

2017



Departemen Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro

Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp., M.Sc.



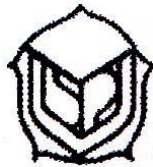
Peningkatan Kemampuan Pasien dalam Merawat Diri sebagai Hasil Pelayanan Keperawatan

[Self care is taking care of your mind and thought, physical health and body, emotion, spiritual of health, is increasing your own well being through self care behavior]

Peningkatan Kemampuan Pasien dalam Merawat Diri sebagai Hasil Pelayanan Keperawatan

Dr. Meidiana Dwidiyanti, S.Kp., M.Sc
Editor: Ns. Diyan Yuli Wijayanti, S.Kep., M.Kep.

Katalog dalam Terbitan



Diterbitkan oleh :
UNDIP PRESS
Semarang

ISBN : 978-979-097-443-2

Cetakan Pertama : Februari 2017

© 2017

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang, dilarang memperbanyak, menyalin, merekam sebagian atau seluruh bagian buku ini dalam bahan atau bentuk apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada alloh SWT atas segala rahmat dan karunaNya sehingga bisa menyelesaikan modul tentang peningkatan kemampuan pasien dalam merawat diri sebagai hasil pelayanan keperawatan.

Penyusunan modul ini bertujuan untuk dipakai acuan dalam mengitintervensi pasien, mendukung, dan melakukan pedidikan kesehatan sehingga meningkatkan kemandirian pasien.

Ucapan terima kasih untuk semua pihak yang ikut berkontribusi dalam penyusunan pedoman kerja ini. Semoga modul ini bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan dan pihak terkait.

Semarang, Pebruari 2017

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN HAK CIPTA	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
Pendahuluan	1
Manajemen Diri	
A. Dasar Teori untuk Melakukan Manajemen Diri	5
1. <i>Rational Choice theory</i>	5
2. <i>Theory of planned behavior</i>	5
a. <i>Self regulation model</i>	6
b. <i>Trans-theoretical of change</i>	6
c. <i>Social cognitive or social learning theory</i>	6
d. <i>Self determination theory</i>	7
e. Stres dan koping	7
B. Konsep Manajemen Diri pada Pasien dengan Penyakit Kronis	11
1. Fase pertama	13
2. Fase kedua	13
3. Fase ketiga	13
Konsep Perawatan Diri	31
A. Terapi perawatan diri	31
B. Kebutuhan umum perawatan diri.	33
C. Teori defisit perawatan diri	33
D. Cara Mengukur Perawatan Diri	48
E. Kartu Sehat Mandiri pada pasien TB	49
F. Pengembangan model intervensi	51
Simpulan	59
DAFTAR PUSTAKA	v

PENDAHULUAN

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).

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.

MANAJEMEN DIRI

A. 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:

1. 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).

2. 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).

a. 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).

b. 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).

c. 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).

d. 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).

e. 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:

1) Koping fokus pada emosi:

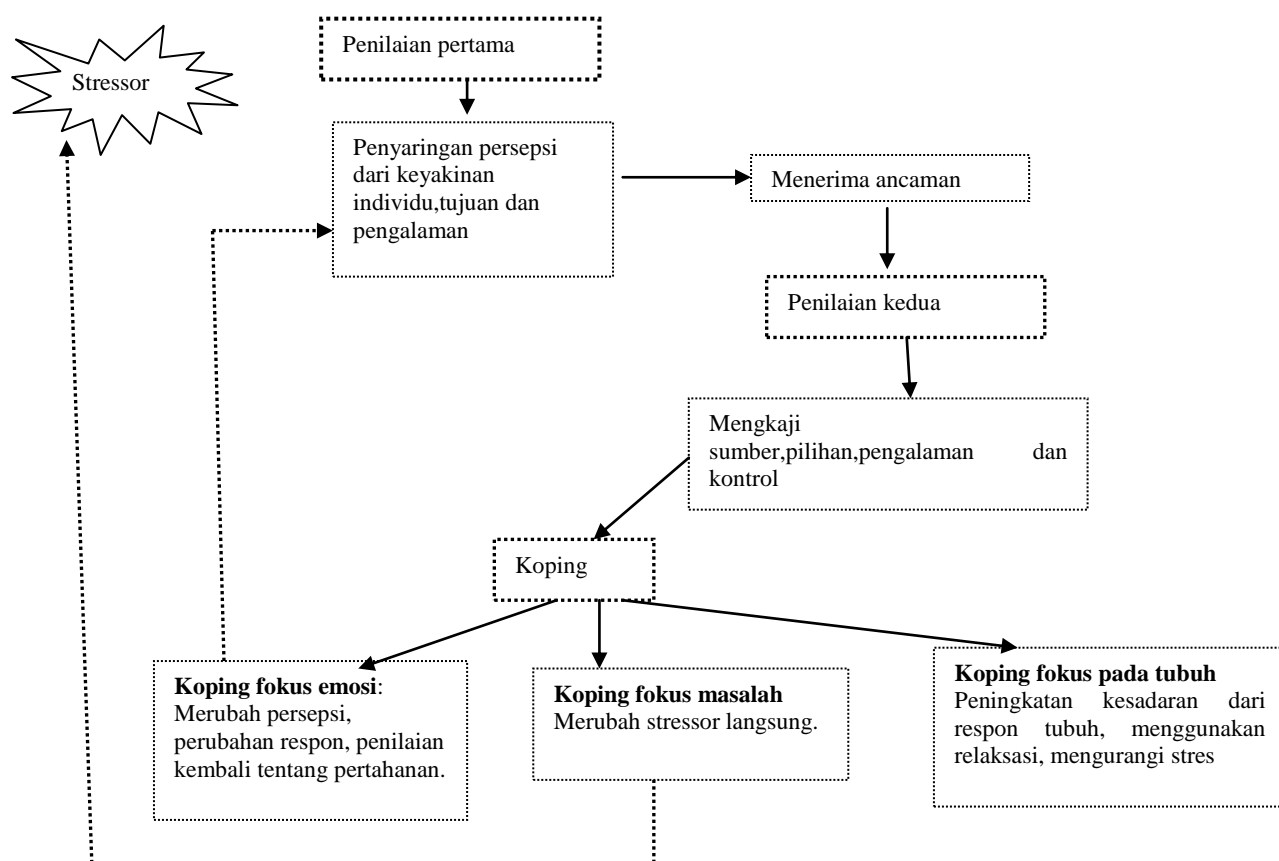
Pasien TB Paru yang mengalami pengobatan lama 6-9 bulan sehingga pasien merasakan stres karena didiagnosa sakit TB paru. Ada 3 tipe koping (Wilson, 2010) Koping fokus pada masalah:

