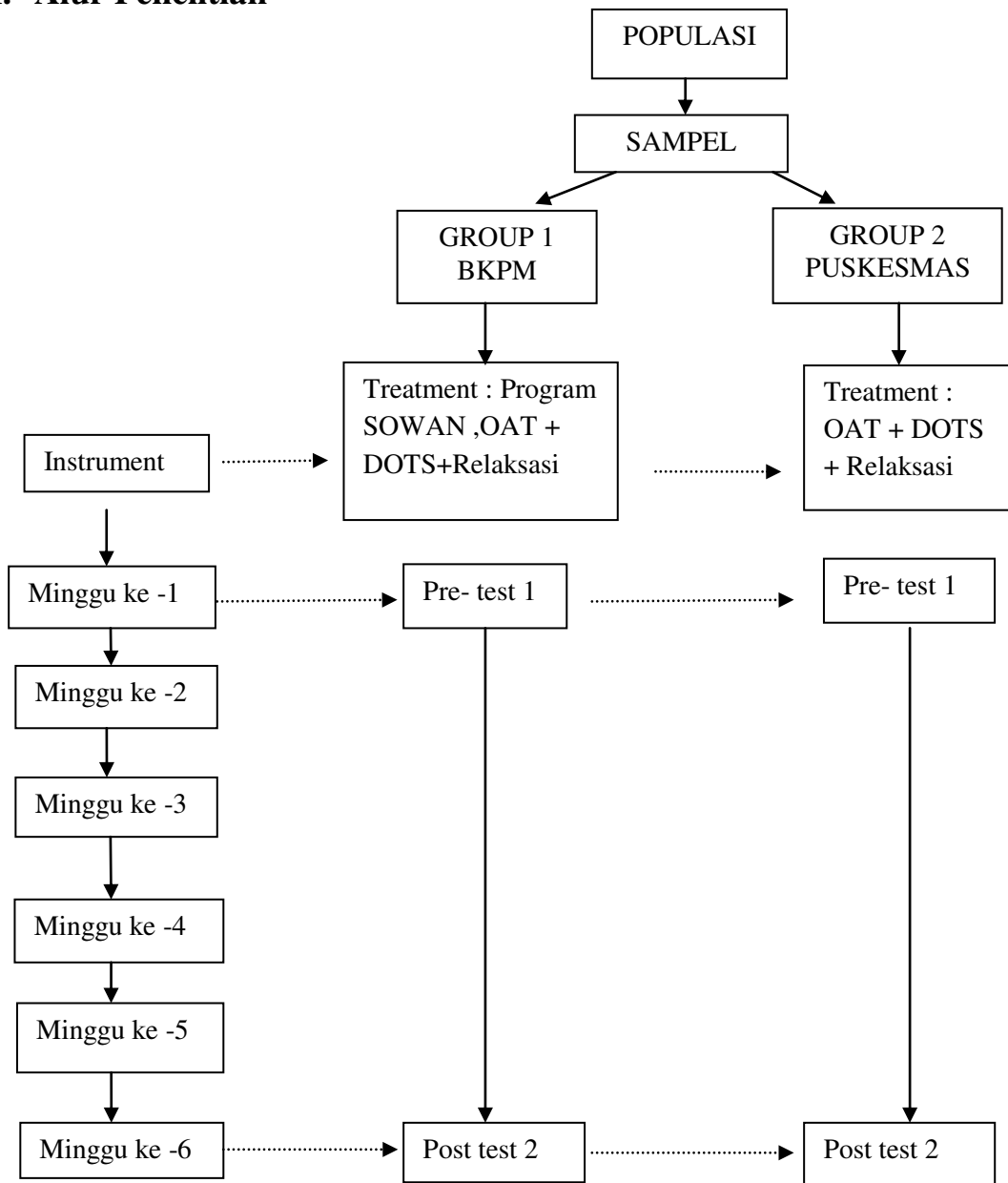
Pengambilan partisipan dilakukan sesuai standar operasional pelayanan di BKPM dan atas ijin dari dokter yang menangani pasien. Cara pengambilan responden penelitian melalui beberapa tahap yaitu:

1. Pada pasien yang sudah terdiagnosis TB paru oleh dokter dan dalam pengobatan intensif 2 bulan, yang sesuai dengan kriteria serta beralamat di Semarang, diberi tanda khusus pada kartu pasien.
2. Pada tahap ini petugas BKPM, dokter dan calon responden dan peneliti belum tahu untuk dijadikan responden atau tidak.

3. Setelah pasien diberi penjelasan tentang keperawatan holistik program SOWAN dan pasien bersedia ikut dan sesuai dengan kriteria inklusi penelitian, serta berkenan ikut program SOWAN pasien diberi *informed consent*.
4. Bagi yang melanjutkan pengobatan ke BKPM dicatat sebagai kelompok tindakan namun bagi yang akan melanjutkan pengobatan ke puskesmas dianggap sebagai kelompok kontrol.
5. Semua pasien baik pada kelompok eksperimen maupun kelompok kontrol diberi Informasi tentang penyakit TB oleh dokter dan perawat dan peneliti memberi gambaran keperawatan holistik program SOWAN, serta diajarkan relaksasi.

Data kualitatif di lakukan setelah data kuantatif karena bertujuan untuk mendukung data kuantitatif. Dengan menggunakan semi struktur interviewe/pertanyaan terbuka yang bisa di kembangkan, alur penelitian seperti dibawah ini.

