

SKRIPSI

**TERAPI PERNAFASAAN DIAFRAGMA TERHADAP KENYAMANAN PADA PASIEN
PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIK (PPOK) BERBASIS TEORI *OF COMFORT***

(Di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang)



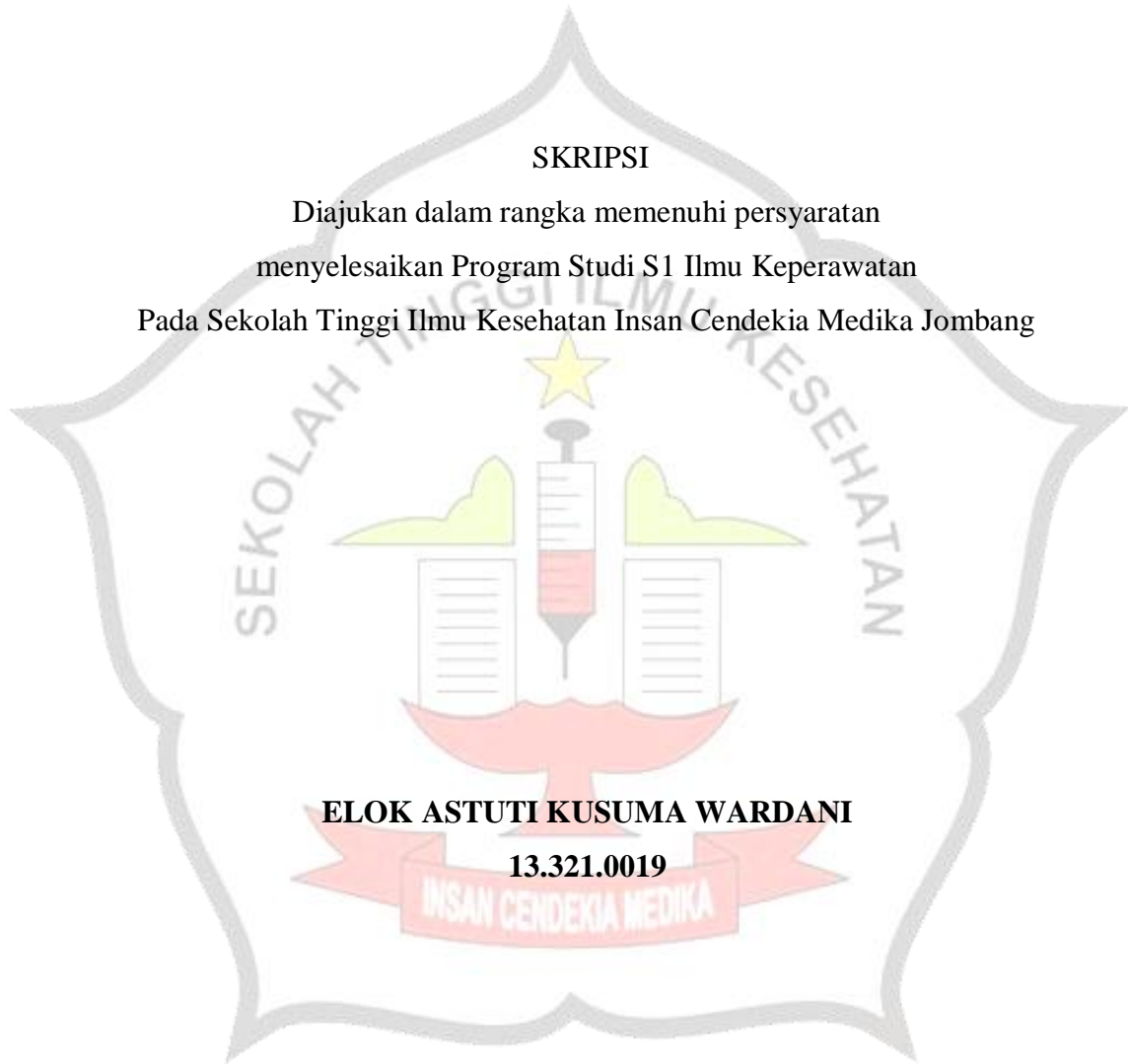
**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

**TERAPI PERNAFASAAN DIAFRAGMA TERHADAP KENYAMANAN PADA PASIEN
PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIK (PPOK) BERBASIS TEORI *OF COMFORT***

(Di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang)

SKRIPSI

Diajukan dalam rangka memenuhi persyaratan
menyelesaikan Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
Pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang



ELOK ASTUTI KUSUMA WARDANI

13.321.0019

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : ELOK ASTUTI KUSUMAWARDANI

NIM : 133210019

Jenjang : Sarjana

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 21 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



ELOK ASTUTI KUSUMAWARDANI
NIM : 133210019



PERSETUJUAN SKRIPSI

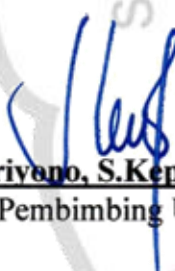
Judul : TERAPI PERNAFASAAN DIAFRAGMA TERHADAP
KENYAMANAN PADA PASIEN PENYAKIT PARU
OBSTRUKSI KRONIK (PPOK) BERBASIS *TEORI OF
COMFORT*


(Di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang)

Nama Mahasiswa : Elok Astuti Kusuma Wardani

NIM : 13.321.0019

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING
PADA TANGGAL _____


Dr. Hariyanto, S.Kep.,Ns., M.Kep.
Pembimbing Utama


Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.Ns., M.Kes
Pembimbing Anggota

Mengetahui,

Ketua STIKES ICME

Ketua Program Studi


H. Bambang Tutuko, SH, S.Kep.,Ns., MH.


Inayatur Rosidah, S.Kep.,Ns., M.Kep.

LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Elok Astuti Kusuma Wardani

NIM : 13.321.0019

Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan

Judul : TERAPI PERNAFASAAN DIAFRAGMA TERHADAP
KENYAMANAN PADA PASIEN PENYAKIT PARU
OBSTRKSI KRONIK (PPOK) BERBASIS *TEORI OF
COMFORT*

(Di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang)

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program Studi S1 Ilmu Keperawatan.

Komisi Dewan Penguji,

Ketua Dewan Penguji : Imam Fatoni S.KM.,MM. (_____)

Penguji I : Dr. Hariyono, M.Kep. (_____)

Penguji II : Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns., M.kes (_____)

Ditetapkan di : **JOMBANG**

Pada tanggal : Juni 2017

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Peneliti dilahirkan di Wamena, 19 Oktober 1994, peneliti merupakan anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Bapak Suprpto dan almh. Ibu mutiati

Peneliti lulus pada tahun 2007 dari SDN Gambiran 01, pada tahun 2010 peneliti lulus dari SMPN 1 Maospati, pada tahun 2013 peneliti lulus dari SMA 1 Negeri BARAT, dan pada tahun 2013 peneliti lulus seleksi masuk Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan “Insan Cendekia Medika” Jombang melalui jalur tes tulis. Peneliti memilih program studi S1 Keperawatan dari tiga pilihan program studi yang ada di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan “Insan Cendekia Medika” Jombang.

Demikian daftar riwayat hidup ini dibuat dengan sebenar - benarnya.

Jombang, Juni 2017


ELOK ASTUTI KUSUMA WARDANI

INSAN CENDEKIA MEDIKA

“ MOTTO ”

Kesempatan untuk menemukan kekuatan yang lebih baik dalam diri kita muncul ketika hidup terlihat sangat menantang _(*Joseph Campbell*)

Kekuatan itu sendiri tidak datang dari kemengangan. Melainkan seberapa besar usaha kita untuk melewati kesulitan dan memutuskan untuk tidak menyerah adalah kekuatan yang sebenarnya

Dan

**Kemenangan yang paling indah adalah bisa menaklukkan hati sendiri
_(*La Fontaine*)**



PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur alhamdulillah kepada Allah SWT atas berkarat rahmat dan ridho dari sang Maha Pencipta, saya dapat menyelesaikan skripsi ini dengan waktu yang telah ditentukan, saya persembahkan karya sederhana ini untuk orang-orang yang selalu saya sayangi dan selalu mendukung saya. Ucapan terima kasih saya dengan bangga saya sampaikan kepada :

1. Orang tua tercinta terutama kepada Bapak Suprpto yang senantiasa selalu sabar memberikan doa, memberikan kasih sayang, semangat, dan pengorbanan yang tiada henti. Serta dukungan baik secara moril dan materi, hingga mengantarkan saya sampai kini. Kepada almrh. Ibu Mutiati yang selalu saya rindukan kasih sayangmu, semoga diberi ketenangan dan ditempatkan disurga allah. Kepada ibu Umi Maskhuroh terima kasih telah yang telah menjadi Ibu sambung bagi saya dan senantiasa memberikan semangat belajar kepada saya.
2. Adik Gilang Pambudi A tercinta. Terima kasih telah memberi dukungan kepada kakak serta memberikan semangatnya dalam mengerjakan skripsi.
3. Dosen pembimbing saya, Bapak Dr. Hariyono, M.Kep., Ibu Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.,M.kes., dan Bapak Imam Fatoni S.KM.,MM. yang telah membimbing dengan sabar dan teliti dalam mengerjakan skripsi ini. Semoga ilmu dan nasehat yang diberikan dapat bermanfaat dunia akirat.
4. Kepala ruangan dan seluruh perawat ruang paviliun Cempaka RSUD Jombang yang memberikan ijin untuk melakukan penelitin
5. Teman-teman mahasiswa S1 Keperawatan STikes ICME jombang dan anak kos KOREA. Terima kasih atas segala bantuan, dukungan dan kebersamaannya selama ini yang tidak akan pernah terlupakan. Semoga semoga ilmu kita menjadi berkah dan berguna.
6. Terima kasih untuk Puguh Widyatmoko yang selalu setia memberi motivasi, dukungan dan sebagai penyemangat dari jauh agar selalu menyelesaikan skripsi ini dengan segera.

Semoga ALLAH SWT membalas jasa budi kalian dikemudian hari dan memberikan kemudahan dalam segala hal. Amin.

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kehadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh Terapi Pernafasaan Diafragma Terhadap Kenyamanan Pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (Ppok) Berbasis Teori *Of Comfort* di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang” ini dengan sebaik-baiknya.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan skripsi ini tidak akan terselesaikan tanpa bimbingan dari berbagai pihak. Penulis mengucapkan terima kasih kepada H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep., Ns., MH selaku ketua STIKes ICMe Jombang yang memberikan izin untuk membuat skripsi sebagai tugas akhir program studi S1 Keperawatan, Inayatur Rosidah, S.Kep. Ns., M.Kep., selaku kaprodi S1 Keperawatan, Dr. Hariyono, M.Kep selaku pembimbing utama yang memberikan bimbingan kepada penulis selama proses penyusunan skripsi, Agustina Maunaturrohmah, S.Kep.,Ns.,M.kes selaku pembimbing anggota yang memberikan bimbingan penulisan dan pengarahan kepada penulis, kepala STIKES ICME Jombang beserta Bapak Ibu dosen dan teman-teman yang ikut serta memberikan saran dan kritik sehingga penelitian ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari para pembaca demi penyempurnaan proposal dan semoga proposal ini bermanfaat bagi penulis pada khususnya dan bagi pembaca bagi umumnya, Amin.

Jombang, 29 Juni 2017

ABSTRAK

TERAPI PERNAFASAAN DIAFRAGMA TERHADAP KENYAMANAN PADA PASIEN PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KRONIK (PPOK) BERBASIS TEORI *OF COMFORT*

(Di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang)

Oleh

ELOK ASTUTI KUSUMA WARDANI

Latihan pernafasaan diafragma pada penderita penyakit paru obstruksi kronik ditujukan untuk memperbaiki fungsi alat pernapasan, dengan tujuan dapat melatih penderita untuk mengatur pernapasan dan terlaksananya optimalisasi penggunaan otot diafragma selama pernafasaan. Latihan pernapasan dapat digunakan sebagai rujukan tindakan nonfarmakologis. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik berbasis *teori of comfort* di ruang paviliun cempaka RSUD Kabupaten Jombang.

Jenis penelitaian ini adalah *pra eksperimen* dengan desain penelitaian *one group pre test post test desain*. Jumlah populasi 3 bulan terakhir dari bulan desember sampai dengan february dengan rata-rata berjumlah 26 orang/ bulan. Teknik sampling menggunakan *purposive sampling* dengan jumlah sampel 23 orang. Variabel independen pernafasaan diafragma dan dependent kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik). Instrumen penelitian menggunakan observasi dan kuesioner *General comfort questionnaire (GCQ)* dengan jumlah 24 pernyataan terdapat pernyataan positif dan negatif. Dengan pengolahan data *editing, coding, scoring, tabulating* dan analisis data yang dilakukan menggunakan uji Univariate, bivariate, *wilcoxon*.

Hasil penelitian sebagian besar responden sebelum diberikan terapi mengalami tidak nyaman yaitu 13 responden atau 56,5% dan hampir setengahnya mengalami ketidaknyamanan secara fisik yaitu 40,15%. Setelah diberi pernafasaan diafragma hampir seluruhnya mengalami nyaman dengan jumlah 18 responden atau 78,3% dan hampir dari setengahnya mengalami kenyamanan secara fisik yaitu 41,47%. Uji *wilcoxon* menunjukkan bahwa nilai signikansi $p = 0.005 < \alpha (0,05)$, sehingga H_0 ditolak, H_1 diterima.

Penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) di ruang paviliun cempaka RSUD Kabupaten Jombang.

Kata kunci : pernafasaan diafragma, kenyamanan, PPOK

ABSTRACT

THERAPY OF DIAFRAGMA DIFFERENCES ON COMMUNITY IN PATIENT DISEASES OF CHRONIC OBSTRUCTIONS (COPD) BASED THEORY OF COMFORT

(In space pavilion Cempaka RSUD Kabupaten Jombang)

By :

ELOK ASTUTI KUSUMA WARDANI

Diaphragm breathing exercise in patients with chronic obstructive pulmonary disease is intended to improve respiratory function, in order to train the patient to regulate the breathing and the implementation of optimal use of diaphragm muscles during breathing. Breathing exercises can be used as nonpharmacological action referrals. This study aimed to determine the influence of diaphragmatic respiratory therapy on the comfort of chronic obstructive pulmonary disease patients (COPD) based on the theory of comfort in the chambers pavilion room of Jombang District Hospital.

This type of research was pre experiment with one group design pre test post test design. The population of the last 3 months from december to february with an average of 26 people per month. Sampling technique used purposive sampling with sample number 23 people. Independent variable was diaphragmatic breathing and dependent was comfort of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The research instrument used the observation and questionnaire of General comfort questionnaire (GCQ) with 24 statements of positive and negative statements. With data processing editing, coding, scoring, tabulating and data analysis performed used the test Univariate, bivariate, wilcoxon.

The results of the study was most of the respondents before given therapy experience uncomfortable that is 13 respondent or 56,5% and almost half experience physical discomfort that is 40,15%. Once given the diaphragmatic breathing almost entirely comfortable with the number of 18 respondents or 78.3% and almost half of them experience physical comfort of 41.47 %. The wilcoxon test showed that the significance value $p = 0.005 < \alpha (0.05)$, so H_0 was rejected, H_1 was accepted.

This research data was concluded that there was influence of diaphragmatic respiration therapy to patient comfort of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in pavilion chamber of RSUD Regency of Jombang.

Keywords: diaphragmatic breathing, comfort, COPD

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------|
| HALAMAN JUDUL | i |
| HALAMAN JUDUL DALAM | ii |
| SURAT PERNYATAAN | iii |
| PERSETUJUAN SKRIPSI | iv |
| PENGESAHAN PENGUJI | v |
| DAFTAR RIWAYAT HIDUP | vi |
| MOTTO | vii |
| PERSEMBAHAN | viii |
| KATA PENGANTAR | ix |
| ABSTRAK | x |
| ABSTRACT | xi |
| DAFTAR ISI | xii |
| DAFTAR TABEL | xv |
| DAFTAR GAMBAR | xvi |
| DAFTAR LAMPIRAN | xvii |
| DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN | xviii |
| BAB 1 PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar belakang | 1 |
| 1.2 Rumusan masalah | 3 |
| 1.3 Tujuan penelitian | 3 |
| 1.3.1 Tujuan umum | 3 |
| 1.3.2 Tujuan khusus | 3 |
| 1.4 Manfaat penelitian | 4 |
| 1.4.1 Teoritis | 4 |
| 1.4.2 Praktis | 4 |
| BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA | |
| 2.1 Konsep penyakit paru obstruktif kronik | 5 |
| 2.1.1 Definisi | 5 |
| 2.1.2 Klasifikasi | 5 |
| 2.1.3 Faktor risiko | 9 |

| | | |
|--|---|----|
| 2.1.4 | Klasifikasi berdasarkan derajat penyakit | 10 |
| 2.1.5 | Pathofisiologi | 11 |
| 2.1.6 | Komplikasi | 12 |
| 2.1.7 | Diagnosis | 13 |
| 2.1.8 | Pemeriksaan penunjang | 15 |
| 2.1.9 | Diagnosa keperawatan | 18 |
| 2.1.10 | Penatalaksanaan | 19 |
| 2.2 | Konsep pernafasaan diafragma | 26 |
| 2.2.1 | Definisi | 26 |
| 2.2.2 | Tujuan pernafasaan diafragma | 27 |
| 2.2.3 | Manfaat latihan pernafasaan | 27 |
| 2.2.4 | Fungsi terapi pernafasaan | 27 |
| 2.2.5 | Indikasi latihan pernafasaan | 28 |
| 2.2.6 | Frekuensi latihan pernafasaan | 28 |
| 2.2.7 | Langkah-langkah untuk memulai pernafasaan diafragma | 29 |
| 2.2.8 | Teknik relaksasi nafas diafragma dengan posisi berbaring.... | 30 |
| 2.3 | Konsep kenyamanan | 31 |
| 2.3.1 | Definisi kenyamanan | 31 |
| 2.3.2 | Aspek dalam kenyamanan | 32 |
| 2.3.3 | Faktor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan | 33 |
| 2.4 | <i>Theory of comfort</i> Chatrine Kolcaba..... | 37 |
| 2.4.1 | Asumsi – asumsi Kolcaba | 40 |
| 2.4.2 | Bentuk logis | 41 |
| 2.5 | Aplikasi teori kenyamanan terhadap penyakit paru obstruksi kronik | 42 |
| BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS | | |
| 3.1 | Kerangka konsep | 47 |
| 3.2 | Hipotesis | 48 |
| BAB 4 METODE PENELITIAN | | |
| 4.1 | Desain penelitian | 49 |
| 4.2 | Waktu dan tempat penelitian | 50 |
| 4.2.1 | Waktu Penelitian | 50 |
| 4.2.2 | Tempat Penelitian | 50 |

| | | |
|--|--|-----------|
| 4.3 | Populasi, sampel dan sampling | 49 |
| 4.3.1 | Populasi | 50 |
| 4.3.2 | Sampel | 50 |
| 4.3.3 | Sampling | 50 |
| 4.4 | Kerangka kerja (Frame Work) | 53 |
| 4.5 | Identifikasi variabel | 54 |
| 4.6 | Definisi operasional | 55 |
| 4.7 | Instrumen penelitian | 56 |
| 4.8 | Teknik pengumpulan data | 57 |
| 4.9 | Pengolahan dan analisa data | 58 |
| 4.9.1 | Pengolahan Data..... | 58 |
| 4.9.2 | Analisa data | 61 |
| 4.10 | Etika Penelitian | 63 |
| 4.10.1 | <i>Informed Consent</i> | 63 |
| 4.10.2 | <i>Anonimity</i> (tanpa nama) | 63 |
| 4.10.3 | <i>Confidentiality</i> (kerahasiaan) | 63 |
| 4.11 | Keterbatasan penelitian | 63 |
| BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | | |
| 5.1 | Hasil penelitian | 64 |
| 5.2 | Pembahasan | 73 |
| BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN | | |
| 6.1 | Kesimpulan | 80 |
| 6.2 | Saran | 82 |
| DAFTAR PUSTAKA | | 83 |

