



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN ANTARA EFIKASI DIRI DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS DALAM KONTEKS  
ASUHAN KEPERAWATAN DI RS PARU BATU DAN  
RSU DR. SAIFUL ANWAR MALANG JAWA TIMUR**

**TESIS**

**IKA SETYO RINI  
NPM: 0806483443**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, JULI 2011**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN ANTARA EFIKASI DIRI DENGAN KUALITAS HIDUP  
PASIEN PENYAKIT PARU OBSTRUKTIF KRONIS DALAM KONTEKS  
ASUHAN KEPERAWATAN DI RS PARU BATU DAN  
RSU DR. SAIFUL ANWAR MALANG JAWA TIMUR**

**TESIS**

**Diajukan sebagai prasyarat memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah**

**IKA SETYO RINI  
NPM: 0806483443**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, JULI 2011**

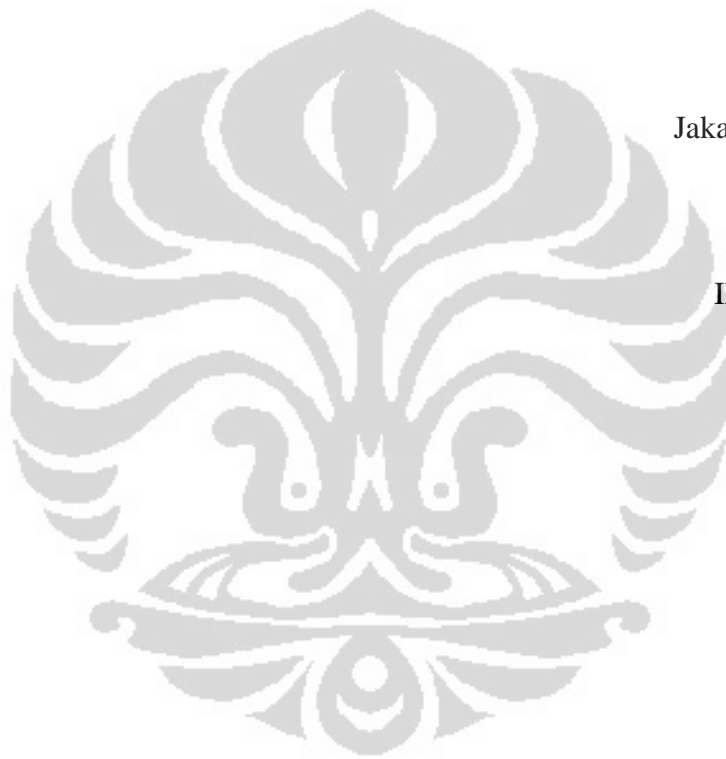
## **SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarisme sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan Plagiarisme, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Jakarta, 13 Juli 2011

Ika Setyo Rini



## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Ika Setyo Rini

NPM : 0806483443

Tanda Tangan :

Tanggal : 13 Juli 2011



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Ika Setyo Rini  
NPM : 0806483443  
Program Studi : Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu  
Keperawatan Universitas Indonesia  
Judul Tesis : Hubungan Antara Efikasi Diri Dengan Kualitas Hidup  
Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis Dalam Konteks  
Asuhan Keperawatan Di RS Paru Batu dan RSU Dr.  
Saiful Anwar Malang Jawa Timur

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc ( )  
Pembimbing II : dr. Luknis Sabri, M. Kes ( )  
Penguji : Lestari Sukmarini, S.Kp., MNS ( )  
Penguji : Sri Purwaningsih, S.Kp., M.Kes ( )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2011

## KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul “Hubungan Antara Efikasi Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur”. Tesis ini dibuat dalam rangka menyelesaikan tugas akhir untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan Kekhususan Medikal Bedah di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan proposal ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, dorongan serta doa dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini peneliti menyampaikan terima kasih yang setulusnya kepada yang terhormat:

1. DR. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc, selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dan arahnya untuk selalu menjadi lebih baik.
2. dr. Luknis Sabri, M. Kes, selaku pembimbing II yang telah memberikan bimbingan, kesabaran dan arahnya untuk selalu menjadi lebih baik.
3. Dewi Irawaty, MA, PhD, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Astuti Yuni Nursasi, S.Kp, MN, selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
5. Lestari Sukmarini, S.Kp., MNS, selaku Pembimbing Akademik yang selalu memberikan semangatnya selama menempuh pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Seluruh dosen dan staf akademik Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia yang telah memfasilitasi dalam penyusunan tesis ini.
7. Dr. Sophiati Sutjahjani, M.Kes, selaku Kepala RS Paru Batu Jawa Timur.
8. Dr. dr. Basuki B. Purnomo, Sp.U, selaku Direktur RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur.
9. Seluruh keluarga dan orang-orang tercinta yang telah memberikan dukungan doa dan material selama saya menempuh program pendidikan FIK UI.

10. Rekan-rekan Program Magister Keperawatan Kekhususan KMB Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, atas semua kekompakan, bantuan, dan kerjasama selama mengikuti pendidikan di FIK UI.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu telah ikut berperan serta dalam penyelesaian penyusunan tesis ini.

Peneliti menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, penulis sangat mengharapkan masukan, saran, kritik yang bersifat membangun.

Semoga Allah SWT memberikan balasan atas semua kebaikan yang telah Bapak/Ibu/Saudara/i berikan dan mudah-mudahan tesis ini dapat bermanfaat bagi upaya peningkatan mutu pelayanan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah.



Depok, 13 Juli 2011

Penulis

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

---

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ika Setyo Rini  
NPM : 0806483443  
Program Studi : Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan  
Kekhususan : Keperawatan Medikal Bedah  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Non Eksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul “Hubungan Antara Efikasi Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur” beserta perangkat yang ada (bila diperlukan).

Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Depok  
Pada tanggal: 13 Juli 2011  
Yang menyatakan

Ika Setyo Rini



## ABSTRAK

Nama : Ika Setyo Rini  
Program Studi : Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia  
Judul Tesis : Hubungan Antara Efikasi Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien  
Penyakit Paru Obstruktif Kronis Dalam Konteks Asuhan  
Keperawatan Di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar  
Malang Jawa Timur

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) adalah suatu kondisi yang *irreversible* dimana terjadi penyempitan saluran udara, peningkatan obstruksi aliran udara dan hilangnya rekoil elastis paru. Efikasi diri yang rendah pada pasien PPOK menyebabkan penurunan kualitas hidup. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup pasien PPOK di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Penelitian ini menggunakan desain analitik korelasi dengan pendekatan *cross-sectional*. Jumlah sampel 84 responden dipilih dengan menggunakan teknik *consecutive sampling*. Hasil analisis menggunakan korelasi *Uji Chi Square* menunjukkan ada hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup ( $P$  Value: 0,022,  $\alpha$ : 0,10). Variabel *confounding* terhadap hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup adalah dukungan keluarga, pekerjaan, status merokok, lama menderita PPOK dan umur. Berdasarkan hal tersebut, perawat perlu melakukan pengkajian, perencanaan dan intervensi efikasi diri dalam meningkatkan kualitas hidup dalam memberikan asuhan keperawatan pada pengelolaan pasien PPOK.

Kata Kunci:  
PPOK, efikasi diri, kualitas hidup

## ABSTRACT

Name : Ika Setyo Rini  
Programe : Post Graduate Nursing Faculty of Nursing University of Indonesia  
Title : The Correlation Between Self Efficacy And Quality of Life Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in The Context Of Nursing Care at Paru Batu Hospital and Saiful Anwar Malang General Hospital East Java

Chronic Obstructive pulmonary Disease (COPD) is an irreversible condition of airway alteration resulted from narrowing of airways, increasing airflow obstruction and loss of lung elastic recoil. Low of self efficacy in patients with COPD causes a decrease in their quality of life. This research aimed to determine the correlation between self efficacy and quality of life among COPD at Paru Batu Hospital and Saiful Anwar Malang General Hospital East Java. The research used the analytic design of correlation with crosssectional methode. The research recruited 84 respondents by consecutive technique sampling. The results showed that there was correlation between self efficacy and quality of life (P value: 0.022,  $\alpha$ :0.10). The confounding variables of the correlation between self efficacy and quality of life were the family support, employment, smoking status, COPD periode and age. Nurses need to conduct assessment, intervention and implementation of self efficacy integrated in nursing care of COPD patients in order to improve quality of life based.

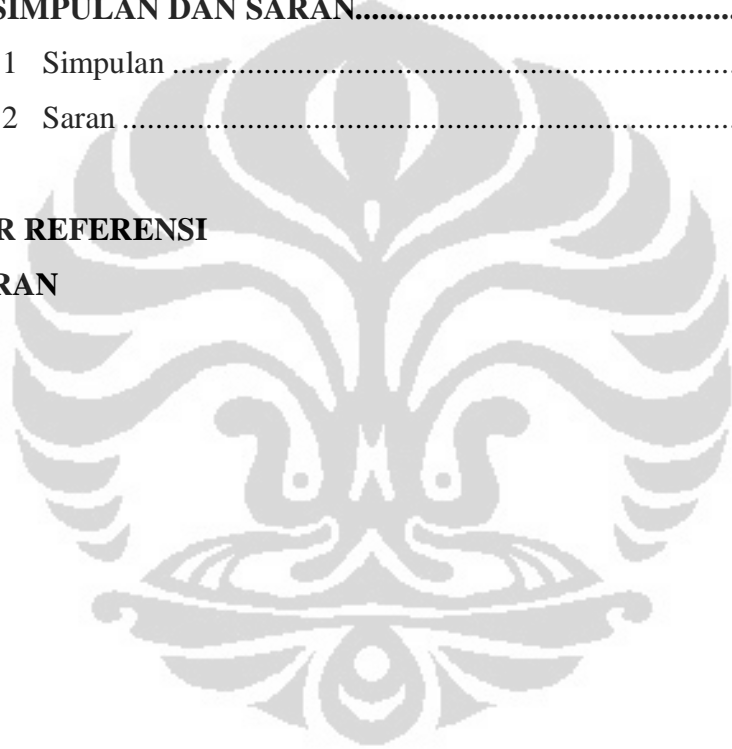
Keyword:  
COPD, self efficacy, quality of life.

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME .....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	vii
ABSTRAK .....	viii
ABSTRACT .....	ix
DAFTAR ISI .....	x
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR SKEMA .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	10
1.3 Tujuan Penelitian.....	11
1.4 Manfaat Penelitian.....	12
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>13</b>
2.1 Penyakit Paru Obstruktif Kronis .....	13
2.1.1 Pengertian PPOK.....	13
2.1.2 Klasifikasi PPOK.....	15
2.1.3 Faktor Risiko PPOK .....	17
2.1.4 Patofisiologi PPOK.....	21
2.1.5 Tanda dan Gejala PPOK.....	22
2.1.6 Komplikasi PPOK .....	25
2.1.7 Penatalaksanaan PPOK .....	27
2.2 Efikasi Diri.....	35
2.2.1 Pengertian Efikasi Diri .....	35
2.2.2 Sumber Efikasi Diri .....	36

2.2.3	Proses Pembentukan Efikasi Diri .....	38
2.2.4	Dimensi Efikasi Diri .....	40
2.2.5	Manfaat Dari Keyakinan Rasa Efikasi Diri.....	41
2.2.6	Perkembangan Efikasi Diri Selama Masa Kehidupan.....	42
2.2.7	Pengaruh Efikasi Diri pada Kualitas Hidup Pasien PPOK .....	44
2.2.8	Perngukuran Efikasi Diri Pada Pasien PPOK .....	45
2.3	Kualitas Hidup .....	46
2.3.1	Pengertian Kualitas Hidup .....	46
2.3.2	Kualitas Hidup Pasien PPOK.....	47
2.3.3	Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup Pasien PPOK....	49
2.3.4	Pengukuran Kualitas Hidup Pasien PPOK.....	52
2.4	Asuhan Keperawatan .....	56
2.4.1	Pengkajian .....	56
2.4.2	Diagnosa Keperawatan .....	57
2.4.3	Intervensi Keperawatan.....	58
2.5	Kerangka Teori.....	65
<b>BAB 3</b>	<b>KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI</b>	
	<b>OPERASIONAL .....</b>	<b>67</b>
3.1	Kerangka Konsep .....	67
3.2	Hipotesis.....	68
3.3	Definisi Operasional.....	69
<b>BAB 4</b>	<b>METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>73</b>
4.1	Desain Penelitian .....	73
4.2	Populasi dan Sampel .....	73
4.3	Tempat Penelitian.....	75
4.4	Waktu Penelitian.....	76
4.5	Etika Penelitian .....	76
4.6	Aplikasi Prinsip Etik Penelitian.....	76
4.7	Alat Pengumpul Data.....	78
4.8	Validitas dan Reliabilitas .....	80
4.9	Prosedur Pengumpul Data.....	85
4.10	Pengolahan dan Analisa Data.....	86

<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>91</b>
5.1 Hasil Analisis Univariat.....	91
5.2 Hasil Analisis Bivariat .....	94
5.3 Hasil Analisis Multivariat .....	98
<b>BAB 6 PEMBAHASAN .....</b>	<b>105</b>
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian.....	105
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	133
6.3 Implikasi Hasil Penelitian .....	134
<b>BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>141</b>
7.1 Simpulan .....	141
7.2 Saran .....	141
<b>DAFTAR REFERENSI</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Klasifikasi Keparahan PPOK Berdasarkan Spirometri .....	15
Tabel 2.2	Klasifikasi Keparahan PPOK Tahapan Penyakit .....	16
Tabel 3.1	Definisi Operasional dan Variabel Penelitian .....	69
Tabel 4.1	Uji Statistik Analisis Bivariat .....	89
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karaktersistik .....	93
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Efikasi Diri, Karaktersistik dan .....	
	Kualitas Hidup .....	95
Tabel 5.3	<i>Full Model</i> Analisis Uji Interaksi.....	99
Tabel 5.4	Tahapan Pengeluaran Variabel Uji Interaksi .....	100
Tabel 5.5	Model Akhir Analisis Uji Interaksi .....	101
Tabel 5.6	Tahapan Pengeluaran Variabel Uji <i>Confounding</i> .....	102
Tabel 5.7	Model Akhir Analisis Uji <i>Confounding</i> .....	103

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 <i>Pursed Lip Breathing Technique</i> .....	33
Gambar 2.2 <i>Diaphragmatic Technique</i> .....	34
Gambar 5.1 Distribusi Responden Menurut Kualitas Hidup .....	91
Gambar 5.2 Distribusi Responden Menurut Efikasi Diri.....	92



## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Pengukuran Kualitas Hidup .....	53
Skema 2.2 Kerangka Teori Penelitian .....	65
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	68





## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 Lembar Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 Lembar Persetujuan Responden
- Lampiran 4 Data Demografi Responden (Kuesioner A)
- Lampiran 5 Kuesioner *The COPD Self Efficacy (CSES)* (Kuesioner B)
- Lampiran 6 Kuesioner *The St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)*  
(Kuesioner C)
- Lampiran 7 Kuesioner *Numerical Rating Scale* Dukungan Keluarga (Kuesioner D)
- Lampiran 8 Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
- Lampiran 9 Permohonan Ijin Penelitian RS Paru Batu Jawa Timur
- Lampiran 10 Permohonan Ijin Penelitian RSU Dr. Saiful Anwar Malang
- Lampiran 11 Izin Melakukan Uji Validitas dan Reabilitas
- Lampiran 12 Izin Penelitian RS Paru Batu Jawa Timur
- Lampiran 13 Izin Penelitian RSU Dr. Saiful Anwar Malang
- Lampiran 14 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian di RS Paru Batu Jawa Timur
- Lampiran 15 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian di RSU Dr. Saiful Anwar Malang
- Lampiran 16 Daftar Riwayat Hidup

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) adalah suatu kondisi yang *irreversible* dimana terjadi penyempitan saluran udara, peningkatan obstruksi aliran udara dan hilangnya rekoil elastis paru. Kondisi tersebut menyebabkan udara terperangkap dan pertukaran gas terganggu sehingga mengakibatkan sindrom dispnue, batuk, produksi dahak meningkat dan *wheezing*. Pada tahap lebih lanjut PPOK mengakibatkan toleransi aktifitas terganggu, kelelahan, kehilangan nafsu makan, kehilangan berat badan dan terganggunya siklus tidur (Smeltzer & Bare, 2000). Sedangkan Black and Hawks (2008) menyebutkan istilah PPOK juga digunakan sebagai klasifikasi luas dari gangguan pernapasanyang mencakup bronkitis kronis, emfisema paru dan asma bronkial.

Obstruksi jalan nafas pada PPOK menyebabkan reduksi aliran udara yang beragam pada penyakit. Pada bronkitis kronis dan bronkiolitis, penumpukan lendir dan sekresi yang sangat banyak menyebabkan terjadinya penyumbatan jalan nafas hal ini akan mempengaruhi saluran udara besar maupun kecil. Pada emfisema terjadi kerusakan struktur alveolar karena ekstensi yang berlebihan pada ruang udara di dalam paru sehingga menyebabkan obstruksi yang mengganggu pertukaran oksigen dan karbondioksida. Sedangkan pada asma, jalan nafas akan menyempit dan membatasi udara yang berjalan mengalir kedalam paru-paru (*American Thoracic Society, 1995; Smeltzer & Bare, 2008*). Berbagai gejala pada PPOK dianggap sebagai penyakit yang merupakan akibat hubungan interaksi antara individu dengan lingkungan yang disebabkan oleh berbagai faktor risiko.

Faktor risiko utama dari PPOK adalah merokok aktif. Sebuah penelitian dilakukan pada tahun 1990-2004 pada 28 negara mendapatkan prevalensi

PPOK lebih tinggi pada pasien perokok dibandingkan bukan perokok (*National Institutes of Health National Heart, Lung & Blood Institute, 2004*). Berhenti merokok menjadi hal yang sangat penting dalam manajemen PPOK, karena dapat mengurangi penurunan fungsi paru, memperbaiki prognosis dan meningkatkan kualitas hidup (Kara, 2005). Faktor genetik dimana kekurangan *antitrypsin* dan kelainan polimorfisme menjadikan individu berisiko terkena PPOK (*Global Strategy For The Diagnosis, Manajement, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2006*). Hiperresponsif dari saluran nafas diduga sebagai faktor yang memberikan kontribusi terhadap berkembangnya PPOK. Terpaparnya asap, debu, bahan kimia, polusi udara perkotaan atau uap pada saat bekerja secara lama dan terus menerus juga dapat memberikan kontribusi terjadinya PPOK (Kara, 2005). Dengan demikian berbagai faktor risiko diatas meningkatkan kejadian PPOK diberbagai negara maju maupun negara berkembang.

Prevalensi dan mortalitas PPOK diprediksi akan terus meningkat dalam beberapa dekade mendatang. PPOK diperkirakan pada tahun 2020 akan menempati urutan ke-5 dari kondisi yang menjadi beban masyarakat di dunia (Magfired, 2006). *The Burden Of Disease Study* dibawah naungan WHO menyatakan bahwa PPOK menjadi penyebab kematian, yang sebelumnya menempati urutan ke-6 berubah menjadi urutan ke-3 pada tahun 2020 (Kara 2005). Di Amerika Serikat, diperkirakan 16 juta orang menderita PPOK, yang telah menempati urutan teratas dari ke-4 penyebab kematian di Amerika Serikat setiap tahunnya (*American Thoracic Society, 1995*). Di Uni Eropa, PPOK termasuk asma dan pneumonia merupakan penyebab paling umum ke-3 dari kematian yang terjadi di negara tersebut. Di Turki, diperkirakan 2,5 sampai 3 juta orang menderita PPOK, dengan tingkat mortalitas dan prevalensi akan terus meningkat (*American Thoracic Society, 2004*).

Di Indonesia tidak ditemukan data prevalensi PPOK secara pasti. Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) Depkes RI terakhir dilakukan pada tahun 1995 menunjukkan PPOK menduduki peringkat ke-5 sebagai penyebab

kematian di Indonesia. Direktorat Jenderal PPM & PL Departemen Kesehatan Republik Indonesia melakukan survei pada 5 rumah sakit propinsi di Indonesia (Jawa Tengah, Jawa Barat, Jawa Timur, Lampung dan Sumatera Selatan) pada tahun 2004, menunjukkan PPOK menempati urutan pertama penyumbang angka kesakitan sebanyak 35%, diikuti asma bronkial sebanyak 33%, kanker paru sebanyak 30% dan lainnya sebanyak 2% (Depkes RI, 2008).

Berdasarkan hasil SUSENAS (Survey Sosial Ekonomi Nasional) tahun 2001, sebanyak 54,5% penduduk laki-laki dan 1,2% perempuan merupakan perokok. 92% dari perokok menyatakan kebiasaannya merokok di dalam rumah ketika bersama anggota rumah tangga lainnya. Dengan demikian sebagian besar anggota rumah tangga merupakan perokok pasif. Jumlah perokok yang berisiko menderita PPOK atau kanker paru berkisar antara 20-25% setiap tahunnya. Merokok dan risiko PPOK mempunyai hubungan *dose response*, dimana lebih banyak batang rokok yang dihisap setiap hari dan lebih lama kebiasaan merokok maka risiko penyakit yang ditimbulkan akan semakin lebih besar (Depkes RI, 2008).

Majunya tingkat perekonomian dan industri otomotif di Indonesia menyebabkan jumlah kendaraan bermotor dan mobil meningkat dari tahun ke tahun. Banyaknya kendaraan bermotor dan mobil yang beroperasi di jalanan mengeluarkan gas buang yang banyak dan pekat. Gas buang dari kendaraan tersebut menimbulkan polusi udara. 70-80% pencemaran udara berasal dari gas buang kendaraan bermotor, sedangkan pencemaran udara akibat industri mencapai 20-30%. Dengan meningkatnya jumlah perokok dan polusi udara sebagai faktor risiko terhadap penyakit PPOK maka diduga jumlah penderita penyakit tersebut akan terus meningkat (Depkes RI, 2008).

Seiring dengan meningkatnya pasien PPOK dimasa yang akan datang hal ini akan meningkatkan pula terhadap kejadian komplikasi. PPOK merupakan

komplikasi luas dari penyakit pernapasan, sehingga potensi komplikasi yang terjadipun dapat beragam, tergantung pada gangguan yang mendasarinya.

Insufisiensi dan gagal nafas adalah komplikasi utama yang mengancam kehidupan pasien PPOK. Sedangkan komplikasi lainnya adalah pneumonia, atelektasis, pneumothorak yang pada akhirnya akan berisiko meningkatkan kejadian gagal pernapasan. Awitan dan keparahan gagal nafas tergantung dari fungsi dasar paru pasien, nilai gas darah arteri dan keparahan dari komplikasi lainnya. Insufisiensi dan gagal nafas mungkin bersifat akut ataupun kronis yang memerlukan perawatan dan manajemen lebih lanjut (Smeltzer & Bare, 2000).

Tujuan dari manajemen PPOK adalah mencegah penyakit tersebut semakin memburuk secara progresif, menghilangkan gejala, meningkatkan partisipasi pada aktifitas yang masih dapat ditoleransi, meningkatkan status kesehatan, mencegah dan melakukan perawatan pada komplikasi serta mereduksi kematian. Manajemen PPOK dilakukan dengan pendekatan komprehensif mencakup beberapa komponen yaitu: pencegahan, manajemen medis dan rehabilitasi. Pencegahan primer meliputi pencegahan umum yang diarahkan pada promosi kesehatan dan perlindungan yang lebih spesifik meliputi program immunisasi, berhenti dari merokok, kesehatan lingkungan dan menghindari terpajan zat berbahaya. Manajemen medis baik pada fase akut ataupun kronis dari penyakit termasuk melakukan perawatan pada waktu sakit, pemberian farmakoterapi, dukungan ventilasi, penggunaan oksigen jangka panjang atau intervensi gizi, sedangkan rehabilitasi paru diarahkan untuk meningkatkan kualitas hidup dan kapasitas fungsional termasuk didalamnya edukasi pasien dan latihan baik aerobik ataupun non aerobik (Smeltzer & Bare, 2000, Kara & Alberto, 2006).

Seiring dengan semakin meningkatnya prevalensi PPOK dan sifat penyakitnya yang kronis, fokus penanganan PPOK bergeser penekanannya dari pengobatan dan memperpanjang harapan hidup kini mulai berfokus pada meningkatkan kualitas hidup. Kualitas hidup merupakan kondisi status

kesehatan gabungan dari beberapa dimensi yang dialami oleh pasien yang menderita suatu penyakit. Dimensi ini termasuk gejala, fungsi fisik, kognitif, kondisi psikososial, status emosi, persepsi dan keyakinan terhadap kemampuan berperilaku kesehatan, dimana semua itu sangat menentukan kualitas hidup seseorang (Gupta & Kant, 2009).

Meskipun pengobatan medis pada komplikasi pasien PPOK sudah optimal, namun berbagai komplikasi yang dialami oleh pasien PPOK dapat menurunkan kualitas hidup penderitanya (Bentsen, et al, 2010). Pada tahun 2002, *National Institutes of Health National Heart, Lung & Blood Institute* melakukan survei pada sekelompok pasien PPOK. Dari survei ini didapatkan hasil 60% melaporkan adanya keterbatasan fisik dalam melakukan kegiatan, 45% melaporkan keterbatasan dalam melakukan kegiatan sosial, 36% dari mereka yang dibawah usia 65 tahun tidak mampu bekerja dan 13% melaporkan pernah dirawat di rumah sakit dalam satu tahun terakhir (*National Institutes of Health National Heart, Lung & Blood Institute, 2004*).

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Miravittles dalam Bentsen, et al (2010) tentang kualitas hidup pada pasien PPOK dengan menggunakan *The St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)* menyebutkan bahwa batuk kronis, dispnue dan pengobatan merupakan variabel yang sangat berpengaruh pada kualitas hidup pasien PPOK (Bentsen, et al, 2010). Disamping itu faktor lain yang berhubungan dengan kualitas pasien PPOK adalah usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, merokok, lama menderita PPOK, pekerjaan dan dukungan keluarga (Ferres, 2002; Meilan, 2007; Zahran, 2005; Holm, 2009). Selain dipengaruhi oleh faktor-faktor diatas kualitas hidup pasien PPOK dapat ditingkatkan melalui ketrampilan untuk mengelola konsekuensi kesehatan (Bentsen, et al, 2010).

Pengobatan dan perawatan PPOK menjadi suatu proses panjang dimana pasien memerlukan strategi untuk mengelola penyakitnya. Manajemen diri pasien PPOK didefinisikan sebagai partisipasi aktif pasien dalam pengobatan

dan perawatan dari penyakit berdasarkan perilaku koping yang memadai, kepatuhan penggunaan obat dan inhalasi, perhatian terhadap perubahan keparahan dan teknik pernapasan yang memadai. Menurut Lev dan Owen (1998) dalam Kara & Alberto (2006) menyebutkan pasien yang memiliki rasa percaya diri terhadap kemampuan mereka dalam melakukan perilaku perawatan diri akan lebih mungkin untuk benar-benar melakukan tugas tersebut. Oleh karena itu individu dengan efikasi diri yang lebih tinggi akan lebih mampu untuk mengelola penyakitnya.

Bandura (1977) mengemukakan teori efikasi diri didasarkan pada premis bahwa individu akan membuat penilaian tentang kapasitas mereka dalam perilaku perawatan diri untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Dengan demikian pasien dengan PPOK harus mempunyai perspektif akan pentingnya efikasi diri (Connelly, 1993; Anderson, 1995 dalam Kara & Alberto, 2006). Menjadi sebuah hal yang penting bagi pasien PPOK untuk meningkatkan efikasi dirinya dalam mematuhi regimen perawatan diri, karena hal ini diperlukan untuk menentukan pilihan melakukan sebuah tindakan atau tidak. Penilaian efikasi diri ini menjadi jembatan antara pengetahuan dan perilaku perawatan diri yang sebenarnya (Kara & Alberto, 2006).

Efikasi diri dikembangkan oleh Albert Bandura sebagai teori sosial kognitif pada tahun 1977. Didefinisikan sebagai keyakinan yang menentukan bagaimana seseorang berfikir, memotivasi dirinya dan bagaimana akhirnya memutuskan melakukan sebuah perilaku untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Efikasi diri dibentuk melalui empat proses utama yaitu kognitif, motivasi, afektif dan proses interaksi. Berbagai sumber dapat membantu meningkatkan efikasi diri diantaranya adalah pencapaian prestasi, pengalaman dari orang lain, persuasi verbal, umpan balik fisiologis, dan kondisi emosional. Efikasi diri membantu seseorang untuk menentukan pilihan dan mempunyai komitmen dalam mempertahankan tindakan yang dipilihnya (Bandura, 1994).

Persepsi efikasi diri mengacu pada berapa banyak keyakinan seseorang dapat melakukan tindakan untuk menghadapi situasi tertentu (Bentsen, et al, 2010). Orang yang yakin akan kemampuannya, mereka akan terlibat dalam kegiatan promosi kesehatannya. Peningkatan efikasi diri berhubungan dengan peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan, perilaku promosi kesehatan dan menurunkan gejala fisik dan psikologis. Ketidakmampuan seseorang dalam menyesuaikan diri dengan penyakitnya dapat mengakibatkan hasil yang negatif seperti ketidakpatuhan dalam pengobatan dan penurunan kualitas hidup. Efikasi diri memiliki peran dalam inisiasi dan pemeliharaan perilaku kesehatan, sehingga diyakini bahwa peningkatan efikasi pada perilaku kesehatan akan mengakibatkan perbaikan kesehatan dan meningkatkan perilaku serta kualitas hidup (Kara & Alberto, 2006).

Efikasi diri dapat menjadi prediksi terhadap kualitas hidup seseorang baik dalam jangka pendek ataupun jangka panjang. Banyak pasien PPOK tidak mampu mengontrol penyakitnya dalam kehidupannya (Bentsen, et al, 2010). Mereka tidak lagi percaya terhadap kemampuannya dalam menghadapi berbagai kesulitan akibat PPOK. Kondisi dispnue dan batuk yang tak kunjung reda menyebabkan pasien PPOK mengalami keterbatasan dalam melakukan *Activity Daily Living* (ADL), pembatasan terhadap kegiatan sosial kemasyarakatan, kehilangan kemerdekaan, pensiun dini, tekanan keuangan, perubahan peran dan gangguan dalam kehidupan keluarga. Kondisi ini akan menyebabkan perubahan citra diri, perasaan tertekan, berkurangnya harga diri, malu dan depresi sehingga mengarah pada rasa efikasi diri yang rendah (Magfired, 2006; Arnold, 2005; Bentsen, et al, 2010).

Efikasi diri yang rendah pada pasien PPOK dapat diukur dengan menggunakan *The COPD Self Efficacy Scale* (CSES). Skor efikasi yang rendah menunjukkan rendahnya keyakinan pasien PPOK dalam menghadapi berbagai kondisi penyakitnya. Efikasi diri yang rendah akan semakin menurunkan kepercayaan individu terhadap kemampuannya dalam melakukan kegiatan perawatan dan pengobatan. Kondisi fisik yang minimal



juga memberikan kontribusi menurunnya partisipasi pada berbagai kegiatan sosial. Pasien PPOK menunjukkan kesulitan untuk tampil dalam berbagai kegiatan sosial sehingga mereka cenderung memilih untuk menghindar. Hal ini menyebabkan penurunan kegigihan pasien PPOK untuk mencapai keberhasilan dalam perilaku perawatan diri. Mereka yang menderita PPOK cenderung mengharapkan bantuan dari anggota keluarga atau orang terdekat untuk membantu memenuhi kebutuhannya sehari-hari. Meskipun pada kenyatannya mereka dapat melakukannya tanpa menimbulkan kelemahan fisik dalam batas yang dapat ditoleransi (Magfired, 2010).

Asuhan keperawatan pada pasien PPOK memerlukan keterlibatan secara aktif oleh penderitanya sendiri. Hal ini diperlukan untuk menjaga manajemen perawatan diri dapat berlangsung dengan baik (Smeltzer & Bare, 2000). Pengkajian keperawatan meliputi gejala dari PPOK yang mempunyai dampak besar pada kehidupan individu. Peningkatan sesak nafas yang memburuk dapat menyebabkan kecacatan progresif dimana tidak hanya mempengaruhi ADL tetapi juga hubungan keluarga dan berbagai kegiatan sosial. Pasien PPOK menjadi kehilangan kemandirian, kepercayaan diri, mengalami isolasi sosial, cemas dan depresi. Oleh karena PPOK menjadi penyakit yang progresif dan *irreversible* maka asuhan keperawatan bertujuan untuk mempertahankan status kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup mereka (Barnett, 2007). Diagnosa keperawatan pada PPOK terkait dengan efikasi dan kualitas hidup meliputi diagnosa keperawatan yang berhubungan dengan gejala dan dampak PPOK, peningkatan efikasi dan pemeliharaan kesehatan dan manajemen diri untuk meningkatkan kualitas hidup (Dochterman & Bulechek, 2008; NANDA *International*, 2011). Dengan asuhan keperawatan ini diharapkan pasien PPOK dapat meningkatkan kemandiriannya dalam melaksanakan fungsi pemeliharaan kesehatannya sehingga kualitas hidup dapat ditingkatkan.

RS Paru Batu Jawa Timur adalah rumah sakit rujukan untuk penyakit paru di propinsi Jawa Timur bagian selatan. Berdasarkan studi pendahuluan yang

telah dilakukan peneliti di poliklinik paru RS Paru Batu, pada bulan Januari-Desember 2010 jumlah pasien PPOK yang melakukan rawat jalan sebanyak 896 orang baik pasien baru ataupun pasien lama. Sedangkan untuk rawat inap sebanyak 164 orang dalam kurun waktu satu tahun. PPOK menduduki urutan ke-3 dari penyakit paru terbanyak yang ada di RS Paru Batu Malang. Di RSU Dr. Saiful Anwar Malang pada Januari-Desember 2010 penderita PPOK di poliklinik paru sebanyak 956 orang pasien lama dan 62 orang pasien baru, sedangkan yang menjalani rawat inap sebanyak 241 orang. PPOK menduduki urutan ke-5 dari kelompok penyakit paru. Berdasarkan data tersebut diatas, dapat disimpulkan data pasien dengan PPOK di wilayah Batu dan Malang cukup tinggi baik pasien baru ataupun pasien yang mengalami kekambuhan berulang.

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada 4 orang pasien PPOK yang menjalani rawat jalan di poli paru RS Paru Batu menyampaikan bahwa dampak dari PPOK yang diderita mempengaruhi banyak aspek. Satu orang mengatakan sejak 2 bulan yang lalu berhenti bekerja karena batuk yang tidak segera sembuh, dua orang mengatakan sesak yang dideritanya sangat mengganggu aktifitas sehari-hari seperti mencuci dan membersihkan rumah dan satu orang pasien lainnya mengatakan produksi dahak yang berlebihan membuatnya enggan keluar rumah. Mereka juga menyampaikan bahwa kondisi yang dialami saat ini menyebabkan tidak yakin akan kemampuannya melakukan perawatan pada dirinya sendiri. Dengan demikian hal ini menunjukkan perlu adanya penelitian untuk mengkaji lebih dalam tentang efikasi diri pasien PPOK dalam hubungannya dengan kualitas hidupnya. Berdasarkan kondisi diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan antara efikasi diri dan kualitas hidup pada pasien PPOK.

## 1.2 Rumusan Masalah

PPOK merupakan penyakit kronis yang berdampak luas pada semua aspek kehidupan. Pasien dengan PPOK akan menjalani hidup dengan kondisi kesehatan yang cenderung menurun. Gejala dan dampak dari PPOK akan berpengaruh terhadap semua aspek kehidupan termasuk fisik, psikologis, dan sosial. Hal ini akan semakin memperburuk rendahnya efikasi diri pasien PPOK yang pada akhirnya akan berpengaruh terhadap kualitas hidupnya.

Pasien dengan PPOK cenderung mempunyai efikasi diri yang lebih rendah. Mereka merasa tidak yakin atas kemampuan yang dimiliki untuk menghadapi berbagai kesulitan yang diakibatkan oleh penyakitnya. Dispnea, produksi dahak yang berlebihan, dan batuk dianggap sebagai kondisi penyebab dari rendahnya efikasi diri pasien PPOK. Hal ini akan mengganggu berbagai aktifitas sehari-hari seperti berjalan pada tempat yang menanjak, naik turun tangga, mengangkat beban yang berat, berkebun ataupun berolah raga. Mereka cenderung kurang percaya diri sehingga memilih untuk membatasi diri terlibat dalam berbagai kegiatan sosial.

Efikasi diri merupakan keyakinan individu akan kemampuan melakukan perilaku yang mendukung perawatan dirinya. Hal ini sangat penting dalam menentukan status kesehatan dan kualitas hidup seseorang. Untuk meningkatkan kualitas hidup pasien PPOK diperlukan adanya pengetahuan yang benar tentang pengelolaan penyakitnya dan perawatan diri yang baik, sehingga efikasi dirinya menjadi tinggi, komplikasi lebih lanjut pada PPOK dapat dicegah dan kualitas hidup dapat ditingkatkan.

Oleh karena itu berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut tentang bagaimana hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup pasien PPOK di RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur.

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah teridentifikasinya hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup pasien PPOK di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasinya karakteristik responden pasien PPOK yang menjalani rawat jalan di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur, berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status merokok, pekerjaan, dukungan keluarga, dan lamanya didiagnosa penyakit PPOK.
- b. Teridentifikasinya efikasi diri pada pasien PPOK yang menjalani rawat jalan di RS Paru dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Batu Jawa Timur.
- c. Teridentifikasinya kualitas hidup pada pasien PPOK yang menjalani rawat jalan di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur.
- d. Teridentifikasinya hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup pada pasien PPOK yang menjalani rawat jalan di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur.
- e. Teridentifikasinya hubungan karakteristik (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status merokok, pekerjaan, dukungan keluarga, dan lamanya didiagnosa penyakit PPOK) dengan kualitas hidup pada pasien PPOK yang menjalani rawat jalan di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur.
- f. Teridentifikasinya faktor *confounding* (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status merokok, pekerjaan, dukungan keluarga, dan lamanya didiagnosa penyakit PPOK) yang mempengaruhi hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup pada pasien PPOK yang menjalani rawat jalan di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1. Bagi Pelayanan Keperawatan**

Penelitian ini dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan asuhan keperawatan pasien dengan PPOK dalam pelayanan kesehatan baik di rawat jalan ataupun bangsal rawat inap rumah sakit ataupun dalam perawatan keluarga dan masyarakat, yang berfokus pada mengurangi gejala, mencegah kecacatan dan meningkatkan kualitas hidup.

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi rujukan untuk pengelolaan pasien PPOK. Efikasi diri merupakan bagian dari promosi kesehatan dalam konteks asuhan keperawatan. Efikasi diri juga merupakan bagian dari *self empowerment* yang perlu terus ditingkatkan untuk melakukan perawatan diri secara mandiri dalam meningkatkan kualitas hidup.

### **1.4.2. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan**

Hasil penelitian ini dapat menambah khasanah keilmuan keperawatan yang dijadikan dasar dalam mengembangkan intervensi keperawatan khususnya efikasi diri dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan PPOK. Selanjutnya, harapannya dapat dikembangkan metode asuhan keperawatan pada pasien PPOK yang lebih bersifat komprehensif meliputi aspek bio-psiko-sosial dan spiritual.

### **1.4.3. Bagi Penelitian Selanjutnya**

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan efikasi diri dalam memprediksi kualitas hidup pasien dengan PPOK, dengan desain dan metodologi yang berbeda.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORI**

Bab ini menguraikan dasar-dasar teori yang berkaitan dengan PPOK, efikasi diri, kualitas hidup dan kerangka konsep.