I. Alur Penelitian



Bagan 4.3: alur penelitian

Keterangan:

Pada kelompok intervensi dilakukan pengambilan data dengan melalui instrument untuk sebagai pengukuran pre test sebelum di lakukan tindakan pada minggu pertama, kemudian langsung di lakukan tindakan keperawatan holistik program SOWAN, dengan kontrak perjanjian di minggu kedua, ketiga, ke empat, ke lima dan ke enam di lakukan pengukuran post test dan dilakukan pengumpulan data kualitatif.

Pada kelompok kontrol dilakukan pengambilan data dengan melalui instrument sebagai pengukuran pre test. Tindakan pelayanan seperti biasanya hanya di beri rileksasi seperti juga pada program SOWAN pada *Supporting* pasien melakukan relaksasi. Pada minggu 6 dilakukan pengukuran *post test*. Protokol yang dipakai dalam intervensi adalah sebagai beriku:

J. Pengembangan model intervensi

Pengembangan model intervensi (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazaret and Petticrew, 2008) dengan cara menggunakan tahapan dengan proses sebagai berikut mengidentifikasi penelitian yang sudah ada, identifikasi pengembangan teori dan membuat proses dan hasil. Pengembangan model program SOWAN adalah berdasarkan konsep tentang manajemen diri model 5 A, *Health Coaching*, dan perawatan diri, masing-masing model oleh peneliti difokuskan sesuai dengan masalah pasien TB Paru yang dimana orang yang terdiagnosa TB paru akan mengalami masalah kelelahan, kesulitan bernafas, gangguan fungsi fisik, dan emosi (Lorig, Holman, Sobel, Laurent, Gonzalez, Minor, 2006). Berdasarkan masalah tersebut diharapkan pasien mempunyai ketrampilan mengatasi masalah yang dihadapi karena sakit yang dialami, pasien mempunyai ketrampilan melanjutkan hidup secara normal

dan pasien mempunyai ketrampilan mengatasi emosi karena sakit TB paru. Target ketrampilan yang dipunyai pasien sehingga pasien mampu melakukan perawatan diri adalah, ketrampilan dalam mengelola keluhan, teknik nafas dalam, relaksasi dan mengelola stres, nutrisi, latihan/olah raga dan pengobatan. Sebagai sumber teori yang dipakai peneliti yaitu tentang teori manajemen diri dan perawatan diri dan perbedaannya dengan program SOWAN:

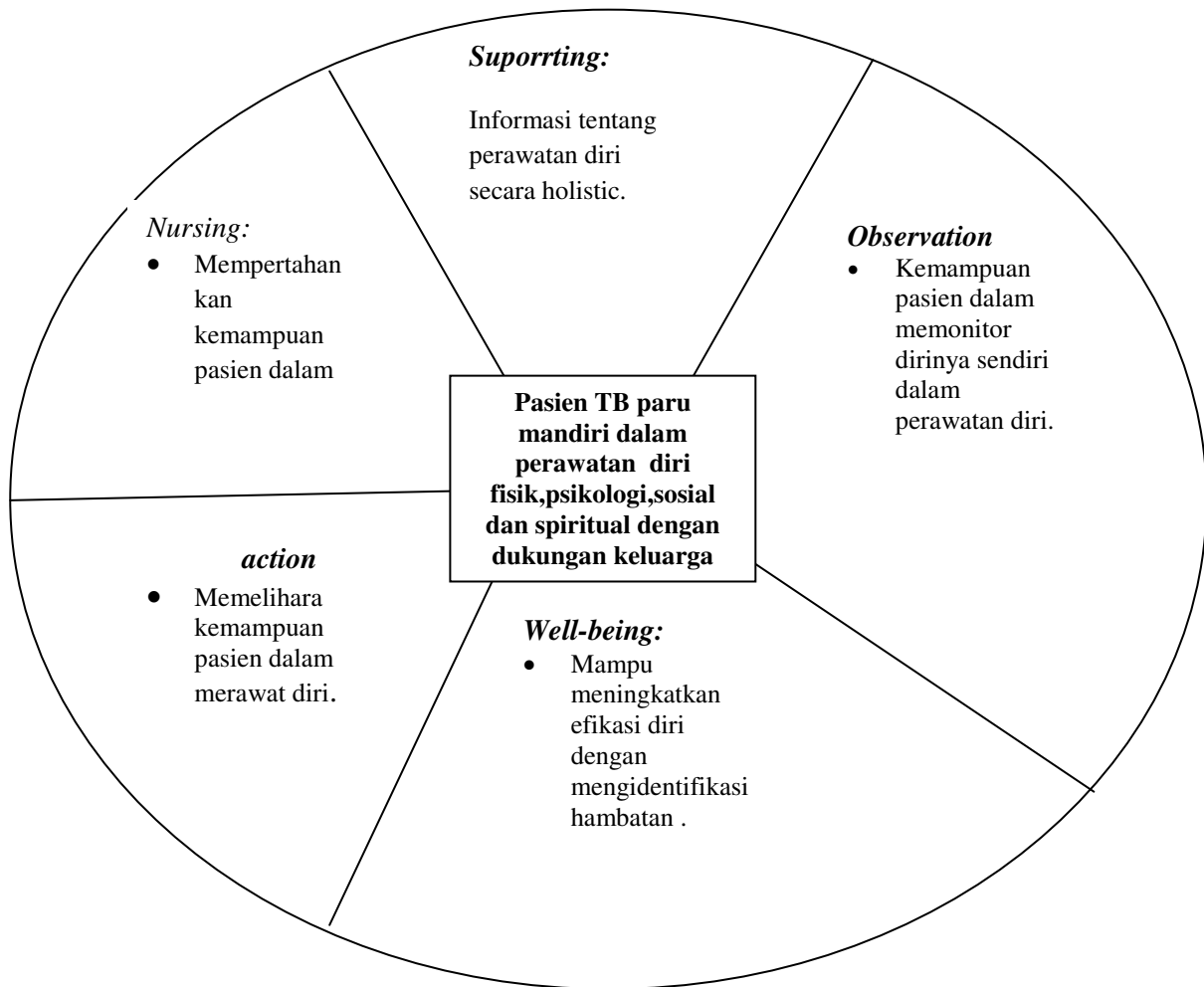
Tabel 2. 1 Perbedaannya manajemen diri, perawatan diri dengan program SOWAN