DAFTAR TABEL

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabel 2.1 | Pernafasan diafragma | 32 |
| Tabel 4.1 | Definisi operasional pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik di Ruang paviliun Cempaka RSUD kabupaten Jombang | 65 |
| Tabel 5.1 | Distribusi Frekuensi responden berdasarkan umur di ruang paviliun RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017 | 66 |
| Tabel 5.2 | Distribusi Frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017 | 66 |
| Tabel 5.3 | Distribusi Frekuensi responden berdasarkan tingkat pendidikan di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017 | 67 |
| Tabel 5.4 | Distribusi Frekuensi responden berdasarkan pekerjaan di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017 | 67 |
| Tabel 5.5 | Distribusi Frekuensi responden berdasarkan informasi tentang pernafasaan difragma di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017 | 68 |
| Tabel 5.6 | Distribusi Frekuensi responden berdasarkan merokok di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017 | 68 |
| Tabel 5.7 | Distribusi Frekuensi responden berdasarkan jumlah batang rokok /hari di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017 | 69 |
| Tabel 5.8 | Distribusi Frekuensi responden berdasarkan kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dilakukan pernafasaan diafragma di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017 | 69 |

- Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi responden berdasarkan prosentase jawaban kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dilakukan pernafasaan diafragma diruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017. 69
- Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi responden berdasarkan prosentase jawaban kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dilakukan pernafasaan diafragma diruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017. 70
- Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi responden berdasarkan kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sesudah dilakukan pernafasaan diafragma di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017 70
- Tabel 5.12 Hasil pengukuran kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 mei 2017 71
- Tabel 5.13 Hasil pengukuran berdasarkan parameter kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April sampai dengan 19 Mei 2017. 71



DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Gambar 2.1 Kerangka teori <i>comfort</i> Catrine Kolcaba..... | 40 |
| Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang | 49 |
| Gambar 4.1 Kerangka kerja pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik (ppok) berbasis <i>teori of comfort</i> di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang | 55 |



DAFTAR LAMPIRAN

| | | |
|-------------|--|-----|
| Lampiran 1 | lembar permohonan menjadi responden..... | 86 |
| Lampiran 2 | lembar pernyataan menjadi responden..... | 87 |
| Lampiran 3 | lembar kuiseoner..... | 88 |
| Lampiran 4 | SOP pernafasaan diafragma | 91 |
| Lampiran 5 | lembar uji validitas dan reabilitas | 93 |
| Lampiran 6 | Jadwal kegiatan..... | 97 |
| Lampiran 7 | Lembar pernyataan persetujuan judul dari perpustakaan..... | 98 |
| Lampiran 8 | Lembar pre survey data dari BAK..... | 99 |
| Lampiran 9 | Lembar surat ijin penelitian dari BAK..... | 100 |
| Lampiran 10 | Lembar penelitian dari RSUD Jombang..... | 101 |
| Lampiran 11 | Data umum..... | 102 |
| | Lembar observasi | 103 |
| | Data khusus | 104 |
| Lampiran 12 | Output spss..... | 106 |
| Lampiran 13 | Lembar bimbingan skripsi..... | 113 |
| Lampiran 14 | Lembar pernyataan bebas plagiasi..... | 115 |

DAFTAR LAMBANG

1. H_0 : Hipotesis nol
2. H_1 / H_a : Hipotesis alternatif
3. % : Persentase
4. α : Alfa (tingkat signifikansi)
5. $<$: lebih kecil
6. $>$: lebih besar
7. p : nilai signifikansi



DAFTAR SINGKATAN



| | |
|--------|---|
| APE | : <i>Annual Premium Equivalent</i> |
| BBLR | : Berat Badan Lahir Rendah |
| COPD | : <i>Chronic Obsstructive Pulmonary Diasease</i> |
| CHF | : <i>Congestive Heart Failure</i> |
| GOLD | : <i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i> |
| FEV | : Volume Ekspirasi Paksa |
| HSBs | : <i>Health Seeking Behavior</i> |
| ICU | : <i>Intensive Care Unit</i> |
| KRF | : <i>Kapasiti Residu Fungsional</i> |
| KPT | : Kapasiti Paru Total |
| RSUD | : Rumah Sakit Umum Daerah |
| RR | : <i>Respiration Rate</i> |
| STIKES | : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan |
| SOP | : <i>Standart Oprasional Procedure</i> |
| SPPS | : <i>Predictive Analytic Software</i> |
| TD | : Tekanan Darah |
| TB | : <i>Tuberculosis</i> |
| PPOK | : Penyakit Paru Obstruksi Kronik |
| VC | : kapasitas vital |
| VR | : <i>Volume Residu</i> |
| VEP | : Volume Ekspirasi Paksa |
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : ELOK ASTUTI KUSUMAWARDANI

NIM : 133210019

Jenjang : Sarjana

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 21 Juli 2017

Saya yang menyatakan,



ELOK ASTUTI KUSUMAWARDANI

NIM : 133210019



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Penyakit Paru Obstruksi Kronik merupakan jenis kelompok penyakit tidak menular, masih menjadi masalah kesehatan di dunia. Penyakit paru obstruksi kronik tidak hanya menjadi masalah di negara maju, tetapi juga menjadi masalah di negara berkembang seperti Indonesia. Masalah tersebut ditandai dengan semakin tinggi perokok aktif di Indonesia (Depkes, 2008). Gejala klinis antara lain peningkatan usaha bernapas, batuk, produksi sputum, dan keterbatasan aktivitas. Keluhan pasien mengalami sesak nafas akan menimbulkan gangguan ketidaknyamanan fungsi tubuh dan keterbatasan kemandirian, sehingga pasien cenderung menghindari aktivitas fisik sehari-hari, menyebabkan immobilisasi, hubungan pasien dengan lingkungan sosial menurun (Khotimah, 2013).

Data WHO tahun 2010 menyatakan Indonesia merupakan negara konsumsi merokok ke-3 setelah Tiongkok dan India. Angka dunia tahun 2012 menunjukkan bahwa penyakit paru obstruksi kronik mengenai 210 jiwa, penyakit penyebab kematian ke 5 pada tahun 2012 diperkirakan akan meningkat menjadi ke 4 pada tahun 2030 (WHO, 2012). Prevalensi penyakit paru obstruktif kronik di negara-negara Asia Tenggara diperkirakan 6,3% dengan prevalensi tertinggi terdapat di Vietnam (6,7%) sedangkan di Indonesia diperkirakan terdapat sekitar 4,8 juta penderita penyakit paru obstruksi kronik (Khaled, 2012). Data Riskesdas 2013 prevalensi penyakit obstruktif kronik Indonesia mencapai 5.6 juta penderita dengan prevalensi Jawa Timur mencapai 3,6 %. Data di ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pasien rawat inap penyakit obstruksi kronik pada

tahun 2015 berjumlah 327 jiwa, tahun 2016 mencapai 373 jiwa, sedangkan tahun 2017 dari bulan januari – februari mencapai 55 jiwa (RSUD Jombang 2017).

Kebiasaan merokok yang tinggi, polusi udara dan biomasa penyebab faktor resiko terjadi penyakit paru obstruksi kronik (Sugiarti & Sondari). Penyakit paru obstruktif kronik merupakan penyakit sistemik yang mempunyai hubungan antara keterlibatan metabolik, otot rangka dan molekuler genetik. Disfungsi otot rangka merupakan hal utama yang berperan dalam keterbatasan aktivitas penderita Inflamasi sistemik, peningkatan risiko penyakit kardiovaskuler, osteoporosis, dan depresi merupakan manifestasi sistemik dari penyakit paru obstruksi kronik (Oemiati, 2013). Sehingga akan berdampak negatif pada kondisi kenyamanan pasien secara fisiologis, sosiologis, maupun lingkungan pasien. Kenyamanan merupakan pola kesenangan, kelegaan dan kesempurnaan dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial (NANDA Internasional, 2015-2017). Kenyamanan merupakan tujuan utama dari keperawatan sebab dengan kenyamanan kesembuhan pasien dapat diperoleh (Alligood & tomev, 2006).

Latihan pernapasan merupakan alternatif sarana untuk memperoleh kesehatan, diharapkan dapat mengefektifkan semua organ dalam (Wardoyo, 2011). Latihan pernapasan dapat digunakan sebagai rujukan tindakan nonfarmakologis. Teknik pernafasaan yang digunakan adalah pernafasan diafragma. Latihan pernafasaan dilaksanakan dengan merelaksasikan dada bagian atas, lengan dan bahu (Nurun S, 2014). Latihan pernapasan pada penderita penyakit paru obstruksi kronik ditujukan untuk memperbaiki fungsi alat pernapasan, dengan tujuan dapat melatih penderita untuk mengatur pernapasan. Kelebihan dari latihan pernafasaan diafragma yaitu terlaksananya optimalisasi

penggunaan otot diafragma dan menguatkan diafragma selama pernafasaan (Muttaqin, 2008). Menggunakan teknik terdiri dari 2- 4 -2 yaitu : dua detik dengan inhalasi, diikuti dengan empat detik menahan nafas dengan membiarkan otot abdomen menonjol sebesar mungkin, dan dua detik inhalasi atau menghembuskan nafas dengan frekuensi 3 kali seminggu (Nugroho S, 2011). Penelitian ini, didukung oleh penelitian yang dilakukan Hartono (2015) yaitu latihan pernafasaan *pursed lips* berpengaruh terhadap peningkatan kapasitas vital paru pada pasien penyakit paru obstruksi kronik merasa nyaman secara fisiologis untuk mengurangi dan mengontrol sesak, sehingga mendapatkan pengaturan nafas lebih baik yaitu dari pernafasaan yang cepat dan dangkal menjadi lebih lamban dan dalam.

Berdasarkan latar belakang peneliti tertarik untuk meneliti terapi pernafasaan diafragma terhadap tingkat kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik.

1.2 Rumusan masalah

Adakah pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) berbasis *teori of comfort* di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang?

1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengidentifikasi pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) berbasis *teori of comfort* di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik sebelum terapi pernafasaan diafragma di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang.
2. Mengidentifikasi kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik sesudah terapi pernafasaan diafragma di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang.
3. Menganalisis pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) berbasis *teori of comfort* di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Teoritis

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan masukan dalam mengembangkan dan menambah wawasan ilmu pengetahuan dalam dalam bidang keperawatan, untuk meningkatkan kualitas kesehatan dan memberi gambaran atau informasi tentang terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan penderita penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) berbasis *teori of comfort*.

1.4.2 Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan secara mandiri oleh penderita khususnya untuk memperoleh tingkat kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik untuk mengatasi sesak nafas secara nonfarmakologis yang mudah dilakukan. Serta sebagai informasi dan sumbang pikiran yang diharapkan dapat membantu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep penyakit paru obstruktif kronik

2.1.1 Definisi

Penyakit paru obstruksi kronik disebut juga *chronic obstructive lung disease*, (COLD) adalah klasifikasi luas gangguan yang meliputi asma bronkial, bronkiektasis, bronktis kronik, dan emfisema paru. COPD tidak dapat dikembalikan ke keadaan semula, tetapi dihubungkan dengan dispnea persisten saat mengeluarkan energi yang berat dan mengurangi aliran udara kurang dari setengah dari aliran normal (Rosdahl, 2015).

Penyakit paru obstruksi kronik adalah penyakit paru kronik yang ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran napas yang bersifat progressif nonreversibel atau reversibel parsial. Penyakit paru obstruksi kronik terdiri dari bronkitis kronik dan emfisema atau gabungan keduanya (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2003).

2.1.2 Klasifikasi

1. Bronkietasis

a. Definisi

Kelainan bronkus dimana terjadi pelebaran atau dilatasi bronkus lokal dan permanen karena kerusakan struktur dinding. Bronkiektasis merupakan kelainan saluran pernafasaan yang sering kali tidak berdiri sendiri, akan tetapi dapat bagian dari suatu sindrom atau sebagai akibat (penyulit) dari kelainan paru lain. Insiden bronkiektasis cenderung menurun dengan adanya kemajuan antibiotik. Kelainan ini juga

dipengaruhi oleh insiden kebiasaan merokok, polusi udara, dan kelainan congenital (muttaqin, 2008).

b. Etiologi

1. Sebagai gejala sisa infeksi paru seperti pertunitis pada anak, pneumonia, TB paru .
2. Obstruksi bronchus oleh benda asing, tumor, atau obstruksi bronkus karena kelenjar limfe.
3. Atelektasis
4. Kelainan kongiental, sindrom kartangener yang terdiri atas bronkiektasis, sinusitis, dekstro kardiositus inversus (Muttaqin,2008).

2. Bronkitis kronik

a. Definisi

Bronchitis kronik didefinisikan sebagai adanya batuk produktif yang berlangsung 3 bulan dalam satu tahun selama 2 tahun berturut-turut. Sekresi yang menumpuk dalam *bronchioles* mengganggu pernapasan yang efektif. Merokok atau pemajanan terhadap terhadap polusi adalah penyebab utama bronchitis kronik (Smeltzer & Bare, 2010).

b. Etiologi

1. Infeksi, seperti staphylococcus, sterptococcus, pneumococcus, haemophilus, influenzae
2. Alergi.
3. Rangsangan seperti asap yang berasal dari pabrik, kendaraan bermotor, rokok dan lain-lain (Somantri, 2009)

c. Faktor mekanik

1. Secret yang menumpuk dalam brokus, adanya tumor akibat adanya tumor atau pembesaran limfe.
2. Peningkatan tekanan intrabronkial distal nyeri penyempitan akibat batuk.
3. Penarikan dinding bronkus oleh karena fibrosis jaringan paru, sebagai timbulnya perlekatan lokal yang permanen

3. Emfisema

a. Definisi

Emfisema suatu kelainan anatomis paru yang ditandai oleh pelebaran rongga udara distal bronkiolus terminal, disertai kerusakan dinding alveoli. Pada prakteknya cukup banyak penderita bronkitis kronik juga memperlihatkan tanda-tanda emfisema, termasuk penderita asma persisten berat dengan obstruksi jalan napas yang tidak reversibel penuh, dan memenuhi kriteria Penyakit Paru Obstruksi Kronik (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2003).

Emfisema adalah gangguan pengembangan paru yang ditandai dengan pelebaran ruang udara di dalam paru-paru disertai destruksi jaringan (Somantri, 2009).

b. Etiologi

1. Merokok : terdapat hubungan erat antara merokok dan penurunan volume ekspirasi paksa.

2. Keturunan : suatu kelainan yang diturunkan secara autosom resesif. Orang yang sering menderita emfisema paru adalah penderita yang memiliki gen z atau z.

3. Infeksi : infeksi saluran pernafasaan pada seorang penderita bronkitis kronik hampir selalu menyebabkan infeksi paru bagian bawah, menyebabkan kerusakan paru bertambah.

4. Hipotesis – antielastase

Aktivitas sistem antielastase, yaitu sistem enzim alfa-1 protease – inhibitor terutama enzim alfa-1 antitripsin menjadi menurun. Akibatnya ditimbulkan karena tidak ada lagi keseimbangan antara elastase dan antielastase akan menimbulkan kerusakan jaringan elastis paru dan kemudian emfisema (Muttaqin, 2008)

c. Manifestasi klinik

1. Kurus, warna kulit pucat, dan flattened hemidiafragma
2. Tidak ada CHF kanan dengan edema dependen pada stadium akhir.
3. Memiliki riwayat merokok.
4. Napas pendek persisten
5. Infeksi sistem respirasi
6. Penurunan suara nafas meskipun dengan nafas dalam.
7. Produksi sputum batuk jarang
8. Hematokrit (Somantri, 2009).

2.1.3 Faktor risiko

Bararah dan Jauhar (2013, h.193) menyatakan bahwa faktor resiko terjadinya penyakit paru obstruksi akut adalah :

1. Rokok

Iritasi kronis akibat merokok menimbulkan peningkatan jumlah neutrofil dan secara langsung mendorong pelepasan protease (elastase) dari neutrofil, sehingga pada perokok terjadi peningkatan enzim proteolitik yang berasal dari leukosit. Enzim proteolitik akan menginaktivasi antiprotease (alfa-1 anti tripsin), sehingga terjadi ketidakseimbangan antara aktivitas keduanya. Jaringan parenkim paru perokok berat akan menunjukkan peradangan dan kerusakan brokiolus

2. Polusi

Polutan industri dan udara juga dapat menyebabkan terjadinya emfiema. Insiden dan angka kematian emfisema dapat lebih tinggi di daerah yang padat industrialisasi. Polusi udara seperti halnya tembakau juga menyebabkan gangguan pada silia, menghambat fungsi makrofag alveolar.

3. Hipereaktiviti bronkus

Riwayat infeksi saluran napas bawah berulang terjadi karena tertutupnya lumen bronkus atau bronkiolus sehingga tidak terjadi mekanisme ventilasi. Udara dapat masuk ke dalam alveolus pada waktu inspirasi akan tetapi tidak dapat keluar waktu ekspirasi. Etiologi benda asing didalam lumen dengan reaksi lokal, tumor intrabronkial di mediastinum, kongenital. Pada jenis terakhir, obstruksi dapat disebabkan oleh defek tulang rawan bronkus.

4. Faktor genetik : Defisiensi antitripsin alfa - 1, umumnya jarang terdapat di Indonesia

2.1.4 Tanda dan gejala

1. Dispnea
2. Takipnea, hiperventilasi : untuk memertahankan oksigenasi darah dan sering kali pasien duduk membungkuk ke depan (untuk mengaktifkan otot-otot pernafasan asesorius) dengan mulut terbuka dan lubang hidung membesar sebagai upaya mengatasi kesulitan ventilasi.
3. Pada inspeksi didapatkan *barrel chest* karena paru pasien mengalami overinflasi.
4. Perkusi : hipersonor, penurunan fremitus pada seluruh bidang paru.
5. Auskultasi bunyi napas : ronkhi/ mengi (pada waktu ekspirasi maupun inspirasi) terjadi perpanjangan ekspirasi.
6. Hipoksemia
7. Hiperkapnia
8. Anoreksia
9. Penurunan berat badan.
10. Kelemahan (Barrah dan jahuar, 2013).