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).

2) 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.

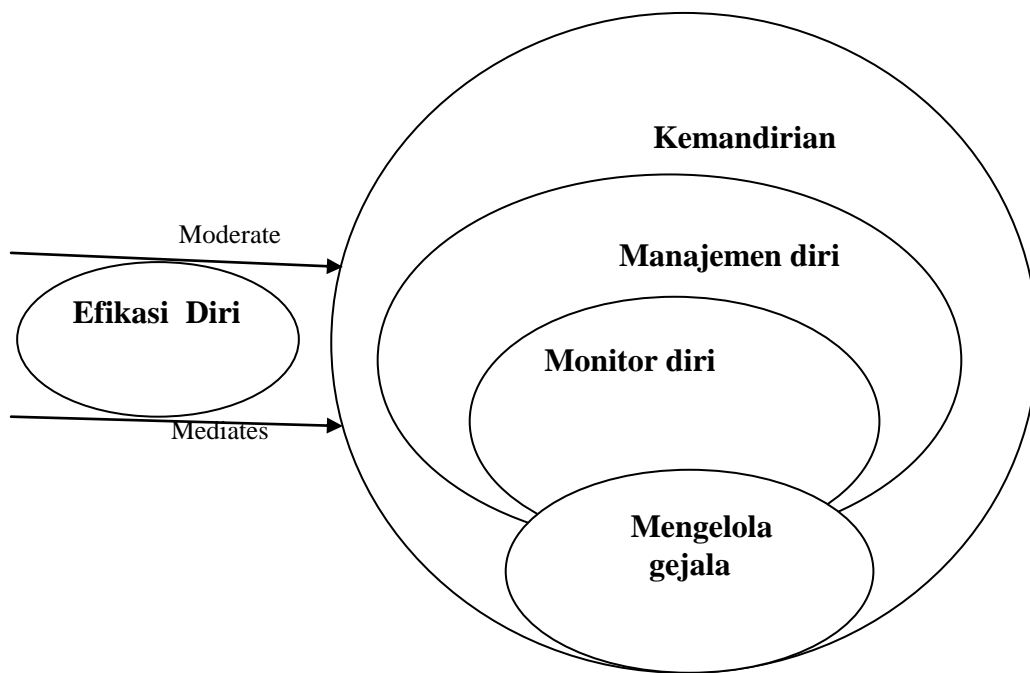
Pada umumnya, penderita yang terserang TB paru adalah golongan masyarakat berpenghasilan rendah. Kebutuhan primer sehari-hari lebih penting daripada pemeliharaan kesehatan. Hal ini dikarenakan kemiskinan dan jauhnya jangkauan pelayanan kesehatan dapat menyebabkan penderita tidak mampu membiayai transportasi 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).

B. 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 di pengaruhi efikasi diri yang di jelaskan 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 :

1. 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.

2. 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.

3. 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 departemen of Health, 2008).