Program kemandirian	Tindakan yang di berikan	Fokus penyelesaian masalah	Keterangan
Manajemen diri: • 5 A • Health coaching	Membuat rencana perilaku khusus Melatih sesuai kemampuan pasien	Perubahan perilaku khusus yang dibutuhkan Peningkatan kemandirian pasien.	Belum ada penjelasan kemandirian yang komprehensif/holistik
Perawatan diri	Kompensasi Supportif Health education Teaching.	Memberikan bantuan sesuai kebutuhan pasien.	Belum ada penjelasan kemandirian yang komprehensif/holistik
SOWAN	Supporting Observation Well-being Action Nursing	Peningkatan kesadaran melalui kemampuan pasien secara holistik.	Ada hasil yang komprehensif/holistik

Keterangan:

Perbedaan antara manajemen diri dan perawatan diri adalah pada manajemen diri, penyelesaian masalah pada perubahan perilaku, mampu mengelola pengobatan secara mandiri sedangkan pada perawatan diri memberikan bantuan pada pasien sesuai kebutuhan agar pasien mampu memandirikan kesehatan dan kesejahteraannya,

sedangkan pada program SOWAN meningkatkan kesadaran untuk dapat memandirikan dalam pengobatan dan memenuhi kesehatannya.



Skema program SOWAN

Program SOWAN adalah suatu paket intervensi keperawatan holistik yang berorientasi pada membantu pasien dalam mengidentifikasi dalam kebutuhan dan kemampuan dalam merawat diri dan kemudian melaksanakan pengelolaan dirinya

sehingga dalam mencapai kesembuhan dari penyakitnya dan mencapai kesejahteraan sehingga paket tersebut disusun menjadi SOWAN singkatan dari *Supporting, Observation, Well-being, Action dan Nursing*. Namun demikian pelaksanaan penerapan program tidak berturutan sebagai SOWAN, karena program ini satu paket.

Dibawah ini pelaksanaan program SOWAN sebagai berikut:

1. Agar pasien TB paru memahami cara pengobatan TB paru secara holistik yaitu
 - a. Minum obat agar tidak bosan :
 - b. Makan dengan keyakinan dan kesadaran
 - c. Tidur agar tubuh bisa rileksasi
 - d. Latihan
 - e. Mengatasi gejala fisik
 - f. Mengontrol Emosi
 - g. Mengontrol Diri
 - h. Menerima Diri Sendiri
 - i. Komunikasi dengan: teman dan keluarga.
 - j. Komunikasi dengan: petugas kesehatan
 - k. Melakukan kegiatan sosial
 - l. Melakukan doa secara teratur.
2. Agar pasien TB paru mampu mengidentifikasi masalah fisik, psikologi, sosial dan spiritual.
3. Agar pasien TB Paru dapat mengidentifikasi kemampuan dirinya untuk mengatasi /mengelola sendiri masalah-masalah fisik, psikologi, sosial dan spiritual.
4. Agar pasien TB paru dapat menerapkan cara-cara mengelola dirinya.

5. Agar pasien TB paru meningkatkan kemampuan dirinya untuk dapat melakukan pengelolaan dirinya dengan mengatasi hambatan yang diterima.
6. Agar pasien TB paru dapat mengevaluasi dirinya dalam kemampuan pengelolaan dan perawatan dirinya melalui kartu sehat mandiri, dengan level nilai kemandirian dikembangkan dengan pasien sadar bahwa kemampuan merawat diri itu penting, kemudian pasien mau meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam merawat diri, dan pasien mampu mempertahankan kemampuan merawat diri dalam kondisi apapun, dengan nilai 1 dan 2 pasien mampu memahami dan menyadari tentang pentingnya perawatan diri, nilai 3 berarti pasien sering diingatkan karena menemukan hambatan dalam pelaksanaannya, nilai 4, pasien mampu mengatasi hambatan sehingga jarang diingatkan, nilai 5 berarti pasien mampu mempertahankan perawatan diri.

Pencapaian tujuan diatas maka pengorganisasian dalam program SOWAN disusun sebagai berikut:

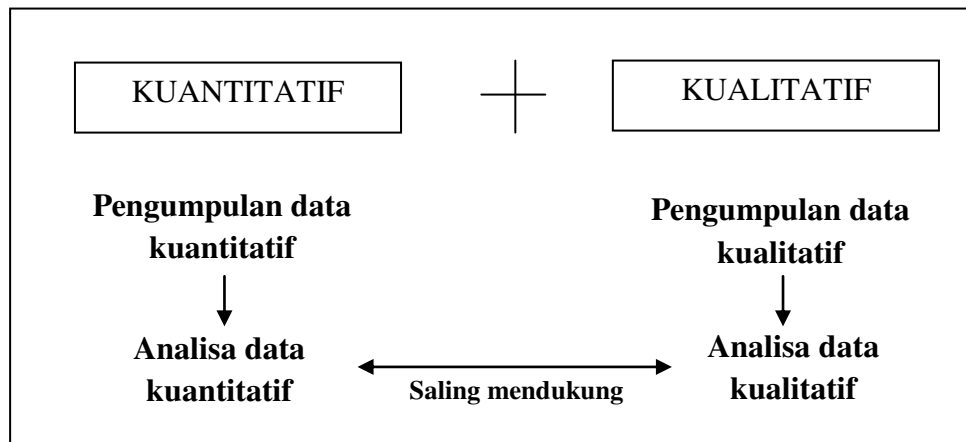
Table.4.5. Program SOWAN selama 6 minggu