2.1.5 Klasifikasi berdasarkan derajat penyakit

Berdasarkan *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

(GOLD, 2007) dibagi atas 4 derajat :

1. Derajat I : penyakit paru obstruksi kronik ringan

Dengan atau tanpa gejala klinis (batuk produksi sputum). Keterbatasan aliran udara ringan ($VEP_1 / KVP < 70\%$; $VEP_1 > 80\%$ prediksi) pada derajat

ini, orang tersebut tidak menyadari fungsi parunya abnormal.

2. Derajat II : penyakit paru obstruksi kronik sedang

Semakin memburuknya hambatan aliran udara ($VEP_1 / KVP < 70\%$; $50\% < VEP_1 < 80\%$), disertai dengan adanya pemendekan dalam bernafas. Dalam tingkat ini pasien biasanya mulai mencari pengobatan oleh karena sesak napas yang dialaminya.

3. Derajat III: penyakit paru obstruksi kronik berat

Ditandai dengan keterbatasan / hambatan aliran udara yang semakin memburuk ($VEP_1 / KVP < 70\%$; $30\% VEP_1 < 50\%$ prediksi) terjadi sesak nafas yang semakin memberat, penurunan kapasitas latihan dan eksaserbasi yang berulang yang berdampak pada kualitas hidup pasien.

4. Derajat IV : penyakit paru obstruksi kronik sangat berat

Keterbatasan / hambatan aliran udara yang berat ($VEP_1 / KVP < 70\%$; $<30\%$ prediksi) atau $VEP_1 < 50\%$ prediksi ditambah dengan adanya gagal kronik dan gagal jantung kanan.

2.1.6 Pathofisiologi

Obstruksi jalan nafas menyebabkan reduksi aliran udara yang beragam bergantung pada penyakit. Pada bronchitis kronis dan bronkiolisis, terjadi penumpukan lender dan sekresi yang sangat banyak sehingga menyumbat jalan napas. Pada emfisema, obstruksi pada pertukaran oksigen dan karbondioksida terjadi kerusakan dinding alveoli yang disebabkan oleh overekstensi ruang udara dalam paru. Protocol pengobatan tertentu digunakan dalam semua kelainan, meski patofisiologi dari masing – masing kelainan ini membutuhkan spesifik.

Penyakit paru obstruksi kronik dianggap sebagai penyakit yang berhubungan dengan interaksi genetik dengan lingkungan. Merokok, polusi udara, dan paparan ditempat kerja merupakan faktor resiko penting yang menunjang terjadinya penyakit. Proses dapat terjadi dalam rentang lebih dari 20-30 tahun. Penyakit paru obstruksi kronik ditemukan terjadi pada individu yang tidak mempunyai enzim yang normal untuk mencegah penghancuran jaringan paru oleh enzim tertentu.

Penyakit paru obstruksi kronik merupakan kelainan dengan kemajuan lambat membutuhkan waktu bertahun – tahun untuk menunjukkan awitan (onset) gejala klinisnya seperti kerusakan fungsi paru. Penyakit paru obstruksi kronik sering menjadi simptomatik selama tahun-tahun usia baya, tetapi insiden meningkat sejalan dengan peningkatan usia. Aspek-aspek fungsi paru tertentu seperti kapasitas vital (VC) dan volume ekspirasi paksa (FEV) menurun sejalan dengan peningkatan usia, penyakit paru obstruksi kronik dapat memperburuk perubahan fisiologi yang berkaitan dengan penuaan dan mengakibatkan obstruksi jalan napas misalnya bronkitis serta kehilangan daya pengembangan (elastisitas) paru misalnya pada emfisema. Oleh karena itu, terdapat perubahan tambahan dalam rasio ventilasi–perfusi pada klien dengan penyakit paru obstruksi kronik (Muttaqin, 2008).

2.1.7 Komplikasi

1. Hipoksemia

Adalah sebagai penurunan nilai $PaO_2 < 55$ mmHg, dengan nilai saturasi oksigen $< 85\%$. Pada awalnya klien akan mengalami perubahan

mood, penurunan konsentrasi, dan menjadi pelupa, pada tahap lanjut akan timbul dianosis.

2. Asidosis respiratori

Timbul akibat dari peningkatan nilai PaCO₂ (hiperkapnea). Tanda yang muncul antara lain nyeri kepala, fatigue, letargi, dizziness dan takipnea.

3. Infeksi respiratori

Infeksi pernapasan akut disebabkan karena peningkatan produksi mukus dan rangsangan otot polos bronkial serta edema mukosa. Terbatasnya aliran udara akan menyebabkan peningkatan kerja napas dan timbulnya dispnea.

4. Gagal jantung

Terutama kor pulmonal (gagal jantung kanan akibat penyakit paru), harus diobservasi terutama pada klien dengan dispnea berat. Komplikasi ini sering kali berhubungan dengan bronkitis kronis, tetapi klien dengan emfisema berat juga dapat mengalami masalah ini.

5. Kardiak asmatikus

Merupakan komplikasi mayor yang berhubungan dengan asma bronkial, penyakit ini sangat berat, potensial mengancam kehidupan dan sering kali tidak berespons terhadap terapi yang biasa diberikan. Penggunaan otot bantu pernapasan dan distensi vena leher sering kali terlihat pada klien dengan asma (Somantri, 2009).

2.1.8 Diagnosis

Perhimpunan dokter paru Indonesia 2003, menjelaskan gejala dan tanda penyakit paru obstruksi kronik sangat bervariasi, mulai dari tanpa gejala, gejala

ringan hingga berat. Pada pemeriksaan fisis tidak ditemukan kelainan jelas dan tanda inflasi paru

Diagnosis Penyakit paru obstruksi kronik di tegakkan berdasarkan :

1. Gambaran Klinis

Anamnesis

- a. Riwayat merokok atau bekas perokok dengan atau tanpa gejala pernapasan
- b. Riwayat terpajan zat iritan yang bermakna di tempat kerja
- c. Riwayat penyakit emfisema pada keluarga
- d. Terdapat faktor predisposisi pada masa bayi/anak, misal berat badan lahir rendah (BBLR), infeksi
- e. Saluran napas berulang, lingkungan asap rokok dan polusi udara
- f. Batuk berulang dengan atau tanpa dahak
- g. Sesak dengan atau tanpa bunyi mengi

2. Pemeriksaan fisis

Penyakit paru obstruksi kronik dini umumnya tidak ada kelainan

- a. Inspeksi
 1. *Pursed - lips breathing* (mulut setengah terkatup mencucu)
 2. *Barrel chest* (diameter antero - posterior dan transversal sebanding)
 3. Penggunaan otot bantu napas
 4. Hipertropi otot bantu napas
- b. Pelebaran sela iga

Bila telah terjadi gagal jantung kanan terlihat denyut vena jugularis leher dan edema tungkai
- c. Palpasi : pada emfisema fremitus melemah, sela iga melebar

d. Perkusi : pada emfisema hipersonor dan batas jantung mengecil, letak diafragma rendah, hepar terdorong ke bawah

e. Auskultasi

1. suara napas vesikuler normal, atau melemah
2. terdapat ronki dan atau mengi pada waktu bernapas biasa atau pada ekspirasi paksa
3. ekspirasi memanjang
4. bunyi jantung terdengar jauh

2.1.9 Pemeriksaan penunjang

Perhimpunan dokter paru Indonesia (2003) pemeriksaan penunjang pasien penyakit paru obstruksi kronik adalah :

1. Pemeriksaan rutin

a. Faal paru

1. Spirometri (VEP1, VEP1prediksi, KVP, VEP1/KVP)

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

b. Obstruksi : $\% \text{ VEP1}(\text{VEP1}/\text{VEP1 pred}) < 80\% \text{ VEP1}\%$
 $(\text{VEP1}/\text{KVP}) < 75 \%$

c. VEP1 merupakan parameter yang paling umum dipakai untuk menilai beratnya penyakit paru obstruksi kronik dan memantau perjalanan penyakit.

d. Apabila spirometri tidak tersedia atau tidak mungkin dilakukan, APE meter walaupun kurang tepat, dapat dipakai sebagai alternatif

dengan memantau variabiliti harian pagi dan sore, tidak lebih dari 20%

2. Uji bronkodilator

- a. Dilakukan dengan menggunakan spirometri, bila tidak ada gunakan APE meter.
- b. Setelah pemberian bronkodilator inhalasi sebanyak 8 hisapan, 15 - 20 menit kemudian dilihat perubahan nilai VEP1 atau APE, perubahan VEP1 atau APE $< 20\%$ nilai awal dan < 200 ml
- c. Uji bronkodilator dilakukan pada PPOK stabil

b. Darah rutin : Hb, Ht, leukosit

c. Radiologi

Foto toraks PA dan lateral berguna untuk menyingkirkan penyakit paru lain:

Pada emfisema terlihat gambaran :

1. Hiperinflasi
2. Hiperlusen
3. Ruang retrosternal melebar
4. Diafragma mendatar
5. Jantung menggantung (*jantung pendulum / tear drop / eye drop appearance*)

1. Normal

2. Corakan bronkovaskuler bertambah pada 21 % kasus

2. Pemeriksaan khusus (tidak

rutin) a. Faal paru

1. Volume Residu (VR), Kapasiti Residu Fungsional (KRF), Kapasiti Paru Total (KPT), VR/KRF, VR/KPT meningkat
2. DLCO menurun pada emfisema
3. Raw meningkat pada bronkitis kronik
4. Sgaw meningkat
5. Variabiliti Harian APE kurang dari 20 %

b. Uji latih kardiopulmoner

1. Sepeda statis (*ergocycle*)
2. Jentera (*treadmill*)
3. Jalan 6 menit, lebih rendah dari normal

c. Uji provokasi bronkus

Untuk menilai derajat hipereaktiviti bronkus, pada sebagian kecil Penyakit paru obstruksi kronis terdapat hipereaktiviti bronkus derajat ringan.

d. Uji coba kortikosteroid

Menilai perbaikan faal paru setelah pemberian kortikosteroid oral (prednison atau metilprednisolon) sebanyak 30 - 50 mg per hari selama 2 minggu yaitu peningkatan VEP1 pascabronkodilator $> 20\%$ dan minimal 250 ml. Pada penyakit paru obtruksi kronik umumnya tidak terdapat kenaikan faal paru setelah pemberian kortikosteroid

e. Analisis gas darah

Terutama untuk menilai :

1. Gagal napas kronik stabil
2. Gagal napas akut pada gagal napas kronik

f. Radiologi

1. CT - Scan resolusi tinggi

Mendeteksi emfisema dini dan menilai jenis serta derajat emfisema atau bula yang tidak terdeteksi oleh foto toraks polos

2. Scan ventilasi perfusi : mengetahui fungsi respirasi paru

g. Elektrokardiografi

Mengetahui komplikasi pada jantung yang ditandai oleh Pulmonal dan hipertrofi ventrikel kanan.

1. Ekokardiografi : Menilai fungsi jantung kanan

2. Bakteriologi

Pemeriksaan bakteriologi sputum pewarnaan gram dan kultur resistensi diperlukan untuk mengetahui pola kuman dan untuk memilih antibiotik yang tepat. Infeksi saluran napas berulang merupakan penyebab utama eksaserbasi akut pada penderita penyakit paru obstruksi kronik di Indonesia.

3. Kadar alfa-1 antitripsin

Kadar antitripsin alfa-1 rendah pada emfisema herediter (emfisema pada usia muda), defisiensi antitripsin alfa-1 jarang ditemukan di Indonesia.

2.1.10 Diagnosa keperawatan

1. Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan bronkokonstriksi, kelelahan dan infeksi brokopulmonal.
2. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketdaksamaan ventilasi perfusi.

3. Ketidakseimbangan nutri kurang dari kebutuhan berhubungan dengan anoreksia.
4. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian, keperluan yang tidak terpenuhi
5. Resiko tinggi infeksi pernafasaan (pneumonia) yang berhubungan dengan akumulasi sekret jalan napas dan menurunnya kemampuan batuk efektif. (Muttaqin, 2008).

2.1.11 Penatalaksanaan

Perhimpunan dokter paru Indonesia (2003) menjelaskan bahwa perawatan klien penyakit paru obstruksi kronik meliputi perawatan fisik, psikologis dan lingkungan. Tujuan terapi adalah meningkatkan ventilasi dan mengatasi keadaan hipoksik melalui tindakan berikut :

1. Edukasi

Edukasi merupakan hal penting dalam pengelolaan jangka panjang pada penyakit paru obstruksi kronik stabil. Edukasi pada penyakit paru obstruksi kronik berbeda dengan edukasi pada asma. Karena penyakit paru obstruksi kronik adalah penyakit kronik yang ireversibel dan progresif, inti dari edukasi adalah menyesuaikan keterbatasan aktivitas dan mencegah kecepatan perburukan fungsi paru. Berbeda dengan asma yang masih bersifat reversibel, menghindari pencetus dan memperbaiki derajat adalah inti dari edukasi atau tujuan pengobatan dari asma.

Tujuan edukasi pada pasien penyakit paru obstruksi kronik :

- a. Mengetahui perjalanan penyakit dan pengobatan
- b. Melaksanakan pengobatan yang maksimal

- c. Mencapai aktiviti optimal
 - d. Meningkatkan kualiti hidup
2. Obat – obatan
- a. Bronkodilator

Diberikan secara tunggal atau kombinasi dari ketiga jenis bronkodilator dan disesuaikan dengan klasifikasi derajat berat penyakit. Pemilihan bentuk obat diutamakan inhalasi, nebuliser tidak dianjurkan pada penggunaan jangka panjang. Pada derajat berat diutamakan pemberian obat lepas lambat (*slow release*) atau obat berefek panjang (*long acting*).

1. Golongan antikolinergik

Digunakan pada derajat ringan sampai berat, disamping sebagai bronkodilator juga mengurangi sekresi lendir (maksimal 4 kali /hari).

2. Golongan agonis beta – 2

Bentuk inhaler digunakan untuk mengatasi sesak, peningkatan jumlah penggunaan dapat sebagai monitor timbulnya eksaserbasi. Sebagai obat pemeliharaan sebaiknya digunakan bentuk tablet yang berefek panjang. Bentuk nebuliser dapat digunakan untuk mengatasi eksaserbasi akut, tidak dianjurkan untuk penggunaan jangka panjang. Bentuk injeksi subkutan atau drip untuk mengatasi eksaserbasi berat.

3. Kombinasi antikolinergik dan agonis beta – 2

Kombinasi kedua golongan obat ini akan memperkuat efek bronkodilatasi, karena keduanya mempunyai tempat kerja yang

berbeda. Disamping itu penggunaan obat kombinasi lebih sederhana dan mempermudah penderita.

4. Golongan xantin

Dalam bentuk lepas lambat sebagai pengobatan pemeliharaan jangka panjang, terutama pada derajat sedang dan berat. Bentuk tablet biasa atau puyer untuk mengatasi sesak (pelega napas), bentuk suntikan bolus atau drip untuk mengatasi eksaserbasi akut. Penggunaan jangka panjang diperlukan pemeriksaan kadar aminofilin darah.

b. Anti inflamasi

Digunakan bila terjadi eksaserbasi akut dalam bentuk oral atau injeksi intravena, berfungsi menekan inflamasi yang terjadi, dipilih golongan metilprednisolon atau prednison. Bentuk inhalasi sebagai terapi jangka panjang diberikan bila terbukti uji kortikosteroid positif yaitu terdapat perbaikan VEP1 pascabronkodilator meningkat $> 20\%$ dan minimal 250 mg.

c. Antibiotika

Hanya diberikan bila terdapat infeksi. Antibiotik yang digunakan:

Lini I : amoksisilin dan makrolid

Lini II : amoksisilin dan asam klavulanat sefalosporin kuinolon makrolid baru

Perawatan di Rumah Sakit : dapat dipilih

1. Amoksilin dan klavulanat
2. Sefalosporin generasi II & III injeksi
3. Kuinolon per oral

Ditambah dengan anti pseudomonas

1. Aminoglikose per injeksi
2. Kuinolon per injeksi
3. Sefalosporin generasi IV per

injeksi d. Antioksidan

Dapat mengurangi eksaserbasi dan memperbaiki kualitas hidup, digunakan N-asetilsistein. Dapat diberikan pada penyakit paru obstruksi kronik dengan eksaserbasi yang sering, tidak dianjurkan sebagai pemberian yang rutin

e. Mukoliti

Hanya diberikan terutama pada eksaserbasi akut karena akan mempercepat perbaikan eksaserbasi, terutama pada bronkitis kronik dengan sputum yang viscous. Mengurangi eksaserbasi pada penyakit paru obstruksi kronik bronkitis kronik, tetapi tidak dianjurkan sebagai pemberian rutin.

f. Antitusif : Diberikan dengan hati - hati

3. Terapi Oksigen

Pada penyakit paru obstruksi kronik terjadi hipoksemia progresif dan berkepanjangan yang menyebabkan kerusakan sel dan jaringan. Pemberian terapi oksigen merupakan hal yang sangat penting untuk mempertahankan oksigenasi seluler dan mencegah kerusakan sel baik di otot maupun organ - organ lainnya. Manfaat oksigen diantara lainnya adalah :

- a. Mengurangi sesak
- b. Memperbaiki aktiviti

- c. Mengurangi hipertensi pulmonal
- d. Mengurangi vasokonstriksi
- e. Mengurangi hematokrit
- f. Memperbaiki fungsi neuropsikiatri
- g. Meningkatkan kualiti hidup

Oksigen harus diberikan dengan hati – hati. Jumlahnya tidak boleh lebih dari 3 l / menit karena banyak penderita Penyakit paru obstruksi kronik menahan karbondioksda dalam tubuhnya. Terlalu tinggi kadar oksigen dapat menekan upaya pernafasan seseorang. Penderita penyakit obstruksi kronik perlu diingatkan tentang bahaya merokok saat oksigen tambahan diberikan.