Hasil penelitian Puji (2016) terdapat perbedaan yang bermakna pada perubahan aktifitas anak dengan menggunakan metode 5A. Hal ini menunjukkan bahwa metode 5 A efektif untuk merubah aktifitas anak. Menurut Gardner et all (2015) hasil dari pelaksanaan manajemen metode 5A merupakan cara untuk mengurangi kurangnya aktivitas dengan perubahan perilaku. Manajemen diri merupakan model dalam *cognitive- behavior therapy*. *cognitive- behavior therapy* disarankan untuk mendukung individu untuk berperilaku sehat yang digunakan untuk merubah pengetahuan, sikap, motivasi, kepercayaan diri, ketrampilan untuk merubah aktivitas dan dukungan sosial untuk merubah perilakunya (Alfiyah, 2012).

Fase 5 A meliputi fase asses dengan peneliti menanyakan aktivitas sehari- hari pada anak di rumah setelah sekolah , fase advise dengan peneliti menganjurkan anak untuk aktivitas fisik ringan, sedang , berat dengan memberikan pengertian, tujuan, manfaat aktivitas fisik untuk masa depan, fase agree dengan peneliti mengintervensi respon anak, beberapa anak terdiam dan mengatakan belum mengetahui tentang aktivitas fisik sehingga untuk pertemuan berikut

kembali ke assess, fase assist dengan peneliti melakukan penawaran untuk mendampingi responden dalam membuat jadwal, dan fase arrange yang dilakukan peneliti dengan membuat kolom untuk observasi perubahan aktivitas fisik responden.

Penelitian Dwidiyanti (2014) Pengembangan model intervensi (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazaret and Petticrew, 2008) dengan 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

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:

- 1) Melakukan perawatan tubuh dan mengelola penyakit kronis
- 2) Adaptasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan peran yang di lakukan
- 3) Koping dengan marah, takut, frustrasi 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.

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

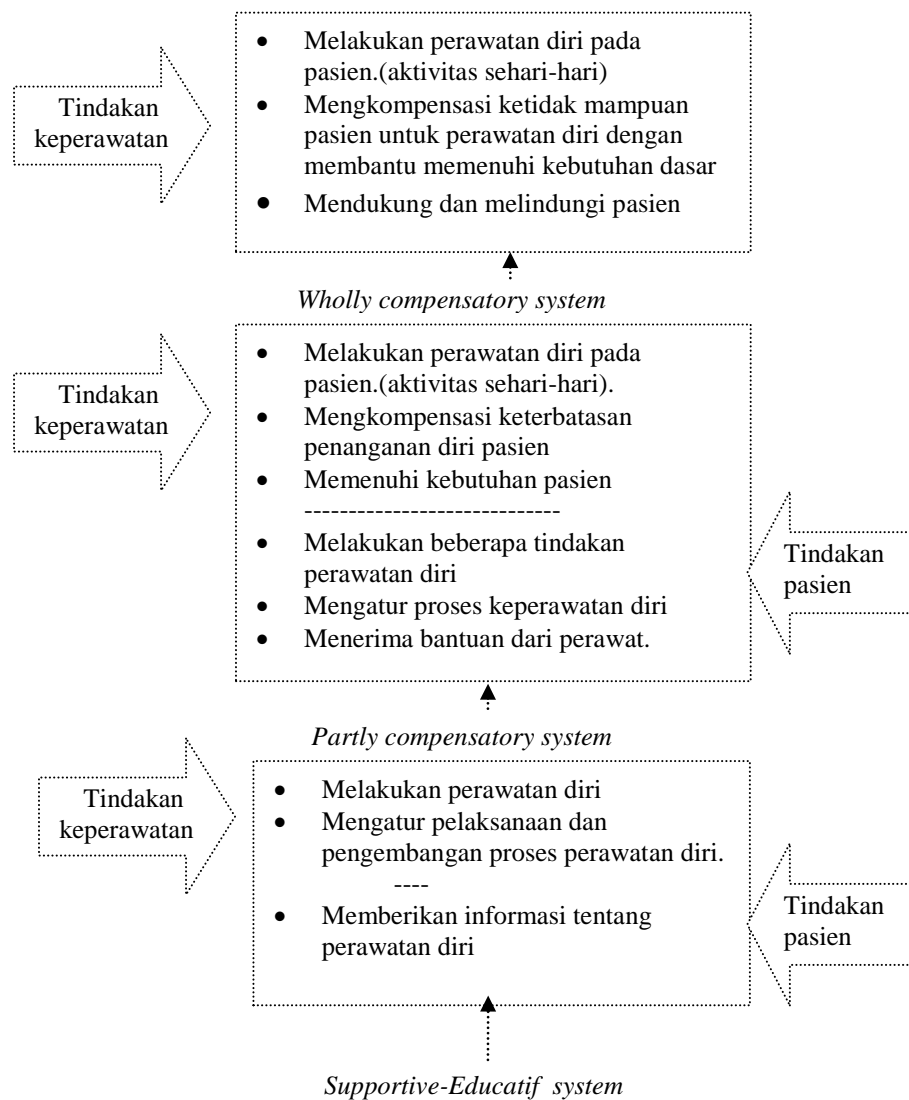
Perawat dapat membantu individu dengan menggunakan metode yang sesuai dalam memberikan bantuan perawatan diri. Perawat harus mengkaji kondisi klien untuk memberikan bantuan dan menentukan metode yang tepat. Orem mendefinisikan 5 area aktivitas praktek keperawatan sebagai berikut :

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 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 :

1. Tujuan yang tidak mungkin tercapai
2. Tugas yang dibuat tidak sama dengan apa yang maksud pasien.
3. Terlalu banyak keinginan yang membuat pasien tidak fokus.