Mg	Indikasi penerapan	Tindakan perawat	Pasien	Media
1	Pasien memahami cara pengobatan secara holistik. Unsur: <i>supporting</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Memberikan informasi tentang perawatan diri: 1. Minum obat agar tidak bosan 2. Makan dengan keyakinan dan kesadaran 3. Tidur agar tubuh bisa rileksasi 4. Latihan 5. Mengatasi gejala fisik 6. Mengontrol Emosi 	Bisa menjawab pertanyaan tentang cara merawat diri.	<ul style="list-style-type: none"> • Booklet • Lembar balik • Panduan pasien. • Kartu sehat mandiri.

		<ul style="list-style-type: none"> 7. Mengontrol Diri 8. Menerima Diri Sendiri 9. Komunikasi dengan: teman dan keluarga. 10. Komunikasi dengan: petugas kesehatan 11. Kegiatan social 12. Berdoa teratur. <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan booklet • Memaparkan lembar balik. • Diskusi tentang perawatan diri. 		
2	Pasien mengidentifikasi masalah fisik, psikologi, sosial, dan spiritual yang dialami. Unsur: <i>observation/</i> monitoring diri	<ul style="list-style-type: none"> • Diskusi dengan pasien tentang keluhan-keluhan fisik, psikologi, sosial dan spiritual. • Mendorong dan memfasilitasi pasien, dalam mengidentifikasi keluhan pasien. • Menganjurkan pasien TB paru untuk mencatat daftar masalah atau keluhan yang dialami. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dapat mengidentifikasi masalah. • Mencatat keluhan yang dialami. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri • Panduan pasien.
3	Pasien mampu mengidentifikasi hambatan yang dialami, dalam meningkatkan efikasi diri. Unsur: <i>well-being</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mengurangi hambatan untuk meningkatkan efikasi diri. • Memfasilitasi untuk mengurangi hambatan. • Melibatkan keluarga dalam menyelesaikan hambatan. 	Mampu mengidentifikasi hambatan dan cara mengatasinya.	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri. • Simulasi.
4	Pasien dapat melakukan cara-cara perawatan diri. Unsur: <i>Action</i> dan <i>supporting</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Konseling untuk menjaga kemampuan pasien dalam merawat diri. 	Pasien melakukan kesepakatan untuk telpon dan datang ke rumah bila diperlukan.	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri. • Panduan pasien.
5	Pasien dapat mempertahankan keyakinan diri untuk perawatan diri, dengan mengatasi hambatan yang terjadi. Unsur: <i>action, nursing, supporting.</i>	Konseling untuk menjaga kemampuan pasien dalam merawat diri dengan mengatasi hambatan yang terjadi.	Mengulang kemampuan dalam perawatan diri.	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri. • Panduan pasien
6	Pasien mampu mempertahankan perawatan diri dengan mengevaluasi kemampuan melalui kartu sehat mandiri. Unsur: <i>action, nursing, supporting..</i>	Konseling untuk mempertahankan kemampuan pasien dalam merawat diri.	Mempertahankan kemampuan merawat diri	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri

K. Pengumpulan data

Pengumpulan data diambil secara kuantitatif dan kualitatif data kualitatif yang diambil dengan melalui wawancara partisipan untuk memperkuat hasil data kuantitatif sehingga hasil akhir dari penelitian lebih valid. Pengumpulan data dilakukan bersama-sama saat melakukan penelitian kuantitatif dan kualitatif (Creswell, 2003). Prosedur pengambilan data kualitatif dan kuantitatif menggunakan *concurrent procedures*.



Bagan 4.4. *Concurrent Triangulation strategy* (Creswell, 2003)

L. Analisa Data

1. Analisa data kuantitatif.

Hasil uji normalitas pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol distribusi data tidak normal maka dilakukan *uji Wilcoxon* pada kelompok yang sama atau *Mann-Whitney* pada variable dengan dua kelompok. Uji delta untuk melihat perbedaan nilai mean pre dan post pada kelompok intervensi dan kelompok Kontrol. Pada pengukuran secara umum perawatan diri dan kemandirian psikologi distribusi data normal sehingga menggunakan *uji t independent*, data kemandirian fisik, sosial dan spiritual distribusi data tidak normal uji statistik menggunakan *Mann-Whitney*. Untuk melihat homogenitas karakteristik data demografi menggunakan uji beda yaitu *Chi-Square*, Pada variabel usia dan jarak rumah dalam menit digunakan data mean masing-masing kelompok untuk melihat perbedaan 2 kelompok karena distribusi tidak normal dengan test normalitas dengan sampel lebih dari 50 dengan menggunakan *kolmogorov-smirnov* maka

menggunakan uji *mann-whitney*, sedangkan variable yang lain menggunakan katagorik dengan uji statistic *person chi-square, continuity correction*.