Ventilasi mekanik pada penyakit paru obstruksi kronik digunakan pada eksaserbasi dengan gagal napas akut, pada gagal napas kronik atau pada pasien penyakit paru obstruksi kronik derajat berat dengan napas kronik. Ventilasi mekanik dapat digunakan di rumah sakit di ruang ICU atau di rumah. Ventilasi mekanik dapat dilakukan dengan cara :

- a. Ventilasi mekanik dengan intubasi
- b. Ventilasi mekanik tanpa intubasi

Ventilasi mekanik tanpa intubasi digunakan pada penyakit paru obstruksi kronik dengan gagal napas kronik dan dapat digunakan selama di rumah. Ventilasi mekanik dengan intubasi pasien penyakit paru obstruksi kronik dipertimbangkan untuk menggunakan ventilasi mekanik di rumah sakit bila ditemukan keadaan sebagai berikut :

1. Gagal napas yang pertama kali

2. Perburukan yang belum lama terjadi dengan penyebab yang jelas dan dapat diperbaiki, misalnya pneumonia
3. Aktivitas sebelumnya tidak terbatas

5. Nutrisi

Malnutrisi sering terjadi pada penyakit paru obstruksi kronik, kemungkinan karena bertambahnya kebutuhan energi akibat kerja muskulus respirasi yang meningkat karena hipoksemia kronik dan hiperkapni menyebabkan terjadi hipermetabolisme. Kondisi malnutrisi akan menambah mortaliti penyakit paru obstruksi kronik karena berkolerasi dengan derajat penurunan fungsi paru dan perubahan analisis gas darah

Malnutrisi dapat dievaluasi dengan :

- a. Penurunan berat badan
- b. Kadar albumin darah
- c. Antropometri
- d. Pengukuran kekuatan otot (MVV, tekanan diafragma, kekuatan otot pipi)
- e. Hasil metabolisme (hiperkapni dan hipoksia).

Rosdahl (2015) mengatakan Asupan cairan merupakan hal yang penting. Meningkatkan asupan cairan (1000 – 2000 ml/hari) Dorong klien untuk minum sedikitnya 2-3 liter air setiap hari untuk mengencerkan mucus dan mempermudah mengeluarkan mucus.

5. Rehabilitasi

Menurut Perhimpunan dokter paru Indonesia (2003) tujuan program rehabilitasi untuk meningkatkan toleransi latihan dan memperbaiki kualiti hidup

penderita penyakit paru obstruksi kronik. Program rehabilitasi terdiri dari 3 komponen yaitu : latihan fisis, psikososial dan latihan pernapasan.

a. Ditujukan untuk memperbaiki efisiensi dan kapasitas sistem transportasi oksigen. Latihan fisis yang baik akan menghasilkan :

1. Peningkatan VO₂ max
2. Perbaikan kapasitas kerja aerobik maupun anaerobik
3. Peningkatan *cardiac output* dan *stroke volum*
4. Peningkatan efisiensi distribusi darah
5. Pemendekkan waktu yang diperlukan untuk *recovery*

b. Psikososial

Status psikososial penderita perlu diamati dengan cermat dan apabila diperlukan dapat diberikan obat.

c. Latihan relaksasi

Secara individual penderita sering tampak cemas, takut karena sesak napas dan kemungkinan mati lemas. Dalam keadaan tersebut maka latihan relaksasi merupakan usaha yang paling penting dan sekaligus langkah pertolongan. Adapun tujuan latihan adalah memperbaiki ventilasi alveoli, menurunkan pekerjaan pernafasan, meningkatkan efisiensi batuk, mengatur kecepatan pernafasan, mendapatkan relaksasi otot – otot dan bahu dalam sikap normal dan memelihara pergerakan dada. Latihan relaksasi yang dapat digunakan adalah metode Yacobson. Contohnya : penderita ditempatkan dalam ruangan yang hangat, segar dan bersih, kemudian penderita ditidurkan terlentang dengan kepala diberi bantal, lutut ditekuk dengan member bantal sebagian.

d. *Breathing exercises* (latihan pernafasaan)

Barrah dan jahuar (2013) mengatakan bahwa latihan pernafasaa dikerjakan dalam berbagai posisi oleh karena distribusi udara dan sirkulasi paru bervariasi dalam hubungannya dengan posisi dada. Dasar pelaksanaannya yaitu mulai dengan menarik napas melalui hidung dengan mulut tertutup, kemudian menghembuskan napas melalui bibir dengan mulut mencucur (seperti posisi meniup). Posisi yang dapat digunakan adalah tidur terlentang dengan kedua lutut dan berdiri. Adapun tujuan latihan ini adalah memperbaiki ventilasi alveoli, menurunkan pekerjaan pernafasaan, meningkatkan efisiensi batuk, mengatur kecepatan pernafasan, meningkatkan efisiensi batuk, mendapatkan relaksasi otot-otot dada dan bahu dalam sikap normal dan memelihara pergerakan dada.

2.2 Konsep pernafasaan diafragma

2.2.1 Definisi

Pernafasaan diafragma adalah teknik relaksasi yang mudah dilakukan dengan pelan, sadar, dan dalam. Teknik pernafasaan merupakan teknik pernafasaan dasar dari semua teknik pernafasaan yoga (pranayama). Metode ini mudah dilakukan karena pernapasan merupakan tindakan yang dilakukan secara normal tanpa perlu berpikir atau merasa ragu. Hal ini merupakan tanda menghela nafas yang dalam. Kita sering menarik napas dalam ketika mulai mengelompokkan kembali pikiran, untuk mendapatkan ketenangan, atau mengerahkan energi kita, untuk tugas yang sulit. Karena berbagai alasan yang berkaitan dengan budaya, kebiasaan orang terbiasa bernapas memakai dada bagian atas. Ketika tertidur lelap, tanpa dipengaruhi fikiran sadar, setiap orang

akan kembali dalam posisi pernapasan yg lebih alami, yaitu dengan perut yang lebih diregangkan. Perbedaan diantara pernapasan diafragma dan “pernapasan normal” adalah bahwa metode ini khusus melibatkan gerakan sadar abdomen bagian bawah atau daerah perut (Widyastuti, 2004).

2.2.2 Tujuan pernafasaan diafragma

Tujuan pernafasaan diafragma adalah terlaksananya optimalisasi penggunaan otot difragma dan menguatkan diafragma selama pernafasaan. Pernafasaan diafragma dapat menjadi otomatis dengan latihan dan konsentrasi yang cukup. Latihan pernafasaan diafragma dilaksanakan dengan tujuan agar pasien dengan masalah ventilasi dapat mencapai ventilasi lebih optimal, terkontrol, efisien, dan dapat mengurangi kerja pernafasaan (Muttaqin arif, 2009).

2.2.3 Manfaat latihan pernafasaan

1. Melatih cara bernafas dengan benar.
2. Melenturkan dan memperkuat otot pernafasaan.
3. Meningkatkan sirkulasi.
4. Mempercepat penyakit pernafasaan yang terkontrol.
5. Kualitas hidup yang lebih baik (Nugroho S,

2011). 2.2.4 Fungsi terapi pernafasaan

1. Mengatur keseimbangan seluruh fungsi organ tubuh.
2. Meningkatkan daya tahan terhadap suatu penyakit.
3. Memulihkan organ tubuh yang mengalami difungsional
4. Mengatur keseimbangan cairan tubuh, aktivitas hormon, aktivitas enzim, dan laju metabolisme.
5. Memperlancar peredaran darah secara sistemik.

6. Meningkatkan kemampuan gerak tubuh .
7. Meningkatkan ketenangan batin dan kepercayaan diri (Nugroho S, 2011).

2.2.5 Indikasi latihan pernafasaan

Terapi latihan pernafasaan diidentifikasi untuk mengobati :

1. Kekurangan gerak yang menghasilkan kemunduran kemampuan fungsional alat –alat tubuh
2. Penyakit – penyakit non infeksi
3. Penyakit pada penderita gangguan saluran pernafasaan (asma bronkiale, pulmonary ditosis), gangguan pencernaan (*gastritis*, susah buang air besar, perut kembung), gangguan pada sistem reproduksi, sakit perut saat mentruasi.
4. Penyakit jantung dan pembuluh darah seperti : jantung koroner, tekanan darah tinggi (Nugroho S, 2011).

2.2.6 Kontraksi Indikasi latihan pernafasaan

Latihan pernafasaan tidak boleh dilakukan sembarangan. Terdapat syarat syarat bagi yang akan melakukan latihan yaitu : tidak dalam serangan sesak, tidak dalam serangan jantung (Nugroho S, 2011).

2.2.7 Frekuensi latihan pernafasaan

Pernafasaan manusia dalam kondisi istirahat normal adalah memiliki frekuensi empat belas sampai enam belas kali permenit. Menggunakan teknik terdiri dari 2- 4 -2 yaitu : dua detik dengan inhalasi, diikuti dengan empat detik menahan nafas dengan membiarkan otot abdomen menonjol sebesar mungkin, dan dua detik ekshalasi atau menghembuskan nafas dengan frekuensi 3 kali seminggu (Nugroho S, 2011). Kekhususan didalam latihan pernafasaan adalah

mengeluarkan nafas ekspirasi dikerjakan secara aktif, sedangkan sewaktu menarik napas lebih banyak secara pasif (Nugroho S, 2011).

2.2.8 Langkah-langkah untuk memulai pernapasan diafragma :

1. Posisikan tubuh secara nyaman: untuk mendapatkan manfaat penuh, pelajari teknik ini dalam posisi yang nyaman, baik posisi duduk yang relaks maupun berbaring terlentang dengan mata tertutup. Untuk mendapatkan efek yang optimal, longgarkan pakaian disekitar leher dan pinggang anda. Saat pertama mempelajari teknik ini, letakkan tangan diatas perut dan rasakan naik turunnya perut pada setiap pernapasan.
2. Konsentrasi: seperti teknik relaksasi lain, pernapasan diafragma memerlukan perhatian penuh. Konsentrasi dapat terpecah dengan mudah karena suara dari luar ataupun dari pikiran anda sendiri, lakukan langkah-langkah untuk meminimalkan gangguan dengan mencari tempat yang tenang untuk berlatih.

Pernapasan diafragma memerlukan keyakinan untuk tetap memusatkan perhatian hanya pada pernapasan. Mungkin akan membantu jika membayangkan aliran udara yang memasuki tubuh, maju terus sampai ke bagian bawah paru, dan aliran tersebut dikeluarkan kembali. Anda dapat meningkatkan konsentrasi dengan berfokus pada empat fase yang berlainan dalam setiap napas :

- Fase I : Inspirasi, menarik udara masuk kedalam paru melalui saluran hidung (atau mulut) anda.
- Fase II : Beri sedikit jeda sebelum anda mengeluarkan udara dari paru.
- Fase III : Ekshalasi, mengeluarkan udara dari paru melalui saluran masuknya udara tersebut.

Fase IV : Beri jeda setelah mengeluarkan napas sebelum mulai menghirup napas kembali. Fase ini sebenarnya dapat terlihat ketika sedang melebihi siklus pernapasan anda yaitu dengan menarik napas yang dalam dengan sangat pelan dan nyaman. Pernapasan diafragma tidak sama dengan hiperventilasi. Gaya pernapasan ini pada dasarnya lambat, dalam dan relaks (Widyastuti, 2004).

2.2.9 Teknik relaksasi nafas diafragma dengan posisi berbaring.

1. Ciptakan suasana yang nyaman. Baik lingkungan ataupun posisi saat akan melakukan teknik relaksasi nafas dalam.
2. Setelah mengatur posisi nyaman. Buatlah tubuh menjadi rileks dan tenang. Pikirkan 1 fokus pada saat ini. Jangan memikirkan hal lain yang dapat mengganggu upaya untuk rileks, menciptakan rasa tenang, konsentrasi.
3. Pejamkan mata, telapak tangan dan kaki rileks.
4. Ketika sudah rileks, tenang dan berkonsentrasi tariklah nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara menggunakan hitungan 1..2..3.
5. Perlahan-lahan keluarkan udara melalui mulut sambil merasakan keluarnya udara dengan tubuh yang rileks.
6. Jeda : nafas normal kembali 3x
7. Lakukan kembali tarik nafas melalui mulut dan hembuskan melalui mulut secara perlahan
8. Tetap konsentrasi dengan mata terpejam.
9. Saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri.
10. Lakukan secara berulang-ulang selama 10-15 menit

Mengulangi prosedur tersebut dari 1-10. Ulangi 15x namun diselingi istirahat singkat setelah melakukan 5x. Biar nafas tetap seimbang. Namun misalnya dalam kasus nyeri. Nyerinya tidak hilang bernafaslah dengan cepat dan dangkal.

Tabel 2.1 Pernafasan diafragma

| Alat dan Sarana | Persiapan |
|-------------------------|---|
| Tempat tidur yang datar | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek atau priksa adanya instruksis medis pada pasien. 2. Perawat mencuci tangan 3. Atur privasi pasien dan pasang sampiran jika perlu. 4. Jelaskan secara rasional tentang prosedur yang akan dilakukan . 5. Prioritaskan latihan awal, intruksikan klien untuk melakukan latihan dan ajarkan bagaimana menggunakan oto-otot abdominal. |
| | <p>Prosedur</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi klien secara terlentang (pengaturan posisi ini dilakukan setelah klien mendapat penjelasan). 2. Instruksikan pasien bernafas melalui hidung (untuk menyaring, melembabkan, dan menghangatkan udara sebelum memasuki paru). Biarkan otot abdominal sebesar mungkin. 3. Jika pasien merasa kehabisan napas, bantu pasien untuk bernapas secara lambat dengan memperpanjang waktu ekshalasi. 4. Letakkan satu tangan diatas abdomen (tepat dibawah iga) dan tangan lainnya ditengah – tengah dada untuk meningkatkan kesadaran diafragma dan fungsinya dalam pernafasaan. 5. Hembuskan napas melalui bibir yang dirapatkan sambil mengontraksikan otot abdomen. 6. Tekan kuat ke dalam dan ke atas pada abdomen sambil mengontraksikan otot abdomen. 7. Ulangi selama 1 menit diikuti masa istirahat 2 menit. |

Sumber : Muttaqin, 2009

2.3 Konsep kenyamanan

2.3.1 Definisi kenyamanan

Kenyamanan telah menjadi tujuan utama dari keperawatan, sebab dengan kenyamanan kesembuhan dapat diperoleh (Allgood & Tomey, 2006). Konsep tentang kenyamanan (*comfort*) sangat sulit untuk didefinisikan karena lebih

merupakan penilaian responsif individu (Oborne, 2010). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, nyaman adalah segar; sehat sedangkan kenyamanan adalah keadaan nyaman; kesegaran; kesejukan. Kolcaba (2011) menjelaskan bahwa kenyamanan sebagai suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang bersifat individual dan holistik. Dengan terpenuhinya kenyamanan dapat menyebabkan perasaan sejahtera pada diri individu tersebut.

Kenyamanan dan perasaan nyaman adalah penilaian komprehensif seseorang terhadap lingkungannya. Dalam hal ini yang terlibat tidak hanya masalah fisik biologis, namun juga perasaan. Suara, cahaya, bau, suhu dan lain-lain rangsangan ditangkap sekaligus, lalu diolah oleh otak. Kemudian otak akan memberikan penilaian relatif apakah kondisi itu nyaman atau tidak. Ketidaknyamanan di satu faktor dapat ditutupi oleh faktor lain (Satwiko, 2011).

2.3.2 Aspek dalam kenyamanan

Menurut Kolcaba (2011) aspek kenyamanan terdiri dari:

1. Kenyamanan fisik berkenaan dengan sensasi tubuh yang dirasakan oleh individu itu sendiri . Kebutuhan fisik yang terlihat seperti nyeri, sakit, mual, muntah, mengigil,
2. Kenyamanan psikospiritual apabila terbebas dari kecemasan, ketakutan, dan stress.
3. Kenyamanan lingkungan berkenaan dengan lingkungan, kondisi dan pengaruh dari luar kepada manusia seperti temperatur, warna, suhu, pencahayaan, suara, dan lain-lain.

4. Kenyamanan sosial kultural berkenaan dengan hubungan interpersonal, keluarga, dan sosial atau masyarakat (keuangan, perawatan kesehatan individu, kegiatan religius, serta tradisi keluarga).

NANDA Internasional 2015-2017 kenyamanan didefinisikan sebagai rasa sejahtera atau nyaman secara mental, fisik atau sosial. Kenyamanan fisik adalah suatu pola keseimbangan, kelegaan, dan kesempurnaan dalam dimensi fisik psikospiritual, lingkungan, dan sosial yang dapat dikaitkan. Batasan karakteristik yaitu :

1. Menyatakan keinginan meningkatkan perasaan puas.
2. Menyatakan keinginan meningkatkan rasa nyaman.
3. Menyatakan keinginan meningkatkan relaksasi.
4. Menyatakan keinginan meningkatkan resolusi terhadap keluhan. Kenyamanan psikospiritual menurut Herlina (2012) adalah mencakup kepercayaan diri dan motivasi agar pasien lebih tenang ketika menjalani prosedur invasif yang menyakitkan. Kenyamanan lingkungan ruang inap penting karena dapat membangkitkan optimisme (An-Nafi', 2009).

2.3.3 Faktor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan

1. Kecemasan

Menurut Asmadi (2008) mengatakan bahwa karakteristik seseorang dengan kecemasan sedang diantaranya yaitu : nafas pendek, nadi dan tekanan darah meningkat, mulut kering, anoreksia, diare dan konstipasi, sakit kepala dan berkemih.

2. Usia

Usia akan mempengaruhi karakteristik fisik normal. Kemampuan untuk berpartisipasi dalam pemeriksaan fisik praoperatif juga akan dipengaruhi oleh usia.

3. Jenis kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara makna dalam merespon nyeri dan tingkat kenyamanannya.

4. Keluarga

Dukungan sosial baik dari orang yang dicintai akan memberikan kontribusi pasien dalam meningkatkan kenyamanan. Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dan penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit (Makhfudi, 2009).

Beberapa faktor yang mempengaruhi kenyamanan menurut Hakim (2011) lingkungan antara lain:

1. Sirkulasi

Kenyamanan dapat berkurang karena sirkulasi yang kurang baik, seperti tidak adanya pembagian ruang yang jelas untuk sirkulasi manusia dan kendaraan bermotor, atau tidak ada pembagian sirkulasi antara ruang satu dengan lainnya. Sirkulasi dibedakan menjadi dua yaitu sirkulasi di dalam ruang dan sirkulasi di luar ruang atau peralihan antara dalam dan luar seperti foyer atau lobby, koridor, atau hall.