4. Kemandirian pasien harus memperhatikan sumber-sumber yang tersedia.
5. Banyaknya tujuan dan perhatian membuat pasien tidak mampu bertanya karena kurangnya pengetahuan atau situasi.
6. Tidak adanya pengetahuan yang membuat salah keputusan.
7. Pasien tertekan untuk membuat keputusan.
8. Lingkungan yang mendukung untuk pasien mampu refleksi dan 5). konsultasi untuk meningkatkan kemandirian pasien.

Penelitian Noorratri (2016) Ada pengaruh *mindfulness* terhadap peningkatan efikasi dan kemandirian fisik pada pasien TB. *Mindfulness* menyadarkan seseorang di dalam melakukan latihan kemandirian fisik sehari-hari. Latihan yang dilakukan oleh pasien untuk mempertahankan, sehingga pasien akan secara mandiri melakukan kemandirian fisik. Kemandirian fisik pasien tuberkulosis yang meliputi minum obat, tidur, makan, pencegahan penularan, latihan dan penanganan gejala fisik semuanya ditingkatkan dengan *mindfulness*.

Langkah intervensi pemberian intervensi mindfulness dengan mengkaji kemandirian pasien TB, membuat kesepakatan dengan pasien TB berkenaan dengan proses mindfulness, dan melakukan prosedur tindakan mindfulness:

- 1) minum obat agar tidak bosan, memegang obat dengan penuh keyakinan dan kesadaran, menarik nafas panjang, tahan 2 detik, hembuskan (ulangi 4 kali), obat ini menyembuhkan saya, saya akan meminumnya dengan senang hati, obat ini membuat saya sehat, setelah obat diminum, pasien relaksasi dengan mengatakan saya ikhlas, saya pasrah
- 2) Makan dengan keyakinan dan kesadaran yaitu dengan makanan ini akan menguatkan dan menyehatkan badan saya untuk melawan penyakit, makanan ini enak, saya senang, saya sehat, makan dengan keyakinan dan kesadaran,
- 3) latihan tidur rileks dengan memosisikan tidur rileks , tarik nafas, merasakan aliran darah dari kepala sampai kaki, membayangkan aliran darah lancar dan normal sambil berzikir, berdoa semoga penyakit saya cepat sembuh sambil berdzikir
- 4) mengatasi keluhan fisik dengan tarik nafas panjang, tahan hembuskan. Pegang bagian yang sakit, rasakan aliran darah mengalir ke bagian yang sakit, tarik nafas, relaksasi sambil dzikir/doa, dan
- 5). Latihan dengan latihan nafas panjang, tangan ditarik keatas, samping dan

depan sambil mengatur nafas, dilakukan dengan penuh keyakinan dan kesadaran “badan saya sehat”.

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 berbagai 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

1. Melakukan perawatan tubuh dan mengelola penyakit kronis
2. Adaptasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan peran yang di lakukan
3. 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 diit, 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.

D. Cara Mengukur Perawatan Diri

Pasien kronik mempunyai banyak pilihan dalam menerapkan kesehatan diperlukan dalam perawatan. Pasien penyakit kronis harus sering mengikuti dengan lengkap perlakuan, memonitor kondisi, merubah gaya hidup, dan memamparkan tentang keperluan dalam perawatan professional dan dipegang dalam masalah yang dimiliki. Fungsi efektif dalam peran manajemen diri, ketika hidup dengan penyakit kronik, tingkat tinggi pengetahuan, ketrampilan dan kepercayaan.

Dukungan pasien dalam peran management diri merupakan elemen penting dari perawatan penyakit kronis kualitas tinggi. Seperti segi kualitas lainnya kemampuan dalam mengukur merupakan prasyarat untuk perbaikan. Institusi saran terbaru berisi tentang petunjuk baru dalam kualitas yang konsisten dengan menggunakan PAM (Patient Activation Measure). 4 langkah dalam level aktivitas:

1. Percaya peran aktif penting
2. Kepercayaan dan ketrampilan dalam lakukan aktivitas
3. Melakukan aktivitas
4. Tetap mempertahankan kemampuan untuk perawatan diri.

E. Kartu Sehat Mandiri pada pasien TB

Cara membuat kartu sehat mandiri :

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 Lorig, 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 operasinal 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.