2. Analisa data Kualitatif

a. Subyek Penelitian

Teknik pemilihan sampel berdasarkan purposive sampling yaitu memilih partisipan dengan tujuan tertentu. Pemilihan berdasarkan kesepekatan dengan responden untuk bersedia di gali pengalamannya mengikuti program SOWAN. Pemilihan jumlah partisipan penelitian kualitatif berdasarkan data yang diperoleh setelah data yang diperoleh sama berarti telah terjadi saturasi sehingga sampel dinyatakan cukup mewakili sebuah fenomena. Penelitian ini jumlah 8 partisipan untuk mewakili subyek penelitian dengan alasan bahwa data kualitatif yang didapat dari pasrtisipan sudah mewakili.

a. Teknik Pengumpulan Data

Instrumen penelitian kualitatif adalah peneliti itu sendiri. Persoalan reliabilitas dan validitas lebih dimaksudkan pada kelayakan dan kredibilitas peneliti yang memiliki pengalaman cukup banyak (Burhan, 2001). Metode pengumpulan data yang di gunakan peneliti yaitu wawancara dan observasi.

b. Analisis

Peneliti melakukan interview mendalam untuk melengkapi data kualitatif, dengan menjelaskan secara deskriptif sesuai dengan penemuan atau hasil analisis data kuantitatif hal ini dikenal sebagai analisis tematik konteks analisis.

J. Etika Penelitian

Ethical Clearence penelitian diperoleh melalui Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang dengan memperhatikan dampak dari tindakan dan hak pasien dengan melibatkan perawat yang ada di BKPM, pasien berhak untuk menolak bila tidak bersedia untuk melanjutkan mengikuti program SOWAN.

Karena penelitian ini pada manusia sehingga hal yang peneliti perhatikan adalah sebagai berikut:

1. Informed Consent

Persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian tertuang dalam suatu lembar persetujuan untuk menjadi responden. Pemberian lembar ini agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya, jika responden bersedia mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut dan jika tidak bersedia menjadi responden maka peneliti harus menghormati hak mereka.(terlampir)

2. *Anonymity* (Tanpa Nama)

Anonymity merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan nama informasi pada laporan penelitian hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

3. *Confidentiality* (kerahasiaan)

Masalah penelitian keperawatan yang menjamin kerahasiaan dari hasil penelitian maupun masalah-masalah lainnya. Peneliti menjaga kerahasiaan semua informasi dari responden yang telah dikumpulkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bandura. <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html> Last edited 29 (2008) (accessed 24 januari 2013).
- Barlow, J. (2002). Self Management approach for people with chronic condition: a review. *Journal of Patient Education and Counseling*. (48): 177 – 187
- Baron, R. M. dan Kenny, D. A. *Mediator Versus Moderator Variables*. August 8, 2011. <http://psych.wis.edu/henriques/mediator.html> (accessed January 23, 2013).
- Battersby MW, Ah Kit J, Prideaux C, Harvey PW, Collins JP, Mills PD. Implementing the Flinders Model of self-management support with Aboriginal people who have diabetes: findings from a pilot study. *Australia J Primer Health*. 2008 14:66–74.
- Balaga (2012) , PA. self efficacy and self care management outcome of chronic Renal Failure patients, *Asian journal of health*, vol 2.
- Bec-Deva, M. (2010). Expanding Our Nightingale Horizon. *Seven Recommendations for*, 28(4)(2010): 317-326.
- Bourbeau, M.D, Julien M ,Maltais. F, Rouleau. M., Beaupre, A, Begin.R, Renzi, P, Nault, D, Borycki, E, dan Schwartzman, K. (2008). Reduction of Hospital Utilization In Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Arch Intern Med*. 163:585-591. www.archinternmed.com.
- BKPM Semarang (2012) BPKM Semarang .*profile BKPM kota semarang*. Pati : BKPM Semarang
- BKPM Pati (2011). BPKM Pati.*profile BKPM wilayah Pati*. Pati : BKPM Pati,
- Bulechek, G. M. (2000). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St. Louis Missouri: Mosby, Inc.,
- Burke BL, Arkowitz H, and Mencia M. (2003) The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol* 71:843–61
- Campbell, D.T. and Stanley, J.C. (1966) *Experimental and Quasi – Experimental Design for Research*. Rand McNally College Publishing Company: United States of America. Pp 84
- Craig.P, Dieppe.P, Macintyre.S, Michie.S, Nazareth.I, and Petticrew.M (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new medical research council guidance. www.bmj/content/337/bmj.a.1655.
- Canadian Nurse Association. (2002) *Supporting Self-Care: A Shared Initiative – 1999-2002*. Ottawa.

Carver C S (2011) Coping , In Contrada R and Baum A editor *The Handbook of stress Science,biology, psychology, and Health*,Springer Publishing Company.

Chaves, P. R dan Laborin, R. L. (2007). Results of Directly Observed Treatment For Tuberculosis in Esenada, Mexico: Not All DOTS Programs Are Created Equally. *International jornal tuberculocis lung diseases*. 11(3) : 289-292

Clark,Carolyn C (2003) *Common chronic condition self care options to Complement your doctor's advice*. John Wiley & Sons, Inc,Hoboken,New Jersey.

Christian Lienhardt, J. A. (2004). Tuberculosis in resources - poor countries: have we reached the limits of the universal paradigm . *Journal of Tropical medicine and international Health* , 833 - 841.

Curtin RB, Walter BA, Schatell D, Pennell P, Wise M, and Klicko (2008) Self-Efficacy and Self management behaviors in patients with chronic kidney disease, *Advances in chronic Kidney disease*, 15,:191-205. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18334246>.

Colagiuri, S. (2009). *Self Monitoring of Blood glucose in Non-Insulin Treated Type 2 Diabetes*. Belgium: international Diabetes Federation.

Departemen Kesehatan (2008). *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*. Jakarta : Depkes RI.

Departemen Kesehatan (2007). *Pedoman Penyakit tuberkulosis dan penanggulangannya*. Jakarta: Dep Kes RI.

Departemen Kesehatan Indonesia. (2008). *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*. Jakarta : Depkes RI.

Departemen Kesehatan R.I (2007). *Pedoman Penyakit tuberkulosis dan penanggulangannya*. Jakarta: Depkes RI.