2. Daya alam atau iklim

- a. Radiasi matahari : Dapat mengurangi kenyamanan terutama pada siang hari, sehingga perlu adanya peneduh.

b. Angin

Perlu memperhatikan arah angin dalam menata ruang sehingga tercipta pergerakan angin mikro yang sejuk dan memberikan kenyamanan. Pada ruang yang luas perlu diadakan elemen-elemen penghalang angin supaya kecepatan angin yang kencang dapat dikurangi.

c. Curah hujan

Faktor curah hujan sering menimbulkan gangguan pada aktivitas manusia di ruang luar sehingga perlu disediakan tempat berteduh apabila terjadi hujan (Shelter, Gazebo).

d. Temperatur

Jika temperatur ruang sangat rendah maka temperatur permukaan kulit akan menurun dan sebaliknya jika temperatur dalam ruang tinggi akan mengalami kenaikan pula. Pengaruh bagi aktivitas kerja adalah bahwa temperatur yang terlalu dingin akan menurunkan gairah kerja dan temperatur yang terlalu panas dapat membuat kelelahan dalam bekerja dan cenderung banyak membuat kesalahan.

e. Kebisingan

Pada daerah yang padat seperti perkantoran atau industri, kebisingan adalah salah satu masalah pokok yang bisa mengganggu kenyamanan para pekerja yang berada di sekitarnya. Salah satu cara untuk mengurangi kebisingan adalah dengan menggunakan alat pelindung diri (*ear muff, ear plug*).

f. Aroma atau bau-bauan

Jika ruang kerja dekat dengan tempat pembuangan sampah maka bau yang tidak sedap akan tercium oleh orang yang melaluinya. Hal tersebut dapat diatasi dengan memindahkan sumber bau tersebut dan ditempatkan pada area yang tertutup dari pandangan visual serta dihalangi oleh tanaman pepohonan atau semak ataupun dengan peninggian muka tanah.

g. Kebersihan

Sesuatu yang bersih selain menambah daya tarik lokasi, juga menambah rasa nyaman karena bebas dari kotoran sampah ataupun bau-bauan yang tidak sedap. Pada daerah tertentu yang menuntut kebersihan tinggi, pemilihan jenis pohon dan semak harus memperhatikan kekuatan daya rontok daun dan buah.

h. Keindahan

Keindahan merupakan hal yang perlu diperhatikan untuk memperoleh kenyamanan karena mencakup masalah kepuasan batin dan panca indera. Untuk menilai keindahan cukup sulit karena setiap orang memiliki persepsi yang berbeda untuk menyatakan sesuatu itu adalah indah. Dalam hal kenyamanan, keindahan dapat diperoleh dari segi bentuk ataupun warna.

i. Penerangan

Untuk mendapatkan penerangan yang baik dalam ruang perlu memperhatikan beberapa hal yaitu cahaya alami, kuat penerangan, kualitas cahaya, daya penerangan, pemilihan dan perletakan lampu.

Pencahayaan alami di sini dapat membantu penerangan buatan dalam batas-batas tertentu, baik dan kualitasnya maupun jarak jangkauannya dalam ruangan.

2.4 *Theory of comfort* Chatrine Kolcaba

Kolcaba (2003) mengenalkan teori kenyamanan sebagai *middle range theory* karena memiliki tingkat abstraksi yang rendah dan mudah diaplikasikan dalam praktik keperawatan. Kolcaba menilai kenyamanan dengan membuat struktur taksonomi yang bersumber pada tiga tipe kenyamanan yaitu *reliefe* (suatu keadaan dimana seorang penerima), *ease* (tenang dan kesenangan), dan *transcendence* (suatu keadaan dimana seorang individu mencapai diatas masalahnya), lalu mengaitkan dengan empat pengalaman kenyamanan (fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial) (Sitzman Eigchelberger, 2011; Herlina, 2012).

2.4.1 Konsep mayor *teory comfort*

Teori *comfort* dari Kolcaba menekankan pada beberapa utama beserta definisinya, antara lain :

1. *Health care needs*

Kolkaba mendefinisikan kebutuhan pelayanan kesehatan sebagai suatu kebutuhan akan kenyamanan, dihasilkan dari situasi pelayanan kesehatan yang stressful, tidak dapat dipenuhi oleh penerima *support* sistem tradisional. Kebutuhan meliputi : kebutuhan fisik, psikospiritual, sosial dan lingkungan. Semuanya membutuhkan motoring, laporan verbal maupun non verbal, serta kebutuhan yang berhubungan dengan parameter patofisiologis, membutuhkan edukasi dan dukungan serta kebutuhan akan konseling finansial, dan intervensi.

2. *Comfort*

Diartikan sebagai suatu keadaan yang dialami oleh penerima yang dapat didefinisikan sebagai suatu pengalaman yang *immediate* yang menjadi sebuah kekuatan melalui (*relief, ease dan transcende*)

3. *Comfort measures*

Tindakan kenyamanan diartikan sebagai suatu intervensi keperawatan yang dapat didefinisikan untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan yang spesifik dibutuhkan oleh penerima jasa, seperti fisiologis, sosial, finansial, psikologis, spiritual, lingkungan dan intervensi fisik.

4. *Enhanced comfort*

Sebuah *outcome* yang langsung diharapkan pada pelayanan keperawatan, mengacu pada teori *comfort*.

5. *Intervening variables*

Didefinisikan sebagai variabel yang tidak dapat dimodifikasi perawat meliputi pengalaman masa lalu, usia, sikap, status emosional, *support*, sistem, prognosis, *financial* dan keseluruhan elemen dalam pengalaman resipien.

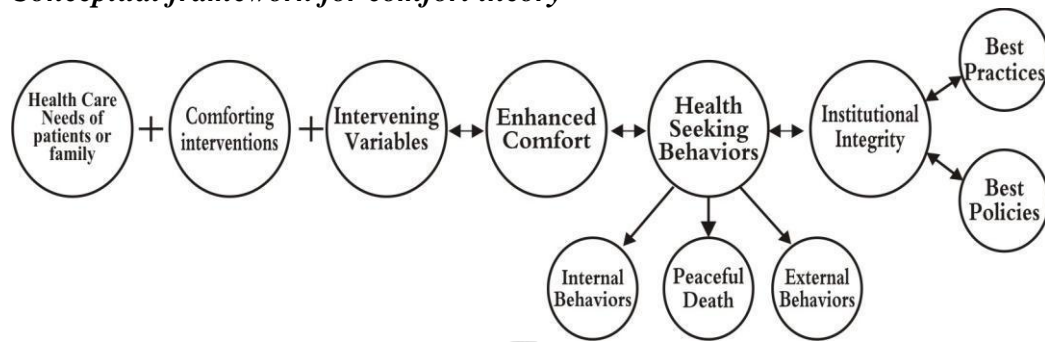
6. *Health seeking behavior*

Merupakan sebuah kategori luas dari *outcome* berikutnya yang berhubungan dengan pencarian kesehatan yang didefinisikan oleh resipien saat konsultasi dengan perawat

7. *Institutional integrity*

Didefinisikan sebagai nilai-nilai stabilitas *financial* dan keseluruhan dari organisasi pelayanan kesehatan pada area lokal, regional, dan nasional. Di rumah sakit, institusi diartikan sebagai pelayanan kesehatan umum.

Conceptual framework for comfort theory



Gambar : 2.1 kerangka teori *comfort* catrine kolcaba

Sumber: Kolcaba, Katharine (2003)

Keterangan kerangka teori *comfort* catrine kolcaba :

Proposition adalah pernyataan menghubungkan antar konsep. Berikut ini adalah *proposition* teori kenyamanan : (1) perawat mengidentifikasi kebutuhan klien dan anggota keluarga, khususnya kebutuhan yang tidak dapat dipenuhi oleh *support system* eksternal (2) perawat menyusun rencana keperawatan untuk memenuhi kebutuhan kenyamanan, (3) *intervening variables* diperhitungkan dalam merancang intervensi dan menentukan keberhasilan intervensi, (4) intervensi yang efektif dan dilakukan dengan perilaku caring yang hasilnya akan langsung terlihat sebagai peningkatan rasa nyaman. Intervensi ini disebut *comfort measures*. Sedangkan *comfort care* akan mengkaitkan semua komponen (5) pasien dan perawat sepakat tentang HSBs yang diinginkan, (6) bila kenyamanan tercapai, pasien dan anggota keluarga terikat oleh HSBs yang akan meningkatkan kenyamanan lebih lanjut, (7) bila pasien dan keluarga telah memiliki HSBs yang kuat sebagai hasil dari *comfort care*, perawat dan keluarga akan lebih puas dengan pelayanan kesehatan dan (8) bila perawat dan lien puas terhadap pelayanan, masyarakat mengetahui kontribusi institusi pelayanan, masyarakat akan mengetahui kontribusi institusi terhadap program kesehatan pemerintah. Institusi

menjadi lebih terpadang dan berkembang (colcaba, 2003., Sitzman dan eichelberger, 2011).

2.4.1 Asumsi – asumsi Kolcaba

(Kolcaba, 2001 ; Tomey & Alligood, 2006), menjelaskan tentang konsep metaparadigma sebagai berikut :

1. Keperawatan

Keperawatan adalah pengkajian yang sengaja dilakukan untuk pemenuhan kenyamanan, merancang pengukuran kenyamanan untuk memenuhi kebutuhan tersebut, merancang pengukuran kenyamanan untuk memenuhi kebutuhan, dan mengkaji ulang tingkat kenyamanan pasien setelah implementasi serta membandingkan dengan target sebelumnya. Pengkajian awal dan pengkajian ulang dapat bersifat subjektif atau intuitif atau kedua-duanya. Menurut Colcaba untuk memberikan kenyamanan pasien memerlukan tiga jenis intervensi kenyamanan yaitu :

- a. Teknik mengukur kenyamanan (*technical comfort measures*) adalah intervensi untuk memepertahan homeostatis dan manajemen nyeri, seperti monitor tanda-tanda vital dan hasil kimia darah. Termasuk juga dalam pemberian obat anti nyeri. Pengukuran kenyamanan di desain untuk :
 1. Membantu pasien mempertahankan atau memulihkan fungsi fisik dan kenyamanan.
 2. Mencegah terjadinya komlikasi.
- b. Pembinaan (*coaching*), termasuk intervensi untuk membebaskan rasa nyeri dan menyediakan penerimaan hati dan informasi, membangkitkan harapan, intergitas, atau meninngal sesuai budayanya.

c. *Comfort food* untuk jiwa, meliputi intervensi yang tidak dibutuhkan pasien saat terapi yang berguna bagi pasien, intervensi kenyamanan membuat pasien merasa lebih kuat dalam kondisi yang sulit diukur secara personal. Target intervensi adalah *transcendence* meliputi hubungan mengesankan antara perawat dan pasien,

Pasien adalah penerima perawatan, dapat perorangan, keluarga, lembaga, atau komunitas yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Lingkungan adalah semua aspek luar (fisis, politis, kelembagaan, dan lain-lain) dari pasien, keluarga, lembaga, dapat dimanipulasi oleh perawat atau seorang yang dicintai untuk meningkatkan kenyamanan.

Kesehatan adalah fungsi optimum diperlihatkan oleh pasien baik individu, keluarga, kelompok atau komunitas.

2.4.2 Bentuk logis :

Kolcaba menyatakan teori kenyamanan meliputi 3 tipe alasan logis :

a. *Induction*

Induksi terjadi setelah proses generalisasi dari pengamatan terhadap objek spesifik (Bishop & Hardin, 2006). Ketika perawat mendalami tentang praktek keperawatan dan sebagai disiplin, perawat menjadi familiar dengan konsep implicit atau eksplisit, term, proposisi, dan asumsi yang mendukung praktik keperawatan.

b. *Deduction*

Deduksi merupakan proses penyimpulan prinsip atau premis yang bersifat general menjadi kesimpulan yang lebih spesifik (Bishop & Hardin, 2006). Tahapan deduktif dari perkembangan teori mengsilkan hubungan *comfort* dengan konsep lain untuk menghasilkan sebuah teori.

c. *Retroductin*

Retroduction digunakan untuk menyeleksi fenomena yang sesuai untuk dikembangkan lebih luas untuk kemudian diuji kembali. Tipe ini diaplikasikan dalam area yang hanya memiliki beberapa teori (Bishop & Hardin, 2006).

2.5 Aplikasi teori kenyamanan terhadap penyakit paru obstruksi kronik

1. Pengkajian rasa nyaman terkait pengalaman fisik

Pasien dirawat diruangan dengan diagnosis penyakit paru obstruksi kronik. Keluhan penyakit paru obstruksi kronis difokuskan pada pernafasaan yang meliputi : pola pernafasaan yang berubah, pernafasaan yang dangkal, penggunaan otot bantu pernafasaan, frekuensi pernafasaan yang meningkat lebih dari 20x/menit. Adanya tanda – tanda seperti : batuk, sesak nafas, rasa berat pada dada. Pengukuran tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi per menit, suhu. Adanya penurunan berat badan pada pasien. Pasien yang cepat mengalami kelelahan pada aktivitas minimal. Gangguan ini dapat diperiksa dengan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, foto rontgen dan pemeriksaan penunjang lainnya. Hasil pemeriksaan penunjang dapat memperkuat dugaan penyebab rasa tidak nyaman secara fisik (Muttaqin, 2008).

2. Pengkajian rasa nyaman terkait pengalaman psikospiritual

Pengkajian rasa nyaman terkait psikospiritual mencakup kecemasan, kepercayaan diri, motivasi dan kepercayaan terhadap Tuhan. Kecemasan perlu dikaji hubungannya dengan dispneu, sesak napas dan perubahan status kesehatan yang terjadi. Pasien penyakit paru obstruksi kronik cenderung akan mengalami kecemasan. Kecemasan timbul akibat menghadapi pembedahan adalah penyebab utama penurunan kenyamanan (Rosilda, Widyawati, & Hidayati, 2014). Kenyamanan psikologis merupakan kondisi psikologis yang terbatas dari ketakutan dan stres. Kondisi tersebut merupakan stressor yang berpengaruh terhadap kenyamanan pasien.

3. Pengkajian rasa nyaman terkait pengalaman sosiokultural.

Pengkajian sosiokultural mencakup perkembangan sosial pasien penyakit obstruksi paru kronik interpersonal maupun intrapersonal. Lingkungan sosial yang banyak berinteraksi dengan pasien adalah keluarga. Kondisi hubungan dalam keluarga banyak dikaji dalam aspek ini. Keluarga menjadi sumber dukungan sosial yang dapat menjadi faktor dalam penyembuhan (Videbeck, 2008). Masalah yang muncul antara pemberi asuhan dengan pasien akan menimbulkan rasa tidak nyaman secara sosial.

4. Pengkajian rasa nyaman terkait pengalaman lingkungan.

Pengkajian lingkungan pada teori kenyamanan ini mencakup respon adaptasi pasien dan keluarga terhadap lingkungan fisik di rumah sakit. Lingkungan yang berbeda ini dapat menjadi suatu stressor tersendiri bagi pasien dan keluarga. Stressor tersebut dapat berupa cahaya lampu kamar, kebisingan atau suara-suara yang tidak bisa didengar seperti suara mesin, suara alat kesehatan,

suhu yang mungkin dingin atau terlalu panas/ apabila pasien dan keluarga tidak dapat beradaptasi maka akan timbul rasa tidak nyaman terhadap lingkungan (Peterson dan Bredow. 2004., Kolbaca, 2003).

5. Masalah keperawatan

Masalah keperawatan dapat dianalisa dari struktur taksonomi kenyamanan. Analisa dilakukan terhadap ketiga tingkat kenyamanan yang dikaitkan dengan pengalaman fisik, psikospiritual, sosiokultural dan lingkungan pasien dan keluarga. Menunjukkan perubahan homeostatis dan respon fisiologi pasien termasuk didalam diagnosis rasa tidak nyaman fisik pada *level relief* karena pasien penyakit paru obstruksi kronik mengalami sesak napas, dispneu, kelemahan fisik, peningkatan frekuensi pernafasaan.

Pengalaman psikospiritual pasien rasa tidak nyaman pada *level ease* karena merasa kecemasan akibat dari pembedahan, dan tindakan yang dilakukan selama perawatan (rosilda, widyawati, & hidayati, 2014).

Pengalaman sosiokultural akan mengalami masalah pada *level transcendence* adalah hubungan pasien dengan interpersonal maupun personal bila pasien dengan keluarga dan lingkungan sosial lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa hubungan pasien dengan keluarga. Kondisi ini beresiko terhadap ketegangan pemberi asuhan. pasien dan keluarga mengalami rasa nyaman pada *level transcendence* karena anak dan keluarga ingin segera pulang kerumah. Pasien dan keluarga sudah mulai terbiasa dengan lingkungan kamar.

6. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada peningkatan rasa nyaman pasien dan keluarga. Pengkajian keperawatan menggunakan taksonomi. Kenyamanan tidak

memerlukan waktu yang lama untuk menngkaji. Intervensi dikelompokkan menjadi 3 (tiga) jenis intervensi yaitu intervensi standar, pendampingan atau pelatihan dan tindakan kenyamanan ekstra perawat. Masing–masing pengalaman kenyamanan berbeda fokus intervensinya. Pengalaman fisik lebih banyak tindakan standard dari pada kedua tindakan lainnya salah satu contoh tindakan standar adalah mempertahankan hemeostatis pasien. Pengalaman sosiokultural lebih banyak tindakan pendampingan atau pelatihan dari pada kedua tindakan lainnya.

7. Implementasi dan evaluasi

Intervensi keperawatan diimplementasikan kemudian dievaluasi. Evaluasi menggunakan instrument yang berbeda–beda antara klien tergantung dan tingkat perkembangan pasien. Kenyamanan pasien yang tercapai akan dibandingkan dengan tujuan tindakan keperawatan. Kemudian perawat akan menyusun kembali rencana keperawatan untuk meningkatkan maupun mempertahankan kenyamanan yang telah sampai pada level *trancedence*. Proses inilah yang disebut dengan intervensi yang intens. Dengan demikian diharapkan kenyamanan klien dan keluarga akan selalu meningkat

2.6 Hasil peneliti terdahulu

Berdasarkan jurnal (Hartono, 2015) dengan judul peningkatan kapasitas vital paru pada pasien PPOK menggunakan metode pernafsaan *pursed lips*. Disimpulkan bahwa latihan pernapasan *pursed lips* mempromosikan manfaat dalam aktivitas sehari-hari. Pernapasan *pursed lip* sebagai pulmonary rehabilitation (PR) harus dianggap sebagai bagian dari pengobatan untuk pasien yang tinggal jauh dari rumah sakit pada PPOK yang berat.

Berdasarkan jurnal (Nugroho S, 2011) dengan judul terapi pernafasaan pada penderita asma. Hasil penelitian pada penderita asma terapi pernafasaan selain ditujukan untuk memperbaiki fungsi alat pernafasaan, bertujuan untuk melatih penderita untuk mengatur pernafasaan. Terapi pernafasan utama bagi penderita asma adalah latihan napas perut diafragma. Menggunakan teknik terdiri dari 2- 4 -2 yaitu : dua detik dengan inhalasi, diikuti dengan empat detik menahan nafas dengan membiarkan otot abdomen menonjol sebesar mungkin, dan dua detik ekshalasi atau menghembuskan nafas dengan frekuensi 3 kali seminggu.

Berdasarkan jurnal (Rahmawati R, Widyawati Y, Hidayati L) dengan judul kenyamanan pasien *pre* operasi diruang rawat inap bedah marwah rsu haji surabaya. Dari penelitian tersebut diambil kesimpulan bahwa sebagian besar pasien *pre* operasi yang menjadi sampel penelitian merasakan kenyamanan. Sebagian besar berusia dewasa, pernah mengalami pembedahan sebelumnya, memiliki tingkat kecemasan ringan, mendapat dukungan keluarga baik dan mengalami nyeri.