F. 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

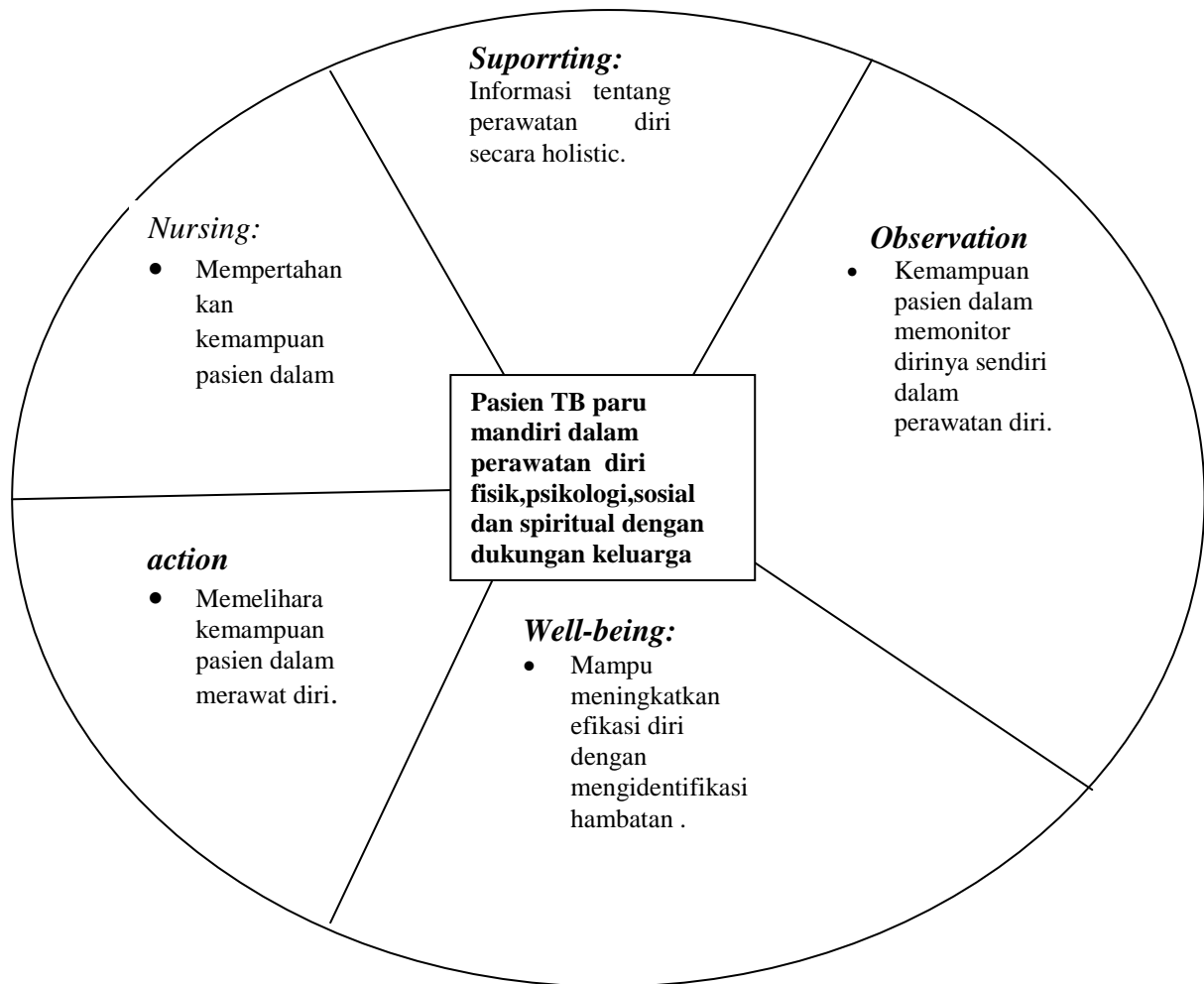
sehingga pasien mampu melakukan perawatan diri adalah, ketrampilan dalam mengelola keluhan, teknik nafas dalam, relaksasi dan mengelola stres, nutrisi, latihan/olah raga dan pengobatan. Sebagai sumber teori yang dipakai peneliti yaitu tentang teori manajemen diri dan perawatan diri dan perbedaannya dengan 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 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, Obsevation, 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