#### **2.1 Penyakit Paru Obstruktif Kronis**

##### **2.1.1 Pengertian PPOK**

Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) merupakan suatu kondisi *irreversible* yang berkaitan dengan disfungsi saat beraktifitas dan penurunan masuk serta keluarnya udara paru-paru (Smeltzer and Bare, 2008). Selain itu *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease* (GOLD) (2006) mendefinisikan PPOK sebagai penyakit yang disebabkan oleh beberapa hal yang dapat dicegah dan diobati, dimana beberapa efek ekstrapulmonal memberikan kontribusi pada keparahan yang dialami pasien. Kerusakan komponen paru ditandai dengan keterbatasan aliran udara yang tidak sepenuhnya *reversible*, bersifat progresif dan berhubungan dengan respon inflamasi abnormal paru pada gas atau partikel berbahaya.

Price & Wilson (2006) juga menyebutkan PPOK merupakan suatu istilah digunakan untuk sekelompok penyakit paru yang berlangsung lama dan ditandai dengan peningkatan resistensi terhadap aliran udara sebagai patofisiologi utamanya. Ketiga penyakit yang membentuk satu kesatuan yang dikenal dengan PPOK adalah bronkitis kronis, emfisema paru dan asma bronkial. Bronkitis kronis adalah suatu gangguan klinis yang ditandai dengan pembentukan mukus yang berlebihan dalam bronkus dimanifestasikan sebagai batuk kronis dan pembentukan mukus mukoid ataupun mukopurulen sedikitnya 3 bulan dalam setahun, sekurang-kurangnya 2 tahun berturut-turut. Definisi ini mempertimbangkan bahwa penyakit-penyakit seperti bronkiektasis dan tuberkulosis paru juga menyebabkan batuk kronis dan produksi sputum tetapi keduanya tidak termasuk dalam kategori ini. Emfisema paru merupakan suatu perubahan

anatomi parenkim paru yang ditandai oleh pembesaran alveolus dan duktus alveolaris, serta destruksi dinding alveolar. Sedangkan asma merupakan suatu penyakit yang dicirikan oleh hipersensitifitas cabang-cabang trakeobronkial terhadap berbagai jenis rangsangan. Keadaan ini bermanifestasi sebagai penyempitan saluran-saluran nafas secara periodik dan *reversible* akibat bronkospasme, oedem mukosa dan hipersekresi mukus (Price & Wilson, 2006).

GOLD (2006) menjelaskan asma tidak termasuk kedalam PPOK, meskipun pada sebagian referensi memasukkan asma dalam kelompok PPOK. Asma merupakan sumbatan saluran napas yang *intermitten* dan mempunyai penanganan berbeda dengan PPOK. Hiperresponsif bronkial didefinisikan sebagai perubahan periodik pada *Forced Expiratory Volume* dalam waktu 1 detik ( $FEV_1$ ), dapat ditemukan pula pada PPOK walaupun biasanya dengan magnitude yang lebih rendah dibanding pada asma. Perbedaan utama adalah asma merupakan obstruksi saluran napas *reversible*, sedangkan PPOK merupakan obstruksi saluran napas yang bersifat permanen atau *irreversible*.

Dalam hal patofisiologi asma dan PPOK juga berbeda. Peradangan akut asma dari hasil produksi eosinofil, sementara peradangan PPOK terutama melibatkan produksi neutrofil dan makrofag yang terjadi selama bertahun-tahun. Namun demikian, pengendalian asma kronis yang buruk pada akhirnya dapat menyebabkan perubahan struktur dan obstruksi saluran napas yang permanen, sehingga dalam kasus seperti ini asma telah berevolusi menjadi PPOK tanpa adanya riwayat merokok. Orang yang terpapar agen berbahaya seperti asap rokok dapat mengalami keterbatasan aliran udara yang *intermitten* ataupun menetap (campuran antara seperti asma ataupun seperti PPOK). Pada pasien PPOK sendiri mungkin memiliki fitur seperti asma terdapat pola inflamasi campuran dengan eosinofil yang meningkat. Berdasarkan alasan inilah sebagian ilmuwan tidak memasukkan asma dalam kelompok PPOK (GOLD, 2006; *American Thoracic Society*, 2005).

Penggolongan asma yang tidak termasuk PPOK juga ditegaskan oleh *World Health Organization (WHO) Geneva (2004)* dalam *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD-10)*, yang menyampaikan bahwa asma tidak termasuk dalam PPOK kecuali asma karena obstruktif. Serangan asma akut, asma karena alergi dan non alergi, ataupun status asmatikus merupakan *chronic lower respiratory disease* yang berdiri sendiri diluar PPOK.

## 2.1.2 Klasifikasi PPOK

WHO melalui *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (2006)* melakukan pengklasifikasian terhadap PPOK, sebagai berikut:

### 2.1.2.1 Klasifikasi Tingkat Keparahan Berdasarkan Spirometri

Spirometri adalah alat yang digunakan untuk mengukur fungsi paru, diperlukan untuk mendiagnosis dan memberikan gambaran keparahan patofisiologi yang disebabkan oleh PPOK. Berdasarkan pengukuran fungsi paru dengan menggunakan spirometri, PPOK diklasifikasikan sebagai berikut:

Tabel 2.1  
Klasifikasi Tingkat Keparahan PPOK Berdasarkan Spirometri

Tahap	Keterangan
Tahap I : <i>Mild</i>	$FEV_1/FVC < 0,70$ $FEV_1 \geq 80\% \text{ predicted}$
Tahap II : <i>Moderate</i>	$FEV_1/FVC < 0,70$ $50\% \leq FEV_1 < 80\% \text{ predicted}$
Tahap III : <i>Severe</i>	$FEV_1/FVC < 0,70$ $30\% \leq FEV_1 < 50\% \text{ predicted}$
Tahap IV: <i>Very Savere</i>	$FEV_1/FVC < 0,70$ $FEV_1 < 30\% \text{ predicted}$ or $FE_1 < 50\% \text{ predicted plus chronic respiratory failure}$

Ket:  $FEV_1$ : *Forced Expiratory Volume* dalam 1 detik.

FVC: *Forced Vital Capacity*

Sumber : *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2006)*



### 2.1.2.2 Tahapan penyakit PPOK

WHO mengklasifikasikan penyakit PPOK berdasarkan tahapan penyakitnya sebagai berikut:

Table 2.2  
Klasifikasi PPOK Berdasarkan Tahapan Penyakit

Tahap	Keterangan
Tahap I : <i>Mild</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keterbatasan aliran udara ringan <math>FEV_1/FVC &lt; 0,70</math> <math>FEV_1 \geq 80\%</math></li> <li>▪ Gejala batuk kronis</li> <li>▪ Sputum produktif</li> <li>▪ Pasien tidak menyadari adanya penurunan fungsi paru</li> </ul>
Tahap II : <i>Moderate</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keterbatasan aliran udara buruk <math>FEV_1/FVC &lt; 0,70</math>; <math>50\% \leq FEV_1 &lt; 80\%</math></li> <li>▪ Batuk kronis</li> <li>▪ Sputum produktif</li> <li>▪ Sesak nafas saat aktifitas</li> <li>▪ Pasien mulai mencari pelayanan kesehatan karena keluhannya</li> </ul>
Tahap III : <i>Severe</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keterbatasan aliran udara buruk <math>FEV_1/FVC &lt; 0,70</math>; <math>30\% \leq FEV_1 &lt; 50\%</math></li> <li>▪ Batuk kronis</li> <li>▪ Sputum produktif</li> <li>▪ Sesak nafas sangat berat</li> <li>▪ Mengurangi aktifitas, kelelahan</li> <li>▪ Eksaserbasi berulang</li> <li>▪ Mengurangi kualitas hidup</li> </ul>
Tahap IV: <i>Very Savere</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keterbatasan aliran udara sangat buruk <math>FEV_1/FVC &lt; 0,70</math>; <math>30\% \leq FEV_1 &lt; 50\%</math> ditambah kegagalan nafas kronis</li> <li>▪ Gagal nafas (<math>PaO_2: &lt;60</math> mmHg, dengan atau tanpa <math>Pa CO_2 . 50</math> mmHg)</li> <li>▪ Batuk kronis</li> <li>▪ Sputum produktif</li> <li>▪ Sesak nafas sangat berat</li> <li>▪ Eksaserbasi beralang</li> <li>▪ Mengurangi kualiatas hidup</li> <li>▪ Terjadi komplikasi gagal jantung</li> <li>▪ Mengancam nyawa</li> </ul>

Sumber: *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2006)*.

### 2.1.3 Faktor Risiko PPOK

PPOK adalah penyakit kronis yang merupakan penyebab utama morbiditas dan mortalitas diseluruh dunia dimana mengakibatkan beban ekonomi dan sosial yang akan terus meningkat. PPOK telah berkembang karena interaksi *genenvironment* (GOLD, 2006). Faktor-faktor risiko pada PPOK meliputi :

#### 2.1.3.1 Genetik

*α-1-antitripsin* (AAT) adalah sejenis protein yang berperan sebagai inhibitor diproduksi di hati dan bekerja pada paru-paru. Seseorang dengan kelainan genetik kekurangan enzim tersebut maka akan berpeluang lebih besar untuk terserang PPOK. Enzim ini bekerja dengan menetralkan enzim *proteolitik* yang sering dikeluarkan pada saat terjadi peradangan dan merusak jaringan, termasuk jaringan paru, sehingga kerusakan jaringan lebih jauh dapat dicegah. Defisiensi AAT adalah suatu kelainan yang diturunkan secara autosom resesif, yang sering menderita emfisema paru adalah pasien dengan gen S atau Z. Emfisema paru akan lebih cepat timbul bila pasien tersebut merokok. Gen lain yang diperkirakan terlibat pada patofisiologi PPOK lainnya adalah *Transforming Growth Faktor Beta 1* (TGF-β1), *Microsomal Epoxide Hydrolase 1* (mEPHX1) dan *Tumor Necrosis Faktor Alpha* (TNFα) (GOLD, 2006; Ignatavicius & Workman, 2006; Smeltzer and Bare, 2008).

#### 2.1.3.2 Partikel

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

##### a. Asap tembakau

Asap rokok merupakan faktor risiko utama penyebab terjadinya PPOK. Perokok mempunyai prevalensi lebih tinggi mengalami gangguan pernapasan(GOLD, 2006). Menurut

buku *Report of the WHO Expert Committee on Smoking Control*, merokok adalah penyebab utama timbulnya bronkitis kronis dan emfisema paru. Terdapat hubungan yang erat antara merokok dan penurunan VEP (tekanan volume ekspirasi) dalam 1 detik. Secara patologis merokok akan menyebabkan hiperplasia kelenjar mukus bronkus dan metaplasia skuamusa epitel saluran pernapasan bronkokonstriksi akut. Selain itu merokok juga dapat menyebabkan inhibisi aktifitas sel rambut getar, makrofag alveolar dan surfaktan (Price & Wilson 2006; Ignatavicius & Workman, 2006).

b. Debu dan bahan kimia

Debu organik, non organik, bahan kimia dan asap merupakan faktor risiko yang dapat menyebabkan seseorang terserang PPOK. Dalam sebuah survei yang dilakukan *American Thoracic Society* para pekerja yang terpapar debu dan bahan kimia diperkirakan 10-20% mengalami gangguan fungsional paru karena terserang PPOK (GOLD, 2006).

c. Polusi didalam rumah

Polusi udara didalam ruangan disebabkan oleh penggunaan biomassa termasuk batu bara, kayu, kotoran hewan, dan sisa tanaman yang dibakar dalam api terbuka di dalam tempat tinggal dengan ventilasi yang buruk. Penggunaan batu bara sebagai sumber energi untuk memasak, pemanas dan kebutuhan rumah tangga lainnya meningkatkan risiko terjadinya PPOK. Pembakaran kayu dan bahan bakar biomassa lainnya diperkirakan membunuh dua juta perempuan dan anak-anak setiap tahun (GOLD. 2006).

d. Polusi diluar rumah

Tingginya kadar polusi udara didaerah perkotaan berbahaya bagi individu terutama pembakaran dari bahan bakar

kendaraan, bila ditambah dengan merokok akan meningkatkan risiko terjadinya PPOK. Zat-zat kimia yang juga dapat menyebabkan bronkitis adalah zat pereduksi seperti O<sub>2</sub>, zat pengoksidasi N<sub>2</sub>O, hidrokarbon, aldehyd dan ozon (Price, & Wilson, 2006; GOLD, 2006).

#### 2.1.3.3 Pertumbuhan dan perkembangan paru

Pertumbuhan dan perkembangan paru terkait dengan proses yang terjadi selama kehamilan, kelahiran dan proses tumbuh kembang. Setiap faktor yang mempengaruhi pertumbuhan paru-paru selama kehamilan dan tumbuh kembang anak akan memiliki potensi untuk meningkatkan risiko terserang PPOK. Dalam sebuah penelitian terdapat hubungan positif antara berat lahir dan fungsi paru yang akan berdampak pada saat seseorang setelah dewasa (GOLD, 2006).

#### 2.1.3.4 Stress Oksidasi

Paru-paru yang terpapar oksidan secara terus menerus baik yang berasal dari endogen (sel fagosit dan jenis lainnya) ataupun secara eksogen (polusi udara dan merokok) akan berisiko lebih tinggi terserang PPOK. Di dalam paru terdapat keseimbangan antara enzim proteolitik elastase dan anti elastase supaya tidak ada kerusakan jaringan. Perubahan keseimbangan akan menimbulkan kerusakan jaringan elastik paru. Arsitektur paru akan berubah dan timbul emfisema. Sumber elastase yang penting adalah pankreas, sel-sel PMN (*Polymorphonuclear*) dan makrofag alveolar (PAM (*Pulmonary Alveolar Macrophage*)). Perangsangan pada paru antara lain oleh asap rokok dan infeksi, menyebabkan elastase bertambah banyak. Aktifitas sistem anti elastase yaitu sistem enzim  $\alpha$ -1 protease-inhibitor terutama enzim  $\alpha$ -1 anti tripsin ( $\alpha$ -1 globulin), menjadi menurun. Akibat tidak ada lagi keseimbangan antara elastase dan anti elastase akan menimbulkan kerusakan jaringan elastin paru dan kemudian emfisema (GOLD, 2006).

#### 2.1.3.5 Gender

Peran gender dalam menentukan risiko PPOK masih belum jelas. Dimasa lalu penelitian menunjukkan prevalensi dan kematian pada PPOK lebih besar terjadi pada laki-laki daripada perempuan. Pada penelitian di beberapa negara akhir-akhir ini prevalensi penyakit ini sekarang hampir sama antar laki-laki dan perempuan, yang mungkin mencerminkan perubahan gaya hidup merokok dengan menggunakan tembakau (GOLD, 2006)

#### 2.1.3.6 Infeksi

Infeksi oleh virus dan bakteri memberikan kontribusi dalam berkembangnya PPOK. Riwayat infeksi pernapasan pada anak-anak telah berhubungan dengan fungsi paru-paru yang berkurang dan meningkatnya gejala pernapasan pada saat dewasa. Infeksi saluran pernafasan bagian atas pada seorang pasien bronkitis kronik hampir selalu menyebabkan infeksi paru bagian bawah, serta menambah kerusakan paru. Eksaserbasi bronkitis kronik disangka paling sering diawali dengan infeksi virus, yang kemudian menyebabkan infeksi sekunder oleh bakteri. Bakteri yang diisolasi paling banyak adalah *Haemophilus Influenzae* dan *Streptococcus Pneumonia* (Price & Wilson, 2006; Ignatavicius & Workman, 2006; GOLD, 2006).

#### 2.1.3.7 Status sosial ekonomi

Dalam sebuah penelitian menyebutkan risiko PPOK berkembang berbanding terbalik dengan status sosial ekonomi. Kematian pada pasien bronkitis kronis ternyata terjadi lebih banyak pada golongan sosial ekonomi rendah. Pola ini diperkirakan mencerminkan udara yang buruk, kepadatan lingkungan, gizi buruk sebagai faktor yang berkaitan dengan sosial ekonomi yang rendah (Price & Wilson, 2006; GOLD, 2006).

#### 2.1.3.8 Nutrisi

Seseorang dengan gizi buruk, malnutrisi dan penurunan berat badan dapat mengurangi kekuatan massa otot pernapasan dan daya tahan tubuh. Dalam sebuah penelitian terdapat hubungan antara kelaparan, anabolik dan status katabolik dengan perkembangan emfisema. Penelitian lainnya menyebutkan seorang wanita dengan kekurangan gizi kronis karena anoreksia nervosa pada gambaran CT Scan parunya menunjukkan terjadinya emfisema (GOLD, 2006).

#### 2.1.3.9 Komorbiditas

Asma adalah salah satu penyakit yang dapat menjadi faktor risiko berkembangnya PPOK. Sebuah studi yang dilakukan oleh *The Tucson Epidemiological Study of Airway Obstructive Disease* pada orang dewasa menyebutkan seorang pasien asma mempunyai risiko 12 kali lebih tinggi tertular PPOK setelah merokok dibandingkan dengan seseorang yang tidak mempunyai riwayat asma (GOLD, 2006).

### 2.1.4 Patofisiologi PPOK

#### 2.1.4.1 Keterbatasan aliran udara dan *air trapping*

Peradangan, fibrosis, dan luminal eksudat di saluran pernapasan kecil berkorelasi dengan pengurangan di FEV1 dan rasio FEV1/FVC, dan kemungkinan dipercepat oleh penurunan FEV1 yang merupakan karakteristik PPOK. Udara semakin terperangkap pada saluran pernapasan perifer yang menyebabkan obstruksi selama ekspirasi. Meskipun emfisema berhubungan dengan pertukaran gas yang abnormal dibandingkan dengan FEV1 yang berkurang, hal ini berkontribusi pada udara yang terperangkap pada saat ekspirasi. Selanjutnya akan menyebabkan alveolar menjadi rusak ketika penyakit menjadi semakin parah. Hiperinflasi menurunkan kapasitas inspirasi yang meningkatkan kapasitas residu fungsional, khususnya selama

latihan (hiperinflasi dinamis) yang menyebabkan dipsnue dan keterbatasan kapasitas latihan. Hiperinflasi berkembang lebih awal pada penyakit diketahui sebagai mekanisme utama untuk penyebab dipsnue (GOLD, 2006).

#### 2.1.4.2 Kelainan pertukaran gas

Pertukaran gas yang tidak normal menyebabkan hipoksemia dan hiperkapnia. Secara umum pertukaran gas menjadi memburuk ketika penyakit berlangsung. Emfisema yang berat berhubungan dengan ketidakseimbangan PaO<sub>2</sub> arteri dan tanda perfusi ventilasi lainnya ( $V_A/Q$ ). Obstruksi pada jalan nafas perifer juga menyebabkan ketidakseimbangan  $V_A/Q$ , diperberat dengan gangguan fungsi pada otot-otot pernapasan menurunkan ventilasi, dan menyebabkan retensi karbon dioksida. Kelainan pada ventilasi alveolar dan penurunan sirkulasi pada pembuluh darah paru akan semakin memperburuk  $V_A/Q$  (GOLD, 2006).

#### 2.1.4.3 Hipersekresi mukus

Hipersekresi lendir ditemukan pada batuk kronis produktif, yang merupakan karakteristik dari bronkitis kronis dan tidak terkait dengan keterbatasan aliran udara. Sebaliknya, tidak semua pasien dengan PPOK memiliki gejala hipersekresi mukus, hal ini karena metaplasia mukosa dengan meningkatkan jumlah sel goblet dan pembesaran kelenjar submukosa sebagai respon dari iritasi saluran napas oleh asap rokok dan zat berbahaya lainnya. Beberapa mediator dan protease merangsang hipersekresi mukus dan mengaktifasi *Epidermal Growth Faktor Receptor* (EGFR) (GOLD, 2006).

### 2.1.5 Tanda dan Gejala PPOK

#### 2.1.5.1 Dipsnue

Dipsnue sering menjadi alasan utama pasien PPOK mencari bantuan tenaga kesehatan. Dipsnue digambarkan sebagai usaha

bernafas yang meningkat, berat, kelaparan udara atau gasping. Sesak nafas pada PPOK bersifat persisten dan progresif. Awalnya sesak nafas hanya dirasakan ketika beraktifitas seperti berjalan, berlari dan naik tangga yang dapat dihindari, tetapi ketika fungsi paru memburuk, sesak nafas menjadi lebih progresif dan mereka tidak dapat melakukan aktifitas sebagaimana orang lain dengan usia yang sama dapat melakukannya. *Medical Research International* (2007) melakukan pengkajian pada pasien PPOK yang mengalami sesak nafas dengan menggunakan kuestioner *Medical Research Council Dipsnue Scale* (GOLD, 2006).

#### 2.1.5.2 Batuk

Batuk kronis menjadi gejala pertama dari pasien PPOK, setelah merokok atau terpapar oleh polutan lingkungan. Pada awalnya batuk hanya sebentar kemudian lama kelamaan hadir sepanjang hari (Price & Wilson, 2006; GOLD, 2006).

#### 2.1.5.3 *Pink puffers*

*Pink puffers* adalah timbulnya dipsnue tanpa disertai batuk dan produksi sputum yang berarti. Biasanya dispnue timbul antara usia 30-40 tahun dan semakin lama semakin berat. Pada penyakit yang sudah lanjut pasien akan kehabisan nafas sehingga tidak lagi dapat makan dan tubuhnya bertambah kurus. Selanjutnya akan terjadi gangguan keseimbangan ventilasi dan perfusi minimal, sehingga dengan hiperventilasi, pasien *pink puffers* dapat mempertahankan gas dalam darah dalam batas normal sampai penyakit ini mencapai tahap lanjut (Price & Wilson, 2006, 2006).

#### 2.1.5.4 *Blue blaters*

Pada tahap lanjut PPOK pasien akan mengalami *blue blaters* yaitu kondisi batuk produktif dan berulang kali mengalami infeksi pernapasanyang dapat berlangsung selama bertahun-tahun sebelum tampak gangguan fungsi paru. Awitan penyakit biasanya



dimulai dari usia 20-30 tahun yang akan diikuti munculnya dispnea pada saat melakukan aktivitas fisik. Tampak gejala berkurangnya nafas sehingga mengalami hipoventilasi menjadi hipoksia dan hiperkapnia. Hipoksia kronis ini akan merangsang ginjal untuk eritropoietin meningkatkan produksi sel darah merah sehingga terjadi polisitemia sekunder. Kadar Hb dapat mencapai 20 g/ 100 ml atau lebih dan sianosis mudah tampak karena hemoglobin yang tereduksi mudah mencapai kadar 5g/100 ml, walaupun hanya sebagian kecil dari hemoglobin yang tereduksi. *Blue blatters* adalah gambaran khas pada bronkitis kronis, dimana pasien gemuk sianosis, terdapat oedema tungkai dan ronki basah di basal paru, sianosis sentral dan perifer (Price & Wilson, 2006 2006).

#### 2.1.5.5 Produksi sputum

Pasien PPOK umumnya disertai batuk produktif. Batuk kronis dan pembentukan sputum mukoid atau mukopurulen selama sedikitnya 3 bulan dalam setahun, sekurang-kurangnya 2 tahun berturut-turut merupakan gejala klinis dari bronkitis kronis (Price & Wilson, 2006; GOLD, 2006).

#### 2.1.5.6 *Wheezing* dan sesak dada

*Wheezing* dan sesak dada adalah gejala yang spesifik dan bervariasi dari satu pasien dengan pasien yang lain. Gejala ini dijumpai pada PPOK ringan yang lebih spesifik kepada asma atau pada PPOK berat atau sangat berat. Percabangan trakeobronchial melebar dan memanjang selama inspirasi, tetapi sulit untuk memaksakan udara keluar dari bronkiolus yang sempit (mengalami oedem dan berisi mukus), yang dalam kondisi normal akan berkontraksi sampai pada tingkat tertentu pada saat ekspirasi. Udara terperangkap pada bagian distal tempat penyumbatan sehingga terjadi hiperinflasi progresif paru. Sewaktu pasien berusaha memaksakan udara keluar akan timbul

mengi ekspirasi memanjang yang merupakan cirri khas asma. Sedangkan sesak dada adalah kondisi yang buruk sebagai kontraksi isometrik otot-otot interkostal (Price & Wilson, 2006; GOLD, 2006).

#### 2.1.5.7 Perubahan bentuk dada

Pada pasien PPOK dengan stadium lanjut akan ditemukan tanda-tanda hiperinflasi paru seperti *barrel chest* dimana diafragma terletak lebih rendah dan bergerak tidak lancar, kifosis, diameter antero-posterior bertambah, jarak tulang rawan krikotiroid dengan lekukan suprasternal kurang dari 3 jari, iga lebih horizontal dan sudut subkostal bertambah (Price & Wilson, 2006).

### 2.1.6 Komplikasi PPOK

#### 2.1.6.1 Insufisiensi pernapasan

Pasien PPOK dapat mengalami gagal nafas kronis secara bertahap ketika struktur paru mengalami kerusakan secara *irreversible*. Gagal nafas terjadi apabila penurunan oksigen terhadap karbon dioksida dalam paru menyebabkan ketidakmampuan memelihara laju kebutuhan oksigen. Hal ini akan mengakibatkan tekanan oksigen arteri kurang dari 50 mm Hg (hipoksia) dan peningkatan tekanan karbondioksida lebih besar dari 45 mmHg (hiperkapnia) (Smelzer & Bare, 2008).

#### 2.1.6.2 Atelektasis

Obstruksi bronkial oleh sekresi merupakan penyebab utama terjadinya kolap pada alveolus, lobus, atau unit paru yang lebih besar. Sumbatan akan mengganggu alveoli yang normalnya menerima udara dari bronkus. Udara alveolar yang terperangkap menjadi terserap kedalam pembuluh darah tetapi udara luar tidak dapat menggantikan udara yang terserap karena obstruksi. Akibatnya paru menjadi terisolasi karena kekurangan udara dan

ukurannya menyusut dan bagian sisa paru lainnya berkembang secara berlebihan (Smelzer & Bare (2008).

#### 2.1.6.3 Pneumoni

Pneumoni adalah proses inflamatori parenkim paru yang disebabkan oleh agen infeksius. PPOK mendasari terjadinya pneumoni karena flora normal terganggu oleh turunya daya tahan hospes. Hal ini menyebabkan tubuh menjadi rentan terhadap infeksi termasuk diantaranya mereka yang mendapat terapi kortikosteroid dan agen immunosupresan lainnya (Smelzer & Bare (2008).

#### 2.1.6.4 Pneumotorak

Pneumotorak spontaneous sering terjadi sebagai komplikasi dari PPOK karena adanya ruptur paru yang berawal dari pneumototak tertutup (Black & Hawk, 2005). Pneumotorak terjadi apabila adanya hubungan antara bronkus dan alveolus dengan rongga pleura, sehingga udara masuk kedalam rongga pleura melalui kerusakan yang ada (Price & Wilson, 2006).

#### 2.1.6.5 Hipertensi paru

Hipertensi pulmonal ringan atau sedang meskipun lambat akan muncul pada kasus PPOK karena hipoksia yang menyebabkan vasokonstriksi pembuluh darah kecil paru. Keadaan ini akan menyebabkan perubahan struktural yang meliputi hiperplasia intimal dan hipertrophi atau hiperplasia otot halus. Pada pembuluh darah saluran udara yang sama akan mengalami respon inflamasi dan sel endotel mengalami disfungsi. Hilangnya pembuluh darah kapiler paru pada emfisema memberikan kontribusi terhadap peningkatan tekanan sirkulasi paru. Hipertensi pulmonal yang progresif akan menyebabkan hipertrofi ventrikel kanan dan akhirnya menyebabkan gagal jantung kanan (*cor pulmonale*) (GOLD, 2006).

#### 2.1.6.6 Masalah sistemik

PPOK dalam perjalanan penyakitnya melibatkan beberapa efek sistemik terutama pasien dengan penyakit berat. Hal ini akan berdampak besar pada kelangsungan hidup bagi pasien PPOK. Kakeksia sering dijumpai pada PPOK berat, hal ini disebabkan karena kehilangan massa otot rangka dan kelemahan sebagai akibat dari apoptosis yang meningkat dan atau otot yang tidak digunakan. Pasien dengan PPOK juga mengalami peningkatan terjadinya osteoporosis, depresi dan anemia kronis. Peningkatan konsentrasi mediator inflamasi, termasuk TNF- $\alpha$ , IL-6, dan turunan dari radikal bebas oksigen lainnya, dapat memediasi beberapa efek sistemik untuk terjadinya penyakit kardiovaskular, yang berhubungan dengan peningkatan *Protein C-Reaktif* (CRP) (GOLD, 2006).

#### 2.1.7 Penatalaksanaan PPOK

Penatalaksanaan PPOK bertujuan untuk menghilangkan atau mengurangi obstruksi yang terjadi seminimal mungkin agar secepatnya oksigenasi dapat kembali normal. Keadaan ini diusahakan dan dipertahankan untuk menghindari perburukan penyakit. Secara garis besar penatalaksanaan PPOK dibagi menjadi 4 kelompok, sebagai berikut:

##### 2.1.7.1 Penatalaksanaan umum

Penatalaksanaan umum meliputi pendidikan pada pasien dan keluarga, menghentikan merokok dan zat-zat inhalasi yang bersifat iritasi, menciptakan lingkungan yang sehat, mencukupi kebutuhan cairan, mengkonsumsi diet yang cukup dan memberikan imunoterapi bagi pasien yang punya riwayat alergi.

##### 2.1.7.2 Pemberian obat-obatan

###### a. Bronkodilator

Bronkodilator merupakan obat utama untuk mengurangi/mengatasi obstruksi saluran nafas yang terdapat pada penyakit paru obstruktif. Obat-obat golongan

bronkodilator adalah obat-obat utama untuk manajemen PPOK. Bronkodilator golongan inhalasi lebih disukai terutama jenis *long acting* karena lebih efektif dan nyaman, pilihan obat diantaranya adalah golongan  $\beta 2$  Agonis, Antikolinergik, Teofilin atau kombinasi. (GOLD, 2006; Sharma, 2010)

b. Antikolinergik

Golongan antikolinergik seperti Ipratropium Bromide mempunyai efek bronkodilator yang lebih baik bila dibandingkan dengan golongan simpatomimetik. Penambahan antikolinergik pada pasien yang telah mendapatkan golongan simpatomimetik akan mendapatkan efek bronkodilator yang lebih besar (Sharma, 2010).

c. Metilxantin

Golongan xantin yaitu teofilin bekerja dengan menghambat enzim fosfodiesterase yang menginaktifkan siklik AMP. Pemberian kombinasi xantin dan simpatomimetik memberikan efek sinergis sehingga efek optimal dapat dicapai dengan dosis masing-masing lebih rendah dan efek samping juga berkurang. Golongan ini tidak hanya bekerja sebagai bronkodilator tetapi mempunyai efek yang kuat untuk meningkatkan kontraktilitas diafragma dan daya tahan terhadap kelelahan otot pada pasien PPOK (Sharma, 2010).

d. Glukokortikosteroid

Glukokortikosteroid bermanfaat dalam pengelolaan eksaserbasi PPOK, dengan memperpendek waktu pemulihan, meningkatkan fungsi paru dan mengurangi hipoksemia. Disamping itu glukokortikosteroid juga dapat mengurangi risiko kekambuhan yang lebih awal, kegagalan pengobatan dan memperpendek masa rawat inap di RS (GOLD, 2006).

e. Obat-obat lainnya

a) Vaksin

Pemberian vaksin influenza dapat mengurangi risiko penyakit yang parah dan menurunkan angka kematian sekitar 50 %. Vaksin mengandung virus yang telah dilemahkan lebih efektif diberikan kepada pasien PPOK lanjut, yang diberikan setiap satu tahun sekali. Vaksin *Pneumokokkal Polisakarida* dianjurkan untuk pasien PPOK usia 65 tahun keatas (GOLD, 2006)

b) *Alpha-1 Antitripsin*

Alpha 1 Antitripsin direkomendasikan untuk pasien PPOK dengan usia muda yang mengalami defisiensi enzim Alpha 1 Antitripsin sangat berat. Namun terapi ini sangat mahal dan belum tersedia di setiap negara (GOLD, 2006).

c) Antibiotik

Pada pasien PPOK infeksi kronis pada saluran nafas biasanya berasal dari *Streptococcus Pneumonia*, *Haemophilus Influenta* dan *Moraxella Catarrhlic*. Diperlukan pemeriksaan kultur untuk mendapatkan antibiotik yang sesuai. Tujuan pemberian antibiotika adalah untuk mengurangi lama dan beratnya eksaserbasi akut, yang ditandai oleh peningkatan produksi sputum, dispnue, demam dan leukositosis (GOLD, 2006; Sharma, 2010).

d) Mukolitik

Mukolitik diberikan untuk mengurangi produksi dan kekentalan sputum. Sputum kental pada pasien PPOK terdiri dari derivat glikoprotein dan derivat lekosit DNA (GOLD, 2006).

e) Agen antioksidan

Agen antioksidan khususnya *N-Acetylsistein* telah dilaporkan mengurangi frekuensi eksaserbasi pada pasien PPOK (GOLD, 2006).

f) Imunoregulator

Pada sebuah studi penggunaan imuniregulator pada pasien PPOK dapat menurunkan angka keparahan dan frekuensi eksaserbasi (GOLD, 2006).

g) Antitusif

Meskipun batuk merupakan salah satu gejala PPOK yang merepotkan, tetapi batuk mempunyai peran yang signifikan sebagai mekanisme protektif. Dengan demikian penggunaan antitusif secara rutin tidak direkomendasikan pada PPOK stabil (GOLD, 2006).

h) Vasodilator

Berbagai upaya pada hipertensi pulmonal telah dilakukan diantaranya mengurangi beban ventrikel kanan, meningkatkan curah jantung, dan meningkatkan perfusi oksigen jaringan. Hipoksemia pada PPOK terutama disebabkan oleh ketidakseimbangan antara ventilasi dan perfusi bukan karena peningkatan shunt intrapulmonari (seperti pada oedem paru nonkardiogenik) dimana pemberian oksida nitrat dapat memperburuk keseimbangan ventilasi dan perfusi. Sehingga oksida nitrat merupakan kontraindikasi pada PPOK stabil (GOLD, 2006).

i) Narkotin (Morfin)

Morfin secara oral ataupun parenteral efektif untuk mengurangi dispnea pada pasien PPOK pada tahap lanjut.

Nikotin juga diberikan sebagai obat antidepresan pada pasien dengan dengan sindrom paska merokok (GOLD, 2006; Sharma, 2010).

#### 2.1.7.3 Terapi oksigen

PPOK umumnya dikaitkan dengan hipoksemia progresif, pemberian terapi oksigen bertujuan untuk mempertahankan hemodinamika paru. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh *The British Medical Research Council (MRC) dan the National Heart, Lung, and Blood Institute's Nocturnal Oxygen Therapy Trial (NOTT)* menunjukkan bahwa terapi oksigen jangka panjang dapat meningkatkan kelangsungan hidup 2 kali lipat pada hipoksemia pasien PPOK. Hipoksemia didefinisikan sebagai Pa O<sub>2</sub> kurang dari 55 mmHg atau saturasi oksigen kurang dari 90%. Gejala gangguan tidur, gelisah, sakit kepala mungkin merupakan petunjuk perlunya oksigen tambahan. Terapi oksigen dengan konsentrasi rendah 1-3 liter/menit secara terus menerus dapat memberikan perbaikan psikis, koordinasi otot, toleransi beban kerja dan pola tidur. Terapi oksigen bertujuan memperbaiki kandungan oksigen arteri dan memperbanyak aliran oksigen ke jantung, otak serta organ vital lainnya, memperbaiki vasokonstriksi pulmonal dan menurunkan tekanan vaskular pulmonal. (Shama, 2010).

#### 2.1.7.4 Rehabilitasi

Rehabilitasi pulmonal melibatkan berbagai multidisiplin keilmuan termasuk diantaranya dokter, perawat, fisioterapis pernapasan, fisioterapi secara umum, okupasional terapi, psikolog dan pekerja soisal. Sharma (2010) menjelaskan program rehabilitasi paru secara komprehensif adalah meliputi sebagai berikut:

##### a. *Exercise training dan respiratory muscle training*

Latihan otot ekstremitas maupun latihan otot pernapasan merupakan latihan dasar dari proses rehabilitasi paru. Latihan ditargetkan mencapai 60% dari beban maksimal



selama 20-30 menit diulang 2-5 kali seminggu. Latihan mengacu pada otot-otot tertentu yang terlibat dalam aktifitas kesehariannya, terutama otot lengan dan otot kaki (Sharma, 2010).

b. Pendidikan kesehatan

a) *Konservasi energy* dan penyederhanaan kerja

Prinsip ini membantu pasien PPOK untuk mempertahankan aktifitas sehari-hari dan pekerjaannya. Metode kegiatannya meliputi latihan pernapasan, optimalisasi mekanika tubuh, prioritas kegiatan dan penggunaan alat bantu (Sharma, 2010).

b) Obat dan terapi lainnya

Pendidikan kesehatan tentang obat-obatan termasuk didalamnya jenis, dosis, cara penggunaan, efek samping merupakan hal penting untuk diketahui oleh pasien PPOK (Sharma, 2010).

c) Pendidikan kesehatan mempersiapkan akhir kehidupan

Risiko kegagalan pernapasankarena ventilasi mekanik yang memburuk pada PPOK mengakibatkan penyakit ini bersifat progresif. Pendidikan kesehatan tentang bagaimana melakukan perawatan diri yang tepat dalam mempertahankan kehidupan perlu dilakukan kepada pasien PPOK (Sharma, 2010).

c. Penatalaksanaan fisik

a) Fisioterapi dada dan teknik pernapasan

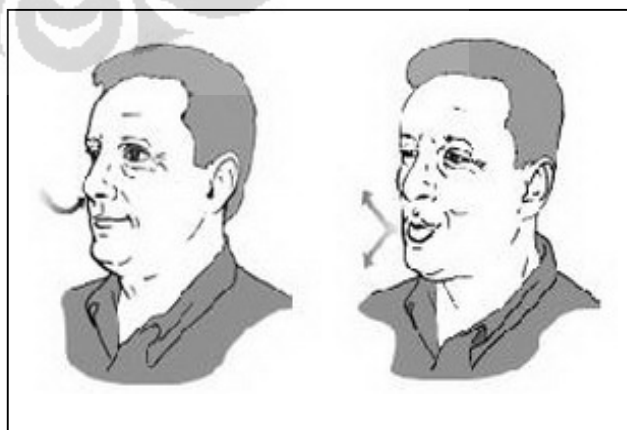
Ada 2 teknik utama pernapasanyang dapat dilakukan diantaranya sebagai berikut:

1) *Pursed lip breathing*

Pasien menghirup nafas melalui hidung sambil menghitung sampai 3 (waktu yang dibutuhkan untuk

mengatakan “*smell a rose*”). Hembuskan dengan lambat dan rata melalui bibir yang dirapatkan sambil mengencangkan otot-otot abdomen (merapatkan bibir meningkatkan tekanan intratrakeal, menghembuskan udara melalui mulut memberikan tahanan lebih sedikit pada udara yang dihembuskan). Hitung hingga 7 sambil memperpanjang ekspirasi melalui bibir yang dirapatkan yang dibutuhkan untuk mengatakan ‘*blow out the candle*’. Sambil duduk dikursi lipat tangan diatas abdomen, hirup nafas melalui hidung sambil menghitung hingg 3, membungkuk kedepan dan hembuskan dengan lambat melalui bibir yang dirapatkan sambil menghitung hingga 7. Pernapasan bibir akan memperpanjang ekshalasi dan meningkatkan tekanan jalan nafas selama ekspirasi sehingga mengurangi jumlah udara yang terjebak dan jumlah tahanan jalan nafas (Black, 2005; Ignatavicius & Workman, 2006). Teknik melakukan *Pursed Lip Breathing* dapat dilihat pada gambar 2.1.