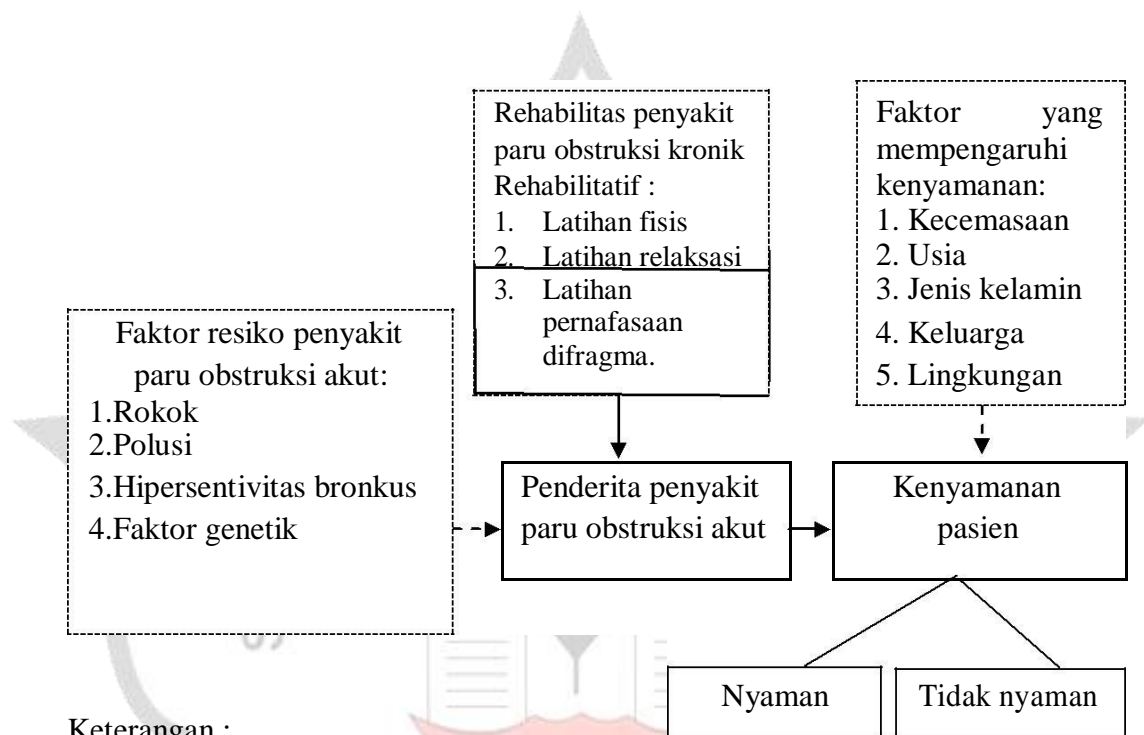
Berdasarkan jurnal (herlina, 2012) dengan aplikasi teori kenyamanan pada asuhan keperawatan anak disimpulkan bahwa asuhan keperawatan mempunyai filosofi yang berpusat pada keluarga. Tindakan keperawatan dikelompokkan dalam 3 jenis tindakan : a. intervensi kenyamanan standart untuk mempertahankan homeostasis b. pelatihan c. tindakan yang menyenangkan bagi jiwa.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah model konseptual yang berkaitan dengan bagaimana seorang peneliti menyusun teori atau menghubungkan secara logis beberapa faktor yang dianggap penting untuk masalah (Hidayat, 2014).



Keterangan :



: Variabel yang diteliti

: Variabel yang tidak diteliti

Gambar 3.1

Kerangka konseptual pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik (ppok) berbasis teori *of comfort* di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang

Keterangan kerangka konseptual:

Penyakit paru obstruksi kronik adalah penyakit paru kronik yang ditandai oleh hambatan aliran udara di saluran napas yang bersifat progressif nonreversibel atau reversibel parsial (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2003). Beberapa

Faktor resiko yang mempengaruhi penyakit paru obstruksi kronis antara lain adalah : rokok, polusi, hiperaktivitas brokus, faktor genetik. Pasien penyakit paru obstruksi kronik memiliki kebutuhan khusus karena penyakit yang bersifat kronik. Latihan rehabilitasi pada pasien penyakit obstruksi kronik meliputi : latihan fisis, latihan psikososial, latihan relaksasi dan latihan pernafasan dapat membantu meningkatkan ventilasi dan mengatasi keadaan hipoksik pasien penyakit paru obstruksi kronik (Rosaldahl, 2015).

Kenyamanan telah menjadi tujuan utama dari keperawatan, sebab dengan kenyamanan kesembuhan dapat diperoleh (Allgood & Tomey, 2006). faktor yang mempengaruhi kenyamanan adalah kecemasan, usia jenis kelamin, keluarga.

Latihan pernafasan dapat digunakan sebagai rujukan tindakan nonfarmakologis. Teknik pernafasan yang digunakan adalah pernafasan diafragma (Nurun S, 2014). Untuk membuat kenyamanan pada pasien obstruksi kronis dapat dilakukan dengan rehabilitasi menggunakan latihan pernafasan diafragma.

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu jawaban yang bersifat sementara terhadap permasalahan penelitian, sampai terbukti melalui data yang terkumpul (Arikunto, 2010).

Dari kajian di atas tersebut maka hipotesis dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

H₁ : Ada pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik

BAB 4

METODE PENELITIAN

Metode penelitian adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran ilmu pengetahuan atau pemecahan masalah. Pada dasarnya menggunakan metode ilmiah (Notoatmodjo, 2010). Metode penelitian meliputi : waktu dan tempat penelitian, rancangan penelitian, populasi sampel dan sampling, kerangka kerja, identifikasi variabel, definisi operasional, instrumen, pengumpulan data, analisa data dan etika penelitian.

4.1 Desain penelitian

Desain penelitian adalah sesuatu yang vital dalam penelitian yang memungkinkan memaksimalkan suatu kontrol beberapa faktor yang bisa mempengaruhi validitas suatu hasil. Desain riset sebagai petunjuk peneliti dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab suatu pertanyaan (Nursalam, 2013).

Jenis penelitian pra eksperimen yaitu suatu rancangan penelitian yang digunakan untuk mencari hubungan sebab akibat dengan adanya keterlibatan penelitian dalam melakukan manipulasi terhadap variabel bebas (Nursalam, 2014). Desain penelitian yang digunakan adalah *one group pre test post test design* yang merupakan rancangan eksperimen dengan cara dilakukan pre test terlebih dahulu sebelum diberikan intervensi kemudian setelah diberi intervensi dilakukan post test (Hidayat, 2014).

| Subjek | Pre test | Perlakuan | Post test |
|--------|-------------------------|-----------|-------------------------|
| K | Observasi dan Kuesioner | X | Observasi dan Kuesioner |

Keterangan

K : Subjek (pasien penyakit paru obstruktif kronik)

X : pernafasaan diafragma

4.2 Waktu dan tempat penelitian

4.2.1 Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari sampai juni 2017.

4.2.1 Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang

4.3 Populasi, sampel dan sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Arikunto, 2010). Dalam penelitian ini populasi yang digunakan adalah semua pasien penyakit paru obstruktif kronik di Ruang Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada 3 bulan terakhir dari bulan desember sampai dengan februari dengan rata – rata berjumlah 26 orang/ bulan.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Hidayat, 2014). Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien penyakit paru obstruktif kronik di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaeten Jombang yang berjumlah 23 orang.

Penentuan sampel < 1000 menggunakan rumus :

$$\boxed{n = \frac{N}{1 + N(d)^2}}$$

Keterangan:

N= jumlah populasi

n = jumlah sampel

D= tingkat signifikan

$$n = \frac{26}{1 + 26(0,05)^2}$$

$$n = \frac{26}{1 + 26(0,0025)}$$

$$n = \frac{26}{1 + 0,085}$$

$$n = \frac{26}{1,085}$$

= 23 orang

(Nursalam, 2013).

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian pada populasi target dan populasi terjangkau (Nursalam, 2013). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

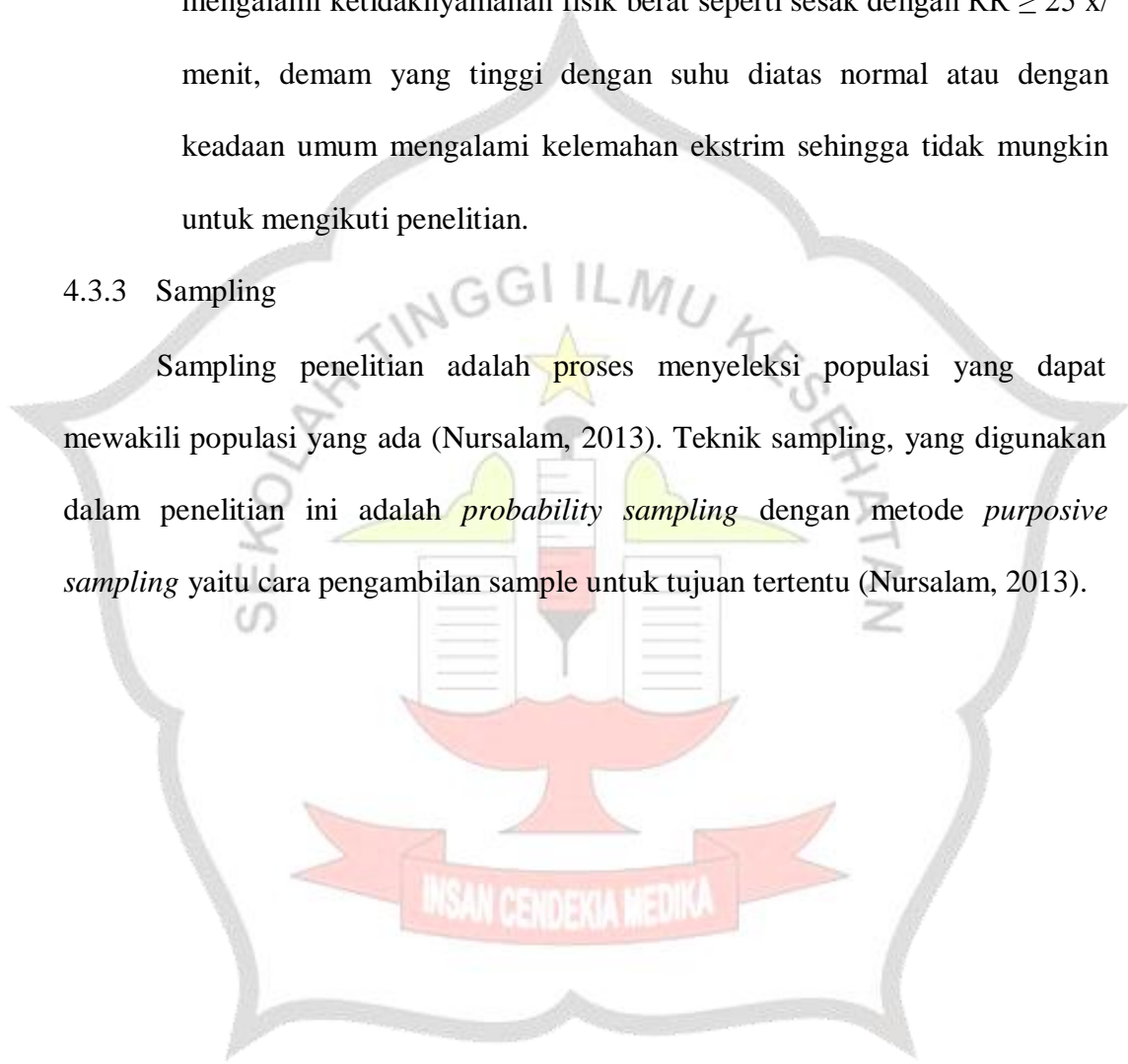
1. Usia minimal 21 tahun.
2. Pasien dalam keadaan *composmetis*.
3. Pasien tidak saat terjadi serangan.
4. Pasien penyakit paru obstruktif kronik yang kooperatif dan bersedia menjadi responden.

b. Kriteria eksklusi

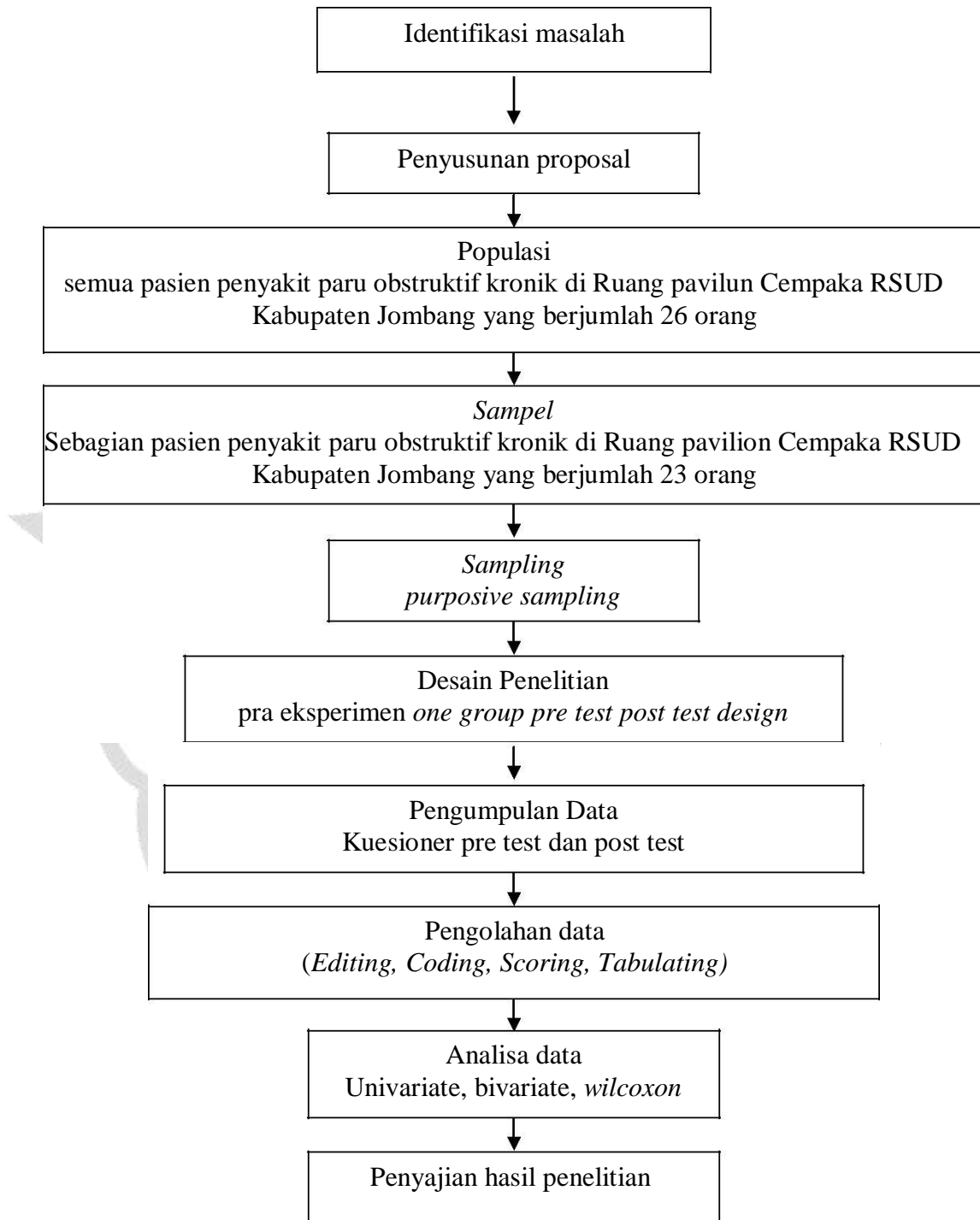
Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan sebagian subyek yang memenuhi inklusi dari penelitian karena berbagai sebab (Nursalam, 2013). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah : pasien yang mengalami ketidaknyamanan fisik berat seperti sesak dengan $RR \geq 25$ x/ menit, demam yang tinggi dengan suhu diatas normal atau dengan keadaan umum mengalami kelemahan ekstrim sehingga tidak mungkin untuk mengikuti penelitian.

4.3.3 Sampling

Sampling penelitian adalah proses menyeleksi populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2013). Teknik sampling, yang digunakan dalam penelitian ini adalah *probability sampling* dengan metode *purposive sampling* yaitu cara pengambilan sample untuk tujuan tertentu (Nursalam, 2013).



4.4 Kerangka kerja (*Frame work*)



Gambar 4.1 : Kerangka kerja pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik (ppok) berbasis *teori of comfort* di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang

4.5 Identifikasi variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain).

1. Variabel *independent* (bebas)

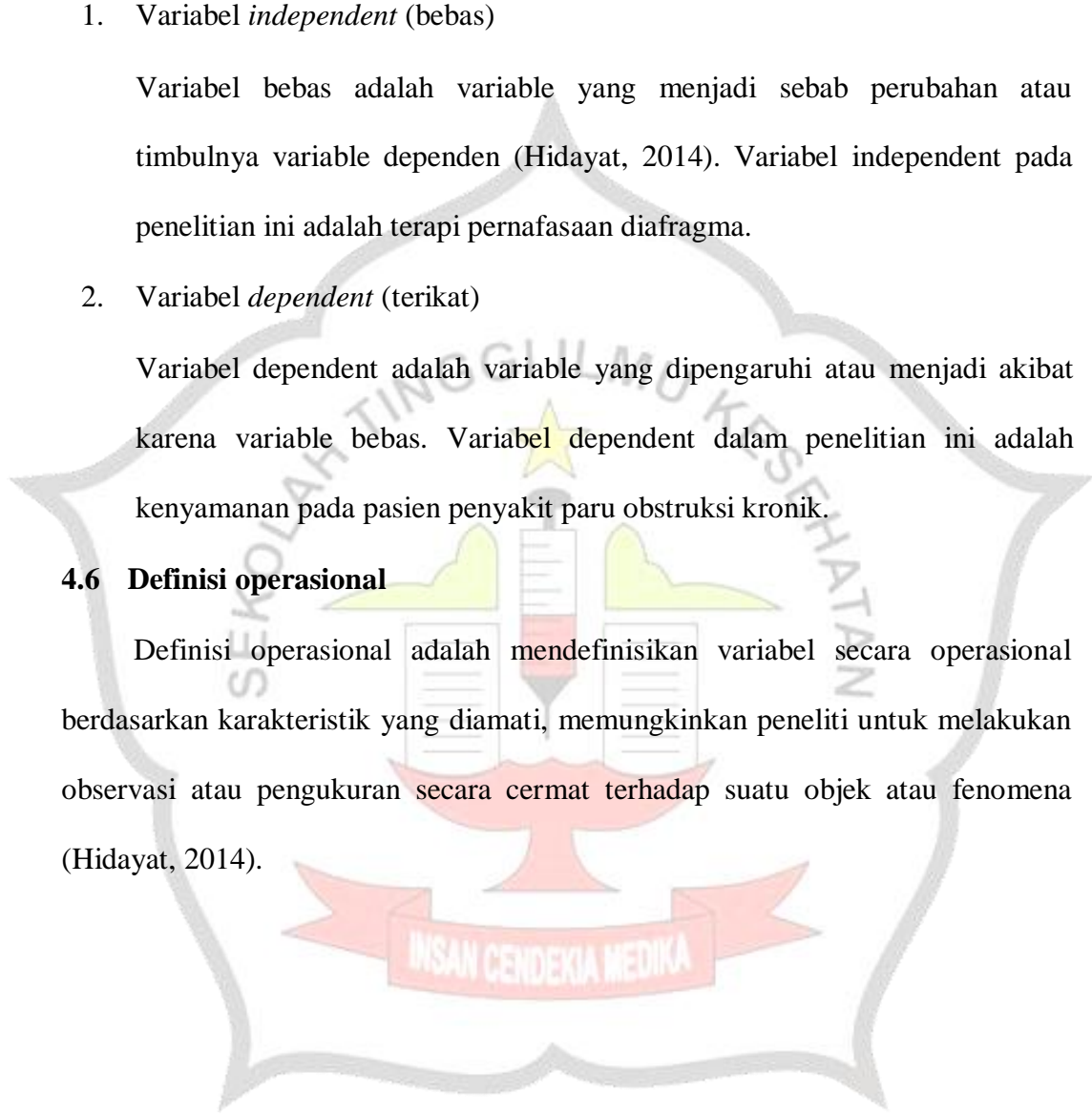
Variabel bebas adalah variable yang menjadi sebab perubahan atau timbulnya variable dependen (Hidayat, 2014). Variabel independent pada penelitian ini adalah terapi pernafasaan diafragma.