Indikasi penerapan	Tindakan perawat	Pasien	Media
<p>Pasien memahami cara pengobatan secara holistik. Unsur: <i>supporting</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi tentang perawatan diri: <ol style="list-style-type: none"> 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. Kegiatan social l. Berdoa teratur. 2. Memberikan booklet 3. Memaparkan lembar balik. 4. Diskusi tentang perawatan diri. 	<p>Bisa menjawab pertanyaan tentang cara merawat diri.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Booklet • Lembar balik • Panduan pasien. • Kartu sehat mandiri.
<p>Pasien mengidentifikasi masalah fisik, psikologi, sosial, dan spiritual yang dialami. Unsur: <i>observation/ monitoring diri</i></p>	<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.
<p>Pasien mampu mengidentifikasi hambatan yang dialami, dalam meningkatkan efikasi diri. Unsur: <i>well-being</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mengurangi hambatan untuk meningkatkan efikasi diri. • Memfasilitasi untuk mengurangi hambatan. • Melibatkan keluarga dalam menyelesaikan hambatan. 	<p>Mampu mengidentifikasi hambatan dan cara mengatasinya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri. • Simulasi.
<p>Pasien dapat melakukan cara-cara perawatan diri. Unsur: <i>Action dan supporting</i></p>	<p>Konseling untuk menjaga kemampuan pasien dalam merawat diri.</p>	<p>Pasien melakukan kesepakatan untuk telpon dan datang ke rumah bila diperlukan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri. • Panduan pasien.

Indikasi penerapan	Tindakan perawat	Pasien	Media
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
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.	Mempertahakan kemampuan merawat diri	<ul style="list-style-type: none"> • Kartu sehat mandiri

SIMPULAN

1. Pelayanan keperawatan memerlukan hasil yang jelas. Self care (perawatan diri) merupakan salah satu hasil dari pelayanan keperawatan.
2. Pasien-pasien dengan penyakit kronis mempunyai masalah berkaitan dengan stress karena penyakitnya, antara lain:
 - a. Ketidapatuhan terhadap program pengobatan
 - b. Ketidakmampuan mengontrol emosi, dan
 - c. Ketidakmampuan mengatur kehidupan sehari-hari.Sehingga memerlukan kemampuan untuk memajemen diri dalam mengelola penyakitnya.
3. Manajemen diri terdiri dari : monitoring diri, manajemen komplain dan self care.

DAFTAR PUSTAKA

1. Bandura. <http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html> Last edited 29 (2008) (accessed 24 januari 2013).
2. Barlow, J. (2002). Self Management approach for people with chronic condition: a review. *Journal of Patient Education and Counseling*. (48): 177 – 187.
3. 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).
4. 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.
5. Balaga (2012) , PA. self efficacy and self care management outcome of chronic Renal Failure patients, *Asian jurnal of health*, vol 2.
6. Bec-Deva, M. (2010). Expanding Our Nightingale Horizon. *Seven Recommendations for*, 28(4)(2010): 317-326.
7. Bourbeau, M.D, Julien M ,Maltais. F, Rouleau. M., Beupre, 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.
8. BKPM Semarang (2012) BPKM Semarang .*profile BKPM kota semarang*. Pati : BKPM Semarang
9. BKPM Pati (2011). BPKM Pati. *profile BKPM wilayah Pati*. Pati : BKPM Pati,
10. Bulechek, G. M. (2000). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. St. Louis Missouri: Mosby, Inc.,
11. 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
12. 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
13. 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.
14. Canadian Nurse Association. (2002) *Supporting Self-Care: A Shared Initiative – 1999-2002*. Ottawa.
15. Carver C S (2011) Coping , In Contrada R and Baum A editor *The Handbook of stress Science,biology, psychology, and Health*, Springer Publishing Company.
16. 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 jurnal tuberculocis lung diseases*. 11(3) : 289-292.

17. Clark,Carolyn C (2003) *Common chronic condition self care options to Complement your doctor's advice*. John Wiley & Sons, Inc,Hoboken,New Jersey.
18. 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.
19. 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>.
20. Colagiuri, S. (2009). *Self Monitoring of Blood glucose in Non-Insulin Treated Type 2 Diabetes*. Belgium: international Diabetes Federation.
21. Departemen Kesehatan (2008). *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*. Jakarta : Depkes RI.
22. Departemen Kesehatan (2007). *Pedoman Penyakit tuberkulosis dan penanggulangannya*. Jakarta: Dep Kes RI.
23. Departemen Kesehatan Indonesia. (2008). *Pedoman nasional penanggulangan tuberkulosis*. Jakarta : Depkes RI.
24. Departemen Kesehatan R.I (2007). *Pedoman Penyakit tuberkulosis dan penanggulangannya*. Jakarta: Depkes RI.
25. Department of Health. (2008). *Chronic Disease Self Management Support*. North Sydney: NSW Department of Health. .
26. DiMetteo.R.M (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A Meta-analysis, *Health psychology*, 23 (2) 207-18.
27. Doran, D.M. (2011). *Nursing Outcomes, the State of The science*. Canada: Jones & Bartlett Learning.
28. Dossey, B. M. (1997). *Therapeutic Communication Helping Model*. In A. H. Association, *Core Curriculum for Holistic Section*. United States of America: Aspen
29. 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.
30. Orem, D. (2001). *nursing: concept of practice*. Michigan: Mosby.
31. Elo and Kyngas (2008) *The Qualitative content analysis process*, *JAN Research methodology*, Finland: Blackweel Publising ltd.
32. Edgeworth, R. (2010). *Self Care for health in Rural Bangladesh*. (Unpublished Thesis) *Doctor of Philosophy*. Newcastle: Universitas Northumbria.
33. 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.
34. Edward H. Wagner, B. T. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6), 64-78.
35. 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.