Gambar 2.1

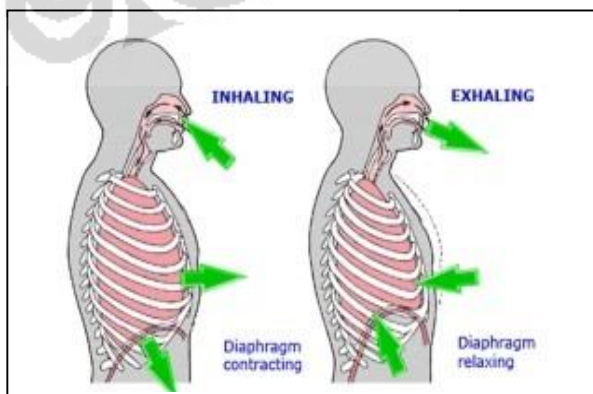
*Pursed Lip Breathing Technique**COPD Foundation, 2010*

## 2) *Diaphragmatic breathing*

Pasien diminta meletakkan satu tangan diatas abdomen (tepat dibawah iga) dan tangan lainnya ditengah-tengah dada untuk meningkatkan kesadaran diafragma dan fungsinya dalam pernapasan. Nafaslah dengan lambat dan dalam melalui hidung, biarkan abdomen menonjol sebesar mungkin. Hembuskan nafas melalui bibir yang dirapatkan sambil mengencangkan (mengkonstraksi) otot-otot abdomen. Tekan dengan kuat kearah dalam dan kearah atas pada abdomen sambil menghembuskan nafas. Ulangi selama 1 menit, ikuti dengan periode istirahat selama 2 menit. Lakukan selama 5 menit, beberapa kali sehari (sebelum makan dan waktu tidur). Pernapasandiafragma dapat menguatkan diafragma selama pernapasanehingga meningkatkan asupan oksigen (Black & Jacob, 2005; Ignatavicius & Workman, 2006). Teknik melakukan *Diaphragmatic Breathing* dapat dilihat pada gambar 2.2.

Gambar 2.2

### *Diaphragmatic Breathing Technique*



*COPD Foundation, 2010*

b) Nutrisi

Penurunan berat badan pada pasien dengan penyakit pernapasankronis menunjukkan prognosis yang buruk. Pasien PPOK yang dirawat di rumah sakit sebanyak 50% dilaporkan kekurangan gizi kalori dan protein. Ketidakseimbangan energi dan penurunan berat badan progresif terjadi karena asupan makanan yang tidak memadai, pengeluaran energi yang meningkat dan kegagalan respon adaptif gizi. Pemeliharaan status gizi yang memadai sangat penting bagi pasien PPOK untuk menjaga berat badan dan massa jaringan otot (Sharma, 2010). Diet cukup protein 1,2-1,5 gr/BB, karbohidrat 40-55% dari total kalori, lemak mudah dicerna 30-40%, cukup vitamin dan mineral untuk memenuhi asupan nutrisi (Taatuji, 2004).

d. Penatalaksanaan psikososial

Kecemasan, depresi dan ketidakmampuan dalam mengatasi penyakit kronis memberikan kontribusi terjadinya kecacatan. Intervensi psikososial dapat diberikan melalui pendidikan kesehatan secara individu, dukungan keluarga ataupun dukungan kelompok sosial yang berfokus pada masalah pasien. Relaksasi otot progresif, pengurangan stress dan pengendalian panik dapat menurunkan dipsnue dan kecemasan (Sharma, 2010).

## 2.2 Efikasi Diri

### 2.2.1 Pengertian Efikasi Diri

Peterson (2004) tentang teori sosial kognitif menjelaskan bahwa efikasi diri adalah keyakinan seseorang terhadap kemampuannya dalam mengatur dan melaksanakan suatu tindakan yang ingin dicapai. Keyakinan tentang efikasi diri akan memberikan dasar motivasi, kesejahteraan dan prestasi

seseorang. Bandura (1994) menjelaskan efikasi diri adalah keyakinan seseorang tentang kemampuan mereka untuk mencapai suatu tingkat kinerja yang mempengaruhi setiap peristiwa dalam hidupnya. Efikasi diri menentukan bagaimana seseorang merasa, berfikir, memotifasi dirinya dan berperilaku. Efikasi diri terbentuk melalui 4 proses utama yaitu kognitif, motivasi, afektif dan proses seleksi.

Teori efikasi diri didasarkan pada premis bahwa individu membuat penilaian tentang kapasitas mereka untuk terlibat dalam perilaku perawatan diri dalam menghasilkan sesuatu yang diinginkan. Penilaian ini memberikan jembatan antara pengetahuan dan perilaku perawatan diri yang sebenarnya. Keyakinan efikasi diri juga membantu menentukan seberapa banyak usaha yang dikeluarkan seseorang dalam suatu perilaku, berapa lama mereka akan bertahan dalam menghadapi rintangan dan seberapa tangguh mereka dalam menghadapi situasi yang merugikan (Bandura, 1994). Sedangkan Pender (1996) menjelaskan efikasi diri adalah keyakinan seseorang akan kemampuan dirinya dalam mengorganisasikan dan melaksanakan kegiatan yang mendukung kesehatannya berdasarkan pada tujuan dan harapan yang diinginkan (Tomey & Alligood, 2006).

## **2.2.2 Sumber Efikasi Diri**

### *2.2.2.1 Performance accomplishment* (pencapaian prestasi)

Keberhasilan akan membangun kepercayaan diri seseorang dan sebaliknya kegagalan akan merusak rasa kepercayaan seseorang, terlebih bila rasa kegagalan terjadi sebelum rasa keberhasilan itu tertanam kokoh pada dirinya. Orang yang mengalami keberhasilan akan mudah mengharapkan hasil yang cepat dan mudah berkecil hati bila mengalami kegagalan. Sementara itu untuk mencapai keberhasilan seseorang membutuhkan berbagai pengalaman dalam mengatasi hambatan. Beberapa kesulitan dan kegagalan akan bermanfaat bagi seseorang untuk mencapai keberhasilan yang biasanya memerlukan usaha berkelanjutan (Bandura, 1994).

#### 2.2.2.2 *Vicorius experience* (pengalaman orang lain)

Efikasi diri dapat diperkuat melalui pengalaman orang lain atau biasa disebut model sosial. Melihat orang lain yang mirip dengan diri seseorang dan sukses melakukan suatu kegiatan dengan upaya yang terus menerus akan menimbulkan keyakinan bagi pengamat. Hal ini akan menanamkan keyakinan bahwa mereka juga mempunyai kemampuan yang sama untuk berhasil melakukan kegiatan tersebut. Begitupun sebaliknya ketika seseorang mengamati orang lain mengalami kegagalan, meskipun dengan upaya yang tinggi, hal ini akan menurunkan keyakinan terhadap keberhasilan mereka sendiri dan melemahkan usaha mereka. Dampak dari pemodelan efikasi diri sangat dipengaruhi oleh persamaan persepsi terhadap model yang diamati. Semakin besar kesamaan terhadap pemodelan dianggap semakin persuasif keyakinan terhadap keberhasilan ataupun kegagalan (Bandura, 1994).

#### 2.2.2.3 *Verbal persuasion* (persuasi verbal)

Persuasi verbal adalah cara lain untuk memperkuat keyakinan seseorang tentang efikasi diri. Verbal persuasi termasuk kalimat verbal yang memotivasi seseorang untuk melakukan suatu perilaku (Peterson, 2004). Seseorang yang mendapatkan persuasi verbal berupa sugesti dari luar bahwa dirinya memiliki kemampuan untuk melakukan kegiatan, maka mereka akan lebih mampu bertahan ketika berada dalam kesulitan. Dan sebaliknya akan sulit menanamkan efikasi diri pada seseorang ketika persuasi verbal tidak mendukung dengan baik. Orang-orang yang memiliki keyakinan bahwa dirinya kurang mampu melakukan sesuatu maka akan cenderung menghindari potensi melakukan aktifitas yang ada dan akan lebih cepat menyerah dalam menghadapi tantangan (Bandura, 1994).

#### 2.2.2.4 *Physiological feedback and emotional arousal* (umpan balik fisiologi dan kondisi emosional)

Seseorang sering menunjukkan gejala somatik dan respon emosional dalam menginterpretasikan sebuah ketidakmampuan. Gejala somatik dan kondisi emosional berupa kecemasan, ketegangan, aerosal, mood yang dapat mempengaruhi keyakinan efikasi seseorang. Mereka akan terlihat stress dan tegang sebagai tanda kerentanan terhadap ketidakmampuan melakukan suatu tindakan. Dalam sebuah kegiatan yang melibatkan kekuatan stamina orang akan mengalami kelelahan, sakit dan nyeri sebagai tanda-tanda kelemahan fisik. Mood juga akan mempengaruhi keberhasilan seseorang. Mood yang positif akan meningkatkan keberhasilan seseorang begitupun sebaliknya keputusan akan menyebabkan kegagalan. Orang yang mempunyai keyakinan keberhasilan yang tinggi akan mempunyai kemauan yang efektif sebagai fasilitator dalam melakukan kegiatan, dan begitupun sebaliknya seseorang yang penuh dengan keraguan akan menganggap kemauan yang mereka miliki sebagai penghambat dalam melakukan kegiatan (Bandura, 1994).

### 2.2.3 Proses Pembentukan Efikasi Diri

#### 2.2.3.1 Proses kognitif

Keyakinan efikasi diri terbentuk melalui proses kognitif, misalnya melalui perilaku manusia dan tujuan. Penentuan tujuan dipengaruhi oleh penilaian atas kemampuan diri sendiri. Semakin kuat efikasi diri seseorang maka semakin tinggi seseorang untuk berkomitmen untuk mencapai tujuan yang ditentukannya. Beberapa tindakan pada awalnya diatur dalam bentuk pemikiran. Keyakinan tentang keberhasilan akan membentuk sebuah skenario dimana seseorang akan berusaha dan berlatih untuk mewujudkan keyakinannya. Mereka yang mempunyai efikasi diri yang tinggi akan memvisualisasikan skenario keberhasilannya sebagai panduan positif dalam mencapai tujuan, sedangkan orang

yang meragukan keberhasilan mereka akan memvisualisasikan skenario kegagalan dan banyak melakukan kesalahan. Fungsi utama dari pemikiran adalah untuk memungkinkan seseorang memprediksi kejadian dan mengembangkan cara untuk mengendalikan hidupnya (Bandura, 1994).

#### 2.2.3.2 Proses motivasional

Tingkat motivasi seseorang tercermin pada seberapa banyak upaya yang dilakukan dan seberapa lama bertahan dalam menghadapi hambatan. Semakin kuat keyakinan akan kemampuan seseorang maka akan lebih besar upaya yang dilakukannya. Keyakinan dalam proses berfikir sangat penting bagi pembentukan motivasi, karena sebagian besar motivasi dihasilkan melalui proses berfikir. Mereka mengantisipasi tindakan dengan menetapkan tujuan dan rencana program untuk mencapai tujuannya. Proses motivasi tersebut dibentuk oleh 3 teori pemikiran yaitu *causal attributions*, *outcome expectancies value theory* dan *cognized goal*. Keyakinan akan mempengaruhi atribusi kausal seseorang, ketika mengaggap dirinya mempunyai atribut kausal kegagalan maka ia akan mempunyai kemampuan yang rendah, dan begitupun sebaliknya, sedangkan motivasi diatur oleh harapan seseorang dan nilai dari tujuan yang ditentukan (Bandura, 1994).

#### 2.2.3.3 Proses afektif

Keyakinan seseorang tentang seberapa kuat mengatasi stress dan depresi melalui berbagai pengalaman yang dialaminya akan sangat berpengaruh pada motivasi seseorang. Efikasi diri dapat mengendalikan depresi yaitu dengan mengontrol stress. Seseorang yang dapat mengontrol depresi maka pikirnya tidak akan terganggu, tetapi bagi orang-orang yang tidak bisa mengontrol berbagai ancaman maka akan mengalami kecemasan yang tinggi. Kecemasan tidak hanya dipengaruhi oleh koping



mekanisme seseorang tetapi juga dipengaruhi oleh kemampuan untuk mengendalikan pemikiran yang mengganggu (Bandura, 1994).

#### 2.2.3.4 Proses seleksi

Tujuan akhir dari proses efikasi adalah untuk membentuk lingkungan yang menguntungkan dan dapat dipertahankannya. Sebagian besar orang adalah produk dari lingkungan. Oleh karena itu keyakinan efikasi dipengaruhi dari tipe aktifitas dan lingkungan yang dipilihnya. Seseorang akan menghindari sebuah aktifitas dan lingkungan bila orang tersebut merasa tidak mampu untuk melakukannya. Tetapi mereka akan siap dengan berbagai tantangan dan situasi yang dipilihnya bila mereka menilai dirinaya mampu untuk melakukannya (Bandura, 1994).

### 2.2.4 Dimensi efikasi Diri

#### 2.2.4.1 *Magnitude*

Dimensi magnitude berfokus pada tingkat kesulitan yang setiap orang tidak akan sama. Seseorang bisa mengalami tingkat kesulitan yang tinggi terkait dengan usaha yang dilakukan, sedikit agak berat atau ada juga yang melakukan usaha terkait dengan sangat mudah dan sederhana (Bandura, 1977). Semakin tinggi keyakinan efikasi diri yang dimiliki maka akan semakin mudah usaha terkait yang dapat dilakukan.

#### 2.2.4.2 *Generality*

Dimensi generalisasi berfokus pada harapan penguasaan terhadap pengalaman dari usaha terkait yang telah dilakukan. Seseorang akan mengeneralisasi keyakinan akan keberhasilan yang diperolehnya tidak hanya pada hal tersebut tetapi akan digunakan pada usaha yang lainnya (Bandura, 1977).

#### 2.2.4.3 *Strength*

Dimensi generalisasi berfokus pada kekuatan atau keyakinan dalam melakukan sebuah usaha. Harapan yang lemah bisa disebabkan oleh pengalaman yang buruk. Tetapi bila seseorang mempunyai harapan yang kuat mereka akan tetap berusaha walaupun mengalami sebuah kegagalan (Bandura, 1977).

#### 2.2.5 **Manfaat dari keyakinan rasa efikasi diri**

Bandura (1994) menyampaikan terdapat banyak bukti bahwa keberhasilan dan kesejahteraan manusia dapat dicapai dengan rasa optimis, ketika dalam realita sosial banyak sekali tantangan hidup seperti hambatan, kesengsaraan, kemunduran, frustrasi dan ketidakadilan yang harus dihadapi. Seseorang harus mempunyai keyakinan keberhasilan yang kuat untuk dapat mempertahankan usahanya. Rasa efikasi diri yang tinggi akan menimbulkan daya tahan terhadap hambatan dan kemunduran dari setiap kesulitan yang ada. Orang yang mengalami kecemasan akan mudah terserang depresi. Sedangkan orang yang mempunyai rasa efikasi diri yang tinggi akan lebih mampu untuk melakukan berbagai usaha dan latihan serta mengontrol lingkungan sekitarnya.

Rasa efikasi diri yang tinggi yang dimiliki oleh sekelompok orang menurut Bandura (1994) akan dapat merubah situasi sosial. Banyaknya tantangan kehidupan yang harus dihadapi memerlukan upaya kolektif untuk menghasilkan perubahan yang signifikan. Rasa efikasi yang tinggi akan menjadi suatu upaya untuk memecahkan masalah yang mereka hadapi dan meningkatkan kualitas hidup mereka melalui usaha yang terpadu. Dari usaha yang dilakukan inilah akan muncullah suatu penemuan baru. Rasa keyakinan yang tinggi, seberapa banyak usaha yang mereka lakukan dan seberapa tahan mereka terhadap hambatan yang ditemui akan berpengaruh terhadap keberhasilan kolektif dari usaha yang mereka lakukan (Bandura, 1994).

## 2.2.6 Perkembangan Efikasi Diri Selama Masa Kehidupan

### 2.2.6.1 *Origins of a sense of personal agency* (bersumber dari diri sendiri)

Bayi yang baru dilahirkan akan mengembangkan rasa keberhasilannya melalui eksplorasi bagaimana pengalaman yang memberikan efek terhadap lingkungan sekitarnya. Getaran pada box bayi atau tangisan akan membawa orang dewasa mendekatinya sehingga bayi belajar bahwa tindakan akan menghasilkan efek. Bayi yang berhasil mengendalikan peristiwa lingkungannya akan menjadi lebih perhatian terhadap perilakunya sendiri dan merasa berbeda dengan bayi yang lainnya (Bandura, 1994).

### 2.2.6.2 *Familial sources of self efficacy* (efikasi diri yang bersumber dari keluarga)

Bayi dan anak-anak harus terus belajar untuk mengembangkan kemampuan kognitif dan ketrampilan fisik untuk mengetahui dan mengelola berbagai situasi sosial. Perkembangan kemampuan sensorimotorik akan memperluas lingkungan kemampuan eksplorasi bayi dan anak-anak dalam bermain. Tersedianya peluang ini akan memperbesar ketrampilan dasar dan rasa keberhasilan. Pengalaman akan kesuksesan dalam menjalankan kontrol pribadi adalah pengembangan awal kompetensi sosial dan kognitif yang berpusat di dalam keluarga (Bandura, 1994).

### 2.2.6.3 *Broadening of self efficacy trough peer influences* (memperluas efikasi diri melalui pengaruh kelompok)

Seseorang yang masuk dalam sebuah kelompok akan memperluas kemampuan pengetahuannya. Sebagian besar pembelajaran sosial akan terjadi diantara anggota kelompok. Perbedaan usia juga akan mempengaruhi efikasi diri seseorang. Anggota kelompok dalam peer akan memberikan pengaruh yang besar pada efikasi diri anggotanya. Pengaruh rasa efikasi diri rendah kepada anggota kelompok akan mempengaruhi efikasi diri anggota kelompok lainnya, begitupun sebaliknya (Bandura, 1994).

2.2.6.4 *Shcool of an agency for cultivating cognitif self efficacy* (sekolah sebagai pembentukan kognitif efikasi diri)

Sekolah adalah tempat untuk mengembangkan kompetensi kognitif. Anak-anak mengembangkan kompetensi kognitif dan pengetahuannya dalam memecahkan masalah dengan berpartisipasi aktif di masyarakat. Kemampuan kognisi dan pengetahuan yang dimiliki akan menjadi dasar bagi pembentukan keyakinan akan keberhasilan. Sehingga pengalaman keberhasilan dan kegagalan yang dialami akan membentuk efikasi diri bagi anak-anak (Bandura, 1994).

2.2.6.5 *Growth of self efficacy through transitional experience of adolescence* (Pertumbuhan efikasi diri melalui pengalaman transisi masa remaja).

Remaja belajar memikul penuh tanggungjawab pribadi disemua dimensi kehidupan. Kompetensi baru dan keyakinan akan sebuah keberhasilan perlu terus dikembangkan. Remaja memperluas dan memperkuat rasa keberhasilannya dengan mencoba menghadapi berbagai peristiwa kehidupan. Keyakinan akan efikasi diri dibangun melalui penguasaan pengalaman sebelumnya (Bandura, 1994).

2.2.6.6 *Self efficacy concerns of adulthood* (Efikasi diri masa dewasa)

Dewasa muda adalah masa ketika orang harus belajar memenuhi kebutuhan baru yang timbul karena kemitraan, hubungan perkawinan, orang tua ataupun pekerjaan. Pemenuhan kebutuhan baru tersebut dapat terpenuhi dengan efikasi diri yang tinggi. Mereka yang memasuki usia dewasa muda dengan ketrampilan yang kurang akan merasa tidak yakin dengan diri sendiri dalam menghadapi berbagai aspek kehidupan yang menimbulkan stress dan tekanan. Pengalaman kemampuan dan ketrampilan dalam mengelola motivasi, emosional dan proses berfikir akan meningkatkan pengaturan efikasi diri seseorang (Bandura, 1994).

#### 2.2.6.7 *Reappraisals of self efficacy with advancing age* (menilai kembali efikasi diri melalui bertambahnya usia).

Banyak kapasitas fisik dan kognitif yang menurun pada orang lanjut usia. Keterlibatan mereka dalam pemeliharaan sosial, fisik dan intelektual selama rentang kehidupannya dapat membantu mempertahankan efikasi diri para lanjut usia. Penurunan efikasi diri ini disebabkan karena tidak digunakannya kemampuan kognitif dan adanya persepsi negatif terhadap harapan yang dimilikinya. Para lanjut usia merasa tidak yakin akan kemampuannya sehingga cenderung untuk mengurangi keterlibatannya dalam kegiatan sosial dan menurunkan aktifitas kegiatan lainnya. Persepsi sosial ini akan meningkatkan kerentanan lanjut usia terhadap stres dan depresi baik secara langsung ataupun tidak langsung. Para lanjut usia membutuhkan keyakinan akan keberhasilan yang kuat untuk membentuk kembali dan mempertahankan kehidupan yang produktif (Bandura, 1994).

#### 2.2.7 **Pengaruh Efikasi Diri pada Kualitas Hidup Pasien PPOK**

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

Sebuah penelitian lainnya dilakukan oleh Bentsen (2010) menunjukkan bahwa pasien PPOK dengan tingkat efikasi diri tinggi dapat melakukan aktifitas fisik dan fungsi psikososial yang lebih tinggi pula dibandingkan dengan yang mempunyai efikasi diri yang lebih rendah. Sedangkan pada penelitian lainnya yang dilakukan oleh Charron (1993) dan Skelly (1995) dalam Bentsen (2010) menyatakan hal yang senada bahwa efikasi diri

dapat memberikan prediksi terhadap kepatuhan seseorang dalam melakukan perawatan dirinya sendiri. Efikasi diri yang tinggi akan berpengaruh terhadap peningkatan kualitas hidup bagi pasien PPOK.

### **2.2.8 Pengukuran Efikasi Diri Pasien PPOK**

Banyak orang dengan PPOK kurang percaya diri tentang kemampuan mereka untuk menghindari kesulitan bernafas, berpartisipasi pada berbagai kegiatan dan penurunan kondisi fisik. Kurangnya kepercayaan dapat dinyatakan sebagai efikasi diri yang rendah dimana akan menyebabkan pasien PPOK menahan diri dari berbagai kegiatan sehari-hari.

*COPD Self Efficacy Scale (CSES)* pertama dikembangkan oleh Wigal, dkk (1991) digunakan untuk menilai tingkat keyakinan tentang kemampuan pasien PPOK dalam mengelola dan menghindari kesulitan bernafas saat berpartisipasi dalam kegiatan-kegiatan tertentu. Peserta diminta untuk mengidentifikasi bagaimana mereka merasa yakin bahwa mereka bisa mengelola sesak nafasnya dalam beberapa situasi, misalnya “Bila udara terasa lembab, ketika saya berbaring di tempat tidur”. CSES menyediakan item dengan kompleksitas yang memadai dalam kaitannya dengan situasi khusus pengelolaan PPOK. Instrumen ini berisi 33 item yang terbagi menjadi 5 sub skala. 5 sub skala ini adalah: 1) Dampak negatif, 2) Kondisi emosional, 3) Kondisi fisik, 4) Cuaca dan lingkungan dan 5) Faktor risiko perilaku. Instrumen ini menggunakan 4 point skala Likert dari sangat yakin, yakin, agak yakin, dan tidak yakin. Nilai dari masing-masing subskala didapatkan dari menambahkan nilai respon tiap item untuk mendapatkan skor total. Nilai berkisar antara 1-4 dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan lebih baik efikasi dirinya.

## 2.3 Kualitas Hidup

### 2.3.1 Pengertian Kualitas Hidup

Pengertian kualitas hidup masih menjadi suatu permasalahan, sampai saat ini masih belum ada suatu pengertian yang dapat diterima secara universal untuk menilai kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup merupakan suatu ide yang abstrak tidak terkait oleh tempat dan waktu, bersifat situasional dan meliputi berbagai konsep yang saling tumpang tindih (Kinghron & Gamlin, 2004, dalam Kusuma, 2011).

Kualitas hidup merupakan salah satu bagian dari *Patient Report Outcome* (PRO) yang didefinisikan secara subyektif oleh yang bersangkutan dan multidimensial. Kualitas hidup mengacu pada domain fisik, psikologis dan sosial kesehatan yang unik untuk setiap individu. Masing-masing domain dapat diukur dengan tujuan penilaian status kesehatan dari perspektif subyek kesehatan. Aspek lain yang dinilai dalam kualitas hidup seseorang termasuk pendapatan, kebebasan dan lingkungan (Gupta & Kant, 2009).

WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi kehidupan individu dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana mereka hidup berhubungan dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran yang dihadapinya. Kualitas hidup menyangkut dimensi yang lebih luas termasuk kesehatan fisik, psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan tentang penyakit yang diderita dan lingkungan (WHO, 1997).

Patrik & Erickson (1996) (dalam Gupta & Kant, 2009) mendefinisikan kualitas hidup adalah nilai yang diberikan selama hidupnya berlangsung yang dipengaruhi oleh penyakit, cedera, pengobatan atau kebijakan lainnya. Farquahar (1995) (dalam Gupta & Kant, 2009) menjelaskan kualitas hidup adalah sebuah model konseptual, yang bertujuan untuk menggambarkan perspektif seseorang dengan berbagai macam istilah terhadap dimensi kehidupan. Dengan demikian pengertian kualitas hidup ini akan berbeda bagi orang sakit dengan orang yang sehat (Gupta & Kant, 2009).

Aspek yang paling banyak berkaitan dengan kualitas hidup adalah *wellbeing, satisfaction with life & happiness*. *Wellbeing* diartikan sebagai hidup yang sejahtera, tidak hanya secara superficial tetapi termasuk pemenuhan kebutuhan dan realisasi diri. *Satisfaction with life* adalah perasaan bahwa ketika harapan, kebutuhan, dan keinginan seseorang itu terpenuhi maka orang tersebut akan merasa puas. Kepuasan adalah kenyataan mental tentang *heppiness* yang berarti bahagia, merupakan sesuatu yang terdapat didalam diri seseorang yang melibatkan keseimbangan khusus didalam dirinya (Ventegodt dalam Kusuma, 2010).

### 2.3.2 Kualitas Hidup Pasien PPOK

PPOK adalah penyakit seumur hidup yang dapat mempengaruhi seluruh aspek kehidupan termasuk emosi, kegiatan yang berhubungan dengan pekerjaan, hubungan seksual, hubungan sosial kemasyarakatan dan tingkat kemerdekaan yang dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup. Gangguan terhadap kesehatan dapat terbagi dalam keterbatasan kegiatan dasar sehari-hari seperti berpakaian, mandi, mencuci dan ketebatasan lain yang tergantung pada keadaan individu. Jones pada tahun 1991 mengembangkan sebuah kuestioner yang mengukur kualitas hidup khusus untuk pasien PPOK. Jones mengukur kualitas hidup pasien PPOK dari status kesehatan individu yang ditunjukkan oleh gejala dan efek yang ditimbulkan dari penyakit yang terbagi dalam aspek fisik dan psikososial. Aspek fisik meliputi persepsi pasien tentang gejala PPOK, sedangkan aspek psikososial meliputi aktifitas dan dampak terhadap psikososial. (Jones, 2004).

Pada umumnya pasien PPOK mencari pertolongan pelayanan kesehatan karena gejala yang dirasakan yaitu dispnue, produksi dahak yang berlebihan dan batuk yang tak kunjung reda (Kara & Alberto, 2006). Pasien PPOK pada awalnya hanya merasakan sesak nafas pada aktifitas seperti berjalan, berlari dan naik tangga yang dapat dihindari. Akan tetapi ketika fungsi paru semakin memburuk, sesak nafas menjadi lebih progresif dan mereka tidak dapat melakukan aktifitas sebagaimana orang lain dapat



melakukannya. Ketika kondisi pasien PPOK semakin buruk maka akan terjadi penurunan status kesehatan secara progresif yang akan berpengaruh terhadap kualitas kehidupannya (Amoros, 2008).

Pasien PPOK sering mengalami keterbatasan dalam melakukan aktifitas sehari-harinya *Activity Daily Living* (ADL) yang disebabkan oleh dispnue. Selain dispnue karena obstruksi udara, penurunan kondisi fisik dan disfungsi otot rangka merupakan salah satu ciri khas dari PPOK. Hal ini terkait dengan penurunan kapasitas latihan aktifitas fisik bersamaan dengan terjadinya dispnue. Kondisi fisik yang tidak aktif selama menderita PPOK mempunyai dampak yang cukup relevan dan dianggap sebagai faktor yang berhubungan langsung dengan risiko eksaserbasi akut dan kematian dini. Seiring bertambah buruknya kondisi PPOK akan semakin menurunkan kemampuan dalam melakukan aktifitas, termasuk bekerja dan berpartisipasi dalam lingkungan sosial (Amoros, 2008).

Dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Miravittles dalam Bentsen (2010) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien PPOK dengan menggunakan *The St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) menyebutkan batuk kronis, dispnue dan pengobatan merupakan variabel yang sangat berpengaruh pada kualitas hidup pasien PPOK. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Yohanes (1997) menyebutkan keparahan PPOK dampaknya terhadap kualitas hidup tidak dapat diprediksi oleh tes fungsi paru-paru saja melainkan lebih dipengaruhi oleh kemampuan melakukan aktifitas sehari-hari dan status emosional pasien PPOK.

Tekanan psikologis seperti kecemasan dan depresi yang memberikan kontribusi besar pada kualitas hidup pasien PPOK. Kondisi cemas lebih banyak disebabkan oleh karena gangguan fungsi fisik seperti dispnue, vitalitas tubuh untuk beraktifitas yang terus menurun dan kesehatan secara umum yang berhubungan dengan tingkat keparahan penyakit yang dialami oleh pasien PPOK. Depresi lebih banyak disebabkan oleh perasaan

frustasi, putus asa, tidak berdaya, beban finansial yang terus bertambah dan koping mekanisme diri yang tidak efektif (Cully, 2005).

PPOK juga memberikan dampak pada kehidupan sosial bagi pasiennya. Kondisi dispnea dan produksi dahak yang banyak menyebabkan masyarakat akan menjauhi pasien. Pasien PPOK akan memilih mengisolasi diri karena dispnea, kelemahan dan perasaan malu dari kondisi yang dirasakan sehingga mereka akan memperpendek waktu berada diluar rumah (Ignatavius & Workman, 2006). Mereka menyadari stigma tentang pasien PPOK termasuk adanya perasaan menyalahkan berkaitan dengan rokok, baik dari dalam dirinya sendiri, orang lain ataupun penyedia pelayanan kesehatan. Pasien PPOK merasa terasingkan melalui perasaan yang menyalahkan diri sendiri, kurangnya adanya dukungan dari keluarga dan tenaga kesehatan ataupun lingkungan masyarakat disekitarnya. Meskipun pada kenyataannya terjadi penurunan keterlibatan dalam kegiatan sosial, tetapi pasien PPOK tetap berusaha adaptasi dengan berbagai keterbatasan fungsionalnya. Hal ini mereka lakukan sebagai upaya untuk menghindari stigma negatif pada pasien PPOK (Berger, 2010).

### **2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada pasien PPOK**

#### **2.3.3.1 Umur**

Sebuah survei tentang kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan di Amerika menyebutkan seiring dengan bertambahnya usia, jumlah hari yang sakit dan keterbatasan aktifitas semakin meningkat serta kualitas hidup semakin menurun (Zahran, 2005). PPOK mulai menyerang penderitanya pada usia 35 tahun, sering menjadi simtomatik pada tahun-tahun usia baya dan insidennya terus meningkat sejalan dengan bertambahnya usia. Penurunan fungsi paru akan memperburuk berbagai perubahan fisiologis yang berkaitan dengan penuaan (Smeltzer & Bare, 2008). Pasien PPOK dengan usia yang semakin bertambah menunjukkan kualitas hidup yang semakin buruk. Hal ini disebabkan karena banyak individu

dari kelompok yang lebih tua menderita penyakit kronis selain PPOK disamping terjadinya penurunan fungsi tubuh karena kondisi degeneratif (Ferrer, 2002).

#### 2.3.3.2 Jenis kelamin

Kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan berdasarkan perbedaan jenis kelamin menunjukkan bahwa pada pasien PPOK laki-laki mempunyai kualitas hidup lebih buruk dari pada perempuan. Terutama dalam mengelola dampak dari PPOK dan kemampuan melakukan kegiatan pada laki-laki cenderung lebih buruk daripada perempuan. Kualitas hidup yang buruk pada perempuan cenderung disebabkan karena gejala yang ditimbulkan oleh PPOK itu sendiri (Katsura, 2007). Akhir-akhir ini prevalensi perokok wanita cenderung meningkat, hal ini berarti akan meningkatkan pula prevalensi pasien PPOK. Bukti baru menunjukkan bahwa laki-laki dan perempuan mempunyai *fenotipe* yang berbeda dalam merespon asap rokok. Laki-laki cenderung lebih rentan terhadap *fenotipe empisemateus* dan perempuan terhadap *fenotipe airway*. Selain itu respon kekebalan tubuh berdasarkan dimorfisme seksual dianggap bertanggung jawab terhadap perbedaan gender dalam menghadapi penyakit (Meilan, 2007).

#### 2.3.3.3 Pendidikan

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Dona (2006) menyebutkan seseorang akan memiliki tingkat keyakinan diri lebih tinggi dalam berperilaku yang lebih baik bila mempunyai sistem pendukung pendidikan. Ketika seseorang mendapatkan pendidikan akan menjadi sarana untuk mengembangkan kemampuan kognitif dan pengetahuannya yang menjadi dasar pembentukan keyakinan diri dalam berperilaku (Bandura, 1994). Perilaku kesehatan yang mendukung kualitas hidup sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang. Individu dengan pendidikan sekolah

menengah kebawah mempunyai kualitas hidup yang lebih buruk bila dibandingkan dengan individu yang mempunyai pendidikan lebih tinggi. Orang dengan pendidikan sekolah menengah kebawah melaporkan mempunyai hari sehat yang lebih sedikit dibandingkan dengan yang berpendidikan menengah keatas (Zahran, 2005).

#### 2.3.3.4 Status Merokok

Merokok merupakan penyebab utama terjadinya PPOK. Perokok mempunyai prevalensi yang lebih tinggi terjadinya kelainan fungsi paru. Asap rokok yang dihirup akan mengganggu fungsi endotel dan menyebabkan aliran udara menjadi terhambat hal ini terjadi secara progresif dan *irreversible*. Berhenti merokok akan mengurangi gejala PPOK seperti dispnue, batuk dan penurunan kecepatan FEV1 serta dapat meningkatkan ketahanan fisik. Berhenti merokok merupakan salah satu manajemen dari PPOK yang bertujuan untuk mengurangi gejala, meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidup (Papadopoulos, 2011).

#### 2.3.3.5 Pekerjaan

Sebuah penelitian yang melihat tentang kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan pada pasien PPOK melaporkan 72,5% penderitanya memiliki pekerjaan yang berhubungan dengan PPOK yaitu pekerja industri, petani, penggali kanal, pekerja tambang, gembala, paparan asap di rumah saat memasak (Tanaffos, 2006). Beberapa jenis pekerjaan yang secara langsung menjadi faktor risiko menderita PPOK cenderung akan menurunkan kualitas hidup pasien PPOK, karena hal ini dapat memperberat kondisi pasien. Orang yang sudah pensiun, menganggur kurang atau lebih dari 1 tahun, serta orang yang tidak mampu bekerja mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah bila dibandingkan dengan orang yang mempunyai pekerjaan. Orang-orang yang tidak bekerja melaporkan mempunyai hari yang secara fisik tidak sehat lebih banyak daripada yang bekerja (Zahran, 2005).

#### 2.3.3.6 Dukungan keluarga

PPOK adalah penyakit kronis dimana pasien memerlukan adaptasi dengan berbagai tahapan penyakit dari waktu ke waktu. Dukungan sosial dari keluarga, teman dekat dan lingkungan sangat membantu pasien PPOK dalam meningkatkan keyakinan diri melakukan perilaku kesehatan. Penguatan oleh anggota keluarga akan dirasakan pasien sebagai sebuah dukungan keluarga (Kara & Alberto, 2006). Dukungan keluarga merupakan suatu sistem pendukung yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarga yang meliputi pemberian dukungan emosional, bantuan materil, memberikan pelayanan dan informasi, serta memfasilitasi anggota keluarga dalam membentuk kontak sosial dengan masyarakat (Marylin dalam Kusuma 2010). Memberikan dukungan keluarga juga dapat mengurangi perasaan cemas dan depresi yang dirasakan oleh pasien PPOK (Holm, 2009).

#### 2.3.3.7 Lama menderita PPOK

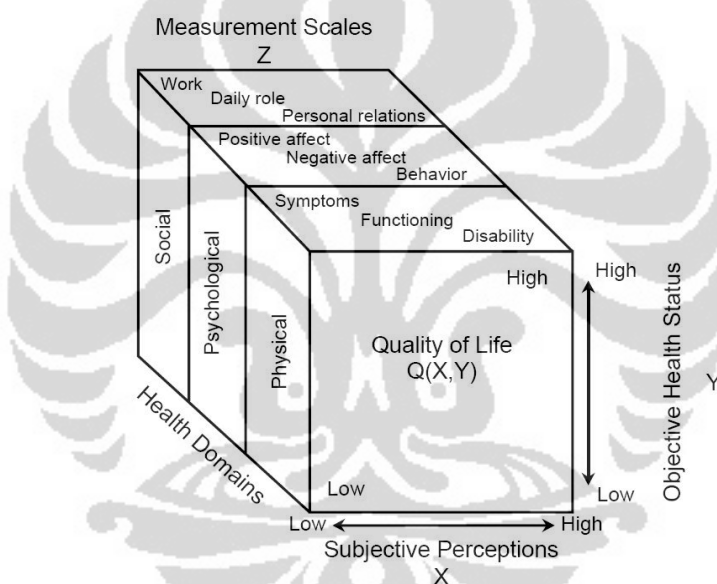
Penurunan fungsi paru pada pasien PPOK akan menyebabkan penurunan fisiologis lainnya. Durasi berapa lama menderita PPOK secara signifikan akan berpengaruh pada buruknya kualitas hidup penderitanya. Efikasi diri dianggap memainkan peran penting dalam pengelolaan diri pada pasien penyakit kronis, apakah mereka akan memulai suatu perubahan perilaku yang baru untuk perawatan dirinya ataukah tidak. Kualitas hidup pasien PPOK cenderung akan memburuk sebanding dengan durasi penyakit dan berat kondisi yang dialaminya (Tanaffos, 2006).

### 2.3.4 Pengukuran Kualitas Hidup Pasien PPOK

Menurut Guyatt dan Jaescke yang dikutip oleh Ware dan Sherbourne (1952) dalam Silitonga (2007) menyebutkan kualitas hidup dapat diukur dengan menggunakan instrumen pengukuran kualitas hidup yang telah diuji dengan baik. Dalam mengukur kualitas hidup yang berhubungan

dengan kesehatan semua domain akan diukur dalam 2 dimensi yaitu penilaian obyektif dari fungsional status kesehatan (aksis X) dan persepsi sehat yang lebih subyektif (aksis Y). walaupun dimensi obyektif penting untuk menentukan derajat kesehatan, tetapi persepsi subyektif dan harapan membuat penilaian lebih obyektif menunjukkan kualitas hidup yang sesungguhnya. Suatu instrumen pengukuran kualitas hidup yang baik harus memiliki konsep, cakupan, reabilitas, validitas dan sensitivitas yang baik pula.