Department of Health. (2008). *Chronic Disease Self Management Support*. North Sydney: NSW Department of Health. .

DiMetteo.R.M (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A Meta-analysis, *Health psychology*, 23 (2) 207-18.

Doran, D.M. (2011). *Nursing Outcomes, the State of The science*. Canada: Jones & Bartlett Learning.

Dossey, B. M. (1997). *Therapeutic Communication Helping Model*. In A. H. Association, *Core Curriculum for Holistic Section*. United States of America: Aspen

Dossey, B.M., dan Guzzetta, C.E. (2005). *Holistic Nursing Practice*. In K. L. Montgomery, *Holistic nursing : a handbook for practice*. canada: Jones and Bartlett Publishers.

Orem, D. (2001). *nursing: concept of practice*. Michigan: Mosby.

Elo and Kyngas (2008) *The Qualitative content analysis process, JAN Research methodology*, Finland: Blackweel Publising ltd.

Edgeworth, R. (2010). *Self Care for health in Rural Banglades. (Unpublished Thesis) Doctor of Philosphy*. Newcastle: Universitas Northumbria.

ElHameed.SA, Aly.A, and Mahdy.Y (2012) Effect of Counseling on Self Care Management among Adult Patient with Pulmonary Tuberculosis. *Life Science Journal*. 9 (1) : 956 – 64.

Edward H. Wagner, B. T. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.

Hibbard.J,Stockard.J,Mahoney.E.R and Tusler (2004) Development of the patient Activation Measure(PMA): Conceptualizing and measuring Activatioan in patients and consumers. *Health services research* 39:4, part 1.

Horni.R, Weinman.J (1999) patients beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness, *Journal of psychosomatic reseach* 42 (6).

Hadju, V., Dachlan, D., Bahar, M., dan Jafar, N. (2003). *Penanggulangan penyakit tuberkolusis oleh perawat*, Makasar: Hasanuddin University Press.

Hanucharunkul, S. (2009). self- care defisit nursing theory in research and practice in Thailand. *Self Care Dependent Care and Nursing Journal*, 17, 16 - 20.

Hatthakit, U. (2012) Development and implementation of holistic nursing in Thailand. *Java International Confrence: Indonesia*. Pp 14 - 22

Hawari, D. (2001). *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Hidayat, A. A. (2007) *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta: Salemba Medika.

Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG: Religious involvement and U.S Adult mortality. *Demography*. 1999, 36:272-285

ICN (International Council of Nurses) (2008). *.TB Guidelines for Nurses in the care and control of tuberculosis and multi drug resistant tuberculosis.2nd* . Switzerland: ICN (international Council of Nursing),

- Jaarsma.T, Halfens.R, Saad.H.H,Gorgels.T,Ree.JV, and Stappers.J (1999). Effects of education and support on self care and resource utilization in patients with heart failure. *European heart journal*, 20,673-82. <http://www.idealibrary.com>
- Jaarsma, T. (2000). Self care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Cardiac Care Heart and Lung Journal*, 29(5).
- Johnson.K,Elbert-Avila.K, and Tulsy.J (2005). The influence of spiritual belief and practice on the treatment preferences of African Americans : A.review of literature. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53,711-719.
- Jilian Inouye, L. F. (2001). The Effectiveness of Self Management Training for Individuals with HIV/ AIDS : Model Individualized self - management training. *Journal of The association of Nurses in AIDS Care* , 71 - 82.
- Joanne e Jordan, A. M. (2008). Enhancing patient in chronic disease self management in Australia: the need for An integrated approach. 189(10).
- Jordan, Joanne E., Briggs, Andrew M., Brand, Caroline A., dan Osborne, Richard H. (2008). *Enhancing patient in chronic disease self management in Australia: the need for An integrated approach*. 189 (10).
- Julia, G.B. (1995). *Nursing Theories : the base professional nursing practice*. 4th edition. Connecticut : Appleton & Lange.
- Kementrian Kesehara Indonesia (KEMENKES) (2011). *Stop TB, Terobosan menuju Akses Universal Strategi Nasional Pengendalian TB di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral pengendalian penyakit dan penyehatan Lingkungan.
- Kendal E, Catalano T, Kuipers P, Posner N, Buys N, and Charker J. (2007). Recovery following Stroke: The Role or Self Management Education. *Social Science and Medicine* 64; 735-46.
- Koenig, H.G., Larson, D.B. dan Larson, S.S. (2001). *Religion and Coping with Serious Medical Illness*. Durham Department of Psychiatry, Duke University Medical Center, United States
- Koenig GH. (2004). Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice.*Southern Medical Association* 97; 1194-200.
- Kubina N, and Kelly J. (2007) *Navigating self-management: a practical approach to implementation for Australian health care agencies*. Melbourne: Whitehorse Division of General Practice;