36. 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).
37. Hadju, V., Dachlan, D., Bahar, M., dan Jafar, N. (2003). *Penanggulangan penyakit tuberkulosis oleh perawat*, Makasar: Hasanuddin University Press.
38. Hanucharurnkul, S. (2009). self- care defisit nursing theory in research and practice in Thailand. *Self Care Dependent Care and Nursing Journal*, 17, 16 - 20.
39. Hatthakit, U. (2012) Development and implementation of holistic nursing in Thailand. *Java International Confrence: Indonesia*. Pp 14 – 22
40. Hawari, D. (2001). *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta : Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
41. Hidayat, A. A. (2007) *Metode penelitian keperawatan dan teknik analisis data*. Jakarta: Salemba Medika.
42. Hummer RA, Rogers RG, Nam CB, Ellison CG: Religious involvement and U.S Adult mortality. *Demography*. 1999, 36:272-285
43. 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),
44. 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>
45. 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).
46. Johnson.K,Elbert-Avila.K, and Tulsy.J (2005). The influence of spiritual belief and practice on the traetment preferences of African Americans : A.review of literature. *Journal of the American Geriatrics Sociaty*, 53,711-719.
47. 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.
48. Joanne e Jordan, A. M. (2008). Enhancing patient in chronic disease self management in Australia: the need for An integrated approch. 189(10).
49. 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 approch*. 189 (10).
50. Julia, G.B. (1995). *Nursing Theories : the base professional nursing practice*. 4th edition. Connecticut : Appleton & Lange.
51. 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.
52. 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.

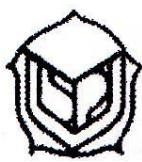
53. Koenig, H.G., Larson, D.B. dan Larson, S.S. (2001). *Religion and Coping with Serious Medical Illness*. Durham Department of Psychiatry, Duke University Medical Center, United States
54. Koenig GH. (2004). Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice. *Southern Medical Association* 97; 1194-200.
55. 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;
56. Lorig.K,Holman.H,Sobel.D,Laurent.D,Gonzalez.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.
57. Lawn, S. dan Schoo, A. (2010). Supporting Self-Management of chronic health conditions: Common Approaches. *Journal of patient education and counseling* 80: 205 – 211
58. Lazarus, R.S.,(1993) From Psychological Stress To The Emotions a" History of Changing Outlooks". *Journal of Annual Review Psychology*. 44: 1 – 21
59. Learman, L. A. (1998). Helping your patients improve their health: a primer on behavior change for obstetrician and gynecologists. 5(3).
60. Lindner H, MenziesD, Kelly J, Taylor S, and Shearer M. (2003) Coaching for behavior change in chronic disease: a review of the literature and the implications for coaching as a self-management intervention. *Aust J Prim Health* 9:177–85.
61. Murphy.P.E, Fitchett.G, and Canada,A.L(2008) *Adult spirituality for person with chronic illness*. Pennsylvania: Templeton foundation press.
62. 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.
63. Madeline, M.L. (1991). *Culture Care Diversity and Universality : a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press.
64. 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
65. McLaughlin-Renpenning, K., & Taylor, S. G. (2002). *Self-care theory in nursing: Selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer
66. Moleong LJ. (2002) *Metodologi Penelitian Kualitatif* .Bandung :Remaja Rosdakarya
67. Montgomery, B. A. (2005). *Holistic Nursing Practice*. In K. L. Montgomery, *Holistic nursing : a handbook for practice*. Canada: Jones and Bartlett Publishers.
68. Moroz, S. M. (2007, June). Improving Chronic Illness Care: The Chronic Care Model. *Current Issues in Cardiac Rehabilitation and Prevention*, 15(1), 2-4.
69. Mueller SP, Plevak JD, and Rummans AT. (2001). Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. *Mayo Clinic Proc*. 76:1225-1235.