Skema 2.1.  
Skema Pengukuran Kualitas Hidup



Sumber: Ware dan Sherbourne (1952) dalam Silitonga (2007)

Secara garis besar instrumen untuk mengukur kualitas hidup dapat dibagi menjadi 2 macam, yaitu instrumen umum (*generic scale*) dan instrumen khusus (*specific scale*). Instrumen umum adalah instrumen yang dipakai untuk mengukur kualitas hidup secara umum pada pasien penyakit kronis. Instrumen ini digunakan untuk menilai secara umum mengenai kemampuan fungsional, ketidakmampuan dan kekuatiran yang timbul akibat penyakit yang diderita. Instrumen khusus adalah instrumen yang dipakai untuk mengukur suatu khusus dari penyakit pada populasi tertentu (misalnya pada pasien penyakit paru) atau fungsi yang khusus (misalnya

fungsi saluran nafas). Berikut ini adalah instrumen yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup yang berhubungan dengan status kesehatan:

#### 2.3.4.1 Instrumen Umum

##### a. *Sickness Impact Profile (SIP)*

*Sickness Impact Profile (SIP)* adalah salah satu instrumen yang bersifat umum dan paling banyak digunakan. SIP dikembangkan oleh Berger pada tahun 1972 dan sejak saat itu telah digunakan secara ekstensif dalam berbagai penelitian klinis. SIP berisi dari 136 item dibagi menjadi 12 domain. 3 domain menerangkan tentang kondisi fisik yang terdiri dari : ambulatori, mobilitas, perawatan tubuh dan gerakan. 4 domain menerangkan tentang psikososial yang terdiri dari: interaksi sosial, perilaku kewaspadaan, perilaku emosional dan komunikasi. 5 domain lainnya menerangkan tentang independen yang terdiri dari: tidur dan istirahat, makan, bekerja, manajemen rumah, rekreasi dan masa lalu. Namun kelemahan yang dari SIP ini adalah memerlukan waktu yang relative lama sekitar 20-30 menit untuk menyelesaikan pengisian kuesioner (Gupta & Kant, 2009).

##### b. SF-36 (SF-36)

SF-36 adalah instrumen bersifat generik yang diterima secara luas dalam pengukuran beberapa penyakit. SF-36 dikembangkan oleh DcDowell dan Nowell pada tahun 1970 dan distandarkan pada tahun 1990. SF-36 terdiri dari 2 domain yaitu domain *Physical Component Summary (PCS)* dan domain *Mental Component Summary (MCS)*. Setiap domain terdiri dari 4 area. Setiap area terdiri dari 4 sub area. Setiap sub area terdiri dari beberapa pertanyaan. Domain PCS terdiri dari *physical function* (10 pertanyaan tentang aktifitas fisik termasuk mandi dan berpakaian), *role physical* (4 pertanyaan

tentang pekerjaan dan aktifitas sehari-hari), *bodily pain* (2 pertanyaan tentang rasa sakit yang dirasakan), *general health* (5 pertanyaan tentang kesehatan individu). Sedangkan domain MCS terdiri dari mental health (5 pertanyaan tentang perasaan seperti sedih dan senang), *role emotional* (3 pertanyaan tentang masalah pekerjaan yang berdampak pada emosi), *social function* (3 pertanyaan tentang aktifitas sosial yang berkaitan dengan masalah fisik dan emosi), dan *vitality* (4 pertanyaan tentang vitalitas yang dirasakan oleh pasien), (Were, 2000).

c. *Nottingham Health Profile* (NHP)

*Nottingham Health Profile* (NHP) menggunakan pernyataan yang mengukur penyimpangan dari fungsi normal dengan menegaskan pernyataan khusus atau item yang menggambarkan status kesehatan. Bagian pertama berisi 38 item yang terdiri dari 6 domain, yaitu : mobilitas fisik, energi, tidur, sakit, isolasi sosial, dan reaksi emosional. Bagian kedua berisi 7 item yang menangani bidang kehidupan sehari-hari dipengaruhi oleh status kesehatan pasien. Alat ini telah dinyatakan valid dan dapat diandalkan pada pasien PPOK ( Gupta & Kant, 2009).

2.3.4.2 Instrumen Khusus

*The St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur gangguan kesehatan dan kualitas hidup pada penyakit saluran pernapasan. SGRQ dikembangkan oleh Jones (1991) sebagai instrumen untuk mengukur kualitas hidup yang sudah terstandar dan baku pada pasien yang telah menderita PPOK berkisar 1 bulan sampai 1 tahun. PPOK Instrumen ini berisi 50 item yang meliputi 3 domain yaitu gejala, aktifitas dan dampak. Setiap skor dalam domain dihitung dan skor ditotal untuk semua item. Skor yang rendah menunjukkan kualitas hidup yang baik. Alat ini terbukti sah dan



dapat diandalkan serta responsive pada pasien PPOK (Jones, 2003). Ferrer (1996) dalam penelitiannya menyebutkan SGQR mempunyai konsistensi internal, validitas dan kepekaan yang lebih tinggi terhadap perubahan status kesehatan, perawatan dan terapi bila dibandingkan dengan menggunakan instrumen lainnya. Uji validitas yang dilakukan memiliki nilai koefisien korelasi *Cronbach Alpha* adalah 0,94 untuk skala keseluruhan dan 0,72 untuk "gejala", 0,89 untuk "aktifitas", dan 0,89 untuk sub-skala "dampak".

## 2.4 Asuhan Keperawatan

PPOK ditandai adanya keterbatasan aliran udara yang tidak sepenuhnya reversible, dimana kondisi ini dari waktu ke waktu dapat menyebabkan kecacatan dan dampak buruk pada kehidupan sehari-hari pasien. Perawat memiliki peran penting dalam mengelola pasien dengan PPOK baik sebagai pemberi asuhan keperawatan, pendidik, konsultan ataupun sebagai peneliti dalam mengembangkan *evidance base nursing*. Tujuan asuhan keperawatan berfokus pada mengurangi gejala dan mencegah kecacatan untuk mempertahankan status kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup mereka (Barnett, 2007). Oleh karena itu diperlukan sebuah model asuhan keperawatan yang dapat membantu memberikan suatu kerangka kerja untuk perencanaan manajemen keperawatan yang sistematis dan ilmiah.

### 2.4.1 Pengkajian

Pada pasien dengan PPOK pengkajian difokuskan pada pernapasanyang meliputi: pola pernapasanyang berubah, pernapasanyang dangkal, penggunaan otot bantu pernapasan, frekuensi pernapasanyang meningkat lebih dari 20x/menit. Penurunan fibrasi pada saat menyebutkan "9-9". Pada auskultasi didapatkan suara *kekles* ataupun *Wheezing*. Gejala yang lebih terlihat adalah dispnue, sianosis, produksi sputum yang berlebihan. Keadaan umum lainnya yang perlu dikaji adalah usia, lama terpapar faktor risiko, penampilan umum, postur tubuh, berat badan, intoleransi aktifitas.

Kecemasan perlu dikaji hubungannya dengan dispnue. Isolasai sosial akan menyebabkan pasien PPOK semakin merasakan depresi. Perlu dikaji hal-hal yang dilakukan pasien dan keluarga untuk mengurangi dan mengatasi gejala yang dirasakan (Ignativius & Workman, 2006). Kepercayaan yang dimiliki dan efikasi diri seseorang akan mempengaruhi kemampuannya dalam melakukan perawatan diri terhadap penyakit yang diderita (Kara, 2006).

Barnett (2007) mengembangkan manajemen PPOK dengan menggunakan *Roper Logan Tierny Framwork*. Ini adalah model asuhan keperawatan yang diterapkan khusus untuk pasien PPOK yang didasarkan pada 12 kegiatan individu. 12 kegiatan individu ini adalah lingkungan yang aman, komunikasi, pernapasan, makan dan minum, eliminasi, kebersihan diri dan berpakaian, suhu, mobilisasi, bekerja dan bermain, seksualitas, tidur dan persiapan kematian. Dari model ini perawat melihat pasien PPOK sebagai individu untuk meningkatkan kemampuan dirinya dalam memelihara fungsi kehidupan yaitu bernafas, makan, tidur, kehilangan dan meningkatkan kualitas hidup yang meliputi komunikasi, mencuci, bekerja dan bermain (Barnett, 2007).

#### **2.4.2 Diagnosa Keperawatan**

Dagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien PPOK (Ignativius & Workman, 2006; Black & Hawk, 2005; Doengoes, 2005) adalah:

- a. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan pertukaran gas membran kapiler dan alveoli, penurunan aliran udara, kelemahan otot pernapasan, dan peningkatan produksi mukus.
- b. Tidak efektifnya pola nafas berhubungan dengan obstruksi udara, pendataran diafragma, kelemahan, dan penurunan energi.
- c. Tidak efektifnya kebersihan jalan nafas berhubungan dengan produksi mukus yang berlebihan, anoreksia, dan kelemahan.
- d. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan kelemahan, dispnue, ketidakseimbangan antara persediaan dan kebutuhan oksigen.

- e. Kelemahan berhubungan dengan perubahan energi metabolik atau hipoksemia.
- f. Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan nafsu makan dan peningkatan kebutuhan energi.

Diagnose keperawatan yang berhubungan dengan efikasi diri adalah sebagai berikut (Ignatavius & Workman, 2006; Black & Hawk, 2005; Doengoes, 2005) :

- a. Kurang pengetahuan tentang proses penyakit, menentukan perawatan, pembatasan aktifitas berhubungan dengan kurangnya informasi.
- b. Koping individu tidak efektif berhubungan dengan ketidak adekuatan level kontrol terhadap persepsi, perubahan gaya hidup, situasi kritis, dan pengetahuan yang defisit.
- c. Kecemasan berhubungan dengan dispnue, perubahan status kesehatan, situasi kritis.

Diagnose keperawatan yang berhubungan dengan kualitas hidup adalah sebagai berikut (NANDA International, 2011):

- a. Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan.
- b. Ketidakefektifan manajemen kesehatan diri.
- c. Pengabaian diri.
- d. Kesiapan meningkatkan manajemen diri.

### 2.4.3 Intervensi keperawatan

*Nursing Intervensi Classification* (NIC) menurut Dochterman & Bulechek (2008) intervensi yang dilakukan pada pasien PPOK berfokus pada pengelolaan tentang *airway* manajemen, manajemen batuk, terapi oksigen dan manajemen energi.

- a. *Air management* (airway manajemen)

Didefinisikan sebagai memfasilitasi kepatenan jalan nafas. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah berikan posisi yang memungkinkan pasien melakukan ventilasi secara maksimal, lakukanan fisioterapi dada secara tepat, keluarkan dahak atau sekret

dengan batuk efektif atau menggunakan *suction*, lakukan pemeriksaan auskultasi dada dengarkan suara paru normal dan abnormal, berikan posisi elevasi pada saat terjadi dispnea dan lakukan monitor status respirasi (Dochterman & Bulechek, 2008).

b. *Cough enhancement* (manajemen batuk)

Didefinisikan sebagai pengelolaan keadaan sesak nafas dengan cara batuk, yaitu melakukan nafas dalam diikuti dengan meningkatkan tekanan intratorakal kemudian dihentakkan keluar untuk mengeluarkan sekret. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah memonitor hasil pemeriksaan fungsi paru-paru, berikan pasien posisi kepala sedikit fleksi, bahu rilek dan lutut fleksi, anjurkan pasien untuk nafas dalam tahan 2 detik dan batukkan 2 atau 3 kali, anjurkan pasien untuk nafas dalam beberapa waktu, keluarkan secara perlahan dan batukkan pada akhir ekspirasi (Dochterman & Bulechek, 2008).

c. *Oxygen therapy* (terapi oksigen)

Didefinisikan sebagai pemberian oksigen dan melakukan monitor keefektifannya. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah bersihkan jalan nafas dari secret yang mengganggu, pertahankan jalan nafas tetap paten, pasien dilarang merokok, siapkan peralatan oksigenasi termasuk humidifikasinya, pastikan masker oksigen terpasang dengan baik, monitor aliran oksigen, lakukan pemantauan status oksigen pasien (*oximetry*, BGA), monitor keadaan umum pasien (status mental, frekuensi pernapasan, nadi, hipoksia), libatkan keluarga untuk melakukan monitoring selama pemberian terapi oksigen (Dochterman & Bulechek, 2008).

d. *Energy management* (manajemen energi)

Didefinisikan sebagai pengaturan energi untuk merawat dan mencegah kelemahan dan mengoptimalkan kemampuan fungsi aktifitas. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah tentukan keterbatasan fisik pasien, anjurkan pasien untuk mengungkapkan

permasalahannya, monitor intake nutrisi, monitor respon kardiorespiratori pada saat beraktifitas, batasi stimulasi lingkungan untuk meningkatkan relasasi, tingkatkan istirahat dan batasi aktifitas, bantu pasien untuk membuat jadwal aktifitas yang akan dilakukan, dan kolaborasi dengan ahli diit untuk meningkatkan intake nutrisi tinggi kalori (Dochterman & Bulechek, 2008).

*Nursing Intervensi Classification (NIC)* menurut Dochterman & Bulechek (2008) intervensi keperawatan yang berkaitan dengan efikasi diri pada pasien PPOK adalah mengurangi kecemasan, peningkatan mekanisme koping, peningkatan kesadaran diri, peningkatan efikasi diri dan pengajaran proses penyakit.

a. *Anxiety reduction* (mengurangi kecemasan)

Didefinisikan sebagai meminimalkan keprihatinan, ketakutan, ketidaknyamanan, berhubungan dengan ketidak teridentifikasinya sumber kecemasan. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, bina hubungan saling percaya untuk pasien lebih terbuka tentang masalah kesehatannya, berikan informasi yang jelas tentang PPOK, perawatan dan prognosis selanjutnya, kaji tentang kondisi yang menimbulkan stresor, berikan kesempatan untuk mengekspresikan pikiran dan perasaannya untuk mengurangi kecemasan, bantu pasien untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan dan koping mekanisme yang dilakukan, ajarkan pasien teknik relaksasi, libatkan keluarga untuk memberikan dukungan (Dochterman & Bulechek, 2008).

b. *Coping enhancement* (peningkatan coping mekanisme)

Didefinisikan sebagai membantu pasien untuk beradaptasi menerima stresor, perubahan yang mengganggu kebutuhan dan peran. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah peningkatan perubahan perilaku, lakukan penilaian tentang perubahan situasi dan perubahan peran yang dialami pasien, lakukan penilaian terhadap persepsi penyakit yang dialami, diskusikan bersama cara merespon situasi yang

dihadapi, berikan informasi yang aktual tentang penyakit, perawatan dan prognosinya, berikan pilihan yang realistis tentang tindakan keperawatan yang akan diambil, evaluasi kemampuan pengambilan keputusan, tingkatkan hubungan sosial dengan orang-orang yang dapat memberikan *support system*, anjurkan pasien untuk meningkatkan interaksi sosialnya, berikan kesempatan pada pasien untuk mengeksplorasi hasil yang telah dicapai (Dochterman & Bulechek, 2008).

c. *Self awareness enhancement* (peningkatan kesadaran diri)

Didefinisikan sebagai membantu pasien mengeksplorasi, memahami pikiran, perasaan, motivasi dan perilakunya. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah ajak pasien untuk mengenali dan mendiskusikan pikiran dan perasaannya, bantu pasien mengidentifikasi prioritas hidupnya, bantu pasien mengidentifikasi dampak dari penyakit, ajarkan pasien mengungkapkan hal yang tidak disenanginya secara tepat, bantu pasien untuk menyadari statement negatif, bantu pasien mengidentifikasi hal-hal yang menyebabkan kecemasan, bantu pasien mengidentifikasi sumber-sumber motivasi, bantu pasien untuk mengidentifikasi perilaku yang merusak diri sendiri, fasilitasi pasien melalui peer group (Dochterman & Bulechek, 2008).

d. *Self efficacy enhancement* (peningkatan efikasi diri)

Didefinisikan sebagai memperkuat rasa percaya diri individu akan kemampuannya untuk melakukan perilaku hidup sehat. Beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah melakukan eksplorasi tentang persepsi kapasitas kemampuan individu untuk melakukan perilaku sesuai tujuan, melakukan eksplorasi tentang persepsi pengambilan keputusan, mengidentifikasi persepsi individu tentang faktor risiko dan ketidakmampuan pengambilan keputusan, mengidentifikasi hambatan perubahan perilaku, memberikan informasi tentang perilaku yang diinginkan, membantu individu

komitmen pada rencana yang telah dibuat, memberikan *reinforcement* terhadap perubahan perilaku, memberikan lingkungan yang mendukung perubahan perilaku yang diinginkan, menggunakan pembelajaran sesuai dengan usia dan budaya, memberikan contoh pemodelan perilaku yang diinginkan, memberikan kesempatan untuk mengekspresikan keberhasilannya (Dochterman & Bulechek, 2008).

e. *Teaching disease process* (pengajaran proses penyakit)

Didefinisikan sebagai membantu pasien untuk memahami informasi berhubungan dengan proses penyakit. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah menilai tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit PPOK yang dideritanya, memberikan penjelasan etiologi, tanda, gejala, proses penyakit dan prognosanya, berikan informasi yang tepat tentang kondisi yang dialami pasien, diskusikan perilaku atau gaya hidup untuk mencegah terjadinya komplikasi, diskusikan pilihan-pilihan terapi dan perawatan yang ada dan melakukan pilihan yang paling tepat, berikan informasi yang tepat untuk mencari bantuan pelayanan kesehatan (Dochterman & Bulechek, 2008).

*Nursing Intervensi Classification (NIC)* menurut Dochterman & Bulechek (2008) intervensi keperawatan yang berkaitan dengan kualitas hidup pada pasien PPOK adalah memodifikasi perilaku, meningkatkan sistem pendukung, bantuan modifikasi diri, dan bantuan berhenti merokok.

a. *Behavior modification* (modifikasi perilaku)

Didefinisikan sebagai peningkatan perubahan perilaku. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah menentukan motivasi perubahan perilaku yang akan dilakukan, jelaskan pada pasien bahwa dengan PPOK masih tetap bisa beraktifitas dalam kegiatan yang bisa ditoleransi tanpa menimbulkan kelelahan, membantu mengidentifikasi potensi yang dimilikinya, mengganti perilaku yang tidak sehat dengan perilaku hidup sehat, berikan *reinforcement* pada tindakan yang sudah dilakukan, bantu pasien untuk mengidentifikasi kesuksesan yang dicapai, identifikasi masalah yang dihadapi pasien, buat perubahan

target perilaku yang kongkret, realistis dan terukur (mengurangi jumlah rokok yang dikonsumsi sehari), kembangkan metode untuk perubahan perilaku, bersama dengan pasien menentukan modifikasi perilaku, tingkatkan pembelajaran dengan teori pemodelan (Dochterman & Bulechek, 2008).

*b. Support system enhancement* (peningkatan sistem pendukung)

Didefinisikan sebagai memfasilitasi pemberian *support system* oleh keluarga, teman terdekat dan masyarakat. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah kaji respon psikologis untuk menilai kemungkinan *support system*, tentukan kekuatan dukungan sosial, identifikasi dukungan dan finansial keluarga, monitor kondisi keluarga, tingkatkan motivasi pasien untuk berpartisipasi pada aktifitas sosial dan kemasyarakatan, fasilitasi pada kelompok diskusi, kaji sumber-sumber masyarakat yang dapat digunakan, libatkan keluarga, teman, atau orang terdekat dalam perencanaan perawatan, jelaskan pada orang lain disekitar pasien bagaimana mereka dapat membantu memberikan dukungan (Dochterman & Bulechek, 2008).

*c. Self modification assistance* (bantuan modifikasi diri)

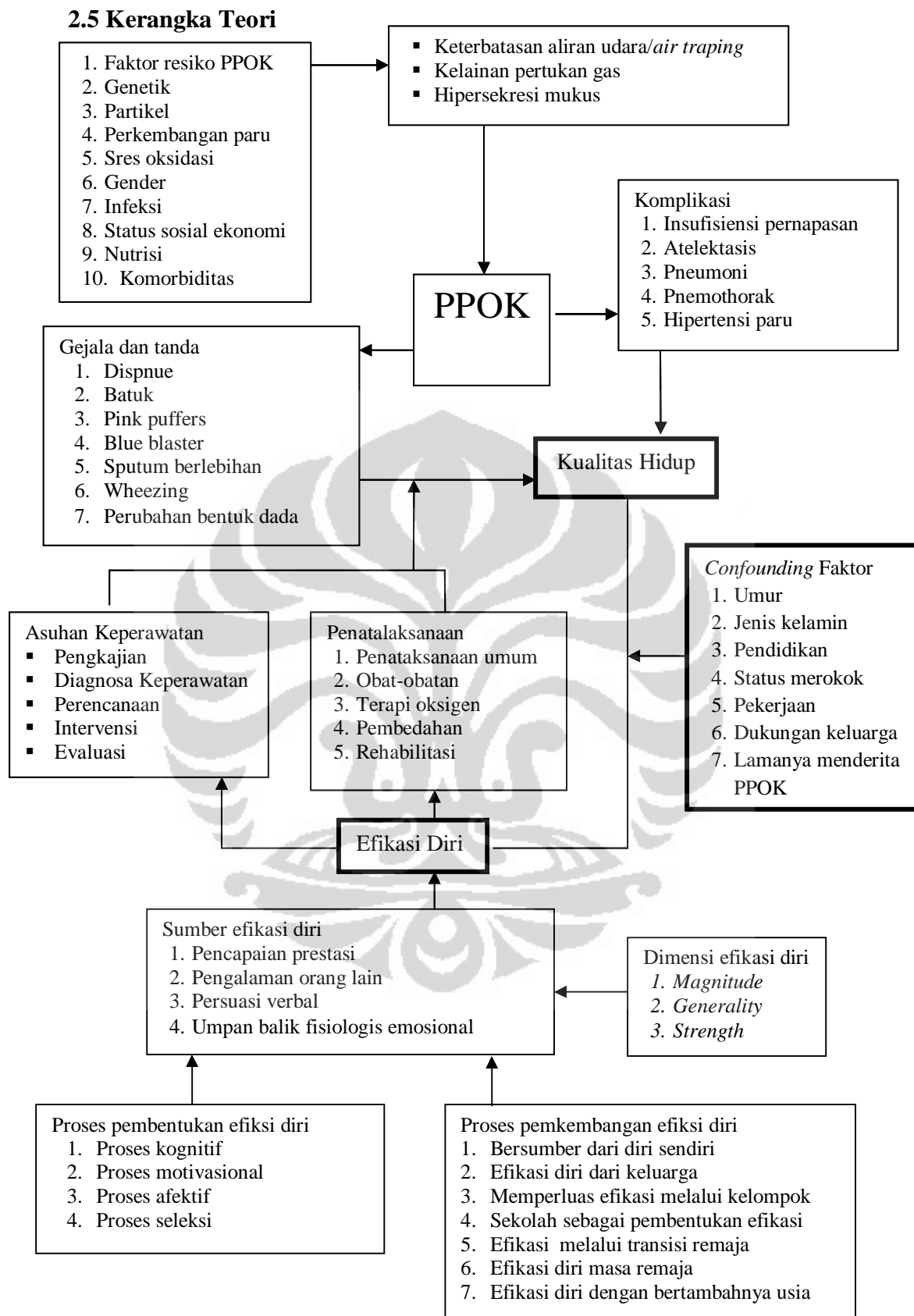
Didefinisikan sebagai pemberian penghargaan terhadap kemampuan pasien melakukan inisiatif perubahan perilaku sesuai tujuan yang telah ditetapkan. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah menilai alasan keinginan pasien untuk berubah, membantu pasien untuk mengidentifikasi target perilaku yang akan dilakukan, menilai pengetahuan dan level ketrampilan berhubungan dengan target yang akan dicapai, bersama pasien mengidentifikasi strategi yang tepat, jelaskan kepada pasien untuk melakukan monitoring diri terhadap perilaku yang dapat dicapai, berikan *reinforcement* terhadap perilaku yang dapat dicapai (Dochterman & Bulechek, 2008).



d. *Smoking cessation assistance* (bantuan penghentian merokok)

Didefinisikan sebagai membantu orang lain untuk berhenti merokok. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah lakukan pencatatan tentang riwayat merokok, kaji kesiapan pasien untuk berhenti merokok, berikan informasi yang jelas tentang rokok dan akibatnya, jelaskan pada pasien tentang nikotin *withdrawal* dan cara mengatasinya, bantu pasien untuk mempraktekkan metode resist *cravings* (menahan) pada saat keinginan merokok muncul, berikan motivasi pada pasien untuk konsisten dengan tujuan berhenti merokok, fasilitasi pasien pada peer group berhenti merokok, bantu pasien untuk menggunakan strategi koping yang positif dan pemecahan masalah bila keinginan merokok muncul kembali (Dochterman & Bulechek, 2008).





Skema. 2.2

## Skema Kerangka Teori Penelitian

Sumber : Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (2006), Smelzer & Bare (2008), Ignatavius & Workman, (2006), Bandura, (1977; 1994).

Pada skema 2.2 dapat dijelaskan bahwa PPOK merupakan suatu kondisi yang *irreversible* berkaitan dengan dispnea saat beraktifitas dan penurunan masuk serta keluarnya udara paru-paru (Smeltzer and Bare, 2008). PPOK menyerang pada orang-orang yang mempunyai faktor risiko genetik, berada pada lingkungan yang mengandung partikel debu, mempunyai riwayat perkembangan paru yang buruk, terjadi stres oksidasi, laki-laki yang merokok, infeksi paru, status sosial ekonomi rendah, nutrisi kurang, dan adanya komorbid oleh penyakit lainnya. Pada PPOK udara mengalami *trapping* yang akan menyebabkan kelainan pertukaran gas pada paru-paru dan mengakibatkan peningkatan produksi mukus di saluran nafas. Tanda dan gejala lainnya adalah dispnea, batuk kronis, *pink puffers*, *blue blaster*, *wheezing* dan perubahan bentuk dada. Apabila kondisi ini tidak ditangani dengan baik maka akan menyebabkan komplikasi. Insufisiensi pernapasan adalah komplikasi yang paling sering terjadi, komplikasi lainnya adalah atelektasis, pneumonia, pneumothorax, dan hipertensi paru. Karena PPOK merupakan penyakit dengan komplikasi luas hal ini memberikan gangguan pada semua aspek kehidupan dan berdampak pada kualitas hidup. Kualitas hidup pasien PPOK selain dipengaruhi oleh efikasi diri juga dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, pendidikan, status merokok, pekerjaan, dukungan keluarga dan lamanya menderita PPOK.

Efikasi diri adalah keyakinan seseorang tentang kemampuan mereka untuk melakukan perilaku yang diharapkan (Bandura, 1994). Efikasi diri terbentuk melalui proses kognitif, proses motivasional, proses afektif, dan proses seleksi. Efikasi diri mengalami proses perkembangan dari lahir hingga bertambahnya usia. Sumber-sumber efikasi diri diantaranya adalah pencapaian prestasi, pengalaman orang lain, persuasi verbal dan umpan balik fisiologi dan emosi. Melalui dimensi efikasi yang terdiri dari *magnitude*, *generality* dan *strength* efikasi semakin kuat terbentuk dan hal ini yang akan berpengaruh terhadap perilaku dalam asuhan keperawatan ataupun pelaksanaan PPOK secara umum lainnya. Dengan demikian akhirnya efikasi mempengaruhi kualitas hidup pasien PPOK.

## BAB 3

### KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DIFINISI OPERASIONAL

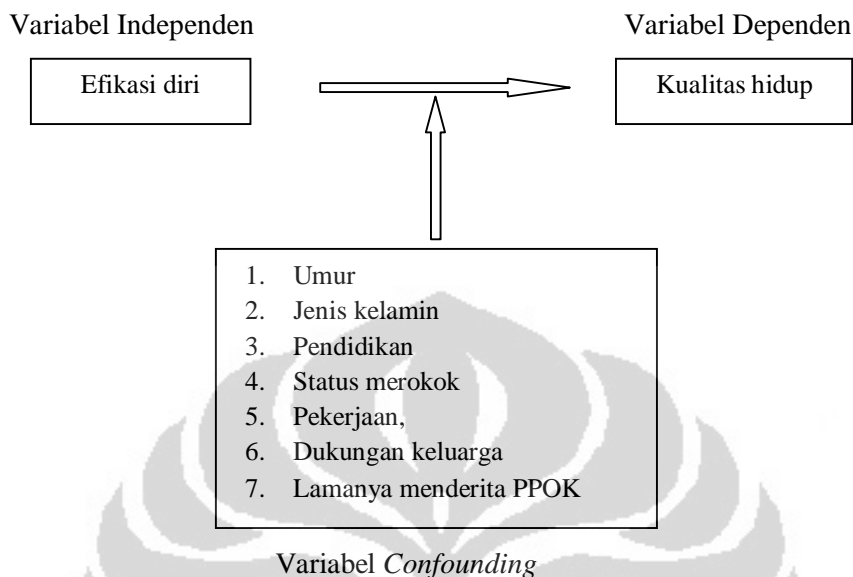
Bab ini akan menguraikan tentang kerangka konsep penelitian yang akan dilakukan, hipotesis dan definisi operasional. Hipotesis merupakan jawaban sementara dari penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti sedangkan definisi operasional adalah definisi variabel secara operasional berdasarkan dari karakteristik yang diamati (Arikunto, 2002).

#### 3.1 Kerangka Konsep

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara efikasi diri dan kualitas hidup pasien PPOK di RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Kerangka konsep merupakan justifikasi ilmiah terhadap penelitian yang akan dilakukan dan memberikan landasan kuat terhadap topik yang dipilih sesuai dengan identifikasi masalah. Kerangka konsep dibuat berlandaskan teori yang telah dibahas pada bagian sebelumnya. Kerangka konsep menggambarkan keterkaitan antar variabel dalam penelitian. Variabel dependen/terikat dalam penelitian ini adalah kualitas hidup, sedangkan variabel independennya adalah efikasi diri. Adapun variabel *confounding* meliputi adalah usia, jenis kelamin, pendidikan, status merokok, pekerjaan, dukungan keluarga dan lamanya menderita.

Hubungan antar variabel dalam penelitian ini dapat dilihat pada kerangka konsep gambar 3.1. sebagai berikut.

Skema 3.1  
Skema Kerangka Konsep Penelitian



### 3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban sementara terhadap pertanyaan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2002). Hipotesis menggambarkan antara 2 variabel atau lebih. Sebuah hipotesis yang baik disusun secara sederhana, jelas dan menggambarkan definisi variabel secara kongkret (Polit & Hungler, 1999).

Rumusan hipotesis mayor dan minor dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

#### 3.2.1 Hipotesis mayor

Ada hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup pasien PPOK.

#### 3.2.2 Hipotesis minor

3.2.2.1 Ada hubungan antara umur dengan kualitas hidup pasien PPOK.

3.2.2.2 Ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien PPOK.

3.2.2.3 Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien PPOK.

3.2.2.4 Ada hubungan antara status merokok dengan kualitas hidup pasien PPOK.

3.2.2.5 Ada hubungan antara pekerjaan dengan kualitas hidup pasien PPOK.

3.2.2.6 Ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien PPOK.

3.2.2.7 Ada hubungan antara lamanya menderita PPOK dengan kualitas hidup pasien PPOK.

### 3.3 Definisi operasional

Berikut ini adalah definisi operasional dari masing-masing variabel penelitian.

Tabel. 3.1  
Definisi Operasional dan Variabel Penelitian

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Independen: Efikasi diri	Pernyataan keyakinan pasien PPOK terkait kemampuan melakukan perawatan diri yang berhubungan dengan efek negatif, kondisi emosi, masalah fisik, lingkungan dan cuaca serta faktor resiko perilaku dalam masalah pernapasan	Kuesioner dari <i>The COPD Self Efficacy Score (CSES)</i> , 33 item pernyataan tentang : efek negatif, kondisi emosi, masalah fisik, lingkungan dan cuaca dan faktor resiko perilaku.  Penilaian menggunakan skala Likert dengan nilai: 4: Sangat yakin. 3: Yakin. 2: Agak yakin. 1: Tidak yakin.	Skor total maksimal: 132. Pengkategorian menggunakan rumus <i>cut of point</i> 75% dari total skor (132): 1: Baik ( $\geq 99$ ) 0: Tidak baik ( $< 99$ ) Berdasarkan rumus pengkategorian data dikotom untuk mengkaji sikap. (Arikunto, 2002).	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Dependen: Kualitas hidup	Pernyataan pasien PPOK terhadap hal-hal terkait status kesehatan yang meliputi gejala, tanda dan dampak psikososial dari PPOK	Kuesioner dari <i>The St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)</i> , 50 item pertanyaan tentang masalah fisik dan psikososial. 50 item pernyataan tentang : gejala, aktifitas dan dampak. Penilaian skor SGRQ menggunakan perangkat lunak <i>Microsoft Excel "Calculator SGRQ"</i> yang telah baku. (Jones, 1991)	Skor total rentang 0-100. Pengkatagorian dikelompokkan menjadi 2 yaitu: 1: Baik ( $\leq 50$ ) 0: Tidak baik ( $>50$ ) Merujuk pada penggunaan <i>scoring</i> kuesioner SGRQ (Ferrer, 2002).	Nominal
<b>Confounding</b>				
1. Umur	Lama hidup responden berdasarkan tanggal lahir sampai dengan ulang tahun terakhir saat mengisi data	Kuesioner umur dalam tahun pada karakteristik demografi	Umur dalam tahun Dikatagorikan menjadi 2 1: Dewasa ( $< 60$ tahun) 0 : Lansia ( $\geq 60$ tahun) Merujuk pada pembagian usia menurut WHO.	Nominal
2. Jenis kelamin	Karakteristik seksual berdasarkan ciri fisik biologi yang dibawa sejak lahir hingga saat mengisi data	Kuesioner karakteristik demografi tentang jenis kelamin responden berupa laki-laki atau perempuan	Dinyatakan dengan : 1: Perempuan 0: Laki-laki Merujuk pada kualitas hidup PPOK berdasarkan jenis kelamin (Katsura, 2007).	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
3. Tingkat pendidikan	Jenjang sekolah formal terakhir yang berhasil ditempuh responden hingga memperoleh ijazah	Kuesioner karakteristik demografi tentang pendidikan responden	Dinyatakan dengan : 1: SD 2: SMP 3: SMA 4: PT/Akademik  Untuk analisa bivariat digolongkan menjadi 2, yaitu: 1: Tinggi (tamat SMA dan PT/Akademik) 0: Rendah (tamat SD dan SMP) Merujuk pada pendidikan dasar 9 tahun.	Nominal
4. Status merokok	Pernyataan responden terkait kegiatan menghisap batang silinder yang berisi daun tembakau yang sudah dicacah terbungkus oleh kertas yang dibakar pada salah satu ujungnya dan dibiarkan membara agar asapnya dapat dihirup lewat mulut pada ujung lainnya.	Kuesioner karakteristik demografi tentang status merokok responden	Dinyatakan dengan : Status merokok: 1: Tidak merokok 0: Merokok Merujuk pada kualitas hidup PPOK berdasarkan status merokok (Papadopoulos, 2011).	Nominal



Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
5. Pekerjaan	Status responden terkait dengan kegiatan yang bertujuan untuk mendapatkan upah/gaji	Kuesioner karakteristik demografi tentang pekerjaan responden	Dinyatakan dengan : 1: Tidak bekerja/IRT 2: Petani/pedagang/buruh 3. PNS/TNI/Polri 4. Lain-lain  Untuk analisa bivariat digolongkan menjadi 2, yaitu: 1: Bekerja (item 2,3& 4) 0: Tidak bekerja (item 1)	Nominal
6. Dukungan keluarga	Pernyataan responden terhadap bantuan yang diberikan oleh keluarga meliputi dukungan emosional, dukungan informasi, dukungan materi, dan dukungan sosial	Pertanyaan berupa <i>numeric rating scale</i> dari 1-10 1: Dukungan keluarga sedikit sampai 10: Keluarga sangat mendukung	Dinyatakan dengan skor <i>numeric</i> dukungan keluarga  Untuk analisa bivariat digolongkan menjadi 2 bagian berdasarkan <i>cut of point</i> nilai <i>median</i> (9) yang didapatkan dari responden yaitu dukungan keluarga : 1: Baik ( $\geq 9$ ) 0: Tidak baik ( $< 9$ )	Nominal
7. Lamanya menderita PPOK	Rentang waktu responden menderita PPOK, dihitung semenjak pertama kali didiagnosa PPOK	Kuesioner karakteristik demografi tentang lama responden menderita PPOK	Lama PPOK yang dialami, diukur dalam tahun Dikatagorikan menjadi 2 bagian berdasarkan <i>cut of point median</i> (3 tahun) 1: Baru ( $\leq 3$ tahun) 0: Lama ( $> 3$ tahun)	Nominal

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

Bab ini akan membahas tentang rancangan penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, dan rencana analisis data.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan pendekatan *cross-sectional*, yaitu penelitian yang bertujuan untuk mempelajari dinamika korelasi antara variabel independen (faktor risiko) dengan variabel dependen (efek), dengan cara pendekatan, observasi dan pengumpulan data sekaligus pada satu waktu (*point time approach*). Pada penelitian ini pengambilan data kualitas hidup pasien PPOK diambil pada saat yang sama atau menggunakan pendekatan satu waktu. Pengertian pada saat yang sama sendiri bukan berarti bahwa observasi pada semua obyek untuk semua variabel dilakukan untuk satu waktu, melainkan subyek diobservasi hanya satu kali saja baik untuk variabel independen ataupun variabel dependen (Notoatmodjo, 2002; Sastroasmoro & Ismail, 2010).

#### **4.2 Populasi dan Sampel**

Populasi adalah keseluruhan dari subyek penelitian yang terdiri atas obyek atau subyek yang mempengaruhi kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Arikunto, 2002; Sugiyono, 2009). Dalam penelitian ini yang menjadi populasi adalah pasien PPOK yang menjalani rawat jalan di Poliklinik Paru RS Khusus Paru Batu dan Poli RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur.

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi dimana ditentukan melalui metode *sampling*. Sedangkan metode *sampling* adalah cara untuk menyeleksi porsi dari populasi penelitian untuk menentukan sampel penelitian yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2008).

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan metode *non probability sampling* melalui teknik *consecutive sampling*, yaitu menentukan sampel penelitian dengan cara memilih responden dari pasien PPOK yang datang melakukan rawat jalan di poliklinik paru, berdasarkan kriteria yang dikehendaki peneliti sesuai dengan tujuan dan masalah penelitian, sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2002; Sugiyono, 2009).

Sampel dalam penelitian ini adalah pasien PPOK yang berobat jalan di poliklinik paru pada bulan Mei-Juni 2011 di RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Adapun kriteria yang dimaksud dari penelitian ini adalah sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

- 1 Responden didiagnosa PPOK
- 2 Lama menderita PPOK minimal 1 bulan yang lalu
- 3 Usia minimal 21 tahun
- 4 Keadaan *compos mentis*
- 5 Dapat berkomunikasi verbal dengan baik
- 6 Mampu membaca dan menulis
- 7 Bersedia menjadi responden penelitian dan kooperatif

b. Kriteria eksklusi

Pasien PPOK mengalami ketidaknyamanan fisik yang berat seperti sesak yang sangat, demam tinggi, atau kelemahan ekstrim sehingga tidak memungkinkan untuk responden mengikuti penelitian

Besar sampel yang dibutuhkan dalam penelitian ini dihitung berdasarkan uji hipotesa beda proporsi menurut Ariawan (1998), dengan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{\left( Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2} \quad n = 76$$

Keterangan :

**n** = Jumlah sampel

**$Z_{1-\alpha/2}$**  = Nilai Z pada derajat kepercayaan  $1-\alpha/2$ , atau derajat kemaknaan  $\alpha$  pada uji 2 sisi (two tail) :  $Z (\alpha= 0,10) = 1,64$

**$Z_{1-\beta}$**  = Nilai Z pada kekuatan uji (power)  $1-\beta = Z (\beta= 20\%) = 0,84$

**$P_1$**  = Proporsi senam asma dengan kualitas hidup baik pada pasien Ashma ( $P= 0,55$ ) (Budi, 2008)

**$P_2$**  = Proporsi tidak senam asma dengan kualitas hidup baik pada pasien Ashma ( $P= 0,35$ ) (Budi, 2008)

**$\bar{P}$**  = Rata-rata proporsi  $(P_1+P_2)/2$

Untuk mengantisipasi kemungkinan subyek dan sampel yang terpilih *drop out* karena tidak sesuai dengan kriteria yang diharapkan, maka perlu menambahkan jumlah sampel agar besar sampel tetap terpenuhi dengan rumus sebagai berikut (Sastroasmoro & Ismail, 2010).