- Lorig.K,Holman.H,Sobel.D,Laurent.D,Gonzaler.V,and Minor.M (2006) *Living a healthy life with chronic condition. Self management of heart diseases ,arthritis, diabetes,asthma, bronchitis, emphysema and others*. United State: Bull publishing company.
- Lawn, S. dan Schoo, A. (2010). Supporting Self-Management of chronic health conditions: Common Approaches. *Journal of patient education and counseling* 80: 205 – 211
- Lazarus, R.S.,(1993) From PsychologicalStress To The Emotions a" History ofChanging Outlooks".*Journal of Annual Review Psychology*. 44: 1 - 21
- Learman, L. A. (1998). Helping your patients improve their health: a primer on behavior change for obtetrian and gynecologists. 5(3).
- Lindner H, MenziesD, Kelly J, Taylor S, and Shearer M. (2003) Coaching for behavior change in chronic disease: a reviewof the literature and the implications for coaching as a self-management intervention. *Aust J Prim Health* 9:177–85.
- Murphy.P.E, Fitchett.G, and Canada,A.L(2008) *Adult spirituality for person with chronic illness*. Pennsylvania: Templeton foundation press.
- Mackenzie SC, Poulin AP, and Seidman-Carlson R. (2006). A Brief Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention for Nurses and Nurses Aids. *Applied Nursing Research* 19; 105-109.
- Madeline, M.L. (1991). *Culture Care Diversity and Universality : a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
- Marra, C.A., Marra, F., Cox, V.C., Palepu, A., dan Fitzgerald, J.M. (2004). Factors Influencing Quality of Life in Patients with active tuberculosis. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2 : 58
- McLaughlin-Renpenning, K., & Taylor, S. G. (2002). *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer.
- Moleong LJ. (2002) *Metodologi Penelitian Kualitatif* .Bandung :Remaja Rosdakarya
- Montgomery, B. A. (2005). *Holistic Nursing Practice*. In K. L. Montgomery, *Holistic nursing : a handbook for practice*. canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Moroz, S. M. (2007, June). Improving Chronic Illness Care: The Chronic Care Model. *Current Issues in Cardiac Rehabilitation and Prevention*, 15(1), 2-4.
- Mueller SP, Plevak JD, and Rummans AT. (2001). Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. *Mayo Clinic Proc*. 76:1225-1235.

- Muniyandi, R., Rajeswari, R., Balasubramanian, R., Nirupa, C., Gopi, P.G., Jaggarajamma, K., Sheela, F., dan Narayanan, P.R. (2007). Evaluation of Post-treatment Health-related Quality of Life (HRQoL) Among Tuberculosis Patients. *India : International journal tuberculosis diseases* 11(8) : 887-892
- Nugroho, R.A. (2011). Studi kualitatif faktor yang melatarbelakangi drop out pengobatan tuberkulosis paru. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*: 83 – 90.
- Naga, S S. (2012). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jogjakarta: Diva Press.
- Na Guo, F. M. (2009). *Measuring health related quality of life in tuberculosis: a systematic review*. 7(14).
- New South Wales Department of Health, (2008). *Chronic Disease Self Management Support*. North Sydney: New South Wales Department of Health.
- Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- Odgen, C. L. (2004). Tuberculosis control in resource - poor countries: have we reached the limits of the universal paradigm? *Journal of tropical medicine and international Health* , 833 - 841.
- Orem, S. G. (2001). *nursing: concept of practice*. Michigan: Mosby.
- Paixao, L.M.M., dan Gontijo, E.D. (2007). Profile of Notified Tuberculosis Cases And Factors Associated With Treatment Dropout. *Rev Saude Publica* : 41 (2)
- Patricia A potter, A. G. (2006). *buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Pill R, Rees ME, Stott NCH, Rollnick SR. (1999) Can nurses let go? Issues arising from an intervention designed to improve patients' involvement in their own care. *Journal of Advance Nurse* 29:1492–9.
- Piper, S. (2010) Patient empowerment: Emancipatory or technological practice? *Journal of Patient Education and Counseling*. 79 (32): 173 – 177
- Powel.L.H, Calvin.J.E, Richardson.D, Janssen.I, Mendesdeleon.C.F, Flynn.K.J, Rucker-Whitaker.C.S, Eaton.C, Ayery.E. self management counseling in patients with heart failure. *America medical association.JAMA*, no.12 vol:304. Jama.ama-assn.org.
- Powell, L.H., Shahabi, L. dan Thoresen, C.E. (2003). Religion and Spirituality. *American Psychological Association*
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Philips, Michael R., dan Rahman, A. (2007). No Health Without Mental Health. *Journal of Global Mental Health*. 370: 859 – 877

- Purwanto, E., Hisyam, B., dan Dewi, Fatwa Sari Tetra. 2002. Perilaku Menelan Obat pada Penderita Tuberkulosis Paru yang Putus Obat di Kabupaten Kendal. *Berita Kedokteran Masyarakat*: Jogjakarta
- Rachmawati, T., dan Turniani. (2006) Pengaruh Dukungan Sosial dan Pengetahuan Tentang Penyakit TB Terhadap Motivasi Untuk Sembuh Penderita Tuberkulosis Paru yang Berobat di Puskesmas. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 9 (3) : 134 – 141
- Richard.A.A,Shea.K (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*. 43 (3): 255-264
- Rajeswari,R.Muniyandi,M.Balasubramanian,R.Narayanan,P,R. (2005) Perceptions of tuberculosis patients about their physical,mental and sosial wellbeing: a field report from south India. *Social science & medicine* 60.1845-1853.elsevier.India.
- Regan-Smith M, Hirschmann K, Iobst W, Battersb MW. (2006) Teaching residents chronic disease management using the Flinders Model.*J Cancer Educ* 21:60–2.
- Rice, V. H. (2000). *Handbook of Stress, Coping and Health: Implication for Nursing Reaserch Theory and Practice*. California : Sage Publication.
- Rieg, L. C. (2000). *Information retrieval of self care and aelf care agents using netwellness, a consumer health information network*. University of Cincinnati.
- Riegel, B. (2008). Self Care of Heart Failure: What is The State of The Science. *Journal of Cardiovascular Nursing*. Vol. 23, No.3 Pp 187-189
- Rijken M, Jones M, Heijmans M, Dixon A (2008) *Supporting self-management*. In: Nolte E, McKee M, editors. *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press/McGraw Hill.
- Rintiswati, N., Mahendradhata, Y., Suharna., Susilawati., Purwanta., Subronto, Y., Varkevisser, CM., dan Werf, MJ.V.D. (2009). Journeys to tuberculosis treatment: a qualitative study of patients, families and communities in Jogjakarta, Indonesia. *BMC Public Health*. 9 : 158 Pp 1-10
- Sakti,H.(2011).*EfektifitasPsikoterapi Transpersonal dan Ketrampilan Konseling Interaktif Terhadap Ketaatan Minum Obat dan Kadar Interferon Gamma (IFN- γ) Penderita Tuberkulosis*. Program Doktor.Universitas Gajah Mada. (Unpublished Thesis).
- Salbiah. (2006). Konsep Holistik dalam Keperawatan Melalui Adaptasi Roy. *Jurnal Keperawatan Rufaidah Sumatera Utara*. 2:34 - 38.
- Sally E. Thorne, S. R. (2004). The Context of Health Care Communication in Chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 229 306.