70. 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
71. Nugroho, R.A. (2011). Studi kualitatif faktor yang melatarbelakangi drop out pengobatan tuberkolusis paru. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*: 83 – 90.
72. Naga, S S. (2012). *Buku Panduan Lengkap Ilmu Penyakit Dalam*. Jogjakarta: Diva Press.
73. Na Guo, F. M. (2009). *Measuring health related quality of life in tuberculosis: a systematic review*. 7(14).
74. New South Wales Department of Health, (2008). *Chronic Disease Self Management Support*. North Sydney: New South Wales Department of Health.
75. Nursalam. (2008). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
76. 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.
77. Orem, S. G. (2001). *nursing: concept of practice*. Michigan: Mosby.
78. 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)
79. Patricia A potter, A. G. (2006). *buku ajar fundamental keperawatan: konsep, proses dan praktik*. Jakarta: EGC.
80. 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.
81. Piper, S. (2010) Patient empowerment: Emancipatory or technological practice? *Journal of Patient Education and Counseling*. 79 (32): 173 – 177
82. 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.
83. Powell, L.H., Shahabi, L. dan Thoresen, C.E. (2003). Religion and Spirituality. *American Psychological Association*
84. 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
85. Purwanto, E., Hisyam, B., dan Dewi, Fatwa Sari Tetra. 2002. Perilaku Menelan Obat pada Penderita Tuberkolusis Paru yang Putus Obat di Kabupaten Kendal. *Berita Kedokteran Masyarakat*: Jogjakarta.
86. Rachmawati, T., dan Turniani. (2006) Pengaruh Dukungan Sosial dan Pengetahuan Tentang Penyakit TB Terhadap Motivasi Untuk Sembuh Penderita Tuberkolusis Paru yang Berobat di Puskesmas. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*. 9 (3) : 134 – 141.
87. Richard.A.A, Shea.K (2011). Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*. 43 (3): 255-264.

88. 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.
89. 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.
90. Rice, V. H. (2000). *Handbook of Stress, Coping and Health: Implication for Nursing Reaserch Theory and Practice*. California : Sage Publication.
91. Rieg, L. C. (2000). *Information retrieval of self care and aelf care agents using netwellness, a consumer health information network*. University of Cincinnati.
92. 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
93. 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.
94. 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
95. Sakti,H.(2011).*EfektifitasPsikoterapi Transpersonal dan Ketrampilan Konseling Interaktif Terhadap Ketaatan Minum Obat dan Kadar Interferon Gamma (IFN- γ) Penderita Tuberkolusis*. Program Doktor.Universitas Gajah Mada. (Unpublished Thesis).
96. Salbiah. (2006). Konsep Holistik dalam Keperawatan Melalui Adaptasi Roy. *Jurnal Keperawatan Rufaidah Sumatera Utara*. 2:34 - 38.
97. Sally E. Thorne, S. R. (2004). The Context of Health Care Communication in Chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 229 306.
98. Schomcit, H. (2009). Self- care defisit nursing theory in research and practice in Thailand. *Self Care Dependent Care and Nursing Journal*. 17: 16 - 20.
99. 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 Patiens with Chronic Diseases Requiring Self-Care Behaviours. *Elseivier. Patient Education and Counseling*. 51 : 133-141.www.elsevier.com/locate/pateducou.
100. Selye, H. (1950). Stress and The General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*. (17): 1386 – 1392
101. Sholeh, Mohamad (2012) *Terapi shalat tahajud menyembuhkan berbagai penyakit*. Bandung: Noura Books. ISBN:978-602-9498-02-8.
102. Sidani, Souraya. (2011) *Nursing outcomes : the state of th Science*. [ed.] Diane M. Doran. 2. USA : Jones & bartlett learning. 978-0-7637-8325-9.
103. Sjattar, E.L. (2012). *Model Integrasi Self Care dan Family Centered Nursing: Studi Kasus Perawatan TB di Makasar*. Pustaka Timur: Jogjakarta.
104. Smucker, C.J. (1998) Nursing, Healing and Spirituality. *Journal of Complementary Therapy in Nursing and Midwifery*. 4 : 95 – 97

105. Standford Patient Education Reasearch 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
106. Stuart, G.W. dan Sundeen, S.J. (1995). *Principle and Practice in Psychiatric Nursing*. United States: Mosby pp 21
107. 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.
108. Turner, J. (2000). Emotional dimensions of chronic disease. *West Journal of Medicine*. 172 (2) : 124 – 128 .
109. 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.
110. Wagner, E.H. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs*, 20(6): 64-78.
111. 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
112. 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
113. 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.
114. 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>
115. Watson, J. (2009). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences* 2nd Edition. New York: Springer.
116. 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>.
117. **WHO** (2011) *Global tuberculosis control*. Switzerland : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 156438 0.
118. WHO (2003). *Adherence to long therapies: evidence for action*. http://www.who.int/chp/knowledge/publication/adherence_introduction.pdf.
119. **WHO**. (2012) *Global tuberculosis control*. Switzerland : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2012. ISBN 978 92 4 156450 2.
120. 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.
121. Wouk, H. (2010). *Tuberculosis*. New York; Marshall Cavendish.

122. 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*.
123. Yosep,I (2007).*Keperawatan Jiwa*. Bandung: Aditama.ISSN:979-1073-88-0
124. Zainuddin, M. (1998) *Metodologi Penelitian*. Surabaya: Impress.
125. Zainuddin, A,Faiz. 2009. *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) for Healing + Succes + Happpiness + Greatness*. Jakarta :Afzan Publishing.



**Penerbit & Percetakan
UNDIP Press
SEMARANG**

ISBN : 978-979-097-443-2