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

Keterangan :

$n'$  = Jumlah sampel yang akan diteliti

$n$  = Besar sampel yang akan dihitung

$f$  = Perkiraan proporsi *drop out* (0,1)

Maka besar sampel dalam penelitian ini adalah  $n' = 76/(1-0,1) = 84$  orang

### 4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di Poliklinik Paru RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Pemilihan tempat ini karena RS Paru Batu merupakan salah satu rumah sakit khusus paru yang ada di Jawa Timur. Sedangkan RS Saiful Anwar Malang adalah rumah sakit rujukan sekaligus rumah sakit

pendidikan yang mendukung pengembangan dalam bidang penelitian sehingga sangat mungkin untuk melakukan penelitian di kedua rumah sakit ini. Disamping itu di RS Paru Batu ataupun di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang belum pernah dilakukan penelitian tentang hubungan antara efikasi diri dan kualitas hidup pada pasien PPOK.

#### **4.4 Waktu Penelitian**

Penelitian ini dimulai dari bulan Pebruari sampai Juni 2011. Pengambilan data penelitian dilakukan pada tanggal 2 Mei - 15 Juni 2011 sesuai dengan jadwal penelitian (lampiran 1) setelah mendapatkan surat ijin dari Dekan FIK UI (lampiran 9 dan lampiran 10).

#### **4.5 Etika Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan dengan mempertimbangkan etika penelitian dengan memberikan perlindungan terhadap responden yang menjadi subjek dalam penelitian ini. Hal ini dilakukan untuk mencegah timbulnya masalah etik yang dapat terjadi selama proses penelitian berlangsung dengan menerapkan prinsip etika riset penelitian yaitu *beneficence*, prinsip menghargai martabat manusia dan prinsip mendapatkan keadilan (Hamid, 2007).

#### **4.6 Aplikasi prinsip etik penelitian**

Peneliti dalam melakukan penelitian harus melindungi responden dengan mempertimbangkan aspek etika, yang terdiri dari sebagai berikut (Polit & Beck, 2006):

##### **4.6.1 Self determination**

Responden diberi kebebasan untuk menentukan pilihan bersedia atau tidak turut serta dalam penelitian, setelah menerima semua informasi tentang penelitian yang akan dilakukan. Responden juga mendapat penjelasan untuk berhak mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun. Apabila responden bersedia mengikuti penelitian, maka responden diminta untuk menandatangani lembar *informed consent* (lampiran 3).

#### **4.6.2 Anonymity and confidentiality**

Prinsip *anonymity* adalah peneliti tidak mencantumkan nama lengkap responden, tetapi hanya nama inisial dalam kuesioner berupa kode nomor responden. Prinsip *confidentiality* dilakukan peneliti dengan tidak mempublikasikan keterikatan informasi yang diberikan dengan identitas responden. Dalam analisis dan penyajian data peneliti hanya mendiskripsikan karakteristik responden.

#### **4.6.3 Privacy**

Peneliti menjamin *privacy* responden dengan tetap menjaga harga diri responden. Peneliti hanya menanyakan hal-hal yang berkaitan dengan penelitian. Peneliti menjaga semua kerahasiaan serta semua informasi responden dan hanya menggunakan untuk kepentingan penelitian.

#### **4.6.4 Protection from discomfort and harm**

Penelitian yang dilakukan tidak mengakibatkan ketidaknyamanan bagi responden, baik fisik maupun psikis. Apabila responden mengalami ketidaknyamanan selama pengisian kuesioner, peneliti memberikan kesempatan kepada responden untuk menyampaikan ketidaknyamanannya, kemudian responden dapat diajukan pilihan untuk menghentikan penelitian atau tetap meneruskan dengan bimbingan dari petugas yang ditunjuk oleh peneliti.

#### **4.6.5 Informed consent (IC)**

Sebelum penelitian dilakukan peneliti memberikan informasi lengkap tentang tujuan, manfaat, prosedur dan harapan peneliti terhadap responden. Setelah responden memahami semua penjelasan peneliti dan bersedia melakukan penelitian responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan sebagai subyek penelitian.

## 4.7 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari 4 kuesioner, yaitu kuesioner karakteristik demografi responden, kuesioner efikasi diri khusus pasien PPOK, kuesioner kualitas hidup khusus PPOK, dan kuesioner dukungan keluarga.

### 4.7.1 Kuesioner karakteristik demografi responden

Kuesioner karakteristik demografi responden terdiri dari usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status merokok, pekerjaan dan lamanya menderita PPOK. Data demografi responden masuk ke dalam lembar kuesioner A, yang terdiri dari 6 pertanyaan dan diisi dengan cara menuliskan isian singkat dan chek list () pada jawaban yang dipilih oleh responden (lampiran 4).

### 4.7.2 Kuesioner efikasi diri khusus pasien PPOK

Pengukuran efikasi diri pasien PPOK menggunakan kuesioner B. Kuesioner efikasi diri khusus untuk pasien PPOK diadopsi dari *The COPD Self Efficacy Scale (CSES)* oleh Wigal (1991). Kuesioner ini terdiri dari 33 item pernyataan yang meliputi 5 sub variabel, yaitu dampak negatif 11 pernyataan (nomor 6, 11, 12, 16, 20, 22, 23, 26, 30, 31 dan 32), kondisi emosional 8 pernyataan (nomor 1, 4, 8, 10, 14, 15, 18 dan 29), kondisi fisik 5 pernyataan (nomor 5, 9, 13, 28 dan 33), cuaca dan lingkungan 6 pernyataan (nomor 2, 3, 7, 17, 22 dan 25) dan faktor risiko perilaku 3 pernyataan (nomor 19, 25 dan 27). Penilaian instrumen ini menggunakan 4 point *skala Likert* yaitu 4 = sangat yakin, 3 = yakin, 2 = agak yakin, dan 1 = tidak yakin. Semakin tinggi nilai total maka semakin tinggi efikasi diri pasien. Skor total maksimal 132. Untuk analisis selanjutnya efikasi diri dikategorikan menjadi 2 yaitu efikasi diri baik jika skor jawaban  $\geq 75\%$  skor total dan efikasi diri tidak baik jika skor jawaban  $< 75\%$  skor total. Pembagian ini berdasarkan pada Arikunto (2002) yang menyatakan bahwa untuk penelitian sikap dan perilaku dapat menggunakan batasan nilai  $\geq 75-80\%$  (lampiran 5).

#### 4.7.3 Kuesioner kualitas hidup khusus PPOK

Pengukuran kualitas hidup pasien PPOK menggunakan kuesioner C. Kuesioner kualitas hidup khusus untuk pasien PPOK diadopsi dari *The St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) oleh Jones (1991). Pada penelitian ini peneliti memodifikasi pernyataan yang diajukan berdasarkan keluhan 1 bulan terakhir. Pertanyaan terdiri dari 2 bagian, yaitu:

##### a. Masalah Fisik

Bagian ini akan menilai ingatan responden tentang gejala dan keluhan penyakit yang dialami selama 1 bulan terakhir. Bagian pertama ini menanyakan gejala penyakit terdiri dari 8 pernyataan (nomor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dan 8) yang bertujuan untuk menilai pernyataan responden tentang keluhan dan gejala penyakit yang dialami. Gejala ini termasuk sesak nafas, frekuensi dan beratnya gejala tersebut.

##### b. Masalah Psikososial

Bagian ini menilai aspek psikososial yang meliputi aktifitas, dampak psikologi dan sosial yang dialami responden selama 1 bulan terakhir. Pernyataan tentang sesak nafas yang mengganggu aktifitas sehari-hari terdiri dari 16 pernyataan (nomor 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 dan 44). Pernyataan tentang gangguan fungsi psikososial (perubahan mood, cemas dan depresi) akibat dari penyakit PPOK terdiri dari 26 pernyataan (nomor 9, 10, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 45, 46, 47, 48, 49 dan 50).

Perhitungan skor responden merupakan total pengolahan dari 50 pernyataan dimana masing-masing alternatif jawaban responden pada SGRQ mempunyai bobot masing-masing. Total skor responden dihitung dengan menggunakan perangkat lunak *Microsoft Excel "Calculator SGRQ"* yang telah baku. Skor total rentang 0-100. Semakin tinggi skor SGRQ menunjukkan semakin buruk kualitas hidup pasien PPOK (Jones, 2003). Untuk analisis selanjutnya kualitas hidup dikategorikan menjadi 2 yaitu kualitas hidup baik ( $\leq 50$ ) dan kualitas hidup tidak baik ( $> 50$ ) (Ferrer, 2002) (lampiran 6).



#### 4.7.4 Kuesioner dukungan keluarga

Pengukuran dukungan keluarga pasien PPOK menggunakan kuesioner D. Instrumen dukungan keluarga menggunakan *Numerical Rating Scale* dengan pengukuran 1- 10. Skor 1: mendapatkan dukungan keluarga yang sedikit sampai 10: keluarga sangat mendukung. Untuk analisis selanjutnya dukungan keluarga dijadikan 2 berdasarkan nilai *median* (9) sebagai *cut of point*-nya, yaitu 1: dukungan keluarga baik, jika skor jawaban  $\geq$  *median* dan 0: bila dukungan keluarga tidak baik, jika jawaban  $<$  *median*. Instrumen ini pernah digunakan oleh Ariani (2011) dalam mengukur dukungan keluarga pada pasien diabetes mellitus (lampiran 7).

Pengambilan data dalam penelitian ini dilakukan di ruang rawat jalan sebelum responden dipanggil untuk pemeriksaan kesehatan, maka *Numerical Rating Scale* digunakan untuk skala dukungan keluarga. Penggunaan instrumen ini bertujuan mencegah kejenuhan dan ketergesaan dalam mengisi kuesioner sehingga responden dapat mengisi kuesioner dengan benar. Selain itu, tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi hubungan antara efikasi diri dan kualitas hidup, sedangkan dukungan keluarga hanya merupakan variabel *confounding*, bukan variabel utama dalam penelitian.

### 4.8 Validitas dan Reliabilitas

Sebelum digunakan, instrumen kuesioner efikasi diri dan kuesioner kualitas hidup dilakukan diuji ketepatan sebagai alat ukur dengan menggunakan uji validitas dan uji reabilitas.

#### 4.8.1 Validitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan bahwa suatu alat ukur dinyakan benar-benar mengukur apa yang diukur (Nursalam, 2002).

Uji validitas dapat dilakukan dengan menggunakan validitas korelasi item total (*corrected item total correlatin validity*). Validitas korelasi item total bertujuan untuk menguji kemampuan setiap item pertanyaan kuesioner dapat mengukur variabel yang diukur. Untuk melihat apakah suatu kuesioner yang disusun mampu mengukur apa yang hendak diukur maka perlu diukur dengan uji korelasi antar skor (nilai) dari tiap item pertanyaan dengan nilai total kuesioner tersebut. Teknik korelasi yang digunakan dalam uji validitas ini adalah teknik korelasi item total *Person Product Moment (r)* yang rumusnya sebagai berikut:

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X \sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan :

r = Koefisien validitas

N = Jumlah item

X = Skor situasi item

Y = Skor total

(Notoatmodjo, 2004)

Setiap item dinyatakan valid atau tidak dengan dilakakukan uji validasi. Peneliti menggunakan uji validitas korelasi item total. Validasi ini bertujuan untuk menguji kemampuan setiap item pertanyaan kuesioner dalam mengukur variabel yang diukur. Setiap item akan dilakukan uji korelasi dengan skor total item. Jika koefisien korelasi setiap item dengan skor total bernilai bernilai 0,3 atau lebih maka item tersebut dinyatakan valid dan sebaliknya (Sugiyono, 2009). Perhitungan dilakukan dengan menggunakan bantuan program dalam perangkat lunak komputer.

Pada penelitian ini dilakukan uji validitas dengan menggunakan uji validasi korelasi item total untuk instrumen kuesioner efikasi diri dan kuesioner kualitas hidup dengan menggunakan teknik korelasi item tortal *Person Product Moment*.

#### 4.8.2 Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya dan dapat diandalkan. Reliabilitas menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran itu tetap konsisten atau tetap asas bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2002). Dengan demikian reliabilitas dapat diartikan sebagai keandalan atau ketetapan pengukuran. Suatu pengukuran dikatakan handal, apabila ia memberikan nilai yang sama atau hampir sama pada pemeriksaan yang dilakukan berulang-ulang (Sastroasmoro & Ismael, 2002).

Uji reliabilitas dilakukan secara Internal (*internal consistency*), dengan cara mencobakan instrumen sekali saja, kemudian yang diperoleh dianalisis dengan teknik tertentu. Hasil analisis dapat digunakan untuk memprediksi reliabilitas instrumen. Pengujian reliabilitas instrumen dapat dilakukan dengan teknik belah dua dari *Spearman Brow (Split half)*, *KR 20*, *KR 21*, *Anova Hoyt* dan *Cronbach Alpha* (Sugiyono, 2009). Rumus ini digunakan untuk mencari reliabilitas instrumen yang skornya bukan 1 dan 0, misalnya angket atau uraian yang berbentuk skala interval dan skala ordinal seperti skala Likert (Arikunto, 2002; Sugiyono, 2009). Adapun rumus koefisien reliabilitas *Alpha Cronbach* sebagai berikut:

$$r_{\alpha} = \frac{k}{(k-1)} \left\{ 1 - \frac{\sum \sigma_b^2}{\sigma_r^2} \right\}$$

Keterangan :

- $r_{\alpha}$  = Koefisien reliabilitas
- $k$  = Banyaknya butir item
- $\sum \sigma_b$  = Jumlah varian butir
- $\sigma_r$  = Varian total

Apabila koefisien *alpha* bernilai lebih dari sama dengan 0,7 maka mengindikasikan bahwa instrumen itu reliabel (Sugiyono, 2009). Perhitungan dilakukan dengan menggunakan bantuan program dalam perangkat lunak komputer. Pada penelitian ini uji reliabilitas yang akan dilakukan menggunakan uji reliabilitas secara internal (*internal consistency*) untuk ketiga kuesioner penelitian dengan menggunakan teknik *Cronbach Alpha*.

Pada penelitian ini peneliti tertarik untuk menggunakan instrumen kuesioner SGRQ karena instrumen ini paling banyak digunakan dalam penelitian kualitas hidup pada pasien PPOK. Hasil uji validitas dari SGRQ dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Ferrer (1996) memiliki nilai koefisien korelasi *Cronbach Alpha* adalah 0,94 untuk skala keseluruhan dan 0,72 untuk "gejala", 0,89 untuk "aktivitas", dan 0,89 untuk sub-skala "dampak". Sedangkan Bentsen (2009) menggunakan SGRQ untuk menentukan kualitas hidup pada pasien PPOK dengan *Cronbach Alpha* adalah 0,93 untuk skala keseluruhan dan 0,86 untuk "gejala", 0,85 untuk "aktivitas", dan 0,87 untuk sub-skala "dampak". Instrumen ini pernah digunakan oleh Budi (2008) dari hasil uji reliabilitas diperoleh nilai  $r = 0,91$  sehingga seluruh pertanyaan dinyatakan reliabel.

Instrumen *COPD Self Efficacy Scale* (CSES) pertama kali dikembangkan oleh Wigal (1991) telah dilakukan uji reliabilitas dengan hasil  $r = 0,77$  dengan *Cronbach's Alpha* = 0,95. Sedangkan Bentsen (2010) mempunyai konsistensi internal yang cukup bagus, *Cronbach's Alpha* berkisar dari 0,80-0,98. Kuesioner CSES ini pernah digunakan untuk pasien PPOK di Turki oleh Kara dan Macini (2002) dalam penelitian ini ditetapkan bahwa CSES memiliki uji reabilitas  $r = 0,89$  dan dengan *Cronbach's Alpha* = 0,94. Berdasarkan pada uji validitas dan reliabilitas diatas peneliti memilih *COPD Self Efficacy Scale* (CSES) sebagai instrumen untuk mengukur efikasi diri pasien PPOK.

#### 4.8.3 Uji Coba instrumen

Uji coba instrumen dilakukan untuk melihat validitas dan reliabilitas alat pengumpul data sebelum instrumen digunakan. Instrumen *The St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) sudah pernah digunakan dan telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas, namun demikian peneliti tetap melakukan uji validitas dan reliabilitas ulang karena kuesioner tersebut digunakan pada karakteristik sampel yang berbeda, sedangkan instrumen *COPD Self Efficacy Scale* (CSES) belum pernah digunakan. Berdasarkan hal ini instrumen *The St. George's Respiratory Questionnaire* (SGRQ) dan *COPD Self Efficacy Scale* (CSES) keduanya tetap dilakukan uji instrumen kembali. Uji instrumen dilakukan pada 30 responden rawat jalan di Poliklinik RS Paru Batu Jawa Timur dengan mempertimbangkan karakteristik yang sama dengan responden penelitian. Pasien PPOK yang diikutsertakan sebagai responden untuk uji coba instrumen tidak diikutsertakan sebagai responden penelitian. Uji coba instrumen dilakukan pada 33 pernyataan yang terdapat pada instrumen CSES dan 50 pernyataan yang terdapat pada instrumen SGRQ.

Analisis uji validitas dan reliabilitas menggunakan perangkat lunak komputer dengan *degree of freedom*  $30 - 2 = 28$  ( $r$  tabel = 0,361). Hasil uji validitas kuesioner CSES semua pernyataan dinyatakan valid, karena semua soal memiliki nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel. Hasil uji reliabilitas menunjukkan nilai  $r$  Alpha Cronbach's : 0,963 ( $r$  Alpha > 0,361) sehingga kuesioner tersebut dinyatakan reliabel. Pada hasil uji validitas kuesioner SGRQ semua soal dinyatakan valid, karena semua soal memiliki nilai  $r$  hitung lebih besar dari  $r$  tabel. Hasil uji reliabilitas menunjukkan nilai  $r$  Alpha Cronbach's : 0,952 ( $r$  alpha > 0,361) sehingga kuesioner tersebut dinyatakan reliabel.

## 4.9 Prosedur Pengumpulan Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer yang diperoleh dari pengisian kuesioner. Adapun langkah-langkah dalam penelitian ini adalah:

### 4.9.1 Prosedur Administrasi

- a. Menyerahkan proposal lengkap dengan daftar isian untuk mendapatkan surat keterangan lolos uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK UI). Surat keterangan lolos uji etik ditandatangani tanggal 13 Maret 2011 (lampiran 8).
- b. Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Dekan FIK UI untuk melakukan penelitian di RS Paru Batu Jawa Timur dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur.
- c. Mengajukan surat permohonan ijin penelitian kepada Direktur RS Paru Batu Jawa Timur (lampiran 9) dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur (lampiran 10).
- d. Melakukan uji instrumen setelah keluar surat ijin melakukan uji instrumen dari RS Paru Batu Jawa Timur (lampiran 11).
- e. Melakukan penelitian setelah keluar surat ijin dari RS Paru Batu Jawa Timur (lampiran 12) dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur (lampiran 13).
- f. Melakukan permohonan surat keterangan telah melakukan penelitian dari RS Paru Batu Jawa Timur (lampiran 14) dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur (lampiran 15).

### 4.9.2 Prosedur Pelaksanaan

- a. Meminta ijin kepada kepala unit poliklinik dan kepala poliklinik paru RS Paru Batu Jawa Timur dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang.
- b. Meminta bantuan kepada 1 orang perawat pelaksana dari masing-masing tempat penelitian dengan pendidikan minimal D3 keperawatan untuk bekerja sama dengan peneliti dalam mengumpulkan data. Sebelumnya diberikan penjelasan singkat

tentang bagaimana menjelaskan kepada responden tujuan penelitian, prosedur dan cara mengisi kuesioner.

- c. Menentukan calon responden berdasarkan *medical record* yang sesuai dengan kriteria inklusi di poliklinik paru pada saat responden menunggu panggilan sebelum pemeriksaan atau konsultasi dengan dokter.
- d. Memberikan penjelasan kepada calon responden mengenai tujuan dan manfaat penelitian (lampiran 2).
- e. Meminta kesediaan calon responden untuk menjadi sampel dalam penelitian.
- f. Meminta dengan sukarela kepada calon responden untuk menandatangani lembar *informed consent* (lampiran 3).
- g. Setelah responden menyetujui untuk ikut dalam penelitian, peneliti atau asisten penelitian memberikan kuesioner data demografi (lampiran 4), kuesioner CSES (lampiran 5), kuesioner SGRQ (lampiran 6) dan kuesioner dukungan keluarga (lampiran 7) kepada responden dan memintanya mengisi secara lengkap. Pengisian kuesioner setiap responden dilakukan  $\pm 20 - 30$  menit. Peneliti atau asisten peneliti dapat membantu memberikan penjelasan tentang pengisian kuesioner tetapi tidak boleh mempengaruhi responden dalam memberikan jawaban dari pertanyaan kuesioner.
- h. Peneliti dan asisten penelitian mengecek kembali kelengkapan pengisian kuesioner dan klarifikasi kepada responden bila ditemukan jawaban yang kurang jelas atau perlu dilengkapi kembali.
- i. Mengumpulkan hasil pengumpulan data untuk selanjutnya diolah dan dianalisis.

#### **4.10 Pengolahan dan Analisis Data**

Berdasarkan data yang telah terkumpul di lapangan maka selanjutnya dilakukan pengolahan dan analisis data.

##### **4.10.1 Pengolahan data**

Pengolahan data dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

a. *Editing*

Proses editing dilakukan untuk memeriksa kelengkapan, kesinambungan dan keseragaman data. Dilakukan dengan mengoreksi data yang diperoleh apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap, semua pertanyaan kuesioner terisi oleh jawaban, jawaban pertanyaan cukup jelas tulisannya, jawaban yang ditulis sudah relevan dengan pertanyaan yang ada, apakah antara beberapa pertanyaan yang berkaitan isi jawabannya konsisten. Proses editing ini langsung dilakukan setelah responden selesai mengisi kuesioner.

b. *Coding*

Coding adalah memberikan kode atau simbol tertentu untuk setiap jawaban dengan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. *Coding* dilakukan untuk mempermudah peneliti dalam melakukan entry data, tabulasi dan analisis data. Setelah data dikoreksi dan lengkap kemudian diberi kode untuk setiap variabel sesuai dengan definisi operasional.

c. *Entry data*

Setelah data melewati proses editing dan *coding* proses selanjutnya adalah memproses data untuk dianalisis. Proses data dilakukan dengan cara mengentri data dari kuesioner ke program komputer.

d. *Cleaning*

Cleaning dilakukan untuk mengecek kembali data yang sudah di *entry* kedalam program komputer, apakah terdapat kesalahan atau tidak. Proses *cleaning* dilakukan dengan 3 tahapan yaitu mengetahui missing data, mengetahui variasi data dan mengetahui konsistensi data (Hastono, 2007).

#### 4.10.2 Analisis data

Setelah dilakukan pengolahan data langkah selanjutnya adalah analisis data. Analisis data yang dilakukan meliputi analisis data univariat,



analisis bivariat dan analisis multivariat dengan menggunakan bantuan program komputer. Analisis data yang dilakukan sebagai berikut:

a. Analisis Univariat (analisis deskriptif)

Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Analisis ini bentuknya tergantung dari jenis data yang ada. Untuk data numerik yang meliputi data umur, lama menderita PPOK dan dukungan keluarga menggunakan nilai *mean*, *median*, *standar deviasi*, minimal dan maksimal dengan *95% confidence interval*, untuk menentukan *cut of point*-nya. Oleh karena data yang diperoleh mempunyai distribusi tidak normal maka *cut of point*-nya menggunakan nilai median, untuk selanjutnya pada analisis data bivariat akan dikategorikan. Data katagorik yang terdiri dari efikasi diri, kualitas hidup, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, dan status merokok dilakukan analisis dengan menghitung frekuensi dan presentase masing-masing kelompok. Selanjutnya data disajikan dalam bentuk gambar dan tabel kemudian diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara dua variabel, atau digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok sampel (Hastono, 2007). Analisis bivariat dilakukan untuk membuktikan hipotesa penelitian yaitu adakah hubungan antara efikasi diri dan kualitas hidup pasien PPOK. Nilai *confidence interval* yang ditetapkan adalah 95% dengan tingkat kemaknaan 5% ( $\alpha = 0,05$ ). Uji statistik untuk analisis bivariat ini disajikan dalam tabel 4.1.

Tabel 4.1.  
Uji Statistik Analisis Bivariat

No	Variabel Independen	Variabel Dependen	Jenis Uji Statistik
1	Efikasi diri (data nominal)	Kualitas hidup (data nominal)	<i>Uji chi square</i>
2	Karakteristik responden		
a.	Umur (data nominal)	Kualitas hidup (data nominal)	<i>Uji chi squares</i>
b.	Jenis kelamin (data nominal)	Kualitas hidup (data nominal)	<i>Uji chi square</i>
c.	Tingkat Pendidikan (data nominal)	Kualitas hidup (data nominal)	<i>Uji chi square</i>
d.	Status merokok (data nominal)	Kualitas hidup (data nominal)	<i>Uji chi square</i>
e.	Pekerjaan (data nominal)	Kualitas hidup (data nominal)	<i>Uji chi square</i>
f.	Dukungan keluarga (data nominal)	Kualitas hidup (data nominal)	<i>Uji chi squares</i>
g.	Lama menderita PPOK (data nominal)	Kualitas hidup (data nominal)	<i>Uji chi squares</i>

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan beberapa variabel bebas (lebih dari satu variabel) dengan satu atau beberapa variabel terkait (umumnya satu variabel). Uji yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi logistik ganda, dimana variabel terkait berbentuk katagori terutama dikotomi (Hastono, 2007).

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui hubungan antara efikasi diri dan kualitas hidup setelah dikontrol oleh variabel *confounding* dengan menggunakan pemodelan faktor risiko. Pemodelan ini bertujuan mengestimasi secara valid hubungan

**Universitas Indonesia**

antara variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol beberapa variabel *confounding*. Tahapan dalam melakukan uji multivariat regresi logistik model faktor risiko adalah sebagai berikut:

a) Melakukan pemodelan lengkap

Penyusunan model lengkap mencakup variabel utama, semua kandidat *confounding* dan kandidat interaksi (interaksi dibuat antara variabel utama dengan semua variabel *confounding*).

b) Melakukan penilaian interaksi

Penilaian interaksi dilakukan dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang mempunyai nilai *P value* terbesar tidak signifikan ( $P > 0,05$ ) dikeluarkan dari model secara bertahap satu persatu.

c) Melakukan penilaian uji *confounding*

Penilaian uji *confounding* dilakukan dengan cara mengeluarkan variabel *covariat/confounding* satu persatu dimulai dari yang memiliki nilai *P value* terbesar. Bila setelah dikeluarkan mempunyai selisih OR faktor/variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel *covariat* (X1) dikeluarkan lebih besar dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai *confounding* dan harus tetap berada didalam model (Hastono, 2007).

## BAB 5

### HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan tentang hasil penelitian tentang hubungan antara efikasi diri dan kualitas hidup pasien PPOK di RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Pengumpulan data dilakukan pada bulan 2 Mei-15 Juni 2011, dengan jumlah responden sebanyak 84 responden pasien PPOK yang diperoleh dari Poliklinik Paru RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Hasil penelitian ini berupa hasil analisis univariat dari dari masing-masing variabel yang diteliti, analisis bivariat berupa korelasi antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dan analisis multivariat untuk mencari faktor *confounding* yang mempengaruhi berhubungan efikasi diri dengan kualitas hidup pasien PPOK.

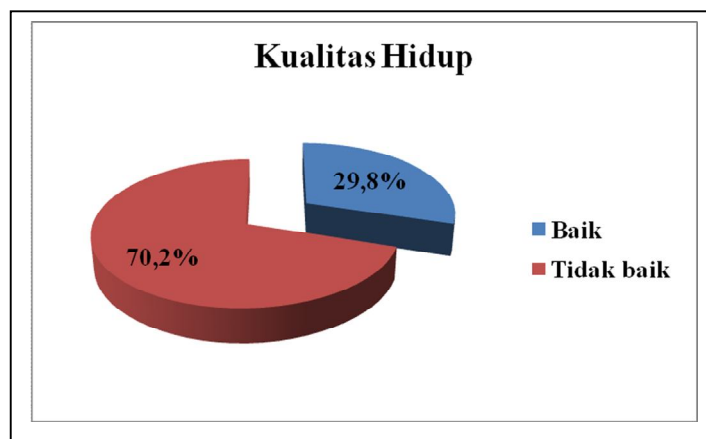
#### 5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat menggambarkan distribusi responden berdasarkan kualitas hidup, efikasi diri dan karakteristik demografi responden meliputi usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status merokok, pekerjaan, dukungan keluarga, dan lamanya didiagnosa penyakit PPOK.

##### 5.1.1 Variabel *Dependent*: Kualitas hidup

Gambar 5.1

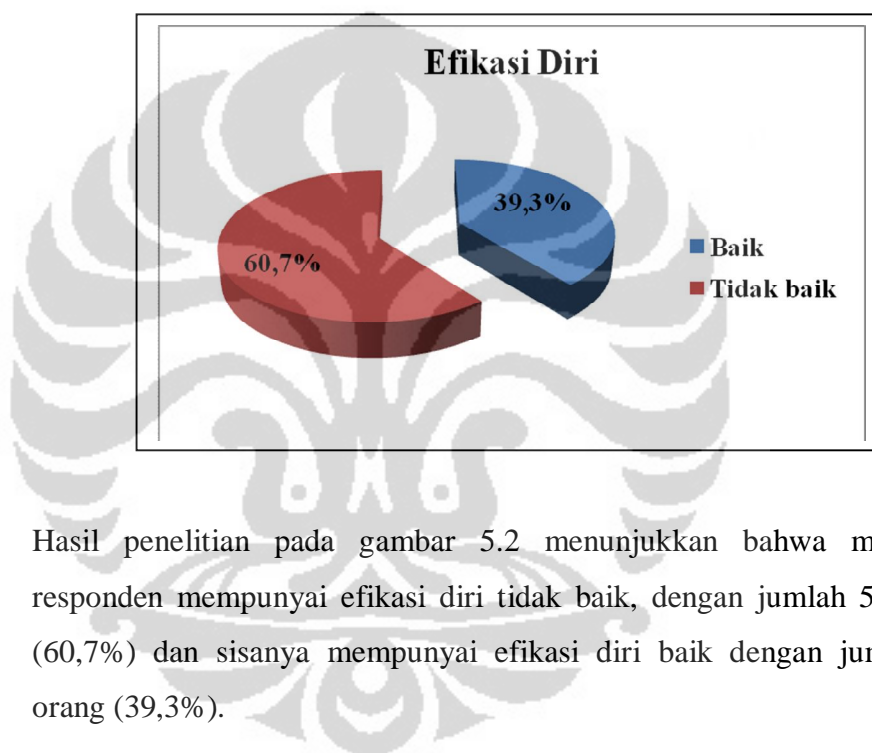
Distribusi Responden Menurut Kualitas Hidup di RS Paru Batu dan  
RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur  
Bulan Mei-Juni 2011 (n= 84)



Hasil penelitian pada gambar 5.1 menunjukkan bahwa mayoritas responden mempunyai kualitas hidup tidak baik yaitu 59 orang (70,2%), sedangkan yang mempunyai kualitas hidup baik sebanyak 25 orang (29,8%).

### 5.1.2 Variabel *Independent*: Efikasi diri

Gambar 5.2  
Distribusi Responden Menurut Efikasi Diri di RS Paru Batu dan  
RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur  
Bulan Mei-Juni 2011 (n= 84)



Hasil penelitian pada gambar 5.2 menunjukkan bahwa mayoritas responden mempunyai efikasi diri tidak baik, dengan jumlah 51 orang (60,7%) dan sisanya mempunyai efikasi diri baik dengan jumlah 33 orang (39,3%).

### 5.1.3 Karakteristik Responden

5.1.3.1 Karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status merokok, pekerjaan, dukungan keluarga, dan lama menderita PPOK.

Berikut ini pada tabel 5.3 ditampilkan hasil penelitian terkait distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status merokok, pekerjaan, dukungan keluarga, dan lama menderita PPOK.

Tabel 5.1  
 Distribusi Frekuensi Responden Menurut Karakteristik  
 Responden di RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang  
 Jawa Timur Bulan Mei-Juni 2011 (n= 84)

Variabel	Jumlah (n=84)	Persentase (%)
Umur		
▪ Dewasa	37	44
▪ Lansia	47	56
Jenis Kelamin		
▪ Perempuan	28	33,3
▪ Laki-laki	56	66,7
Tingkat Pendidikan		
▪ Perguruan Tinggi	3	3,6
▪ SMA	18	21,4
▪ SMP	18	21,4
▪ SD	45	53,6
Status Merokok		
▪ Tidak Merokok	45	53,6
▪ Merokok	39	46,4
Pekerjaan		
▪ Buruh	6	7,1
▪ Pedagang	17	20,2
▪ Petani	26	31,0
▪ PNS	3	3,6
▪ Tidak Bekerja	32	38,1
Dukungan Keluarga		
▪ Baik	57	67,9
▪ Tidak	27	32,1
Lama menderita PPOK		
▪ Baru	48	57,1
▪ Lama	36	42,9

Hasil penelitian pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah lansia dengan jumlah 47 orang (56%), sisanya dewasa dengan jumlah 37 orang (44%). Mayoritas responden berjenis kelamin laki-laki, dengan jumlah 56 orang (66,7%) dan dengan sisanya berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 28 orang (33,3%). Tingkat pendidikan responden mayoritas berpendidikan SD yaitu 45 orang (53,6%), SMP yaitu 18 orang (21,4%), SMA yaitu 18 orang (21,4%), sedangkan yang berpendidikan PT sebanyak 3 orang (3,6%).

Sebagian besar responden tidak merokok yaitu 45 orang (53,6%) dan yang merokok sebanyak 39 orang (46,4%). Sebagian besar responden bekerja sebagai petani yaitu 26 orang (31%), pedagang yaitu 17 orang (20,2%), buruh yaitu 6 orang (7,1%), PNS yaitu 3 orang (3,6%), dan yang tidak bekerja sebanyak 32 orang (38,1%). Pada dukungan keluarga sebagian besar responden mempunyai dukungan keluarga baik yaitu 57 orang (67,9%) dan yang mempunyai dukungan keluarga tidak baik sebanyak 27 orang (32,1%).

## 5.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel *independent* (efikasi diri) dan variabel *confounding* (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status merokok, pekerjaan, dukungan keluarga, dan lamanya menderita PPOK) dengan variabel *dependent* (kualitas hidup). Pada analisis bivariat dilakukan uji *Chi-square* dengan  $\alpha$ : 0,10.

Tabel 5.2  
Distribusi Responden Menurut Efikasi Diri, Karakteristik dan Kualitas Hidup di RS  
Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur  
Bulan Mei-Juni 2011 (n= 84)

Variabel Independen	Kualitas Hidup				Total n %		OR (95% CI)	P Value
	Tidak		Baik					
	N	%	N	%				
Efikasi diri								
▪ Tidak Baik	41	80,4	10	19,6	51	100	3,417	0,022*
▪ Baik	18	54,5	15	45,5	33	100	(1,291-9,043)	
Usia								
▪ Lansia	31	66	16	34	47	100	0,623	0,467
▪ Dewasa	28	75,7	9	24,3	37	100	(0,238-1,632)	
Jenis Kelamin								
▪ Laki-laki	42	75	14	25	56	100	1,941	0,273
▪ Perempuan	17	60,7	11	39,3	28	100	(0,736-5,121)	
Pendidikan								
▪ Rendah	46	73	17	27	63	100	1,665	0,491
▪ Tinggi	13	61,9	8	38,1	21	100	(0,588-4,719)	
Merokok								
▪ Merokok	33	84,6	6	15,4	39	100	4,019	0,015*
▪ Tidak merokok	26	57,8	19	42,2	45	100	(1,404-11,508)	
Pekerjaan								
▪ Tidak	25	78,1	7	21,9	32	100	1,891	0,320
▪ Bekerja	34	65,4	18	34,6	52	100	(0,686-5,214)	
Dukungan								
Keluarga								
▪ Tidak	25	92,6	2	7,4	27	100	8,456	0,005*
▪ Baik	34	59,6	23	40,4	57	100	(1,823-39,223)	
Lama PPOK								
▪ Lama	27	75	9	25	36	100	1,500	0,558
▪ Baru	32	66,7	16	33,3	48	100	(0,572-3,933)	

\* Signifikan pada  $\alpha$ : 0,10



### **5.2.1 Hubungan Efikasi Diri Dengan Kualitas Hidup**

Berdasarkan hasil analisis hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup pada tabel 5.2 memperlihatkan bahwa sebanyak 15 responden (45,5%) memiliki efikasi diri yang baik menunjukkan kualitas hidup baik, sedangkan responden yang memiliki efikasi diri tidak baik menunjukkan kualitas hidup baik sebanyak 10 responden (19,6%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup ( $P$  value: 0,022,  $\alpha$ : 0,10). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa responden dengan efikasi diri baik memiliki peluang 3,417 kali menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan responden yang memiliki efikasi diri tidak baik (CI 95% OR: 1,291-9,043).

### **5.2.2 Hubungan Karakteristik Demografi Dengan Kualitas Hidup**

#### **5.2.2.1 Hubungan Umur Dengan Kualitas Hidup**

Berdasarkan hasil analisis hubungan umur dengan kualitas hidup pada tabel 5.2 memperlihatkan bahwa sebanyak 9 responden (24,3%) tergolong dewasa menunjukkan kualitas hidup baik, sedangkan responden yang lansia menunjukkan kualitas hidup baik sebanyak 16 responden (34%). Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kualitas hidup ( $P$  value: 0,623,  $\alpha$ : 0,10).

#### **5.2.2.2 Hubungan Jenis Kelamin Dengan Kualitas Hidup**

Berdasarkan hasil analisis hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup pada tabel 5.2 memperlihatkan bahwa sebanyak 11 responden (39,3%) berjenis kelamin perempuan menunjukkan kualitas hidup baik, sedangkan sebanyak 14 responden (25,0%) berjenis kelamin laki-laki menunjukkan kualitas hidup tidak baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup ( $P$  value: 0,273  $\alpha$ : 0,10).

### 5.2.2.3 Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan hasil analisis hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada tabel 5.2 memperlihatkan bahwa sebanyak 8 responden (38,1%) mempunyai tingkat pendidikan tinggi (PT dan SMA) menunjukkan kualitas hidup baik, sedangkan sebanyak 17 responden (27,0%) mempunyai tingkat pendidikan rendah (SMP dan SD) menunjukkan kualitas hidup baik. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup ( $P$  value: 0,491  $\alpha$ : 0,10).

### 5.2.2.4 Hubungan Status Merokok Dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan hasil analisis hubungan merokok dengan kualitas hidup pada tabel 5.2 memperlihatkan bahwa sebanyak 19 responden (42,2%) tidak merokok menunjukkan kualitas hidup baik, sedangkan sebanyak 6 responden (15,4%) merokok menunjukkan kualitas hidup baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara merokok dengan kualitas hidup ( $P$  value: 0,015  $\alpha$ : 0,10). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan bahwa responden tidak merokok memiliki peluang 4,019 kali menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan responden yang merokok (CI 95% OR: 1,404-11,508).

### 5.2.2.5 Hubungan Pekerjaan Dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan hasil analisis hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup pada tabel 5.2 memperlihatkan bahwa sebanyak 18 responden (34,6%) bekerja (buruh, pedagang, petani dan PNS) menunjukkan kualitas hidup baik, sedangkan sebanyak 7 responden (21,9%) tidak bekerja menunjukkan kualitas hidup baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kualitas hidup ( $P$  value: 0,320  $\alpha$ : 0,10).

#### 5.2.2.6 Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup

Berdasarkan hasil analisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pada tabel 5.2 memperlihatkan bahwa sebanyak 23 responden (40,4%) mendapat dukungan keluarga baik menunjukkan kualitas hidup baik, sedangkan sebanyak 2 responden (7,4%) mendapatkan dukungan keluarga tidak baik menunjukkan kualitas hidup baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup ( $P$  value: 0,005  $\alpha$ : 0,10). Berdasarkan nilai OR, dapat disimpulkan responden yang mendapatkan dukungan keluarga baik memiliki peluang 8,456 kali menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan responden yang mendapatkan dukungan keluarga tidak baik (CI 90% OR: 1,823-39,223).