- Schomcit, H. (2009). Self-care deficit nursing theory in research and practice in Thailand. *Self Care Dependent Care and Nursing Journal*. 17: 16 - 20.
- Schreurs, K.M.G., Colland, V.T., Kuijer, R.G., Ridder, D.T.D.d., dan Elderen, T.V. (2002). Development, Content, and Process Evaluation of a Short Self-Management Intervention in Patients with Chronic Diseases Requiring Self-Care Behaviours. *Elsevier. Patient Education and Counseling*. 51 : 133-141. www.elsevier.com/locate/pateducou.
- Selye, H. (1950). Stress and The General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*. (17): 1386 – 1392
- Sholeh, Mohamad (2012) *Terapi shalat tahajud menyembuhkan berbagai penyakit*. Bandung: Noura Books. ISBN:978-602-9498-02-8.
- Sidani, Souraya. (2011) *Nursing outcomes : the state of th Science*. [ed.] Diane M. Doran. 2. USA : Jones & bartlett learning. 978-0-7637-8325-9.
- Sjattar, E.L. (2012). *Model Integrasi Self Care dan Family Centered Nursing: Studi Kasus Perawatan TB di Makasar*. Pustaka Timur: Jogjakarta.
- Smucker, C.J. (1998) Nursing, Healing and Spirituality. *Journal of Complementary Therapy in Nursing and Midwifery*. 4 : 95 – 97
- Standford Patient Education Research Center. (2007). *Chronic Disease self – Management Program Questionnaire Code Book*. Standford United States of America: University School of Medicine. <http://patienteducation.stanford.edu> Pp 1 – 14
- Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J. (1995). *Principle and Practice in Psychiatric Nursing*. United States: Mosby pp 21
- Supardi, S & Notosiswoyo, M. (2005). Pengobatan Sendiri Sakit Kepala, Demam, Batuk, dan Pilek pada Masyarakat di Desa Ciwalen, Kecamatan Warung kondang, Kabupaten Cianjur, Jawa Barat. *Majalah Ilmu Kefarmasian II* (3): 134 – 144.
- Turner, J. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *West Journal of Medicine*. 172 (2) : 124 – 128
- USAID Government. 2007. Behavioral Barriers in Tuberculosis Control: A literature review (Silbio Waisbord). *Report Project for Educational Development*. http://pdf.USAID.gov/pdf_docs/pnad&406.pdf
- Wagner, E.H. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6): 64-78.

Wanchai, A., Armer, J.M., dan Stewart, B.R. (2010) "Self care Agency using complementary and Alternative Medicine (CAM) Among breast cancer Survivor." *Journal of self care dependent care & Nursing*. 18(01) : 8 – 18

Watkins, R.E., dan Plant, A.J. (2004). Pathways to Treatment For Tuberculosis In Bali: Patient Perspectives. *Qualitative Health Reasearc*. Vol. 14 No.5 : 691-703

Watkins, R.E., Feeney, K.T., Bakar , Abu. O., Plant, A.J (2006). Joining the DOTS in Bali: Private Practitioners' Perceptions of Tuberculosis Control. *Int J Tuberc Lung Dis* 10.

Wilson.D.R.(2010) stress management for adult survivors of childhood sexual abuse: Holistic inquiry. *Western journal of Nursing research*, 32(1) 103-127. <http://wjn.sagepub.com.com>

Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences* 2nd Edition. New York: Springer.

Whalen, C. C. (2006). *Failure of Directly Observed Treatment for Tuberculosis: A Call for New Approaches*. (Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, Ohio) Retrieved agustus 27, 2012, from <http://cid.oxfordjournals.org>.

WHO (2011) *Global tuberculosis control*. Switzerland : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 156438 0.

WHO (2003). *Adherence to long therapies: evidence for action*. http://www.who.int/chp/knowledge/publication/adherence_introduction.pdf.

WHO. (2012) *Global tuberculosis control*. Switzerland : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2012. ISBN 978 92 4 156450 2.

Williams.V and Kaur,H. (2012) The psychosocial problem of pulmonary tuberculosis patients undergoing DOTS. In selected of Jalandhar district Punjab. *journal of pharmacy and biologic sciences*. ISSN:2278-3008 volume 1, , pp 44-49.

Wouk, H. (2010). *Tuberculosis*. New York; Marshall Cavendish.

Yaowart Matchim, J. M. (2008). A Qualitative study of participants' Perception of the effect of mindfulness meditation practice on self - care and overall well being . *Journal of Self Care dependent care Nursing*.

Yosep,I (2007). *Keperawatan Jiwa*. Bandung: Aditama. ISSN:979-1073-88-0

Zainuddin, M. (1998) *Metodologi Penelitian*. Surabaya: Impress.

Zainuddin, A,Faiz. 2009. *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) for Healing + Succes + Happiness + Greatness*. Jakarta :Afzan Publishing