#### 5.2.2.7 Hubungan Lama Menderita PPOK Dengan Kualitas Hidup.

Berdasarkan hasil analisis hubungan lama menderita PPOK dengan kualitas hidup pada tabel 5.2 memperlihatkan bahwa sebanyak 16 responden (33,3%) penderita baru menunjukkan kualitas hidup baik, sedangkan sebanyak 9 responden (25,0%) penderita lama menunjukkan kualitas hidup baik. Hasil uji statistik menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara lama menderita PPOK dengan kualitas hidup ( $P$  value: 0,558  $\alpha$ : 0,10).

### 5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan antara efikasi diri dan kualitas hidup setelah dikontrol dengan variabel *confounding*. Pada penelitian ini menggunakan regresi logistik dengan model faktor risiko, yang bertujuan mengestimasi secara valid hubungan satu variabel utama dengan variabel dependen dengan mengontrol beberapa variabel *confounding*. Adapun langkah pemodelannya sebagai berikut:

### 5.3.1 Melakukan Pemodelan Uji Interaksi

Tahap pemodelan lengkap mencakup variabel utama, semua kandidat *confounding* dan kandinat interaksi (interaksi antara variabel efikasi diri dengan semua variabel *confounding* yaitu usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status merokok, pekerjaan, dukungan keluarga dan lama menderita PPOK).

Tabel 5.3  
*Full Model* Analisis Uji Interaksi Pemodelan Variabel Utama, Semua Kandidat *Confounding* Dan Kandinat Interaksi Efikasi diri dengan Kualitas Hidup Responden di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur Bulan Mei-Juni 2011 (n= 84)

Variabel	B	Wald	P V	OR	95% CI
Efikasi diri	-17,762	0,000	0,999	0,000	0,000
Umur	-2,551	5,625	0,018	0,078	0,009-0,642
Jenis Kelamin	0,972	0,637	0,425	2,644	0,243-28,743
Pendidikan	0,897	0,837	0,360	2,453	0,359-16,774
Status Merokok	1,675	2,241	0,134	5,338	0,596-47,831
Pekerjaan	2,244	2,702	0,100	9,427	0,650-136,823
Dukungan Keluarga	0,379	0,129	0,719	1,460	0,185-11,511
Lama menderita PPOK	1,484	1,200	0,273	4,412	0,310-62,780
Efikasi Diri*Umur	2,587	2,683	0,101	13,292	0,601-293,790
Efikasi Diri*Jenis Kelamin	-0,005	0,000	0,998	0,995	0,030-32,492
Efikasi Diri*Umur*Jenis Kelamin	-1,264	0,849	0,357	0,282	,019-4,161
Efikasi Diri*Umur*Pendidikan	-0,261	0,021	0,886	0,770	,022-27,079
Efikasi Diri*Umur*Status Merokok	-1,310	0,594	0,441	0,270	,010-7,560
Efikasi Diri*Umur*Pekerjaan	21,571	0,000	<b>0,999</b>	2,335	000
Efikasi Diri*Umur*Dukungan Keluarga	-1,776	1,201	0,273	0,169	0,007-4,057
Efikasi Diri*Umur*Lama menderita PPOK					

Pada tahap ini dilakukan penilaian interaksi, dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang nilai *P value*-nya tidak signifikan ( $P > 0,05$ ) untuk dikeluarkan dari model secara berurutan satu persatu dari nilai *P value*-nya yang terbesar. Variabel interaksi efikasi diri\*dukungan keluarga mempunyai *P value* terbesar ( $P=0,999$ ) sehingga variabel inilah yang pertama kali dikeluarkan dari model. Kemudian dilakukan pengujian ulang, dengan tahapan yang sama dilakukan untuk mengeluarkan semua variabel interaksi dari *P value* yang terbesar hingga terkecil. Berikut adalah urutan variabel interaksi yang dikeluarkan dari *P value* terbesar hingga terkecil (tabel 5.4).

Tabel 5.4  
Tahapan Pengeluaran Variabel Interaksi Pada Uji Interaksi Efikasi diri dengan Kualitas Hidup Responden di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur Bulan Mei-Juni 2011 (n= 84)

No	Variabel	B	Wald	P V	OR	95% CI
I	Efikasi Diri* Dukungan Keluarga	21,571	0,000	0,999	2,335	000
II	Efikasi Diri*Jenis Kelamin	-0,030	0,001	0,982	0,970	0,073-12,870
III	Efikasi Diri*Status Merokok	0,067	0,002	0,968	1,069	0,040-28,578
IV	Efikasi Diri*Pekerjaan	-1,414	0,815	0,367	0,243	0,011-5,237
V	Efikasi Diri* Pendidikan	-1,216	0,859	0,354	0,297	0,023-3,880
VI	Efikasi Diri*Lama menderita PPOK	-1,722	1,295	0,255	0,179	0,009-3,469
VII	Efikasi Diri*Umur	1,862	1,997	0,158	6,435	0,487-85,091

Setelah semua variabel interaksi dari yang *P value* terbesar hingga terkecil selesai dikeluarkan maka diperoleh model terakhir sebagai berikut (tabel 5.5).

Tabel 5.5  
Model Akhir Analisis Uji Interaksi Pemodelan Variabel Utama, Semua Kandidat *Confounding* dan Kandidat Interaksi Efikasi diri dengan Kualitas Hidup Responden di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur Bulan Mei-Juni 2011 (n= 84)

Variabel	B	Wald	P V	OR	95% CI
Efikasi diri	1,432	4,815	0,028	<b>4,186</b>	1,165-15,040
Umur	-1,122	2,886	0,089	0,326	0,089-1,188
Jenis Kelamin	0,710	0,936	0,333	0,492	0,117-2,072
Pendidikan	0,384	0,379	<b>0,538</b>	1,468	0,432-4,988
Status Merokok	1,465	3,721	0,054	4,329	0,977-19,190
Pekerjaan	1,264	3,429	0,064	3,539	0,929-13,484
Lama menderita PPOK	0,652	1,049	0,306	1,919	0,551-6,682
Dukungan Keluarga	1,977	5,120	0,024	7,223	1,303-40,045

Dengan demikian uji interaksi telah selesai, kesimpulannya tidak ada variabel interaksi ( $P < 0,05$ ). OR yang diperoleh pada variabel efikasi diri merupakan *OR adjust* (4,186) yang digunakan untuk perhitungan penilaian *confounding*. Tahap selanjutnya adalah menentukan variabel *confounding*.

### 5.3.2 Melakukan penilaian *confounding*

Hasil terakhir yang diperoleh dari uji interaksi (*Model Akhir*), selanjutnya akan menjadi model awal (*Full Model*) pada tahap pemodelan *confounding*. Pemodelan ini diawali dengan mengeluarkan variabel *covariat/confounding*-nya satu persatu mulai dari yang memiliki *P value* terbesar. Bila setelah dikeluarkan diperoleh selisih OR variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel *covariat/confounding*-nya ( $X_1$ ) dikeluarkan  $>10\%$ , maka variabel tersebut dinyatakan sebagai variabel *confounding* dan harus tetap berada didalam pemodelan. Tahap pertama dikeluarkan variabel pendidikan ( $P = 0,538$ ), karena variabel tersebut mempunyai *P value*  $> 0,05$  terbesar dibandingkan lainnya, kemudian menyusul variabel terbesar berikutnya hingga selesai. Perubahan setiap variabel *confounding* dapat dilihat sebagai berikut tabel 5.6.

Tabel 5.6  
Tahapan Perubahan Analisis Uji *Confounding* Variabel Utama dan Kandidat *Confounding* dengan Kualitas Hidup Responden  
di RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur  
Bulan Mei dan Juni 2011 (n= 84)

Variabel	Perubahan P Value dan Nilai OR																					
	I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII		IX		X		XI	
	PV	OR	PV	OR	PV	OR	PV	OR	PV	OR	PV	OR	PV	OR	PV	OR	PV	OR	PV	OR	PV	OR
Efikasi Diri	0,028	<b>4,186</b>	0,021	<b>4,426</b>	0,028	<b>4,051</b>	0,044	<b>3,278</b>	0,028	<b>4,051</b>	0,040	<b>3,488</b>	0,028	<b>4,051</b>	0,012	<b>4,632</b>	0,028	<b>4,051</b>	0,058	<b>3,049</b>	0,028	<b>4,051</b>
Perubahan OR				5,73%		-3,22%		-21,69%					-16,67%			10,65%					-27,16%	
Umur	0,089	0,326	0,101	0,343	0,124	0,374	0,167	0,422	<b>0,124</b>	0,374	0	0	<b>0,124</b>	0,374	<b>0,141</b>	0,401	<b>0,124</b>	0,374	<b>0,330</b>	0,568	<b>0,124</b>	0,374
Jenis kelamin	0,333	0,492	<b>0,350</b>	0,504	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pendidikan	<b>0,538</b>	1,468	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Merokok	0,054	4,329	0,060	4,130	0,099	2,702	0,087	2,774	0,099	2,702	0,112	2,567	<b>0,099</b>	2,702	0	0	<b>0,099</b>	2,702	<b>0,061</b>	2,998	<b>0,099</b>	2,702
Pekerjaan	0,064	3,539	0,063	3,565	0,063	3,596	0,056	3,668	0,063	3,596	0,143	2,499	0,063	3,596	0,041	3,948	<b>0,063</b>	3,596	0	0	<b>0,063</b>	3,596
Lama PPOK	0,306	1,919	0,318	1,880	<b>0,301</b>	1,917	0	0	<b>0,301</b>	1,917	<b>0,441</b>	1,595	<b>0,301</b>	1,917	<b>0,259</b>	1,961	<b>0,301</b>	1,917	<b>0,258</b>	1,997	<b>0,301</b>	1,917
Dukungan kel	0,024	7,223	0,021	7,416	0,020	7,221	0,016	7,746	0,020	7,221	0,019	6,935	0,020	7,221	0,011	8,771	0,020	7,221	0,029	5,853	<b>0,020</b>	7,221

### 5.3.3 Penetapan Model Terakhir

Tabel 5.7  
Model Akhir Variabel Utama dan *Confounding* dengan Kualitas Hidup  
Responden di RS Paru Batu dan RSU Dr. Saiful Anwar Malang  
Jawa Timur Bulan Mei-Juni 2011 (n= 84)

Variabel	B	Wald	P V	OR	95% CI
Efikasi diri	1,399	4,846	0,028	<b>4,051</b>	1,166-14,079
Dukungan kel	1,977	5,387	<b>0,020</b>	7,221	1,360-38,336
Lama menderita PPOK	0,651	1,069	<b>0,301</b>	1,917	0,558-6,579
Umur	-0,983	2,365	<b>0,124</b>	0,374	0,107-1,309
Status Merokok	0,994	2,723	<b>0,099</b>	2,702	0,830-8,798
Pekerjaan	1,280	3,462	<b>0,063</b>	3,596	0,934-13,844

Setelah dilakukan analisis *confounding*, ternyata variabel lama menderita PPOK, umur, status merokok, pekerjaan dan dukungan keluarga memberikan perubahan selisih OR variabel utama antara sebelum dan sesudah variabel *covariat* ( $X_1$ ) dikeluarkan sebesar  $> 10\%$ , dengan demikian variabel tersebut dinyatakan sebagai *confounding* hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup.

Berdasarkan besar nilai OR variabel *confounding* paling besar yang berpengaruh dalam hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup adalah variabel dukungan keluarga dengan OR sebesar 7,221 (CI 95% : 1,360-38,336). Disusul selanjutnya adalah variabel pekerjaan dengan OR sebesar 3,596 (CI 95% : 0,934-13,844). Disusul dengan variabel merokok dengan OR sebesar 2,702 (CI 95% : 0,830-8,798). Disusul selanjutnya adalah variabel lama menderita PPOK dengan OR sebesar 1,917 (CI 95% : 0,558-6,579). Disusul selanjutnya adalah variabel umur dengan OR sebesar 0,374 (CI 95% : 0,107-1,309).

Model diatas dapat dijelaskan bahwa pasien PPOK dengan efikasi diri tidak baik berisiko 4,051 kali lebih besar untuk mengalami kualitas hidup tidak baik dibandingkan dengan pasien efikasi diri baik setelah dikontrol



oleh dukungan keluarga, pekerjaan, status merokok, lama menderita PPOK dan umur.

Dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa pasien PPOK di populasi yang memiliki efikasi diri tidak baik berisiko 1,166-14,079 kali lebih besar untuk mengalami kualitas hidup tidak baik dibandingkan dengan pasien efikasi diri baik setelah dikontrol oleh dukungan keluarga, pekerjaan, status merokok, lama menderita PPOK dan umur.



## **BAB 6**

### **PEMBAHASAN**

Bab ini akan menyajikan tentang pembahasan yang meliputi interpretasi dan hasil diskusi, keterbatasan penelitian, implikasi hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan dan penelitian.

#### **6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil Penelitian**

##### **6.1.1 Hubungan Efikasi Diri dan Kualitas Hidup**

Efikasi diri adalah keyakinan seseorang tentang kemampuan mereka untuk mencapai suatu tingkat kinerja yang mempengaruhi setiap peristiwa dalam hidupnya. Efikasi diri menentukan bagaimana seseorang merasa, berfikir, memotivasi dirinya dan berperilaku (Bandura, 1994). Teori efikasi diri didasarkan pada premis bahwa individu membuat penilaian tentang kapasitas mereka untuk terlibat dalam perilaku perawatan diri dalam menghasilkan sesuatu yang diinginkan. Penilaian ini memberikan jembatan antara pengetahuan dan perilaku perawatan diri yang sebenarnya. Keyakinan efikasi diri juga membantu menentukan seberapa banyak usaha yang dikeluarkan seseorang dalam melakukan suatu perilaku, berapa lama mereka akan bertahan dalam menghadapi rintangan dan seberapa tangguh mereka dalam menghadapi situasi yang merugikan (Bandura, 1994).

Pernyataan efikasi diri mengacu pada seberapa banyak kepercayaan seseorang dapat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mengatasi situasi tertentu. Efikasi diri merupakan prediktor yang konsisten untuk menilai kualitas hidup pasien PPOK baik dalam jangka waktu pendek maupun jangka waktu yang panjang. Banyak pasien PPOK kehilangan rasa kontrol atas penyakit dan kehidupan mereka yang mengarah pada efikasi diri yang rendah. Oleh karena itu harapan untuk seseorang mempunyai rasa efikasi diri yang tinggi sangatlah penting karena dapat

mempengaruhi keberhasilan mereka dalam mengelola diri mereka sendiri, dengan demikian efikasi diri merupakan prediktor dalam menentukan kualitas hidup pasien PPOK (Bentsen, 2010).

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (60,7%) memiliki efikasi diri tidak baik. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kara dan Asti (2004) menyebutkan 87,5% responden pasien PPOK mempunyai efikasi diri rendah. Kara mengatakan banyak pasien PPOK yang kehilangan rasa kontrol terhadap penyakit dan kehidupan mereka. Pasien PPOK dengan gejala batuk, produksi dahak yang meningkat, sesak dapat menurunkan kepercayaan kemampuan mereka untuk menghindari kesulitan bernafas selama terlibat dalam kegiatan tertentu dengan kemampuan yang minimal. Sebagai akibat dari efikasi diri yang rendah tersebut beberapa pasien memilih menahan diri untuk tidak terlibat pada kegiatan sosial meskipun secara fisik mereka mampu untuk melakukannya (Wigal, 1991). Efikasi diri yang rendah juga menyebabkan pasien PPOK kehilangan kemerdekaan, pensiun dini, tekanan keuangan, peran yang berubah, gangguan dalam kehidupan keluarga, mengubah citra diri dan mengalami gangguan penurunan harga diri (Kinsman, et al dalam Kara dan Alberto, 2006)

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan pada beberapa responden pasien PPOK yang menjalani rawat jalan di poliklinik paru RS Paru Batu menyampaikan bahwa dampak dari PPOK yang diderita mempengaruhi berbagai aspek dalam kehidupannya. Beberapa orang mengatakan berhenti bekerja sejak beberapa bulan yang lalu karena batuk yang tidak segera sembuh. Dua orang responden perempuan mengatakan sesak yang dideritanya sangat mengganggu aktifitas sehari-hari, hal ini membuat mereka tidak mampu mengangkat beban berat untuk keperluan rumah tangganya ataupun aktifitas untuk membersihkan rumah. Seorang pasien lainnya mengatakan produksi

dahak yang berlebihan membuatnya enggan keluar rumah karena malu bila bertemu dengan orang lain. Mereka juga menyampaikan bahwa kondisi yang dialami saat ini menyebabkan tidak yakin akan kemampuannya melakukan perawatan pada dirinya sendiri.

Analisis hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup menunjukkan bahwa responden yang mempunyai efikasi diri baik menunjukkan kualitas hidup baik. Persentase responden efikasi diri baik dalam menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan efikasi diri tidak baik, yaitu responden dengan efikasi diri baik sebesar 45,5%, sedangkan yang efikasi diri tidak baik sebesar 19,6%. Hasil analisis statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup (*P value* : 0,022,  $\alpha$ : 0,10, dengan OR: 3,417, CI 95%: (1,291-9,043). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa responden dengan efikasi diri baik berpeluang memiliki 3,417 kali menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan responden yang mempunyai efikasi diri tidak baik.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Bentsen, Larsen, Henriksen, Rokne dan Wahl (2010), menyebutkan bahwa seseorang dengan efikasi diri baik akan menunjukkan kualitas hidup yang positif dalam pengelolaan pasien PPOK. Hal ini ditunjukkan oleh menurunnya dampak psikososial dan meningkatnya aktifitas fisik dalam sebuah rehabilitasi PPOK (Bentsen, et al, 2010). Penelitian lain yang dilakukan oleh Kara dan Alberto (2006) juga menyebutkan efikasi diri mempunyai hubungan yang positif dengan perilaku perawatan diri yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas hidup. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lev dan Owen (1996) dalam Kara dan Alberto (2006) terdapat hubungan positif antara efikasi diri dengan kualitas hidup dan hubungan negatif antara efikasi diri dan perawatan diri yang negatif.

Teori sosial kognitif dikemukakan oleh Bandura menyatakan bahwa pasien adalah agen langsung yang akan membentuk dan menanggapi kondisi lingkungan. Dengan demikian pasien dapat berperan mengembangkan diri mereka sendiri, beradaptasi dan melakukan pembaharuan diri sendiri dari waktu ke waktu. Rasa efikasi diri akan memberikan keyakinan pada diri pasien sendiri untuk menunjukkan sebuah perilaku tertentu dan mengubah pola pikir tertentu, dengan demikian dapat mengelola dan meminimalkan gejala yang mereka alami dan meningkatkan kualitas hidup.

Peningkatan efikasi diri berhubungan dengan peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan, perilaku promosi kesehatan dan menurunkan gejala fisik dan psikologis. Ketidakmampuan seseorang dalam menyesuaikan diri dengan penyakitnya dapat mengakibatkan hasil yang negatif seperti ketidakpatuhan dalam pengobatan dan penurunan kualitas hidup. Efikasi diri memiliki peran dalam inisiasi dan pemeliharaan perilaku kesehatan, sehingga diyakini bahwa peningkatan efikasi diri pada perilaku kesehatan akan mengakibatkan perbaikan kesehatan dan meningkatkan perilaku serta kualitas hidup (Kara, dan Alberto, 2006).

Pada analisis multivariat menunjukkan bahwa efikasi diri merupakan variabel utama terhadap kualitas hidup pasien PPOK. Analisis lebih lanjut pada pemodelan terakhir menyatakan bahwa pasien PPOK dengan efikasi diri yang tidak baik berisiko 4,051 kali lebih besar mengalami kualitas hidup tidak baik dibandingkan dengan pasien efikasi diri baik setelah dikontrol oleh dukungan keluarga, pekerjaan, status merokok, lama menderita PPOK dan umur.

Dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa pasien PPOK di populasi yang memiliki efikasi diri tidak baik berisiko 1,166-14,079 kali lebih besar untuk mengalami kualitas hidup tidak baik

dibandingkan dengan pasien efikasi diri baik setelah dikontrol oleh dukungan keluarga, pekerjaan, status merokok, lama menderita PPOK dan umur.

Hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup dipengaruhi oleh beberapa faktor *confounding*. Hal ini disebabkan oleh karena efikasi diri merupakan sebuah sikap yang dapat menginisiasi timbulnya sebuah perilaku kesehatan. Menurut Bloom dalam Notoatmojo (2005), perilaku yang terbentuk dalam diri seseorang dipengaruhi oleh 2 faktor yaitu faktor utama stimulus yang diperoleh seseorang dari luar (faktor eksternal) meliputi lingkungan, sosial budaya, pendidikan, dukungan keluarga, ekonomi ataupun faktor lainnya dan faktor dalam diri seseorang yang bersangkutan (faktor internal) meliputi perhatian, pengamatan, motivasi ataupun sugesti yang merupakan respon stimulasi dari luar. Dengan demikian bahwa suatu perilaku tidak hanya disebabkan oleh satu penyebab tunggal.

Dibuktikan dengan penelitian diatas, sebagian besar responden (80,4%) dengan efikasi diri rendah mempunyai kualitas hidup tidak baik. Hal ini menurut peneliti disebabkan minimalnya informasi tentang perawatan PPOK yang didapat oleh pasien PPOK. Edukasi merupakan suatu peran yang sangat penting bagi seorang perawat. *Teaching disease process and treatment* didefinisikan sebagai peran perawat dalam membantu pasien untuk memahami informasi berhubungan dengan proses penyakit dan perawatannya. Selama ini perawat belum memberikan edukasi pada pasien dengan maksimal. Ketika pasien melakukan kunjungan pemeriksaan di poliklinik paru, pasien lebih banyak mendapatkan rutinitas dilakukan pemeriksaan dan mendapatkan obat tanpa mendapatkan pendidikan kesehatan yang cukup dari perawat tentang perawatan penyakitnya.

Perawat perlu menambahkan tindakan keperawatan yaitu dengan menilai tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit PPOK dan perawatannya. Perawat juga perlu memberikan penjelasan tentang etiologi, tanda, gejala, proses penyakit dan prognosanya. Hal ini diperlukan untuk pasien mendapatkan informasi yang tepat tentang kondisi yang dialaminya. Sebuah diskusi tentang perilaku atau gaya hidup untuk mencegah terjadinya komplikasi perlu dilakukan, termasuk pilihan-pilihan perawatan dan terapi yang tepat (Dochterman & Bulechek, 2008).

Dengan demikian perawat perlu menambahkan pengkajian tentang efikasi diri pasien PPOK sebagai pengkajian faktor psikososial pada asuhan keperawatan pasien PPOK menjadi sangat diperlukan. Pengkajian tingkat keyakinan pasien pada ekspektasi efikasi diri diperlukan untuk meningkatkan perilaku perawatan diri. Sebuah program intervensi peningkatan efikasi diri perlu ditekankan, termasuk didalamnya peningkatan sumber-sumber efikasi diri yang meliputi pencapaian prestasi, pengalaman orang lain, persuasi verbal, dan umpan balik fisiologi dan emosional (Bandura, 1994). Konsensus global menyatakan hanya peningkatan pengetahuan penyakit secara spesifik tidak cukup untuk mengembangkan perilaku perawatan diri yang baik Kara dan Alberto (2006). Pendidikan juga harus fokus pada sikap, dukungan sosial dan efikasi diri menurut prinsip-prinsip perilaku pengetahuan (kognitif), sikap (afektif), dan keterampilan (psikomotor) atau tindakan. Sehingga sebuah program pendidikan kesehatan dan perubahan perilaku dapat dipadukan dalam sebuah program pengelolaan PPOK yang baik.

## 6.1.2 Kontribusi Faktor *Confounding* Terhadap Hubungan Efikasi Diri dengan Kualitas Hidup

### 6.1.2.1 Umur

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden 56% adalah lansia dengan rentang usia 60-70 tahun. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kara dan Alberto (2006) menyebutkan bahwa pasien PPOK rata-rata mempunyai usia 65 tahun. Demikian pula pada penelitian yang dilakukan oleh Amoros (2008) juga menyebutkan bahwa pasien PPOK mayoritas adalah lansia dengan rata-rata usia 70 tahun.

PPOK sering menjadi simptomatik selama tahun-tahun usia baya, tetapi insidennya meningkat sejalan dengan peningkatan usia. Meskipun aspek-aspek fungsi paru tertentu, seperti kapasitas vital dan volume ekspansi kuat, akan menurun sejalan dengan peningkatan usia. PPOK memperburuk banyak perubahan fisiologi yang berkaitan dengan penuaan dan mengakibatkan obstruksi jalan nafas pada bronchitis dan kehilangan daya kembang elastik paru pada emfisema. Hal inilah yang menyebabkan perubahan tambahan dalam rasio ventilasi perfusi pada pasien lansia PPOK (Smelzer & Bare, 2008).

Hasil analisis hubungan antara usia dengan kualitas hidup didapatkan bahwa persentase responden lansia lebih besar dalam menunjukkan kualitas hidup tidak baik dibandingkan dengan dewasa, yaitu responden lansia sebesar 66%, sedangkan yang dewasa sebesar 75,7%. Hasil analisis statistik memberikan kesimpulan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan kualitas hidup pada ( $P$  value: 0,467  $\alpha$  0,10). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tanaffos



(2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kualitas hidup pada pasien PPOK.

Hasil penelitian ini juga berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Zahran (2005) pada penelitian kualitas hidup berhubungan dengan kesehatan di Amerika menyebutkan seiring dengan bertambahnya usia, jumlah hari yang sakit dan keterbatasan aktifitas semakin meningkat serta kualitas hidup semakin menurun. Begitu juga hasil penelitian berbeda yang lainnya dikemukakan oleh Ferrer (2002), menyebutkan bahwa pasien PPOK dengan usia yang semakin bertambah menunjukkan kualitas hidup yang semakin buruk. Hal ini disebabkan karena banyak individu dari kelompok yang lebih tua menderita penyakit kronis selain PPOK disamping terjadinya penurunan fungsi tubuh karena kondisi degeneratif.

Disamping itu sebagian besar responden lansia mempunyai kualitas hidup tidak baik juga disebabkan oleh adanya penurunan rasa efikasi diri yang dimilikinya. Efikasi diri lansia cenderung berfokus pada rasa penerimaan dan penolakan terhadap kemampuannya seiring dengan kemunduran fisik dan intelektual yang dimilikinya. Hal ini berbeda dengan usia dewasa dimana efikasi diri yang dimilikinya cenderung berfokus pada kemampuan untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi dan berusaha untuk mencapai kesuksesan. Banyak kapasitas fisik dan kognitif menurun pada lansia. Penurunan efikasi diri pada lansia ini juga disebabkan oleh tidak digunakannya kemampuan kognitif dan adanya persepsi negatif terhadap harapan yang dimilikinya. Para lansia merasa tidak yakin akan kemampuannya sehingga cenderung untuk mengurangi keterlibatannya dalam kegiatan sosial dan menurunkan aktifitas kegiatan lainnya. Persepsi lansia ini akan

meningkatkan kerentanan lansia terhadap stres dan depresi baik secara langsung ataupun tidak langsung. Dengan demikian dibutuhkan keyakinan yang kuat tentang sebuah keberhasilan untuk membentuk kembali dan mempertahankan hidup yang produktif bagi lansia (Bandura, 1994). Oleh karena itu efikasi diri yang rendah pada lansia sangat berpengaruh terhadap rendahnya kualitas hidupnya.

Menurut peneliti tidak adanya hubungan antara usia dengan kualitas hidup disebabkan karena kualitas hidup pasien PPOK banyak dipengaruhi oleh faktor lain selain usia. Disamping pada lansia menunjukkan penurunan berbagai fungsi organ adanya penyakit komplikasi juga mempengaruhi kualitas hidup lansia. Efikasi diri yang rendah akan meningkatkan kerentanan lansia terhadap stress dan depresi yang akan mempengaruhi kemampuannya melakukan berbagai kegiatan. Adanya faktor dukungan keluarga dalam memberikan perawatan juga akan berpengaruh pada kualitas hidup pasien PPOK. Dukungan keluarga sebagai orang-orang terdekat dapat memberikan support sistem untuk memodifikasi faktor-faktor yang secara signifikan dapat meningkatkan kesejahteraan pasien PPOK (Kara dan Alberto, 2006)

Hasil secara statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dengan kualitas hidup dapat diartikan bahwa antara lansia dan dewasa mempunyai kemampuan yang sama untuk mencapai kualitas hidup sesuai yang diharapkan dalam pengelolaan PPOK. Hasil penelitian ini yang menyatakan tidak ada hubungan antara umur dan kualitas hidup pada PPOK sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tsiliglanni, et al (2011) & Ketelaars, et al (1996). Meskipun secara metaanalisa disebutkan pada lansia cenderung terjadi penurunan kualitas

hidup yang disebabkan oleh proses degenerasi yang mengarah pada penuaan dan penurunan fungsi paru, namun pada kenyataannya dalam penelitian ini tidak ditemukan hubungan antara usia dan kualitas hidup. Hal ini disebabkan karena lansia kemungkinan menganggap keterbatasan usia mereka merupakan konsekuensi dari normal usia mereka tanpa mengaitkan dengan dampak dari PPOK yang dideritanya (Ketelaars, et al, 1996).

Pada kenyataannya lansia sering menderita penyakit kronis penyerta selain PPOK yang dapat menurunkan kualitas hidupnya. Namun sebuah penelitian oleh Díez, et al (2003) menyatakan perbedaan dampak dari setiap penyakit penyerta terkait juga akan mempengaruhi kualitas hidup dari lansia. Dalam sebuah penelitian keperawatan kondisi diabetes melitus ditemukan mempunyai dampak kecil terhadap kualitas hidup pasien PPOK, sementara yang lainnya seperti depresi atau osteoarthritis memiliki dampak yang lebih besar. Hal inilah yang diperkirakan menyebabkan tidak ada hubungan antara umur responden yang sebagian besar adalah lansia dengan kualitas hidup PPOK.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa umur merupakan faktor *confounding* terhadap kualitas hidup pasien PPOK. Analisis lebih lanjut menyatakan bahwa responden yang lansia berisiko 0,374 kali mengalami kualitas hidup tidak baik dibandingkan dengan responden yang dewasa (CI 95% OR: 0,107-1,309), setelah dikontrol dengan dukungan keluarga, pekerjaan, status merokok, dan lama menderita PPOK. Responden yang dewasa berarti mempunyai efikasi diri yang baik untuk berperilaku sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

### 6.1.2.2 Jenis kelamin

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden adalah laki-laki (66,7%). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Amoros (2008) menyebutkan bahwa mayoritas penderita PPOK 92% adalah laki-laki. Demikian pula pada penelitian yang dilakukan oleh Karra dan Alberto (2006) menyebutkan 75% responden dalam penelitiannya adalah laki-laki.

Sebagian besar pasien PPOK adalah laki-laki hal ini berhubungan dengan risiko PPOK terjadi pada orang-orang yang mempunyai kebiasaan merokok. Perokok mempunyai prevalensi lebih tinggi mengalami gangguan pernapasan (GOLD, 2006). Kebiasaan merokok lebih sering terjadi pada laki-laki daripada perempuan. Merokok merupakan penyebab utama terjadinya PPOK. Hal ini menunjang bahwa prevalensi PPOK lebih banyak menyerang pada laki-laki daripada perempuan.

Hasil analisis hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup didapatkan bahwa persentase responden perempuan lebih besar menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan laki-laki, yaitu perempuan sebesar 39,3% sedangkan yang laki-laki sebesar 25%. Hasil analisis statistik memberikan kesimpulan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pada ( $P$  value: 0,273  $\alpha$  0,10). Hasil penelitian ini didukung oleh Theander dan Unosson (2011), yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup pada pasien PPOK. Begitu juga penelitian yang dilakukan oleh Skumlien, et al (2006) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara perbedaan jenis kelamin dengan kualitas hidup pada pasien PPOK.

Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh penelitian Katsura (2007), tentang perbedaan jenis kelamin pada pasien PPOK yang menyimpulkan bahwa terdapat perbedaan jenis kelamin berhubungan dengan kualitas hidup menunjukkan bahwa pada pasien PPOK laki-laki mempunyai kualitas hidup lebih buruk dari pada perempuan. Terutama dalam mengelola dampak dari PPOK dan kemampuan melakukan kegiatan pada laki-laki cenderung lebih buruk daripada perempuan. Kualitas hidup yang buruk pada perempuan cenderung disebabkan karena gejala yang ditimbulkan oleh PPOK itu sendiri (Katsura, 2007).

Secara teori dijelaskan bahwa laki-laki dan perempuan mempunyai fenotipe yang berbeda dalam merespon asap rokok. Laki-laki cenderung lebih rentan terhadap *fenotipe empisemateus* dan perempuan terhadap *fenotipe airway*. Selain itu respon kekebalan tubuh berdasarkan *dimorfisme* seksual dianggap bertanggung jawab terhadap perbedaan gender dalam menghadapi penyakit (Meilan, 2007). Berdasarkan hal ini dijelaskan seorang laki-laki dan perempuan mempunyai kemampuan yang berbeda dalam menghadapi penyakitnya, dimana akan berdampak pada kualitas hidupnya.

Hasil secara statistik pada penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup. Dengan demikian dapat diartikan bahwa antara laki-laki dengan perempuan mempunyai kemampuan yang sama untuk mempunyai kualitas hidup sesuai yang diharapkan dalam pengelolaan PPOK.

Menurut peneliti tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup disebabkan karena adanya faktor-faktor

lain yang ikut berperan serta dalam peningkatan kualitas hidup pasien PPOK. Responden yang sebagian besar (61,9%) adalah bekerja merupakan faktor pendukung lainnya yang dapat menunjang kualitas hidup pasien PPOK. Disamping itu dukungan keluarga juga merupakan faktor yang sangat berperan dalam kualitas hidup seseorang, dimana keluarga dapat memberikan dukungan keluarga baik berupa dukungan psikologis ataupun dukungan besifat materi.

Elisabeth, et al (2005), dalam sebuah penelitian menyebutkan perempuan yang menderita PPOK cenderung lebih sensitif terhadap perubahan kualitas hidup karena wanita cenderung lebih mudah mengalami depresi. Namun demikian secara teori juga dijelaskan bahwa laki-laki dan perempuan mempunyai kapasitas fungsional paru yang sama, maka hal ini juga memberikan kemampuan mobilitas yang sama antara laki-laki dan perempuan (Skumlien, et al, 2006).

Laki-laki dan perempuan mempunyai kemampuan yang sama untuk memikul beban kerja. Perempuan yang mempunyai beban kerja relatif lebih tinggi akan memungkinkan mendapatkan masalah dispnue lebih besar dan mereka akan segera menurunkan beban kinerja fungsional kegiatannya. Hal ini diperkirakan karena pasien PPOK enggan menyesuaikan kemampuan cara melakukan tugas yang dianggap merupakan bagian penting dari tanggungjawab yang harus dipikulnya. Pada laki-laki memikul tanggungjawab tugas yang lebih besar daripada perempuan adalah suatu konsep tradisi yang harus dipatuhi, sehingga mereka menganggap hilangnya kinerja fungsional kurang dapat diterima bagi kalangan laki-laki (Skumlien, et al, 2006). Dengan demikian laki-laki ataupun perempuan mempunyai kecenderungan untuk mobilisasi yang

sama, sehingga tidak adanya hubungan antara jenis kelamin dengan kualitas hidup dapat dijelaskan karena adanya peluang yang sama melakukan mobilisasi dalam mencapai kualitas hidup yang baik.

Bila jenis kelamin dihubungkan dengan efikasi diri pengaruhnya dengan kualitas hidup, Stipanovic (2002). menyampaikan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin, usia dan status pernikahan terhadap efikasi diri kecuali tingkat pendidikan. Begitu juga hasil penelitian yang dilakukan oleh Wu et al (2006) menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan efikasi diri. Dalam hal ini berarti laki-laki ataupun perempuan cenderung mempunyai efikasi diri sama atas kemampuan yang mereka miliki untuk melakukan tindakan perawatan diri dalam meningkatkan kualitas hidupnya.

### **6.1.2.3 Pendidikan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden masuk katagori berpendidikan rendah 75%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Zahran (2005) menyebutkan 69,2% penelitian yang dilakukan pada tingkat pendidikan rendah didapatkan kualitas hidup yang rendah.

Seseorang akan memiliki tingkat keyakinan diri lebih tinggi dalam berperilaku lebih baik bila mempunyai sistem pendukung pendidikan. Ketika seseorang mendapatkan pendidikan akan menjadi sarana untuk mengembangkan kemampuan kognitif dan pengetahuannya yang menjadi dasar pembentukan keyakinan diri dalam berperilaku (Bandura,

1994). Perilaku kesehatan yang mendukung kualitas hidup sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seseorang.

Hasil analisis hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup didapatkan bahwa persentase responden pendidikan tinggi lebih besar dalam menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan pendidikan yang rendah, yaitu responden yang mempunyai tingkat pendidikan tinggi sebesar 38,1% sedangkan yang mempunyai pendidikan rendah sebesar 25%. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Coelho, Amorin dan Patra (2003), menunjukkan bahwa pasien PPOK dengan kualitas hidup tidak baik secara umum mempunyai tingkat pendidikan rendah dibandingkan dengan pasien yang memiliki kualitas hidup yang baik.

Tingkat pendidikan merupakan indikator bahwa seseorang telah menempuh jenjang pendidikan formal, namun bukan berarti seseorang telah menguasai beberapa bidang ilmu. Seseorang dengan pendidikan yang baik lebih matang terhadap proses perubahan dirinya, sehingga lebih mudah memperoleh pengaruh luar yang positif, obyektif dan terbuka terhadap berbagai informasi termasuk informasi tentang kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

Bandura (1997) menyampaikan bahwa seseorang memotivasi dirinya sendiri dan berperilaku sesuai tujuan didasari oleh aktivitas kognitif. Seseorang akan berperilaku berdasarkan pada pemikiran reflektif, penggunaan pengetahuan yang dimilikinya dan kemampuan untuk melakukan tindakan tertentu (Peterson & Bedrow, 2004). Dengan demikian pendidikan sebagai sarana untuk meningkatkan kemampuan



kognitif sangat berpengaruh terhadap motivasi yang dimiliki seseorang, terutama dalam memutuskan sebuah perilaku.

Hasil analisis statistik memberikan kesimpulan bahwa bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada ( $P$  value: 0,49  $\alpha$ : 0,10). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tanaffos (2006) dan Ferrer (2002) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pada pasien PPOK. Hasil secara statistik yang menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan dengan kualitas hidup dapat diartikan bahwa antara pendidikan tinggi dengan pendidikan rendah mempunyai kemampuan yang sama untuk mempunyai kualitas hidup sesuai yang diharapkan dalam mengelola PPOK.

Menurut peneliti tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas hidup dapat diartikan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang tidak menjamin kualitas hidup seseorang semakin baik. Tingkat pendidikan responden dalam penelitian ini merupakan pendidikan formal secara umum bukan menggambarkan pendidikan khusus mengenai penyakit PPOK. Menurut Green dalam Notoatmojo, (2005) perubahan perilaku tidak hanya ditentukan oleh faktor pendidikan tetapi juga dipengaruhi oleh faktor predisposisi (*disposing factor*), faktor pemungkin (*enabling factor*), dan faktor penguat (*reinforcing factors*). Faktor predisposisi meliputi sikap, keyakinan, kepercayaan dan tradisi, sedangkan faktor pemungkin meliputi faktor-faktor yang memungkinkan atau memfasilitasi suatu tindakan atau perilaku dan faktor penguat yaitu faktor yang dapat mendorong atau memperkuat terjadinya suatu perilaku.

#### 6.1.2.4 Status merokok

Hasil penelitian menggambarkan bahwa mayoritas responden tidak merokok (53,6%). Analisis hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup menunjukkan bahwa responden yang tidak merokok menunjukkan kualitas hidup baik. Persentase responden tidak merokok dalam menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan responden yang merokok, yaitu responden tidak merokok sebesar 42,2%, sedangkan yang merokok sebesar 15,4%. Analisis statistik pada  $\alpha: 0,10$  menunjukkan bahwa ada hubungan antara merokok dengan kualitas hidup (*P value*: 0,015, 95% CI: 1,404-11,508). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa responden yang tidak merokok berpeluang memiliki 4,091 kali menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan responden yang merokok.

Asap rokok merupakan faktor risiko terpenting terjadinya PPOK dimana terjadi kondisi hambatan udara yang progresif dan ireversibel. Merokok dikaitkan dengan penurunan fungsi paru yaitu kecepatan longitudinal FEV<sub>1</sub> (*Forced Expiratory Volume at 1 sec*). Usia mulai merokok, jumlah bungkus rokok yang dikonsumsi pertahun, dan perokok aktif berhubungan dengan angka kematian. Dimana penggunaan tembakau di Indonesia diperkirakan menyebabkan 70% kematian karena penyakit paru kronis (Depkes RI, 2008).

Hubungan antara rokok dengan PPOK menunjukkan *dose response*. Hubungan *dose response* dapat dilihat pada *Index Brigman*, yaitu jumlah konsumsi batang rokok perhari dikalikan jumlah dari lamanya merokok dalam tahun sebanding dengan resiko terjadinya PPOK. (Depkes RI, 2008).

Paparan asap rokok yang kronis akan menyebabkan hipertropi kelenjar mukosa goblet dengan infiltrasi sel-sel radang dan oedem mukosa bronkus. Pembentukan mukosa yang meningkat mengakibatkan batuk yang produktif. Asap rokok tersebut juga menyebabkan peningkatan produksi *metaloproteinase* oleh makrofag dan enzim proteolitik oleh neutrofil dan penurunan sel dendrit paru. Selain itu asap tembakau juga menyebabkan terhambatnya pembentukan aktifasi silia, anti bakteri, fungsi leukosit, termasuk fagosit, neutrofil, monosit, sel T dan sel B yang meningkatkan risiko infeksi terhadap kesehatan (Price, & Wilson, 2006).

Berhenti merokok akan memperbaiki fungsi endotel dan meningkatkan secara substansial fungsi kardiovaskuler serta menurunkan angka kesakitan dan kematian kardiovaskuler. Berhenti merokok dapat mengurangi gejala PPOK seperti dispnue ataupun batuk. Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Papadopoulos (2011) menyatakan bahwa pasien PPOK yang berhenti merokok secara statistik menunjukkan angka yang signifikan pada pengurangan gejala PPOK dan meningkatkan ketahanan fisik pasien PPOK. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Bentsen, et al (2010) bahwa merokok secara signifikan mempengaruhi kualitas hidup pasien PPOK.

Menurut peneliti penghentian merokok merupakan salah satu pencegahan primer dalam manajemen PPOK. Manajemen PPOK bertujuan untuk mengontrol secara klinis untuk peningkatan toleransi, fungsi emosi, pencegahan penyakit dan meminimalkan gejala. Bila pasien PPOK dapat mengelola penyakitnya dengan baik dan melakukan perawatan diri

dengan benar maka hal ini akan meningkatkan kualitas hidup pasien PPOK.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa merokok merupakan faktor *confounding* terhadap kualitas hidup pasien PPOK. Analisis lebih lanjut menyatakan bahwa responden yang merokok beresiko 2,702 kali lebih besar untuk mengalami kualitas hidup tidak baik dibandingkan dengan responden tidak merokok (CI 95% OR: 0,830-8,798), setelah dikontrol dengan dukungan keluarga, pekerjaan, lama menderita PPOK dan umur. Responden yang tidak merokok berarti mempunyai efikasi diri yang baik untuk berperilaku sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

Dibuktikan dengan penelitian diatas, sebagian besar responden (80,6%) dengan kebiasaan merokok mempunyai kualitas hidup tidak baik. Merokok akan meningkatkan risiko kualitas hidup yang buruk seiring dengan peningkatan penyakit komplikasi lainnya. Berhenti merokok akan mengurangi gejala PPOK seperti dispnue, batuk dan penurunan kecepatan FEV1 serta dapat meningkatkan ketahanan fisik. Dengan demikian berhenti merokok merupakan salah satu manajemen dari PPOK, sehingga peningkatan efikasi diri untuk berperilaku hidup sehat perlu terus ditekankan.

#### **6.1.2.5 Pekerjaan**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden bekerja 61,9% dan lebih dari separoh 31% bekerja sebagai petani. Penelitian ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Kara dan Alberto (2006) menyebutkan bahwa 87,5% responden bekerja sebagai petani. Penelitian ini sejalan dengan

penelitian yang dilakukan oleh Radon, et al (2003) yang menyebutkan bahwa sindrom debu organik beracun (*organic dust toxic syndrome*) adalah prediktor utama terjadinya PPOK. Petani yang memiliki hewan ternak juga mempunyai prevalensi alergi lebih lebih tinggi untuk terjadinya PPOK daripada yang lainnya. Alergen yang didapat di lingkungan kerja dapat terbawa ke dalam lingkungan kehidupan petani. Ventilasi yang buruk serta suhu tinggi di dalam bangunan peternakan akan memberikan dampak negatif pada gejala pernapasan parameter fungsi paru (Radon at al, 2003).

Hasil analisis hubungan pekerjaan dengan kualitas hidup didapatkan bahwa persentase responden yang bekerja lebih besar dalam menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan yang tidak bekerja, yaitu responden bekerja sebesar 34,6% sedangkan yang tidak bekerja sebesar 21,9%. Pada hasil analisis statistik memberikan kesimpulan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kualitas hidup pada (*P value*: 0,320  $\alpha$  0,10). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tanaffos (2006) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kualitas hidup pada pasien PPOK.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nojomi (2009), yang menyatakan bahwa status pekerjaan merupakan faktor yang signifikan mempengaruhi kualitas hidup. Penelitian ini juga tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Elisabeth, et al. (2005) yang menyatakan bahwa status pekerjaan merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pasien.

Beberapa jenis pekerjaan yang secara langsung menjadi faktor risiko menderita PPOK seperti petani, pekerja industri, pekerja tambang cenderung akan menurunkan kualitas hidup pasien PPOK, karena hal ini akan dapat memperberat kondisi pasien (Tanaffos, 2006). Orang yang sudah pensiun, menganggur kurang atau lebih dari 1 tahun, serta orang yang tidak mampu bekerja mempunyai kualitas hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan orang yang mempunyai pekerjaan. Orang-orang yang tidak bekerja melaporkan mempunyai hari yang secara fisik tidak sehat lebih banyak daripada yang bekerja (Zahran, 2005).

Pekerjaan berhubungan dengan aktualisasi diri seseorang dan mendorong seseorang lebih percaya diri dan bertanggungjawab untuk menyelesaikan tugas. Namun responden yang bekerja kemungkinan besar mempunyai kegiatan yang lebih padat dan mengalami stress yang lebih tinggi terhadap pekerjaannya, sehingga dapat mempengaruhi efikasi diri seseorang dalam pengelolaan PPOK.

Menurut peneliti tidak adanya hubungan antara pekerjaan dengan kualitas hidup disebabkan karena sebagian besar responden bekerja sebagai petani yang mempunyai risiko terkena PPOK lebih tinggi karena kontak dengan bahan-bahan kimia yang terinhalasi selama mereka melakukan pekerjaannya daripada pekerjaan yang lainnya. Selain itu kondisi pekerjaan juga dapat menjadi sumber stressor seseorang yang dapat menurunkan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah. Kondisi stres dapat menjadi salah satu faktor risiko dimana dapat memperberat kondisi pasien PPOK yang berdampak pada penurunan motivasi, efikasi diri, kemampuan melakukan perawatan diri dan kualitas hidup.

Hasil secara statistik pada penelitian ini menunjukkan tidak ada hubungan antara pekerjaan dengan kualitas hidup. Hal ini dapat diartikan bahwa antara responden bekerja dengan yang tidak bekerja mempunyai kemampuan sama untuk mempunyai kualitas hidup sesuai yang diharapkan dalam pengelolaan PPOK. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Prigatano dalam Ketelaars, et al. (1996) menyebutkan bahwa pekerjaan, kehidupan rumah tangga, status menikah dan keuangan tidak dapat menjelaskan kualitas hidup pasien PPOK. Hal ini dapat dijelaskan karena meskipun sebagian besar responden dalam penelitian ini bekerja tetapi ketidakmampuan pasien untuk mengubah gaya hidup mereka dalam mengontrol tanda dan gejala penyakit terhadap pekerjaannya menyebabkan hal ini menjadi kontra produktif (Tanaffos, 2006). Menurut peneliti hal inilah yang menjadikan pekerjaan tidak ada hubungannya dengan kualitas hidup.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa pekerjaan merupakan faktor *confounding* terhadap kualitas hidup pasien PPOK. Analisis lebih lanjut menyatakan bahwa responden yang tidak bekerja berisiko 3,596 kali lebih besar untuk mengalami kualitas hidup yang tidak baik dibandingkan dengan responden yang bekerja (CI 95% OR: 0,934-13,844), setelah dikontrol dengan dukungan keluarga, status merokok, lama menderita PPOK dan umur. Responden yang bekerja berarti mempunyai efikasi diri yang baik untuk berperilaku sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

#### 6.1.2.6 Dukungan keluarga

Hasil penelitian menggambarkan bahwa mayoritas responden mendapatkan dukungan keluarga baik (57,9%). Analisis hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan bahwa responden dengan dukungan keluarga yang baik menunjukkan kualitas hidup baik. Persentase responden dengan dukungan keluarga baik menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan responden yang memiliki dukungan keluarga tidak baik, yaitu responden dengan dukungan keluarga baik sebesar 40,4%, sedangkan responden dengan dukungan keluarga tidak baik sebesar 7,4%. Analisis statistik pada  $\alpha: 0,10$  menunjukkan bahwa ada hubungan antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup (*P value*: 0,005, 95% CI: 1,823-39,223). Berdasarkan nilai OR dapat disimpulkan bahwa responden yang mempunyai dukungan keluarga baik berpeluang memiliki 8,456 kali menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan responden yang memiliki dukungan keluarga tidak baik.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Kara dan Alberto (2006) menyatakan bahwa pasien yang memiliki dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan kualitas hidupnya. Demikian juga penelitian yang dilakukan oleh Li, et al (2004) dimana pasien dengan dukungan keluarga yang baik berpeluang memiliki kualitas hidup yang baik.

Secara konsep keluarga merupakan unit sosial terkecil yang berhubungan paling dekat dengan pasien. Keluarga menjadi unsur penting dalam kehidupan seseorang karena keluarga merupakan sistem yang didalamnya anggota keluarga yang saling ketergantungan dalam memberikan dukungan, kasih sayang, rasa aman, dan perhatian yang secara harmonis



menjalankan perannya masing-masing untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, Bowden & Jones, 2003).

Dukungan keluarga dianggap sebagai fungsional komponen sistem keluarga. Procidona dan Heller (1983) dalam Kara & Alberto (2006) menyampaikan bahwa dukungan keluarga, dimana seseorang dapat saling bertemu dirasakan sebagai kebutuhan moral, dukungan emosional dan sebuah keintiman yang memerlukan suatu informasi dan umpan balik. Dukungan keluarga akan mempengaruhi perilaku perawatan diri individu melalui peningkatan motivasi, memberikan informasi dan umpan balik. Sebuah penelitian dilakukan oleh Wang dan Frenske (1996) dalam Kara & Alberto (2006) menyebutkan adanya hubungan yang positif antara dukungan keluarga dengan perilaku perawatan diri.

Menurut peneliti PPOK seperti penyakit kronis lainnya, juga harus dikelola dengan baik dalam konteks keluarga. Karena PPOK adalah penyakit yang tidak dapat disembuhkan, melemahkan, penyakit jangka panjang, dimana pasien perlu beradaptasi dengan berbagai tahapan penyakit dari waktu ke waktu, sehingga dalam hal ini sangat diperlukan adanya dukungan dari keluarga. Bantuan dari keluarga atau teman dekat adalah sangat berharga dalam menyelesaikan berbagai tugas harian. Kontribusi anggota keluarga dalam pasien PPOK diperlukan untuk menyelesaikan tugas sehari-hari dan melakukan perawatan diri serta memberikan penguatan yang positif. Dukungan keluarga merupakan suatu sistem pendukung yang diberikan oleh keluarga terhadap anggota keluarga yang meliputi pemberian dukungan emosional, bantuan materil, memberikan pelayanan dan informasi, serta

memfasilitasi anggota keluarga dalam membentuk kontak sosial dengan masyarakat (Marylin dalam Kusuma 2010).

Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Belgrave & Lewis (1994) dalam Wu (2006) mengatakan bahwa dukungan keluarga memiliki hubungan yang signifikan dengan efikasi diri, perilaku kesehatan yang positif dan kepatuhan dalam melakukan perawatan diri. Adanya dukungan keluarga sangat membantu pasien untuk meningkatkan keyakinan dan kemampuannya melakukan tindakan perawatan diri (Skarbek, 2006). Pasien dalam lingkungan keluarga dan diperhatikan oleh anggota keluarganya akan menimbulkan perasaan aman dan nyaman sehingga akan tumbuh perasaan perhatian terhadap dirinya sendiri dan akan meningkatkan motivasi untuk melakukan perawatan diri. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Alen (2006) menjelaskan bahwa dukungan keluarga berupa kehangatan dan keramahan dan dukungan emosional dapat meningkatkan efikasi diri pasien yang mendukung keberhasilan perawatan diri sendiri dan meningkatkan kualitas hidup. Hal ini didukung oleh Saltzman dan Holaban (2002) dalam Skarbek (2006) menjelaskan bahwa dukungan dari keluarga dapat menurunkan gejala depresi secara tidak langsung sehingga dapat meningkatkan efikasi diri dan mekanisme coping dari pasien.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa dukungan keluarga merupakan faktor *confounding* terhadap kualitas hidup pasien PPOK. Analisis lebih lanjut menyatakan bahwa responden yang tidak mendapat dukungan keluarga berisiko 7,221 kali lebih besar untuk mengalami kualitas hidup tidak baik dibandingkan dengan responden yang mendapat dukungan keluarga dengan baik (CI 95% OR: 01,360-38,336),

setelah dikontrol dengan pekerjaan, status merokok, lama menderita PPOK dan umur. Responden yang mempunyai dukungan keluarga yang baik berarti mempunyai efikasi diri yang baik untuk berperilaku sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

Dibuktikan dengan penelitian diatas, terdapat hubungan positif antara dukungan keluarga dan kualitas hidup. Dengan demikian penting bagi seorang perawat untuk meningkatkan peran serta keluarga dalam memberikan dukungannya kepada pasien PPOK, mengingat PPOK adalah penyakit kronis yang memerlukan keterlibatan keluarga dalam merawatnya. Hubungan positif antara dukungan keluarga dengan kualitas hidup, memberikan kesempatan kepada perawat bekerja sama dengan pasien PPOK untuk menggunakan kekuatan keluarga pasien dalam memfasilitasi perawatannya. Perawat harus melibatkan potensi keluarga dalam meningkatkan efikasi diri dan perilaku perawatan diri pasien PPOK, untuk kemudian keluarga mengambil bagian dari proses perawatan secara mandiri.

#### **6.1.2.7 Lamanya didiagnosa PPOK**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas lama menderita PPOK tergolong baru yaitu 57,1%. Hasil analisis hubungan antara lama menderita PPOK dengan kualitas hidup didapatkan bahwa persentase penderita PPOK yang tergolong baru lebih besar dalam menunjukkan kualitas hidup baik dibandingkan dengan lama menderita PPOK yang tergolong lama, yaitu responden baru sebesar 33,3% sedangkan yang lama sebesar 25%. Hasil analisis statistik memberikan kesimpulan bahwa bahwa tidak ada hubungan antara lama

menderita PPOK dengan kualitas hidup pada ( $P$  value: 0,558  $\alpha$  0,10). Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Tanaffos (2006) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara lama menderita PPOK dengan kualitas hidup.

Hasil secara statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara lama menderita PPOK dengan kualitas hidup. Hal ini dapat diartikan bahwa antara penderita PPOK yang baru dengan penderita PPOK yang lama mempunyai kemampuan yang sama untuk mempunyai kualitas hidup sesuai yang diharapkan dalam mengelola PPOK.

Menurut peneliti tidak ada hubungan antara lama menderita PPOK dengan kualitas hidup disebabkan karena ketidakmampuan pasien untuk mengubah gaya hidup mereka untuk mengontrol tanda-tanda dan gejala penyakit PPOK yang dideritanya. Penurunan fungsi paru pada pasien PPOK akan menyebabkan penurunan fisiologis organ-organ lainnya yang juga akan berpengaruh pada status kesehatan dan kualitas hidup. Hal inilah yang menunjukkan bahwa meskipun sebagian besar responden tergolong baru dalam menderita PPOK tetapi sebagian besar mereka menunjukkan kualitas yang tidak baik. Tidak ada hubungan antara lama menderita PPOK dengan kualitas hidup juga disebabkan oleh lamanya menderita PPOK tidak menunjukkan derajat keparahan dari PPOK itu sendiri.

Sebuah kajian *systematic review* dilakukan oleh Tsiliglanni, et al. (2011) menyebutkan bahwa secara signifikan terhadap hubungan antara tingkat keparahan PPOK dan kualitas hidup pasiennya. Keparahan PPOK yang diakibatkan oleh obstruksi jalan nafas akan mempengaruhi kualitas hidup pasien PPOK

tanpa melihat berapa lama PPOK telah dideritanya (Jones, et al, 2011). Tahap stadium IV PPOK menandai ambang batas memburuknya status kesehatan yang akhirnya secara paralel dengan menurunnya fungsi paru akan memperburuk kualitas hidup penderitanya (Elisabeth, et al, 2005).

Eksaserbasi PPOK juga mempunyai peran dalam memperburuk kualitas hidup pasien PPOK tanpa melihat lamanya PPOK yang telah dideritanya. Keluhan sesak nafas pada stadium II yang dirasakan oleh pasien PPOK akan membawanya untuk mencari petolongan pada tenaga kesehatan, sedangkan pada stadium III pasien PPOK membutuhkan tingkat perawatan yang lebih tinggi dan terkadang harus melakukan rawat inap di rumah sakit (Elisabeth, et al, 2005).

Faktor psikologis, faktor psikososial dan koping strategi dari pasien PPOK menurut Tsiliglanni, et al. (2011) mempunyai pengaruh yang cukup besar terhadap status kesehatan pasien PPOK. Keluhan seperti sesak nafas yang hebat menyebabkan kecemasan, depresi dan tekanan psikologis. Kualitas hidup pasien PPOK cenderung akan memburuk sebanding beratnya kondisi yang dialaminya (Tanaffos, 2006). Diperlukan strategi koping yang positif untuk dapat mengelola penyakit PPOK. Efikasi diri dianggap memainkan peran penting dalam pengelolaan diri pada pasien dengan penyakit kronis, apakah mereka akan memulai suatu perubahan perilaku yang baru untuk perawatan dirinya ataukah tidak (Bandura, 1994). Komplikasi penyakit yang menyertai pasien PPOK akan memberikan kesulitan bagi pasien PPOK dalam melakukan perawatan diri karena adanya berbagai gangguan dan keterbatasan yang dapat menyebabkan efikasi diri pasien menjadi rendah (Bernal, et al, 2000). Dengan demikian

peningkatan strategi koping dari pasien, dukungan dari keluarga dan efikasi diri perlu untuk terus ditingkatkan.

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa lama menderita PPOK merupakan faktor *confounding* terhadap kualitas hidup pasien PPOK. Analisis lebih lanjut menyatakan bahwa penderita PPOK yang lama berisiko 1,917 kali lebih besar untuk mengalami kualitas hidup yang tidak baik dibandingkan dengan responden yang menderita PPOK yang baru (CI 95% OR: 0,558-6,579), setelah dikontrol dukungan keluarga, pekerjaan, status merokok, dan umur. Penderita PPOK yang baru berarti mempunyai efikasi diri yang baik untuk berperilaku sesuai dengan tujuan yang diharapkan.

## 6.2 Keterbatasan Penelitian

### a. Bias *recall*

Bias yang ini terjadi ketika pasien diminta untuk mengingat kejadian yang berhubungan dengan gejala dan dampak dari PPOK. Pada pasien yang mempunyai pengalaman serangan eksaserbasi, gejala atau dampak yang sangat berat akan berusaha dengan keras mengingat kejadian-kejadian dampak dari PPOK selama 1 bulan yang lalu. Sebaliknya pada pasien yang hanya mengalami gejala dan dampak yang tidak terlalu parah kurang berupaya mengingat kembali gejala dan dampak yang dialaminya.

### b. Bias *selection sample*

Bias ini terjadi pada saat pemilihan sampel penelitian, yaitu ketika calon responden menolak untuk menjadi responden atau sebaliknya ketika peneliti mengizinkan calon responden menjadi relawan sampel penelitian. Tidak ada cara yang handal untuk memastikan bahwa subyek yang menolak berpartisipasi sebagai responden tidak berbeda dengan rerata subyek yang ikut penelitian. Sebaliknya latar belakang seseorang bersedia menjadi responden dapat menjadikan bias dalam penelitian ini.

## 6.3 Implikasi Hasil Penelitian

### 6.3.1 Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini menjadi dasar dalam perawat meningkatkan asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup setelah dikontrol oleh variabel dukungan keluarga, pekerjaan, status merokok, lama menderita PPOK dan umur. Berdasarkan penelitian ini sebagai seorang perawat spesialis medikal bedah diharapkan mampu mengaplikasikan asuhan keperawatan secara komprehensif dimulai dari pengkajian hingga evaluasi.

Efikasi diri merupakan prediktor terhadap kualitas hidup pada pasien PPOK. Dengan efikasi diri yang tinggi diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien PPOK. Efikasi diri yang tinggi akan meningkatkan perawatan diri, kepatuhan terhadap pengobatan, perilaku promosi kesehatan dan menurunkan gejala fisik dan psikologis. Efikasi diri memiliki peran dalam menginisiasi dan pemeliharaan perilaku kesehatan, sehingga diyakini bahwa peningkatan efikasi pada perilaku kesehatan akan mengakibatkan perbaikan kesehatan dan meningkatkan perilaku serta kualitas hidup.

Pada pengkajian faktor psikososial perlu ditambahkan pengkajian terkait efikasi diri pada pasien PPOK sebagai dasar untuk membentuk perencanaan dan intervensi asuhan keperawatan. Intervensi yang dapat dilakukan pada pasien PPOK untuk meningkatkan efikasi diri diantaranya adalah *self efficacy enhancement* (peningkatan efikasi diri), *coping enhancement* (peningkatan koping mekanisme), *self awareness enhancement* (peningkatan kesadaran diri), *teaching disease process* (pengajaran proses penyakit) dan *anxiety reduction* (mengurangi kecemasan).

*Self efficacy enhancement* (peningkatan efikasi diri) didefinisikan sebagai memperkuat rasa percaya diri individu akan kemampuannya untuk melakukan perilaku hidup sehat. Beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah melakukan eksplorasi tentang persepsi kapasitas kemampuan individu untuk melakukan perilaku sesuai tujuan, melakukan eksplorasi tentang persepsi pengambilan keputusan, mengidentifikasi persepsi individu tentang faktor risiko dan ketidakmampuan pengambilan keputusan, mengidentifikasi hambatan perubahan perilaku, memberikan informasi tentang perilaku yang diinginkan, membantu individu komitmen pada rencana yang telah dibuat, memberikan *reinforcement* terhadap perubahan perilaku, memberikan lingkungan yang mendukung perubahan perilaku yang diinginkan, menggunakan pembelajaran sesuai dengan usia dan budaya, memberikan contoh pemodelan perilaku yang diinginkan, memberikan kesempatan untuk mengekspresikan keberhasilannya.

*Coping enhancement* (peningkatan coping mekanisme), didefinisikan sebagai membantu pasien untuk beradaptasi menerima stresor, perubahan yang mengganggu kebutuhan dan peran. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah peningkatan perubahan perilaku, lakukan penilaian tentang perubahan situasi dan perubahan peran yang dialami pasien, lakukan penilaian terhadap persepsi penyakit yang dialami, diskusikan bersama cara merespon situasi yang dihadapi, berikan informasi yang aktual tentang penyakit, perawatan dan prognosisnya, berikan pilihan yang realistis tentang tindakan keperawatan yang akan diambil, evaluasi kemampuan pengambilan keputusan, tingkatkan hubungan sosial dengan orang-orang yang dapat memberikan *support system*, anjurkan pasien untuk meningkatkan interaksi sosialnya, berikan kesempatan pada pasien untuk mengeksplorasi hasil yang telah dicapai



*Self awareness enhancement* (peningkatan kesadaran diri) didefinisikan sebagai membantu pasien mengeksplorasi, memahami pikiran, perasaan, motivasi dan perilakunya. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah ajak pasien untuk mengenali dan mendiskusikan pikiran dan perasaannya, bantu pasien mengidentifikasi prioritas hidupnya, bantu pasien mengidentifikasi dampak dari penyakit, ajarkan pasien mengungkapkan hal yang tidak disenangnya secara tepat, bantu pasien untuk menyadari statement negatif, bantu pasien mengidentifikasi hal-hal yang menyebabkan kecemasan, bantu pasien mengidentifikasi sumber-sumber motivasi, bantu pasien untuk mengidentifikasi perilaku yang merusak diri sendiri, fasilitasi pasien melalui peer group.

*Teaching disease process* (pengajaran proses penyakit), didefinisikan sebagai membantu pasien untuk memahami informasi berhubungan dengan proses penyakit. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah menilai tingkat pengetahuan pasien tentang penyakit PPOK yang dideritanya, memberikan penjelasan etiologi, tanda, gejala, proses penyakit dan prognosanya, berikan informasi yang tepat tentang kondisi yang dialami pasien, diskusikan perilaku atau gaya hidup untuk mencegah terjadinya komplikasi, diskusikan pilihan-pilihan terapi dan perawatan yang ada dan melakukan pilihan yang paling tepat, berikan informasi yang tepat untuk mencari bantuan pelayanan kesehatan.

*Anxiety reduction* (mengurangi kecemasan), didefinisikan sebagai meminimalkan keprihatinan, ketakutan, ketidaknyamanan, berhubungan dengan ketidakidentifikasi sumber kecemasan. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan, bina hubungan saling percaya untuk pasien lebih terbuka tentang masalah kesehatannya, berikan informasi yang jelas tentang PPOK, perawatan dan prognosis selanjutnya, kaji tentang kondisi yang menimbulkan stresor, berikan kesempatan untuk

mengekspresikan pikiran dan perasaannya untuk mengurangi kecemasan, bantu pasien untuk mengidentifikasi tingkat kecemasan dan koping mekanisme yang dilakukan, ajarkan pasien teknik relaksasi, libatkan keluarga untuk memberikan dukungan

Sumber efikasi diri dapat ditingkatkan melalui 4 teknik, yaitu pencapaian prestasi, pengalaman orang lain, persuasi verbal dan umpan balik keadaan fisik dan afektif. Pencapaian prestasi dapat dicapai oleh pasien PPOK ketika mereka benar-benar terlibat pada sebuah perilaku yang diinginkan untuk dicapai dan terlibat dalam sebuah kognitif yang spesifik dan terintegrasi dalam sebuah program perawatan dirinya. Pengalaman orang lain atau pemodelan dapat diperoleh dengan melihat keberhasilan orang lain melakukan aktifitas dalam situasi yang sama seperti melakukan teknik pernapasanyang tepat, mengelola keadaan saat terjadi dispnue, batuk efektif dan teknik relaksasai. Persuasi verbal dapat dilakukan dengan melakukan perbincangan dengan pasien dimana mereka percaya akan kemampuannya untuk mencapai tujuan melalui berbagai kegiatan diskusi kelompok, dukungan psikologi dengan buku ataupun leaflet. Memperkuat afektif dan keadaan fisik adalah dengan menilai kemampuan pasien untuk mengelola tanda dan gejala dengan menjalankan fungsi kontrol pada kondisi yang ada.

Pasien PPOK dalam kenyataannya tidak mendapatkan informasi yang cukup tentang PPOK. Hal ini menjadi faktor utama yang menyebabkan rendahnya efikasi diri pada pasien PPOK. Perawat mempunyai tanggungjawab penuh dalam peningkatan efikasi diri pada pasien PPOK. Perawat harus terlibat langsung dalam memberikan edukasi peningkatan efikasi diri untuk mencapai kualitas hidup yang baik. Selain itu perawat dapat memfasilitasi pasien utuk mendapatkan sumber-sumber yang dapat meningkatkan efikasi diri, sumber-sumber dukungan baik dari keluarga, peer group atau kelompok diskusi. Pemberian dukungan sangat diperlukan pasien PPOK dalam mengelola penyakit

baik untuk penderita baru ataupun penderita lama dengan tujuan mempertahankan fungsi hidupnya, meminimalkan gejala dan meningkatkan kualitas hidup. Intervensi yang dapat dilakukan pada pasien PPOK untuk meningkatkan kualitas hidup diantaranya adalah *behavior modification* (modifikasi perilaku), *support system enhancement* (peningkatan sistem pendukung), *self modification assistance* (bantuan modifikasi diri) dan *smoking cessation assistance* (bantuan penghentian merokok).

*Behavior modification* (modifikasi perilaku), didefinisikan sebagai peningkatan perubahan perilaku. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah menentukan motivasi perubahan perilaku yang akan dilakukan, jelaskan pada pasien bahwa dengan PPOK masih tetap bisa beraktifitas dalam kegiatan yang bisa ditoleransi tanpa menimbulkan kelelahan, membantu mengidentifikasi potensi yang dimilikinya, mengganti perilaku yang tidak sehat dengan perilaku hidup sehat, berikan *reinforcement* pada tindakan yang sudah dilakukan, bantu pasien untuk mengidentifikasi kesuksesan yang dicapai, identifikasi masalah yang dihadapi pasien, buat perubahan target perilaku yang kongkret, realistis dan terukur (mengurangi jumlah rokok yang dikonsumsi perhari), kembangkan metode untuk perubahan perilaku, bersama dengan pasien menentukan modifikasi perilaku, tingkatkan pembelajaran dengan teori pemodelan (Dochterman & Bulechek, 2008).

*Support system enhancement* (peningkatan sistem pendukung), didefinisikan sebagai memfasilitasi pemberian *support system* oleh keluarga, teman terdekat dan masyarakat. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah kaji respon psikologis untuk menilai kemungkinan *support system*, tentukan kekuatan dukungan sosial, identifikasi dukungan dan finansial keluarga, monitor kondisi keluarga, tingkatkan motivasi pasien untuk berpartisipasi pada aktifitas sosial dan

kemasyarakatan, fasilitasi pada kelompok diskusi, kaji sumber-sumber masyarakat yang dapat digunakan, libatkan keluarga, teman, atau orang terdekat dalam perencanaan perawatan, jelaskan pada orang lain disekitar pasien bagaimana mereka dapat membantu memberikan dukungan (Dochterman & Bulechek, 2008).

*Self modification assistance* (bantuan modifikasi diri), didefinisikan sebagai pemberian penghargaan terhadap kemampuan pasien melakukan inisiatif perubahan perilaku sesuai tujuan yang telah ditetapkan. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah menilai alasan keinginan pasien untuk berubah, membantu pasien untuk mengidentifikasi target perilaku yang akan dilakukan, menilai pengetahuan dan level ketrampilan berhubungan dengan target yang akan dicapai, bersama pasien mengidentifikasi strategi yang tepat, jelaskan kepada pasien untuk melakukan monitoring diri terhadap perilaku yang dapat dicapai, berikan *reinforcement* terhadap perilaku yang dapat dicapai.

*Smoking cessation assistance* (bantuan penghentian merokok), didefinisikan sebagai membantu orang lain untuk berhenti merokok. Tindakan keperawatan yang dapat diberikan adalah lakukan pencatatan tentang riwayat merokok, kaji kesiapan pasien untuk berhenti merokok, berikan informasi yang jelas tentang rokok dan akibatnya, jelaskan pada pasien tentang nikotin *withdrawal* dan cara mengatasinya, bantu pasien untuk mempraktekkan metode resist *cravings* (menahan) pada saat keinginan merokok muncul, berikan motivasi pada pasien untuk konsisten dengan tujuan berhenti merokok, fasilitasi pasien pada peer group berhenti merokok, bantu pasien untuk menggunakan strategi koping yang positif dan pemecahan masalah bila keinginan merokok muncul kembali.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup setelah dikontrol dengan variabel dukungan keluarga, pekerjaan, status merokok, lama menderita PPOK dan umur. Dalam hal ini peran perawat spesialis medical bedah tidak hanya berfokus pada masalah fisik pasien PPOK saja tetapi harus berfikir secara komprehensif termasuk masalah psikososial. Dukungan keluarga sebagai faktor *confounding* terbesar mengingatkan perawat untuk melibatkan keluarga menggunakan potensinya untuk memberikan perawatan mandiri pada pasien PPOK.

### 6.3.2 Pendidikan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah khasanah keilmuan keperawatan sebagai dasar mengembangkan intervensi keperawatan yang lebih aplikatif yang berfokus pada diri pasien khususnya efikasi diri dalam peningkatan kualitas hidup pasien PPOK. Institusi pendidikan diharapkan mampu mengembangkan metode asuhan keperawatan PPOK yang bersifat komprehensif meliputi bio-psiko-sosial-spiritual.

### 6.3.3 Penelitian Keperawatan

Penelitian ini sebagai dasar pada penelitian selanjutnya yang berfokus pada kualitas hidup. Penelitian terutama mengenai intervensi untuk meningkatkan efikasi diri dan kualitas hidup pada pasien PPOK khususnya dan penyakit kronis lain pada umumnya. Beberapa tentang variabel lain yang masih harus dikembangkan untuk dilakukan penelitian yang belum dilakukan penelitian, seperti variabel penyakit komplikasi penyerta, penghasilan responden dan asuransi kesehatan. Disamping itu juga perlu dikembangkan penelitian hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup dalam desain dan metode yang berbeda.

## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini akan disampaikan simpulan hasil penelitian dan saran.

#### **7.1 Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian, maka simpulan yang didapat adalah sebagai berikut:

- a. Karakteristik responden di RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur pada penelitian ini adalah lansia, dengan jenis kelamin sebagian besar berjenis kelamin laki-laki, mayoritas berpendidikan rendah, mayoritas responden tidak merokok, mayoritas responden bekerja, mayoritas responden mendapat dukungan keluarga baik, dengan mayoritas menderita PPOK tergolong baru.
- b. Lebih dari setengah jumlah responden memiliki efikasi diri yang tidak baik.
- c. Mayoritas responden mempunyai kualitas hidup yang tidak baik.
- d. Tidak ada hubungan antara karakteristik demografi responden dengan kualitas hidup kecuali pada variabel merokok dan dukungan keluarga.
- e. Ada hubungan antara merokok dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup.
- f. Ada hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup responden di Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Responden yang memiliki efikasi diri yang tidak baik berisiko 4,051 kali lebih besar untuk mengalami kualitas hidup tidak baik dibandingkan dengan responden yang memiliki efikasi diri baik setelah dikontrol oleh dukungan keluarga, pekerjaan, status merokok, lama menderita PPOK dan umur.

#### **7.2 Saran**

Berdasarkan simpulan diatas, saran dari peneliti adalah sebagai berikut:

##### **7.2.1 Bagi Pelayanan Keperawatan**

- a. Perawat perlu memasukkan pengkajian efikasi diri dalam pengkajian faktor psikososial pada pasien PPOK sebagai dasar dalam menentukan perencanaan dan intervensi keperawatan. Peningkatan

efikasi diri menjadi tanggungjawab penuh perawat yang merupakan bagian dari intervensi keperawatan (*self efficacy enhancement*). Perawat harus memperkuat rasa percaya diri pasien akan kemampuannya untuk melakukan perilaku hidup sehat. Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan efikasi diri diantaranya adalah melakukan eksplorasi tentang persepsi kapasitas kemampuan individu untuk melakukan perilaku sesuai tujuan, melakukan eksplorasi tentang persepsi pengambilan keputusan, mengidentifikasi persepsi individu tentang faktor risiko dan ketidakmampuan pengambilan keputusan serta mengidentifikasi hambatan perubahan perilaku. Peningkatan pengetahuan pasien melalui pendidikan kesehatan yang terstruktur tentang pengelolaan PPOK dan pendidikan kesehatan yang berfokus pada sikap, dukungan sosial dan efikasi diri menurut prinsip-prinsip perilaku pengetahuan (kognitif), sikap (afektif), dan keterampilan (psikomotor) atau tindakan perlu terus ditingkatkan.

- b. Perawat dapat memberikan dukungan terhadap kemandirian pasien dalam melakukan aktifitas sesuai dengan batas toleransi aktivitas yang dimilikinya dengan melibatkan dukungan peran aktif dari keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup. Dukungan keluarga yang baik akan meningkatkan motivasi pasien PPOK melakukan tindakan perawatan diri dalam mengelola penyakitnya sehingga dapat meningkatkan efikasi diri pasien. Pendidikan kesehatan tidak hanya diberikan kepada pasien tetapi keluarga sebagai unit terkecil yang paling dekat dengan pasien juga perlu mendapatkan pendidikan kesehatan. Pemanfaatan sarana penyuluhan kesehatan dapat diberikan pada saat keluarga mengantarkan anggota keluarganya berobat ke rumah sakit. Dukungan dari kelompok sosial, lingkungan ataupun tenaga kesehatan juga dapat dilibatkan melalui pembentukan kelompok himpunan pasien PPOK untuk meningkatkan kualitas hidup pasien PPOK.

- c. Pendidikan kesehatan untuk berhenti merokok perlu terus ditingkatkan. Menurunkan faktor risiko terjadinya PPOK merupakan pencegahan primer dari manajemen PPOK. Berbagai sarana penyuluhan kesehatan berupa leaflet, buku ataupun media elektronika dapat disediakan oleh rumah sakit sebagai gerakan anti merokok. Dukungan dari keluarga juga diperlukan sebagai faktor penguat (*reinforcing factor*) dalam mendorong atau memperkuat perubahan perilaku hidup sehat anggota keluarganya.

#### 7.2.2 Bagi Pendidikan Keperawatan

Perlu memasukkan efikasi diri dan kualitas hidup dalam materi pembelajaran asuhan keperawatan pasien PPOK khususnya dan penyakit kronis lainnya, sehingga asuhan keperawatan bersifat komprehensif bersifat bio-psiko-sosial-spiritual.

#### 7.2.3 Bagi Penelitian Keperawatan

- a. Penelitian ini dapat digunakan sebagai data awal sekaligus motivasi untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut di lingkup keperawatan medikal bedah, baik di institusi pendidikan ataupun di pelayanan keperawatan dengan sampel yang lebih banyak.
- b. Variabel-variabel yang diteliti dikembangkan ke variabel lainnya yang juga diduga terdapat hubungan dengan kualitas hidup, seperti adanya penyakit penyerta, jumlah penghasilan responden dan asuransi kesehatan yang dimiliki.
- c. Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan antara efikasi diri dan kualitas hidup dengan faktor *confounding* terbesar adalah keluarga, sehingga dimasa yang akan datang perlu dilakukan penelitian tentang pengaruh dukungan keluarga terhadap peningkatan efikasi diri pasien PPOK.



## DAFTAR REFERENSI

- Allen. (2006). Support of deabetes from the family. <http://www.buzzle.com/editorials/>. Diperoleh tanggal 12 Juni 2011.
- American Thoracic Society. (1995). Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. [http://www.pneumologie.kssg.ch/home/Formulare\\_Pneumologie.Par](http://www.pneumologie.kssg.ch/home/Formulare_Pneumologie.Par). Diperoleh tanggal 2 Januari 2011.
- American Thoracic Society. (2004). Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. <http://www.thoracic.org/clinical/copd-guidelines/resources/copddoc.pdf>. Diperoleh tanggal 2 Januari 2011.
- American Thoracic Society. (2005). Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med. ATS Patient Education Series*. 171 3-4. <http://patients.thoracic.org/information-series/en/resources/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd.pdf>. Diperoleh tanggal 23 April 2011.
- Amoros, et al. (2008). Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease: the predictive validity of the BODE index. *Sage Pub. Chronic respiratory disease* 5: (7-11). <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdf>. Diperoleh tanggal 2 Januari 2011.
- Ariani, Y. (2011). Hubungan antara motivasi dengan efikasi diri pasien DM tipe 2 dalam konteks asuhan keperawatan di RSUP. H Adam Malik Medan *Tahun 2011*. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Ariawan, I. (1998). *Besar dan metode sampel pada penelitian kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Arikunto. (2006). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktek*. Edisi revisi 5. Jakarta: Rineka Cipta.
- Arnold, et al. (2005). The relationship between self-efficacy and self-reported physical functioning in chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. Vol.31, <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?>. Diperoleh tanggal 16 Maret 2011

- Bandura, A. (1977). Self efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review* 84 (2), 191-215. <http://des.emory.edu/mfp/Bandura1977>. Diperoleh tanggal 12 Pebruari 2011.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior*. 4, 71-81. *Encyclopedia of mental health*. San Diego: <http://des.emory.edu/mfp/Bandura1994EHB.pdf>. Diperoleh tanggal 12 Pebruari 2011.
- Barnett, M. (2007). Using a model in the assessment and management of COPD. *Journal of Community Nursing November, vol. 21, issue*. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?>, Diperoleh tanggal 7 Maret 2011
- Bentsen, et al. 2(010) Self-efficacy as a predictor of improvement in health status and overall quality of life in pulmonary rehabilitation--an exploratory study. *Patient Educations*. 81(1):5-13. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20356>, Diperoleh tanggal 20 Januari 2011.
- Berger, et al. (2010). The Experience of Stigma in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *West J Nurs Res*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20940446>. Diperoleh tanggal 7 Maret 2011
- Bernal, et al (2000). Correlation of self efficacy in diabetes self care among hospital adults with deabetes. *The diabetes educator*: 26 (4). <http://tde.sagepub.com/cgi/reprint>. Diunduh tanggal 16 Juni 2011.
- Black, J.M., & Hawk,J.H. (2005). *Medical surgical nursing clinical management for continuity of care*. 7<sup>th</sup> Edition, St. Louis: Elsevier Saunders
- Budi, H. (2008). *Tesis Hubungan Senam Asma dengan kualitas hidup pasien asma di RSPAD Gatot Subroto Jakarta Tahun 2008*. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Callaghan, D. (2005). Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *Journal community health nursing*. 22 (3), 169-178. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?> Diperoleh tanggal 30 Des 2010.
- Coelho, R., Amorim, I. & Patra, J. (2003). *Coping styles and quality of life in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus*. <http://psy.Psyvhiatryonline.org/cgi/reprint/44/4/3212.pdf>. Diperoleh tanggal 24 Juni 2011.

- COPD Foundation*, 2010. Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). <http://www.copdfoundation.org/>, Diperoleh tanggal 24 Juni 2011.
- Cully, et al. (2006). *Quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease and comorbid anxiety or depression*. *Psychosomatics*. 47: 312-319. <http://psy.psychiatryonline.org/cgi/reprint/47/4/312>. Diperoleh tanggal 9 Pebruari 2011.
- Depkes RI. (2008). *Pedoman pengendalian Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)*. Direktorat Jenderal pengendalian dan Penyehatan Lingkungan Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular. Jakarta
- Díez, et al. (2003). Quality of life with chronic obstructive pulmonary disease:the influence of level of patient care. *Arch Bronconeumol* 40(10):431-37. <http://www.archbronconeumol.org>. Diperoleh tanggal 8 Juli 2011
- Dochterman, J. M., & Bulechek, G. M. (2008). *Nursing Intervention Classification (NIC)*. 5<sup>th</sup> Edition Mosby Elseiver: Missouri.
- Doenges, M.E. (2006). *Nursing Care Plan: Guidelines for individualizing clien care across the life span*. 7<sup>th</sup> Edition. Philadelphia.
- Doll, et al. (2002). Validity of the St George's respiratory questionnaire at acute exacerbation of chronic bronchitis: Comparison with the Nottingham health profile. *Quality of life research*. 12. 117-132, <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?>. Diperoleh tanggal 5 Maret 2011.
- Donna, C. (2005). Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care, and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal Of Community Health Nursing*. 22 (3), 169–178. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?>. Diperoleh tanggal 30 Des 2010
- Elisabeth, S. (2004). Health-Related Quality of Life in COPD and Asthma Discriminative and evaluative aspect. *St. Geoge's of physiological medicine, London UK* [www.lub.lu.se/luft/diss/med\\_979/med\\_979\\_kappa.pdf](http://www.lub.lu.se/luft/diss/med_979/med_979_kappa.pdf). Diperoleh tanggal 15 Pebruari 2011.
- Elisabeth, et al. (2005). Health-related quality of life is related to COPD disease severity. *Health and Quality of Life Outcomes* 3:56 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>. Diperoleh tanggal 7 Juli 2011.

- Ferrer, et al (2002). Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory Questionnaire. *Eur Respir J* 19, 405–413 UK. *ERS Journals*. <http://erj.ersjournals.com/content/19/3/405.full>. Diperoleh tanggal 31 Maret 2011
- Friedman, M. M., Bowden, O., & Jones, M. (2003). *Family nursing: theory and Practice*. Ed 3<sup>rd</sup>. Philadelphia: Appleton& Lange.
- Garrod, R., Marshall, J., & Jones, F. (2008). Self efficacy measurement and goal attainment after pulmonary rehabilitation. *International Journal of COPD*. 3(4) 791-796. <http://www.dovepress.com/self-efficacy-measurement-and-goal-attainment-after-pulmonary-rehabili-a2562>. Diperoleh tanggal 12 Januari 2011.
- Global Strategy For The Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. (2006). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). [http://www.acofp.org/education/LV\\_10/handouts/Fri\\_3\\_19\\_10/11am\\_Willsie\\_Sandra\\_COPD.pdf](http://www.acofp.org/education/LV_10/handouts/Fri_3_19_10/11am_Willsie_Sandra_COPD.pdf), Diperoleh tanggal 18 Februari 2011
- Gupta, B., & Kant, S. (2009). Health Related Quality Of Life (Hrql) In COPD. *The Internet Journal of Pulmonary Medicine*. 11 (1). [http://www.ispub.com/journal/the\\_internet\\_journal\\_of\\_pulmonary\\_medicine/](http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_pulmonary_medicine/). Diperoleh tanggal 28 Februari 2011.
- Halding, et al. (2010). Experiences of self-blame and stigmatisation for self-infliction among individuals living with COPD. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 25, 100–107. <http://onlinelibrary.wiley.com>. Diperoleh tanggal 7 Maret 2011.
- Hamid, A. Y. S. (2008). *Buku ajar riset keperawatan: Konsep, etika dan instrument*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hernandes, et al. (2009). Profile of the level of physical activity in the daily lives of patients with COPD in Brazil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. J. bras. 35 (10). [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-3713](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-3713), Diperoleh tanggal 7 Maret 2011
- Holm, et al. (2009). Family relationship quality is associated with psychological distress, dyspnea, and quality of life in COPD. *Department of Medicine*. 6 (5),

359-68. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19863365>. Diperoleh tanggal 31 Maret 2011

Ignatavicius D., & Workman. (2006). *Medical surgical nursing: Critical thinking for collaborative care*. 5<sup>th</sup>. St. Louis, Missouri: Elsevier Inc.

Jones, P. (1991). St George's Respiratory Questionnaire For Copd Patients (SGRQ-C). *Quirk et al Eur Respir J*. 4:167-71). *Division of Cardiac and Vascular Science*. [http://www.healthstatus.sgul.ac.uk/SGRQ\\_download/SG](http://www.healthstatus.sgul.ac.uk/SGRQ_download/SG). Diperoleh tanggal 5 Maret 2011

Jones, P. (2004). St-George Respiratory Questionnaire (SGRQ). Pulmonary rehabilitation research infrstrukture. *COPD Research Axis*. 23. Juni <http://staff.unak.is/andy/nursresearchmethods0506/lecture>. Diperoleh tanggal 5 Maret 2011

Jones, P. (2008). *St George's Respiratory Questionnaire Manual*. Version 2.2. [www.healthstatus.sgul.ac.uk/SGRQ\\_download/SGRQ%20Manual.pdf](http://www.healthstatus.sgul.ac.uk/SGRQ_download/SGRQ%20Manual.pdf). Diperoleh tanggal 5 Maret 2011.

Jones, et al. (2011). Health-related quality of life in patients by COPD severity within primary care in Europe. *Respir Med*. Jan;105(1): 57-66. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20932736>. Diperoleh tanggal 9 Juli 2011.

Kara, M & Asti, T. (2004) Effect of education on self-efficacy of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Education and Counselling* 55, 114–120. [onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111). Diperoleh tanggal 2 Januari 2011

Kara, M. (2005). Preparing nurses for the global pandemic of chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Scholarship*. [http://www.redorbit.com/news/health/156840/preparing\\_nurses\\_for\\_the\\_global\\_pandemic\\_of\\_chronic\\_obstructive\\_pulmonary/](http://www.redorbit.com/news/health/156840/preparing_nurses_for_the_global_pandemic_of_chronic_obstructive_pulmonary/). Diperoleh tanggal 13 Pebruari 2011.

Kara, M., & Alberto, J. (2006). Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of clinical nursing*. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfvie>. Diperoleh tanggal 2 Januari 2011.

- Ketelaars, et al. (1996). Determinants of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*; 51: 39-43. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles>. Diperoleh tanggal 8 Juli 2011
- Katsura, et al. (2007). Gender-associated differences in dyspnoea and health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. 12(3):427-32. *Division of Respiratory Medicine. Medical Center* <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440->. Diperoleh tanggal 3 April 2011
- Kusuma, H. (2011). *Tesis Hubungan antara depresi dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien HIV/AIDS yang menjalani perawatan di RSUPN Cipto Mangunkusumo Jakarta Tahun 2011*. Jakarta. Tidak dipublikasikan.
- Li, et al. (2004). Understanding family support for people living with HIV/AIDS in Yunnan, China. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Diperoleh tanggal 8 Juli 2011
- Magfired, K. (2010). Using self-efficacy theory to educate a patient with chronic obstructive pulmonary disease: A case study of 1-year follow-up. *International Journal of Nursing Practice* 17, 1–8. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/>. Diperoleh tanggal 17 Maret 2011
- Meilan, et al. (2007). Gender and chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 176(12): 1179–1184. American Thoracic Society. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2720110/?tool=pubmed>. Diperoleh tanggal 4 Maret 2011
- Molken, et al. (1999). An empirical comparison of the St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) and the Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ) in a clinical trial setting. *Thorax* 54: 995-1003. <http://thorax.bmj.com/content/54/11/995.abstract>. Diperoleh tanggal 11 Maret 2011.
- NANDA International. (2011). *Nursing Diagnosis Definition and Classification 2009-2011*. United Kingdom. Wiley Blackwell
- National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute. (2005). Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *U.S. Department Of Health And Human Services*. [http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/lung/copd/copd\\_wksp](http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/lung/copd/copd_wksp). Diperoleh tanggal 31 Maret 2011

- Nojomi, M., Anbary, K., Ranjbar, M. (2008). Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Archives of Iranian Medicine*. 11(6-608). [www.ams.ac.ir/aim/08116/006.pdf](http://www.ams.ac.ir/aim/08116/006.pdf). Diperoleh tanggal 28 Juni 2011.
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2003). *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. (2005). *Promosi kesehatan: Teori dan aplikasi*. Jakarta. Rineka Cipta
- Papadopoulos et al. (2011). Smoking cessation can improve quality of life among COPD patients: Validation of the clinical COPD questionnaire into Greek. *BMC Pulmonary Medicine*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC>. Diperoleh tanggal 11 Maret 2011
- Peterson, S.J., & Bredow, T.S. (2004). *Middle range theories. Aplikasi to nursing research*. Philadelphia: Lippincott.
- Price, S.A & Wilson. (2006). *Patofisiologi konsep klinik proses-proses penyakit*. Buku 2. Edisi 6. Jakarta: Penerbit buku kedokteran EGC.
- Rondon, et al. (2003). *Respiratory diseases in European farmers-II. Part of the European farmers' project*. 57(9):510-7. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/) Diperoleh tanggal 27 juni 2011.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2010). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Edisi 3. Jakarta: Sagung Seto.
- Sharma, et al. (2010). Pulmonary rehabilitation. *Health Sciences Centre. University of Manitoba, Canada*. <http://emedicine.medscape.com/article/319885-overview>. Diperoleh tanggal 11 Pebruari 2011
- Sherbourne & Stewart. (1991). The medical outcomes study social support survey (MOS). 32 (6): 705-714. 1991. *Institute for Health and Aging, School of Nursing*, <http://cmcd.sph.umich.edu/assets/files/Repository/Women>. Diperoleh tanggal 31 Maret 2011
- Silitonga, R. (2007). *Tesis Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup penderita penyakit parkinson di Poliklinik Saraf RS Dr Kariadi Tahun 2007*. Semarang. Tidak dipublikasikan.

- Skarbek, E.A. (2006). Psychosocial Predictors Of Self-Care Behaviors. In Type 2 Diabetes Mellitus Patients: Analysis Of Social Support, Self-Efficacy, And Depression. [Citeseerx.Ist.Psu.Edu/Viewdoc/Download](http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download). Diunduh 19 Juni 2011.
- Skumlien, et al. (2011). Gender differences in the performance of activities of daily living among patients with chronic obstructive pulmonary disease. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, Diperoleh tanggal 27 Juni 2011.
- Smeltzer, S., & Bare. (2008). *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Stipanovic, A.R. (2002). The effect of diabetes education on self efficacy and self care. <http://proquest.umi.com/pqdweb>. Diperoleh pada 8 Juli 2011
- Sousa (2006). Demographic differences of adults with diabetes mellitus cross-sectional study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5 (2). <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/294/60>. Diperoleh pada 24 Juni 2011.
- Sugiyono. (2009). *Statistika untuk penelitian*. Edisi 5. Bandung: Alfabeta.
- Taatuji, E. (2004). *Managemen PPOK Ditinjau Dari Aspek Dietetik*. RS Persahabatan Jakarta.
- Tanaffos. (2006). Quality of Life and Related Factors in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 5(3), 51-56. *National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease*. [http://www.sid.ir/en/VEWSSID/J\\_pdf/](http://www.sid.ir/en/VEWSSID/J_pdf/), Diperoleh tanggal 3 April 2011
- Theander, K & Unosson, M. (2011). No gender differences in fatigue and functional limitations due to fatigue among patients with COPD 5(9-10) 1303-1310. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi>. Diperoleh tanggal 24 Juni 2011.
- Tomey, A.M, & Alligood, M.R. (2006). *Nursing theories and their work* 6<sup>th</sup> ed. USA: Mosby Elseiver.
- Tsiliglanni, et al. (2011). Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a review and meta-analysis of Pearson correlations (Systematic Review) *Primary Care Respiratory Journal*; 20 (x): xx-xx. <http://www.thepcrj.org/journ/aop/pcrj-2010-03-0026-R1.pdf>. Diperoleh tanggal 7 Juli 2011.



- Weng, et al. (2006). Effects of self-efficacy, self-care behaviours on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. *Journal of clinical nursing* <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?>. Diperoleh tanggal 30 Des 2010.
- Ware, E.J. (2000). SF-36® Health Survey Update. *John E. Ware, Jr., Ph.D.* <http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml>, Diperoleh tanggal 6 maret 2011
- WHO. (1997). Measuring Quality Of Life The World Health Organization Quality Of Life Instruments. *Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse WHO.* [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf), Diperoleh tanggal 5 maret 2011
- WHO. (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem (ICD-10)*. Geneva.
- Wigal et al. (1991). The COPD Self-Efficacy Scale. *Chest* :99: 1193-1196. <http://chestjournal.chestpubs.org/content/99/5/1193.full.pdf>. Diperoleh tanggal 12 Pebruari 2011
- Wilson, et al. (1996). Validation of the St. George's Respiratory Questionnaire in Bronchiectasis. *Am J Respir Crit Care Med* 156: 536-541, <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/reprint/156/2/536>, Diperoleh tanggal 5 Maret 2011
- Wu, et al. (2006). Self efficacy, outcome expectation and self care behavior in people with type diabetes in Taiwan. <http://web.ebscohost.com>. Diperoleh tanggal 25 Juni 2011
- Yohannes, A.M. (2011). Quality of life in elderly patients with COPD: measurement and predictive factors. [http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(98\)](http://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(98)). Diperoleh tanggal 11 Maret 2011
- Zahran, et al. (2005). Health related quality of life surveillance United State 1993-2002. Surveillance Summaries. 54/SS-4. *Devison of Adult and Community health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.* <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?> Diperoleh tanggal 28 Pebruari 2011.

## JADWAL PENELITIAN

No	Kegiatan	Sept/Des 2010				Pebruari 2011				Maret 2011				Apr-11				Mei 2011				Juni 2011			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengajuan judul	■	■	■	■																				
2	Pembuatan proposal					■	■	■	■	■	■	■	■												
3	Ujian dan perbaikan proposal													■	■										
4	Pengurusan ijin													■	■	■									
5	Uji coba instrumen																	■							
6	Pengumpulan data																	■	■	■	■	■			
7	Penyusunan laporan																					■	■		
8	Ujian hasil penelitian																						■		
9	Penyerahan tesis																							■	■



**PENJELASAN PENELITIAN**

Judul Penelitian : Hubungan Antara Efikasi Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur

Peneliti : Ika Setyo Rini

NPM : 0806483443

Saya mahasiswa Program Studi Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud melakukan penelitian untuk mengetahui hubungan efikasi diri dengan kualitas hidup pada pasien PPOK yang melakukan rawat jalan di Poliklinik RS Paru Batu Jawa Timur dan dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Bapak/Ibu/Saudara yang turut berpartisipasi dalam penelitian ini diharapkan mengisi kuesioner dan menjawab pertanyaan yang telah disediakan.

Prosedur penelitian yang akan dilakukan adalah mengisi kuesioner yang berisi tentang pertanyaan mengenai biodata dan pertanyaan-pertanyaan yang berkaitan dengan efikasi diri dan kualitas hidup. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif atau merugikan pasien. Bila selama penelitian ini Bapak/Ibu/Saudara mengalami ketidaknyamanan, maka Bapak/Ibu/Saudara berhak untuk berhenti dari penelitian ini.

Peneliti akan berusaha menjaga hak-hak Bapak/Ibu/Saudara sebagai responden dari kerahasiaan selama penelitian berlangsung, dan peneliti menghargai keinginan responden untuk tidak mneruskan dalam penelitian kapan saja saat penelitian berlangsung. Hasil penelitian ini kelak akan dimanfaatkan sebagai masukan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien PPOK. Dengan penjelasan ini kami sangat mengharapkan partisipasi dari Bapak/Ibu/Saudara. Atas perhatian dan partisipasinya dalam penelitian ini, kami mengucapkan terima kasih.

Jakarta, Mei 2011  
Peneliti,

Ika Setyo Rini



**LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN**

Judul Penelitian : Hubungan Antara Efikasi Diri Dengan Kualitas Hidup Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronis Dalam Konteks Asuhan Keperawatan Di RS Paru Batu dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur  
Peneliti : Ika Setyo Rini  
NPM : 0806483443

Berdasarkan penjelasan yang telah disampaikan oleh peneliti tentang penelitian sesuai dengan judul diatas, saya mengetahui tujuan penelitian diatas adalah untuk mengetahui hubungan antara efikasi diri dengan kualitas hidup pasien PPOK di RS Paru Batu Jawa Timur dan RSUD Dr. Saiful Anwar Malang Jawa Timur. Saya memahami bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan kualitas dan mutu pelayanan keperawatan.

Saya mengerti dan yakin, peneliti akan menghormati hak-hak saya dan menjaga kerahasiaan saya sebagai responden. Keikutsertaan saya dalam penelitian ini tidak akan mengurangi hak-hak saya dalam pelayanan keperawatan di rumah sakit ini. Saya mengerti bahwa catatan hasil penelitian ini hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data yang dijaga kerahasiannya dan tidak digunakan untuk kepentingan selain tersebut diatas.

Selanjutnya secara sukarela dan tanpa paksaan pihak manapun, dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian tersebut. Dengan demikian surat pernyataan ini saya buat, untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, Mei 2011

Mengetahui  
Peneliti,

Yang membuat pernyataan,

Ns. Ika Setyo Rini, S.Kep

(.....)

Nama Inisial



**KUESIONER PENELITIAN**

No responden : .....

Kode responden : .....

**Petunjuk pengisian:**

1. Kuesioner ini terdiri dari 4 bagian yaitu karakteristik responden, kuesioner tentang efikasi diri, kuesioner tentang kualitas hidup dan dukungan keluarga.
2. Mohon kesediannya Bapak/Ibu/Saudara untuk mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan kondisi yang sebenarnya, dengan cara memberikan tanda cek list (√) pada jawaban yang telah disediakan dan isian singkat.
3. Silahkan mengisi pertanyaan pada tempat yang disediakan, khusus untuk pertanyaan pilihan harap diisi dengan cara memberi tanda pada jawaban yang telah disediakan.
4. Semua jawaban Bapak/Ibu/Saudara adalah BENAR.
5. Semua pertanyaan/ Pernyataan sedapat mungkin diisi secara jujur dan lengkap.
6. Bila ada pertanyaan/ pernyataan yang kurang dipahami, mintalah petunjuk langsung kepada peneliti atau asisten peneliti.
7. Atas partisipasi responden kami mengucapkan banyak terima kasih.

**KUESIONER A  
DATA DEMOGRAFI RESPONDEN**

1. Umur : .....tahun
2. Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan
3. Tingkat pendidikan :  Tidak sekolah  SD  SMP  
 SMA  PT
4. Status merokok :  Merokok  Tidak merokok
5. Pekerjaan :  Tidak bekerja/pensiun  
 Petani/pedagang/buruh  
 PNS/TNI/Polri  
Lain-lain, sebutkan.....
6. Lama menderita PPOK : .....tahun, ..... bulan

**KUESIONER B**  
**THE COPD SELF EFFICACY (CSES)**

Pernyataan berikut ini tentang beberapa situasi yang dapat mempengaruhi kegiatan kehidupan sehari-hari. Tentukan seberapa yakin Bapak/Ibu/Saudara tetap mampu mengatasi kesulitan bernafas pada beberapa situasi di bawah ini. Berikan tanda cek list (√) pada salah satu kolom jawaban yang telah disediakan sesuai kondisi anda, dengan keterangan sebagai berikut:

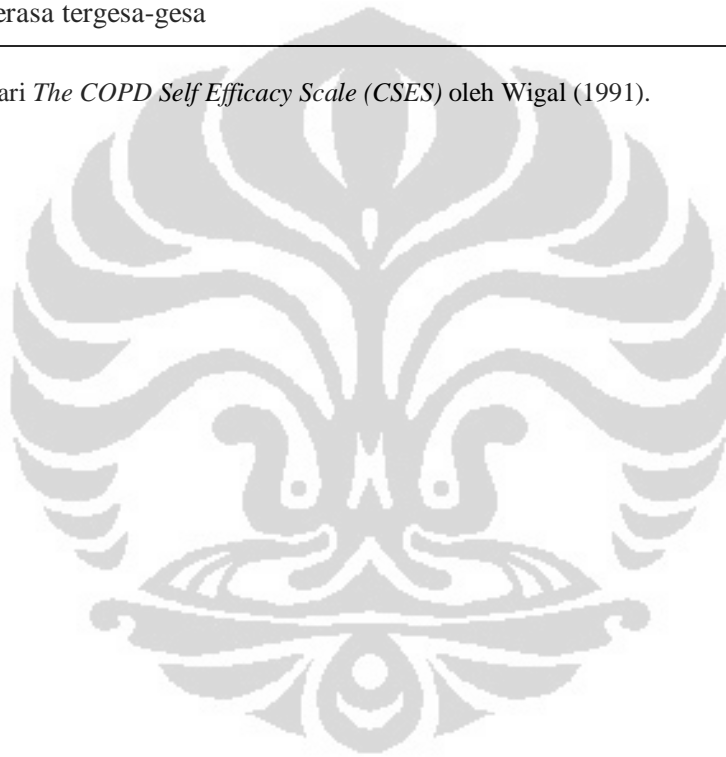
- Sangat Yakin (SY) : Apabila anda merasa **SANGAT YAKIN** mampu mengatasi kesulitan bernafas sesuai situasi tersebut.
- Yakin (Y) : Apabila anda merasa **YAKIN** mampu mengatasi kesulitan bernafas sesuai situasi tersebut.
- Agak Yakin (AY) : Apabila anda merasa **KADANG YAKIN** mampu atau **KADANG TIDAK YAKIN** mampu mengatasi kesulitan bernafas sesuai situasi tersebut.
- Tidak Yakin (TY) : Apabila anda merasa **TIDAK YAKIN** mampu mengatasi kesulitan bernafas sesuai situasi tersebut.

No	Pernyataan	SY	Y	AY	TY
1	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya lelah.				
2	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika udara menjadi lembab.				
3	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika cuaca berubah dari panas ke dingin.				
4	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya merasa tertekan atau sedih.				
5	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya berjalan menaiki tangga.				
6	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya (menolak) merasa tidak memiliki masalah pernafasan.				
7	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika disekitar saya ada yang merokok.				
8	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya marah.				
9	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya melakukan kegiatan fisik.				

10	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya mempunyai kesulitan permasalahan hidup.				
11	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya tidak mampu melakukan hubungan seksual.				
12	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya mengalami putus asa.				
13	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya mengangkat beban berat.				
14	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya merasa orang lain tidak menyukai saya.				
15	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya berteriak.				
16	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya berbaring di tempat tidur.				
17	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika cuaca sangat panas atau sangat dingin.				
18	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya tertawa terbahak-bahak.				
19	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya tidak mematuhi aturan makan yang telah ditetapkan.				
20	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya merasa tidak berdaya.				
21	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya sakit (batuk, pilek dan sakit tenggorokan).				
22	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya malas berhubungan dengan orang dan lingkungan disekitar saya.				
23	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya merasa cemas.				
24	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya berada di tempat yang udaranya kotor.				
25	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya terlalu banyak makan.				
26	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya merasa tertekan (stres).				
27	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika terdapat gangguan pernafasan.				

28	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya melakukan kegiatan di tempat yang pertukaran udaranya buruk.				
29	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya merasa takut.				
30	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya kehilangan benda atau orang yang saya cintai.				
31	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya mempunyai masalah.				
32	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya merasa tidak mampu berbuat apa-apa.				
33	Saya merasa mampu mengatasi kesulitan bernafas ketika saya merasa tergesa-gesa				

Diadopsi dari *The COPD Self Efficacy Scale (CSES)* oleh Wigal (1991).





## KUESTIONER C

### *THE ST. GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE (SGRQ)*

Kami akan menanyakan kualitas hidup yang Bapak/Ibu/Saudara rasakan pada 1 bulan terakhir. Silahkan memberikan jawaban sesuai dengan apa yang dirasakan. Jawaban yang Bapak/Ibu/Saudara berikan akan membantu kami memperoleh lebih banyak informasi tentang masalah pernafasan yang dialami selama 1 bulan terakhir dan bagaimana masalah ini mempengaruhi terhadap kehidupan anda. Berikan tanda cek list (√) pada pilihan yang dipilih.

#### **Bagian Pertama**

Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai dengan keadaan dan kondisi yang anda alami dalam 1 bulan terakhir ini.

1. Sejak 1 bulan terakhir ini saya mengalami batuk-batuk
  - Hampir setiap hari (5-6 hari) dalam seminggu
  - Beberapa hari (3-4 hari) dalam seminggu
  - Sedikit hari (1-2 hari) dalam seminggu
  - Jika hanya ada penyakit selain batuk lama
  - Tidak ada keluhan sama sekali
  
2. Sejak 1 bulan terakhir ini saya berdahak
  - Hampir setiap hari (5-6 hari) dalam seminggu
  - Beberapa hari (3-4 hari) dalam seminggu
  - Sedikit hari (1-2 hari) dalam seminggu
  - Jika hanya ada penyakit selain batuk lama
  - Tidak ada keluhan sama sekali
  
3. Sejak 1 bulan terakhir ini saya mengalami sesak nafas
  - Hampir setiap hari (5-6 hari) dalam seminggu
  - Beberapa hari (3-4 hari) dalam seminggu
  - Sedikit hari (1-2 hari) dalam seminggu
  - Jika hanya ada penyakit selain batuk lama
  - Tidak ada keluhan sama sekali
  
4. Sejak 1 bulan terakhir ini saya mengalami nafas yang berbunyi
  - Hampir setiap hari (5-6 hari) dalam seminggu
  - Beberapa hari (3-4 hari) dalam seminggu
  - Sedikit hari (1-2 hari) dalam seminggu

- Jika hanya ada penyakit selain batuk lama
- Tidak ada keluhan sama sekali

5. Sejak 1 bulan ini berapa kali masalah nafas berat yang anda alami

- > 3 x serangan
- 3 x serangan
- 2 x serangan
- 1 x serangan
- Tidak ada serangan

6. Berapa lama setiap serangan atau masalah pernafasan yang berat ini berlangsung

- > 1 minggu
- 3-6 hari
- 1-2 hari
- < 1 hari

7. Selama 1 bulan ini dalam seminggu rata-rata berapa hari anda mengalami hari-hari tanpa gangguan sesak nafas:

- Tidak ada sama sekali
- 1 atau 2 hari
- 3 atau 4 hari
- 5 atau 6 hari
- Setiap hari

8. Jika nafas anda berbunyi apakah bertambah parah pada waktu pagi hari

- Ya
- Tidak

9. Seberapa banyak kesulitan bernafas yang anda alami menimbulkan masalah dalam kehidupan sehari-hari

- Menimbulkan sangat banyak masalah
- Menimbulkan banyak masalah
- Menimbulkan sedikit masalah
- Tidak menimbulkan masalah

10. Bagaimana dampak masalah pernafasan ini pada pekerjaan yang sedang anda lakukan

- Adanya masalah pernafasan membuat saya berhenti bekerja
- Adanya masalah pernafasan mengganggu/merubah pekerjaan saya

- Adanya masalah pernafasan tidak mempengaruhi pekerjaan saya

### Bagian Kedua

- Pertanyaan berikut ini tentang beberapa aktifitas yang membuat anda menjadi sesak nafas. Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan kondisi anda.

11. Duduk dan tiduran

- Ya  
 Tidak

12. Mandi dan berpakaian

- Ya  
 Tidak

13. Berjalan disekitar rumah

- Ya  
 Tidak

14. Berjalan diluar rumah diatas permukaan yang tinggi

- Ya  
 Tidak

15. Berjalan naik/turun tangga

- Ya  
 Tidak

16. Berjalan naik bukit

- Ya  
 Tidak

17. Bila berolahraga atau bertanding

- Ya  
 Tidak

- Pertanyaan berikut ini tentang batuk dan sesak nafas yang anda rasakan. Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan kondisi anda.

18. Batuk dan sesak nafas yang saya alami menyebabkan saya sakit dada

- Ya  
 Tidak

19. Batuk dan sesak nafas yang saya rasakan menyebabkan saya terasa lelah

- Ya  
 Tidak

20. Saat berbicara saya merasa sesak nafas dan batuk

- Ya
- Tidak

21. Saat membungkuk saya merasa sesak nafas dan batuk

- Ya
- Tidak

22. Batuk dan sesak nafas yang saya rasakan mengganggu tidur saya

- Ya
- Tidak

23. Batuk dan sesak nafas yang saya rasakan menyebabkan saya merasa tidak kuat melakukan kegiatan sehari-hari

- Ya
- Tidak

- Pertanyaan berikut ini tentang akibat masalah pernafasan yang anda rasakan. Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan kondisi anda.

24. Batuk dan sesak nafas yang saya rasakan menyebabkan saya merasa malu

- Ya
- Tidak

25. Masalah pernafasan saya mengganggu keluarga, teman, dan tetangga saya

- Ya
- Tidak

26. Saya merasa takut atau panik jika saya merasa sulit atau sesak nafas

- Ya
- Tidak

27. Saya merasa tidak dapat mngontrol gangguan pernafasan saya

- Ya
- Tidak

28. Saya merasa gangguan pernafasan saya tidak mungkin membaik

- Ya
- Tidak

29. Saya merasa lemah dan tidak berdaya akibat gangguan pernafasan saya

- Ya
- Tidak

30. Batuk dan sesak nafas yang saya rasakan membuat saya merasa takut untuk berolahraga

- Ya
- Tidak

31. Berhubungan dengan masalah pernafasan yang saya alami, saya melihat semua kegiatan memerlukan banyak tenaga untuk mengerjakannya.

- Ya  
 Tidak

- Pertanyaan berikut ini tentang pengobatan anda. Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan kondisi anda.

32. Saya merasa obat yang saya dapatkan tidak banyak membantu mengatasi masalah pernafasan saya

- Ya  
 Tidak

33. Saya merasa malu memakai obat didepan umum pada saat sesak nafas saya kambuh

- Ya  
 Tidak

34. Saya mendapatkan efek samping yang tidak menyenangkan dari obat yang saya gunakan

- Ya  
 Tidak

35. Obat yang saya pakai sangat merepotkan saya

- Ya  
 Tidak

- Pertanyaan berikut ini tentang akibat bagaimana aktifitas anda dipengaruhi oleh masalah pernafasan yang anda rasakan. Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan kondisi anda.

36. Saya memerlukan waktu yang lama untuk mandi dan berpakaian

- Ya  
 Tidak

37. Saya tidak dapat mandi atau memerlukan waktu yang lama untuk mandi

- Ya  
 Tidak

38. Saya berjalan lebih pelan dari pada orang lainnya dan memerlukan waktu berhenti untuk istirahat

- Ya  
 Tidak

39. Saya memerlukan waktu yang lebih lama untuk mengerjakan pekerjaan rumah tangga atau saya perlu waktu berhenti untuk istirahat

- Ya  
 Tidak

40. Kalau saya naik tangga 1 lantai saya harus berjalan pelan-pelan atau saya sesekali berhenti

- Ya  
 Tidak

41. Kalau saya terburu-buru dan berjalan dengan cepat saya harus berhenti dan berjalan memperlambat langkah saya

- Ya  
 Tidak

42. Masalah pernafasan yang saya rasakan membuat saya sulit bernafas untuk melakukan kegiatan sehari-hari yang ringan seperti berjalan menanjak, membawa barang naik tangga, membersihkan kebun, memotong rumput, atau berolahraga.

- Ya  
 Tidak

43. Masalah pernafasan yang saya rasakan membuat saya sulit melakukan kegiatan yang membutuhkan tenaga yang cukup banyak seperti membawa barang berat, memanggul, berkebun dengan mencangkul, berjalan cepat atau tenis.

- Ya  
 Tidak

44. Masalah pernafasan yang saya rasakan membuat saya sulit untuk melakukan kegiatan yang membutuhkan lebih banyak tenaga seperti melakukan pekerjaan berat, berlari, bersepeda cepat, berenang cepat atau berolahraga yang membutuhkan stamina yang tinggi

- Ya  
 Tidak

- Pertanyaan berikut ini tentang bagaimana masalah pernafasan yang anda rasakan mempengaruhi kehidupan anda sehari-hari. Pilihlah salah satu jawaban yang sesuai dengan kondisi anda.

45. Saya tidak bisa berolahraga atau bertanding

- Ya  
 Tidak

46. Saya tidak bisa keluar untuk mencari hiburan atau rekreasi

- Ya  
 Tidak

47. Saya tidak bisa keluar rumah untuk belanja

- Ya
- Tidak

48. Saya tidak bisa mengerjakan pekerjaan rumah tangga sehari-hari

- Ya
- Tidak

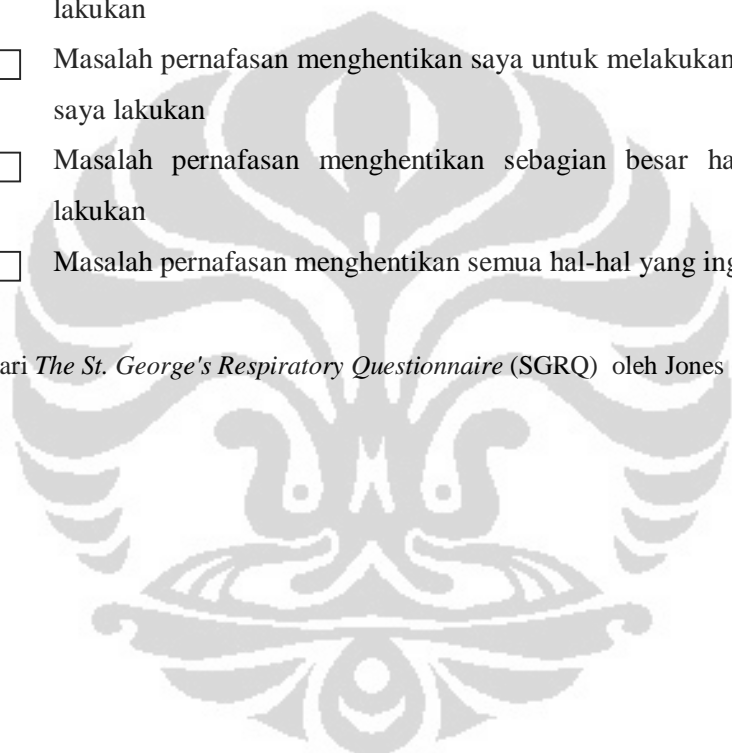
49. Saya tidak bisa berjalan jauh dari tempat tidur atau kursi saya

- Ya
- Tidak

50. Satu hal yang menurut anda masalah pernafasan mempengaruhi kehidupan anda

- Masalah pernafasan tidak menghentikan saya melakukan hal-hal yang ingin saya lakukan
- Masalah pernafasan menghentikan saya untuk melakukan 1 atau 2 hal yang ingin saya lakukan
- Masalah pernafasan menghentikan sebagian besar hal-hal yang ingin saya lakukan
- Masalah pernafasan menghentikan semua hal-hal yang ingin saya lakukan

Diadopsi dari *The St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)* oleh Jones (1991)



## KUESIONER D

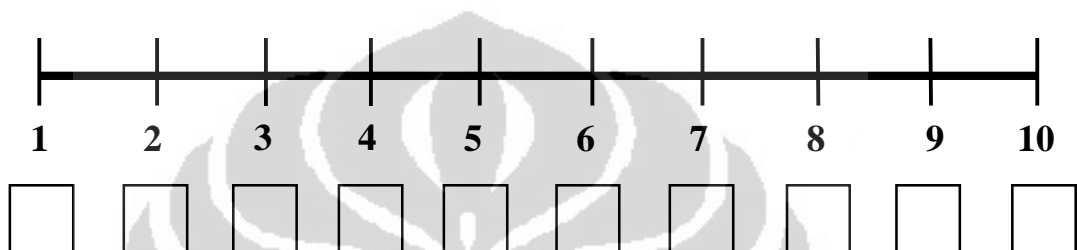
### NUMERICAL RATING SCALE DUKUNGAN KELUARGA

Berikan tanda silang (X) pada rentang angka 1 sampai 10 di kotak yang telah tersedia, sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu/Saudara.

Skor 1 : Dukungan keluarga sedikit.

Skor 10 : Keluarga sangat mendukung.

Apakah keluarga Bapak/Ibu/Saudara mendukung perawatan dan pengobatan yang Bapak/Ibu/Saudara jalani?



A horizontal line with vertical tick marks at each integer from 1 to 10. Below each tick mark is a small empty square box for marking an 'X'.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>