2. Variabel *dependent* (terikat)

Variabel dependent adalah variable yang dipengaruhi atau menjadi akibat karena variable bebas. Variabel dependent dalam penelitian ini adalah kenyamanan pada pasien penyakit paru obstruksi kronik.

4.6 Definisi operasional

Definisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2014).



Tabel 4.1. Definisi operasional pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik (ppok) berbasis teori *of comfort* di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang

| Variabel | Definisi Operasional | Parameter | Alat Ukur | Skala | Skor |
|--|--|--|---|---------|---|
| <i>Independent</i> Terapi pernafasaan diafragma | pernapasan diafragma merupakan pernapasan yang pelan, sadar, dan dalam | <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan konsentrasi mengatur pernafasan 2. Meningkatkan oksigen dalam darah 3. Menurunkan hormone adrenaline 4. Memberikan rasa tenang 5. Mengurangi detak jantung 6. Menurunkan tekanan darah 7. Meningkatkan sirkulasi | Lembar Observasi | - | - |
| Variabel dependant tingkat kenyamanan pasien. | Kenyamanan adalah kondisi perasaan seseorang yang merasa nyaman berdasarkan persepsi masing – masing individu. | Aspek kenyamanan menurut kolcaba 2004 : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kenyamanan fisik (sensasi yang dirasakan oleh individu) 2. Kenyamanan psikospiritual (kecemasan, ketakutan) | <i>General comfort question-naire (GCQ)</i> Kuesioner | Ordinal | Skala likert pernyataan positif SS = 4 S = 3 TS = 2 STS = 1 Pernyataan negatif SS = 1 S = 2 TS = 3 STS = 1 Hasil sekor nilai jawaban kemudian di kategori dalam bentuk: a. Nyaman Jika T hitung $\geq T$ mean b. Tidak nyaman Jika T hitung \leq mean (azwar,2013) |

b. Uji realibitas

Uji reliabilitas digunakan untuk mengetahui sampai sejauh mana suatu hasil pengukuran relatif konsisten apabila pengukuran dilakukan dua kali atau lebih. Dengan kata lain, reliabilitas menunjukkan konsistensi suatu alat ukur dalam mengukur gejala yang sama. Untuk mengetahui reliabilitas kuesioner, penelitian ini menggunakan pendekatan pengukuran reliabilitas konsistensi internal dengan menghitung koefisien alpha. Koefisien alpha ini berkisar antara 0 sampai 1. Suatu konstruk atau variabel dikatakan *reliable* jika memberikan nilai Cronbach Alpha $> 0,6$ mengetahui reliabilitas digunakan rumus Alpha sebagai berikut (Arikunto, 2012):

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

Keterangan:

| | | | |
|----------|---------------------|---------------|----------------------------|
| r_{xy} | : Realibilitas | δ_{2b} | : Varian skor setiap butir |
| k | : Jumlah butir soal | δ_{2t} | : Varian tota |

4.8 Teknik pengumpulan data

Dalam melakukan penelitian, prosedur yang ditetapkan adalah sebagai berikut:

1. Mengurus surat pengantar penelitian ke STikes ICMe Jombang ke Direktur RSUD Kabupaten Jombang.
2. Setelah mendapat rekomendasi atau ijin dari diklat RSUD Kabupaten Jombang peneliti meminta izin kepada Kepala Ruang Cempaka RSUD Kabupaten Jombang untuk pengambilan data.
3. Sebelum melakukan penelitian peneliti menjelaskan mengenai tujuan

penelitian, manfaat penelitian dan penelitian yang dilakukan tidak berdampak buruk bagi responden, dan menjelaskan cara mengisi kuesioner.

4. Setelah responden jelas mengenai informasi penelitian dan bersedia menjadi subjek penelitian responden diminta untuk menandatangani *informed consent* atau lembar persetujuan.
5. Sebelum melakukan terapi pernafasaan diafragma responden diperiksa dahulu tanda – tanda vital : TD, nadi, suhu, RR dan mengisi kuesioner.
6. Memberikan pernafasan diafragma : dengan kompensasi pemberian 2- 4 -2 yaitu : dua detik dengan inhalasi, diikuti dengan empat detik menahan nafas dengan membiarkan otot abdomen menonjol sebesar mungkin, dan dua detik ekshalasi atau menghembuskan nafas. Dapat diulangi selama 1 menit dengan diikuti masa istirahat 2 menit dengan frekuensi 3 kali seminggu.
7. Setelah melakukan terapi pernafasaan diafragma responden diperiksa kembali tanda – tanda vital : TD, nadi, suhu, RR dan mengisi kuesioner.
8. Responden pada saat dilakukan penelitian harus melihat etika penelitian.
9. Setelah semua data hasil kuesioner dan lembar observasi terisi, peneliti kemudian melakukan analisa data.
10. Menyusun hasil penelitian.

4.9 Pengolahan dan analisa data

4.9.1 Pengolahan data

Menurut Hidayat (2014) setelah angket dari responden terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan cara sebagai berikut:

a. Editing

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

b. *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode *numeric* (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali melihat dan arti suatu kode dari suatu variabel. *Coding* adalah tahap dimana peneliti memberi kode pada setiap kategori yang ada dalam setiap variabel.

1. Responden

| | |
|------------------|------------------|
| Responden 1 = R1 | Responden 3 = R3 |
| Responden 2 = R2 | Responden 4 = R4 |

2. Umur

| | |
|-----------------|-----------------|
| Umur 21-30 = U1 | Umur 31-40 = U2 |
| Umur 41-50 = U3 | Umur 51-60 = U4 |

3. Jenis kelamin

| | |
|------------------|----------------|
| Laki – laki = J1 | Perempuan = J2 |
|------------------|----------------|

4. Tingkat Pendidikan

| | |
|--------------------------------------|------------------|
| Pendidikan dasar (SD-SMP) | = T ₁ |
| Pendidikan Menengah(SMA) | = T ₂ |
| Pendidikan tinggi (Perguruan Tinggi) | = T ₃ |

5. Pekerjaan

Bekerja = P1 Tidak bekerja = P2

6. Pernah mendapat informasi pernafasaan diafragma

Pernah = D1 Tidak pernah = D2

7. Merokok

Iya = M1 Tidak = M2

Jumlah dalam sehari jika menjawab iya

$\leq 3 = B1$ $\geq 4 = B2$ Kadang – kadang = B3

c. *Scoring*

Skoring adalah melakukan penilaian untuk jawaban dari responden untuk mengukur kenyamanan dengan kuesioner yang terdiri 24 item pernyataan dengan sifat positif dan negatif dengan skala likert.

| Sifat pernyataan positif | | Sifat pernyataan negatif | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| Sangat setuju | = 4 | Sangat setuju | = 1 |
| Setuju | = 3 | Setuju | = 2 |
| Tidak setuju | = 2 | Tidak setuju | = 3 |
| Sangat tidak setuju | = 1 | Sangat tidak setuju | = 4 |

d. *Tabulating*

Tabulating adalah mengelompokkan data ke dalam satu tabel tertentu menurut sifat-sifat yang dimiliki. Pada data ini dianggap bahwa data telah diproses sehingga harus segera disusun dalam suatu pola format yang telah dirancang.

Adapun hasil pengolahan data tersebut diinterpretasikan menggunakan skala kumulatif :

100 % = Seluruhnya

| | |
|-------------|------------------------------------|
| 76 % - 99 % | = Hampir seluruhnya |
| 51 % - 75 % | = Sebagian besar dari responden |
| 50 % | = Setengah responden |
| 26 % - 49 % | = Hampir dari setengahnya |
| 1 % - 25 % | = Sebagian kecil dari responden |
| 0 % | = Tidak ada satupun dari responden |

(Arikunto, 2010).

4.9.2 Analisa data

1. Analisis univariate

Analisis univariate dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian.

Pada umumnya dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). yaitu variabel terapi pernafasaan diafragma, kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik.

Untuk mengukur kenyamanan pasien digunakan skala likert. Variabel kenyamanan menggunakan rumus skor – T, yaitu :

$$T = 50 + 10 \left[\frac{X - \bar{X}}{s} \right]$$

Dimana :

X : Skor responden pada skala kenyamanan yang hendak diubah menjadi skor T

\bar{X} : Mean skor kelompok

s : Deviasi standar skor kelompok

Untuk mencari s digunakan rumus :

$$s^2 = \frac{\sum (X_i - \bar{X})^2}{n - 1}$$

s : varian skor pernyataan

n : jumlah responden

Skor mean T = _____

Nilai $T \geq 50$, berarti subyek nyaman

Nilai $T < 50$, berarti subjek tidak nyaman

(Azwar, 2011).

2. Analisis bivariante

Analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010), yaitu kriteria variabel terapi pernafasaan diafragma, kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik.

Untuk mengetahui hubungan antara dua variabel apakah signifikansi atau tidak dengan signifikan atau kebenaran 0,05 dengan menggunakan uji *uji wilcoxon* dengan *software* SPSS, dimana $\rho < \alpha = 0,05$ maka ada pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang sedangkan $\rho > \alpha = 0,05$ tidak pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik di Ruang pavilion Cempaka RSUD Jombang.

4.10 Etika penelitian

4.10.1 Informed consent

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden. *Informed Consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.

4.10.2 Anonimity (tanpa nama)

Masalah etika merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama. Responden pada lembar alat ukur hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

4.10.3 Confidentiality (kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2014).

4.11 Keterbatasan penelitian

4.11.1 Keterbatasan responden

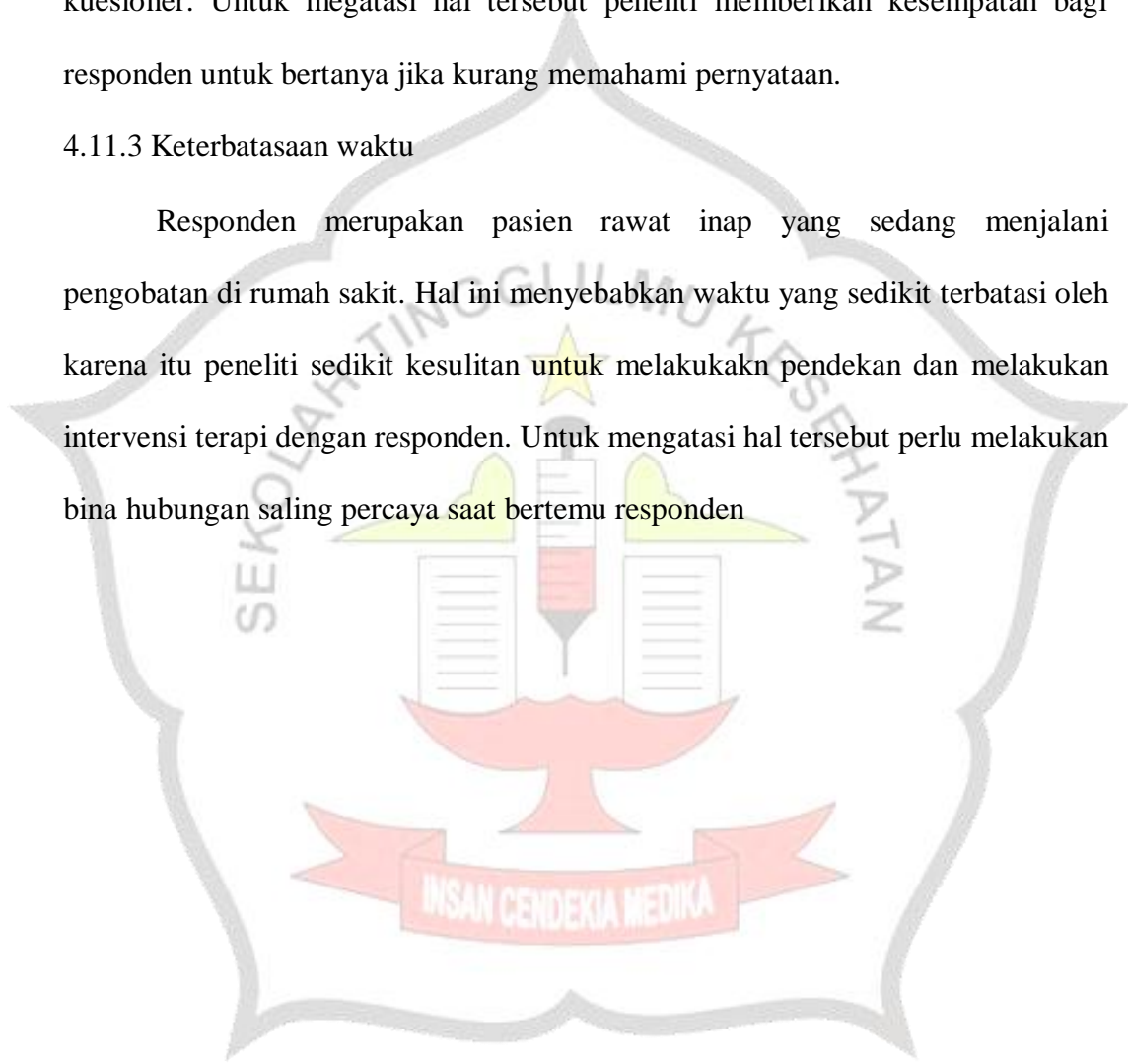
Pengambilan data dilakukan dirumah sakit yang menyebabkan adanya kemungkinan responden merasa takut dalam mengungkapkan kejujurannya. Mengatasi hal tersebut peneliti selalu menjelaskan kepada responden agar tidak usah mencantumkan nama pada kuesioner.

4.11.2 Keterbatasan data

Pengumpulan data menggunakan kuesioner mempunyai dampak yang sangat subjektif sehingga kebenaran data tergantung dari kejujuran responden. Selain itu juga terjadi kesalahfahaman responden tentang pernyataan pada kuesioner. Untuk mengatasi hal tersebut peneliti memberikan kesempatan bagi responden untuk bertanya jika kurang memahami pernyataan.

4.11.3 Keterbatasan waktu

Responden merupakan pasien rawat inap yang sedang menjalani pengobatan di rumah sakit. Hal ini menyebabkan waktu yang sedikit terbatas oleh karena itu peneliti sedikit kesulitan untuk melakukan pendekatan dan melakukan intervensi terapi dengan responden. Untuk mengatasi hal tersebut perlu melakukan bina hubungan saling percaya saat bertemu responden



BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini akan diuraikan hasil penelitian yang dilaksanakan di paviliun cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 april 2017- 19 mei 2017 dengan jumlah responden sebanyak 23 orang. Hasil penelitian disajikan dalam dua bagian yaitu data umum dan data khusus. Data umum dimuat karakteristik jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan, pekerjaan, kebiasaan merokok. Sedangkan data khusus terdiri dari kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dilakukan pernafasaan diafragma dan kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik serta tabel silang yang pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) berbasis *theory of comfort* di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di Paviliun ruang Cempaka RSUD Kabupaten Jombang. RSUD Kabupaten Jombang meningkatkan pelayanan menjadi RS tipe B non Pendidikan. Sejak Januari 2009 RSUD Kabupaten Jombang status pelayanannya berubah dari tipe B. Lokasi RSUD Jombang adalah terletak di Jln. Wachid Hasyim No.52 Jombang. Sebelah utara berbatasan dengan JL. Jayanegara, sebelah timur berbatasan dengan JL. Adityawarman, sebelah selatan berbatasan dengan JL. Sriwijaya dan sebelah barat berbatasan dengan JL. Gatot Subroto dan JL. Dr. Suetomo. Ruang paviliun Cempaka merupakan ruangan rawat inap yang terdapat pasien yang mengalami gangguan respirasi seperti : pneumonia, TB,

asma bronkiale, bronkitis, penyakit paru obstruksi kronik, terdapat ruang HCU, ruang kelas 1, kelas 2, dan kelas 3.

Berikut Visi dan Misi RSUD Kabupaten Jombang :

1. Visi

Menjadi Rumah Sakit rujukan dalam pelayanan pilihan utama masyarakat di Kabupaten Jombang dan sekitarnya.

2. Misi

Meningkatkan mutu pelayanan, sarana, prasarana dan sumber daya manusia sesuai standart .

5.1.2 Data Umum

Penelitian yang telah dilakukan, deskripsi karakteristik demografi pasien penyakit paru obstruksi kronik di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang dari 23 responden sebagai berikut :

1. Karakteristik responden berdasarkan umur

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur di ruang paviliun RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April 2017- 19 Mei 2017.

| No | Umur | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------|-------------|-----------|----------------|
| 1 | 20-30 tahun | 1 | 4.3 |
| 2 | 31-40 tahun | 2 | 8.7 |
| 3 | 41-50 tahun | 6 | 26.1 |
| 4 | 51-60 tahun | 14 | 60.9 |
| Total | | 23 | 100.0 |

Sumber : Data primer 2017

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa dari 23 responden sebagian besar responden berumur 51-60 tahun dengan jumlah 14 orang (60,9%).

2. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April - 19 Mei 2017

| No | Pekerjaan | Frekuensi | Persentase (%) |
|----|---------------|-----------|----------------|
| 1 | Bekerja | 9 | 39.1 |
| 2 | Tidak bekerja | 14 | 60.9 |
| | Total | 23 | 100.0 |

Sumber : Data primer 2017

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa dari 23 responden sebagian besar tidak bekerja dengan jumlah 14 responden (60,9%) .

3. Karakteristik responden berdasarkan informasi tentang pernafasaan difragma.

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan informasi tentang pernafasaan difragma di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April - 19 Mei 2017

| No | Informasi | Frekuensi | Persentase (%) |
|----|--------------|-----------|----------------|
| 1 | Pernah | 5 | 21.7 |
| 2 | Tidak pernah | 18 | 78.3 |
| | Total | 23 | 100.0 |

Sumber : Data primer 2017

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa dari 23 responden hampir seluruhnya tidak pernah mengetahui informasi tentang latihan pernafasaan diafragma dengan jumlah 18 responden (78,3%).

4. Karakteristik responden berdasarkan merokok

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan merokok di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April - 19 Mei 2017

| No | Merokok | Frekuensi | Persentase (%) |
|----|---------|-----------|----------------|
| 1 | Iya | 15 | 65.2 |
| 2 | Tidak | 8 | 34.8 |
| | Total | 23 | 100.0 |

Sumber : Data primer 2017

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 23 responden sebagian besar yang merokok sejumlah 15 responden (65,2%).

5. Karakteristik responden berdasarkan jumlah batang rokok /hari

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jumlah batang rokok /hari di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April - 19 Mei 2017

| No | Jumlah batang rokok / hari | Frekuensi | Persentase (%) |
|----|----------------------------|-----------|----------------|
| 1 | < 3 | 1 | 6.7 |
| 2 | > 4 | 14 | 93.3 |
| | Total | 15 | 100.0 |

Sumber : Data primer 2017

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa sebagian besar dari 15 responden hampir seluruhnya jumlah batang rokok dalam sehari ≥ 4 dengan jumlah 14 responden (93,3%).

5.1.3 Data Khusus

1. Kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dilakukan pernafasaan diafragma.
 - a. Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi responden berdasarkan kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dilakukan pernafasaan diafragma di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April 2017 - 19 Mei 2017.

| No | Pre test | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------|--------------|-----------|----------------|
| 1 | Tidak nyaman | 13 | 56.5 |
| 2 | Nyaman | 10 | 43.5 |
| Total | | 23 | 100.0 |

Sumber : Data primer 2017

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa dari 23 responden sebagian besar responden mengalami tidak nyaman sebelum dilakukan pernafasaan diafragma adalah dengan jumlah 13 responden (56,5%)

- b. Tabel 5.9 Distribusi frekuensi responden berdasarkan parameter kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dilakukan pernafasaan diafragma di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April 2017 - 19 Mei 2017.

| No. | Parameter | Σ skor | rata- rata parameter | Persentase (%) |
|-------|---------------------------|---------------|----------------------|----------------|
| 1. | Kenyamanan fisik | 630 | 2.49 | 40.15 |
| 2. | Kenyamanan psikospiritual | 939 | 3.14 | 59.85 |
| Total | | 1569 | 5.63 | 100.00 |

Sumber : Data primer 2017

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa dari 23 responden hampir dari setengahnya mengalami tidak nyaman sebelum dilakukan pernafasaan diafragma yaitu pada parameter kenyamanan fisik pasien dengan rata- rata dengan jumlah 2,49 atau (40.15 %).

2. Kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sesudah dilakukan pernafasaan diafragma.

- a. Tabel 5.10 Distribusi frekuensi responden berdasarkan kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sesudah dilakukan pernafasaan diafragma di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April 2017 - 19 Mei 2017

| No | Post test | Frekuensi | Persentase (%) |
|-------|--------------|-----------|----------------|
| 1 | Tidak Nyaman | 5 | 21,7 |
| 2 | Nyaman | 18 | 78,3 |
| Total | | 23 | 100,0 |

Sumber : Data primer 2017

Tabel

5.10 menunjukkan bahwa dari 23 responden hampir seluruhnya mengalami nyaman setelah dilakukan pernafasaan diafragma adalah dengan jumlah 18 responden (78,3%).

- b. Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi responden berdasarkan parameter kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sesudah dilakukan pernafasaan diafragma di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April 2017 - 19 Mei 2017

| No. | Parameter | Σ skor | rata-rata parameter | Persentase % |
|-------|---------------------------|---------------|---------------------|--------------|
| 1. | Kenyamanan fisik | 703 | 2,78 | 41,47 |
| 2. | Kenyamanan psikospiritual | 992 | 3,32 | 58,53 |
| Total | | 1,695 | 6,10 | 100,00 |

Sumber : Data primer 2017

Berdasarkan tabel 5.11 menunjukkan bahwa 23 responden hampir dari setengahnya mengalami kenyamanan secara fisik setelah dilakukan pernafasaan diafragma adalah dengan jumlah 2.78 responden atau (41,47%).

3. Hasil pengukuran kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan

- a. Tabel 5.12 Hasil pengukuran kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April 2017 - 19 Mei 2017

| Kenyamanan pasien PPOK | Pre test | Presentase (%) | Post test | Presentase (%) |
|------------------------|----------|----------------|-----------|----------------|
| Tidak nyaman | 13 | 56.5 | 5 | 21,7 |
| Nyaman | 10 | 43.5 | 18 | 78,3 |
| Total | 23 | 100.0 | 23 | 100,0 |

Uji *wilcoxon* = (0,005)

Sumber : data primer 2017

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa dari 23 responden penyakit paru obstruksi kronik sebagian besar responden mengalami tidak nyaman sebelum diberi pernafasaan diafragma adalah dengan jumlah 13 responden (56.5%), Sedangkan sesudah diberi pernafasaan diafragma hampir seluruhnya responden mengalami kenyamanan adalah jumlah 18 responden atau (78,3%).

- b. Tabel 5.13 Hasil pengukuran berdasarkan parameter kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dan sesudah dilakukan perlakuan di Ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pada tanggal 19 April 2017 - 19 Mei 2017

| Parameter | Σ skor Pre test | \bar{x} | Presentase (%) | Σ skor Post test | \bar{x} | Presentase (%) |
|---------------------------|------------------------|-----------|----------------|-------------------------|-----------|----------------|
| Kenyamanan fisik | 703 | 2.49 | 40.15 | 703 | 2.78 | 41.47 |
| Kenyamanan psikospiritual | 939 | 3.14 | 59.85 | 992 | 3.32 | 58.53 |
| Total | 1.642 | 5.63 | 100.00 | 1.695 | 6.10 | 100.00 |

Sumber : data primer 2017

Tabel 5.13 menunjukkan bahwa dari 23 berdasarkan parameter kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik hampir dari setengahnya mengalami ketidaknyamanan secara fisik sebelum diberi pernafasaan diafragma adalah dengan jumlah rata-rata 2,49 atau (40,15%). Sedangkan sesudah diberi pernafasaan diafragma hampir setengahnya responden mengalami ingkatan kenyamanan secara fisik adalah jumlah rata-rata parameter 2.78 atau (41.47%).

Hasil uji statistik wilcoxon diperoleh angka signifikan atau nilai probalitas (0,005) jauh lebih rendah standart signifikan 0,05 atau ($p < \alpha$), dikarenakan $p < \alpha$, yang berarti ada pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) berbasis *teori of comfort* di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum dilakukan pernafasaan diafragma.

Data hasil penelitian menjelaskan bahwa sebagian besar dari pasien penyakit paru obstruksi kronik merasa tidak nyaman sebelum dilakukan pernafasaan diafragma adalah dengan jumlah 13 responden atau (56,5%). Teori kolkaba (2011) menjelaskan bahwa aspek kenyamanan seseorang individu terdiri dari 4 aspek yang yaitu kenyamanan fisik, psikospiritual, Lingkungan, dan sosial kultural. Kolcaba menjelaskan bahwa kenyamanan sebagai suatu keadaan telah terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang bersifat individual dan holistik. Dengan terpenuhinya kenyamanan dapat menyebabkan perasaan sejahtera pada diri

individu. Teori NANDA Internasional 2015-2017 juga menjelaskan kenyamanan adalah sebagai rasa sejahtera atau nyaman secara mental, fisik atau sosial. Dalam hal ini yang terlibat tidak hanya masalah fisik, biologis, tetapi juga perasaan.

Peneliti sebelum dilakukan pernafasaan diafragma pasien merasa tidak nyaman dengan jumlah rata-rata 1,87 hal ini disebabkan karena, sebagian besar responden menjawab "saat ini mereka merasakan bahwa tubuhnya saat ini tidak dalam keadaan santai atau rileks". Pasien penyakit paru obstruksi kronik mengeluh merasakan: sesak pada bagian dada, nyeri ulu hati, sakit kepala, dan berdasarkan jawaban responden dengan rata-rata 1,96 mereka merasakan tubuhnya sangat lelah. Gejala klinis lain diantaranya adalah pasien terlihat seperti: melakukan peningkatan usaha bernapas, batuk, keadaan umum pasien terlihat pucat, pasien terlihat cemas dan bingung. Keluhan dari pasien penyakit paru obstruksi kronik dapat menyebabkan pasien merasa tidak nyaman, dalam hal ini pasien penyakit paru obstruksi kronik mengalami gangguan kenyamanan adalah pada kenyamanan fisik.

Kolcaba (2011) menjelaskan kenyamanan fisik yaitu gangguan kenyamanan yang berkenaan dengan sensasi tubuh. Kebutuhan fisik yang terlihat seperti nyeri, sakit, mual, muntah, mengigil. Data hasil penelitian menyebutkan bahwa 23 responden hampir dari setengahnya mengalami tidak nyaman sebelum dilakukan pernafasaan diafragma yaitu pada parameter kenyamanan fisik pasien dengan jumlah rata-rata parameter 2,49 atau (40.15%). Pasien merasakan ketidaknyamanan fungsi tubuh, dan mengalami keterbatasan kemandirian, sehingga pasien cenderung menghindari aktivitas fisik sehari-hari, menyebabkan

immobilisasi, hubungan pasien dengan lingkungan sosial menurun (Khotimah, 2013).

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami kenyamanan psikospiritual dengan jumlah rata-rata parameter 3,14 atau (59,85 %).

Teori kolkaba (2003) menjelaskan bahwa seseorang dikatakan memiliki kenyamanan psikospiritual apabila terbebas dari kecemasan, ketakutan dan stress. Asmadi (2008) menjelaskan bahwa karakteristik seseorang dengan kecemasan ringan adalah dengan sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan meningkat sedikit, gejala ringan pada lambung, muka berkerut sedikit, bibir bergetar, tremor halus pada tangan, dan suara- suara meninggi.

Peneliti berpendapat pada kenyamanan psikospiritual bahwa berdasarkan jawaban responden sebelum dilakukan terapi pernafasaan diafragma pada pasien penyakit paru obstruksi kronik mengalami kecemasan ringan. Sebagian besar dari pasien merasa cemas dikarenakan berhubungan dengan sakit yang diderita. Dari jawaban resonden sebagian besar mengatakan bahwa "mereka mengalami perubahan sehingga membuat gelisah dengan rata- rata 2,13"

Teori kolcaba (2003) menjelaskan bahwa usia merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi persepsi tentang kenyamanan total. Usia akan mempengaruhi karakteristik fisik normal. Kemampuan untuk berpartisipasi dalam pemeriksaan fisik praopertif juga dipengaruhi oleh usia (Asmadi , 2008). Data dari hasil penelitian diruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang menyebutkan bahwa sebagian besar responden berumur 51-60 tahun dengan jumlah 14 orang (60%). Menurut peneliti gangguan kenyamanan pasien penyakit

paru obstruksi kronik adalah sebagian besar diderita oleh pasien yang sudah lansia yaitu usia dari 51-60 tahun, di karenakan ketika usia mulai senja, lansia mulai mengalami penurunan. Penurunan kemampuan fisik ditandai dengan penderita tampak cemas, mudah lelah, sehingga mengganggu aktivitas sehari- hari.

Bararah dan Jahuar mendefinisikan penyakit paru obstruksi kronik adalah penyakit menahun yang progresif, sebagian besar diderita oleh orang yang setengah umur atau lebih dan lebih sering diderita oleh laki- laki. Bararah dan jahuar menjelaskan bahwa faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya penyakit paru obstruksi kronik adalah rokok, infeksi, polusi, faktor genetik. Iritasi kronik akibat merokok menimbulkan peningkatan jumlah neutrofil dan secara langsung mendorong pelepasan protease (elastase) dari neutrofil, sehingga pada perokok terjadi peningkatan enzim proteolitik yang berasal dari leukosit.

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa dari 23 responden sebagian besar yang merokok adalah dengan jumlah 15 responden (65,2%), dan menunjukkan bahwa sebagian besar dari 15 responden hampir seluruhnya jumlah batang rokok dalam sehari ≥ 4 dengan jumlah 14 responden (93,3%). Penyakit paru obstruksi kronik tersebut sebagian besar adalah diderita oleh laki – laki yaitu dengan jumlah 14 responden (60,9%).

Uraian diatas maka peneliti berpendapat bahwa, pasien yang mengalami sakit penyakit paru obstruksi kronik adalah memiliki riwayat sebagai seorang perokok aktif. Sebagian besar diderita oleh laki-laki. Merokok merupakan faktor resiko terjadinya peningkatan resiko penyaki kardiovaskuler, osteoporosis, depresi adalah merupakan manifestasi sistemik dari penyakit yang berdampak negatif

pada kondisi kenyamanan pasien secara fisiologis maupun psikologis maupun lingkungan pasien.

5.2.2 Kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik setelah dilakukan pernafasaan diafragma.

Tabel 5.8 menunjukkan dari 23 responden sebagian besar dari pasien penyakit paru obstruksi kronik menyatakan mengalami nyaman sesudah dilakukan pernafasaan diafragma adalah dengan sejumlah 13 responden (56,5). Data hasil penelitian yang dilakukan di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang menyebutkan dari 23 responden hampir dari setengahnya mengalami kenyamanan secara fisik setelah dilakukan pernafasaan diafragma adalah dengan jumlah 2.98 responden atau (43,84%). Muttaqin arrif (2009) menjelaskan tujuan pernafasaan diafragma adalah terlaksananya optimalisasi penggunaan otot diafragma dan menguatkan diafragma selama pernafasaan. Latihan pernafasaan diafragma dilaksanakan dengan tujuan agar pasien dengan masalah ventilasi dapat mencapai ventilasi lebih optimal, terkontrol, efisien, dan dapat mengurangi kerja pernafasaan. Latihan pernafasaan dilaksanakan dengan merelaksasikan dada bagian atas, lengan dan bahu. Latihan pernafasaan pada penderita penyakit paru obstruksi kronik ditujukan untuk memperbaiki fungsi alat pernafasan, dengan tujuan dapat melatih penderita untuk mengatur pernafasan

Setelah peneliti datang dan menjelaskan tentang tujuan dan manfaat dari pernafasaan diafragma kepada pasien penyakit paru obstruksi kronik. Tahap selanjutnya peneliti menyampaikan cara melakukan latihan pernafasaan diafragma dengan langkah pertama yaitu: mengatur posisi responden dengan terlentang, langkah selanjutnya responden mengambil nafas melalui hidung, dengan meletakkan

satu tangan diatas abdomen dan tangan lainnya ditengah–tengah dada, langkah selanjutnya adalah 2 detik dengan inhalasi, diikuti dengan 4 detik menahan nafas dengan membiarkan otot abdomen menonjol sebesar mungkin, dan 2 detik ekshalasi atau menghembuskan nafas. Langkah terakhir adalah responden diminta mengulangi selama 1 menit diikuti masa istirahat 2 menit.

Kondisi dilapangan saat dilakukan penelitian hari pertama banyak responden yang masih bingung mengikuti arahan saya dan mengakibatkan kurangnya berkonsentrasi. Pada pertemuan kedua kedua responden mulai memahami dan bisa mengikuti arahan dari saya dengan pelan dan semampu responden. Pada pertemuan hari ketiga setelah mengikuti arahan peneliti responden melakukan pernafasaan diafragma sendiri dengan pelan- pelan. Peneliti selanjutnya mengobservasi

3.3.3. Pengaruh pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyaakit paru obstruksi kronik .

Data hasil penelitian terapi pernafasaan diafragma di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang, menunjukkan bahwa dari 23 responden penyakit paru obstruksi kronik sebagian besar mengalami tidak nyaman sebelum diberi pernafasaan diafragma adalah dengan jumlah 13 responden (56.5%). Berdasarkan parameter kenyamanan pasien dari 23 responden hampir dari setengahnya mengalami ketidaknyamanan secara fisik, dengan jumlah rata-rata 2,49 atau (41,14%).

Kenyamanan responden setelah diberi pernafasaan diafragma hampir seluruhnya mengalami perubahan kenyamanan adalah dengan jumlah 18

responden atau (78,3 %), dan hampir dari setengahnya responden mengalami kenyamanan secara fisik adalah jumlah rata-rata 2.78 atau (41.47%).

Latihan pernafasan dapat digunakan sebagai rujukan tindakan nonfarmakologis. Teknik pernafasan yang digunakan adalah pernafasan diafragma. Latihan pernafasan dilaksanakan dengan merelaksasikan dada bagian atas, lengan dan bahu (Nurun S, 2014). Latihan pernafasan pada penderita penyakit paru obstruksi kronik ditujukan untuk memperbaiki fungsi alat pernafasan, dengan tujuan dapat melatih penderita untuk mengatur pernafasan. Kelebihan dari latihan pernafasan diafragma yaitu terlaksananya optimalisasi penggunaan otot diafragma dan menguatkan diafragma selama pernafasan (Muttaqin, 2008). Latihan pernafasan merupakan alternatif sarana untuk memperoleh kesehatan, diharapkan dapat mengefektifkan semua organ dalam (Wardoyo, 2011).

Pernafasan diafragma berpengaruh terhadap tingkat kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik, hal ini dibuktikan dengan adanya perubahan pasien yang sebelum diberi pernafasan diafragma mengalami gangguan kenyamanan menjadi nyaman setelah diberikan perlakuan pernafasan diafragma. Latihan pernafasan diafragma yang diberikan kepada responden merupakan latihan yang mudah, dilakukan dengan cara pelan, sadar, dan tidak memaksa. Latihan pernafasan diafragma dilakukan rutin selama 3 hari menyebabkan responden mengalami perubahan fisik dan mental. Dengan adanya pernafasan diafragma otot-otot responden akan menjadi renggang dan rileks sehingga pasien membuat pikiran menjadi tenang pasien bisa merasakan kenyamanan secara fisik dan dapat mengurangi sesak yang dikeluhkan pasien. Sedangkan pengaruh latihan

pernafasaan difragma terhadap psikospiritual adalah mampu meredakan kecemasan ringan dan ketakutan pada penyakit yang sedang diderita yaitu penyakit paru obstruktif kronik, selain itu pasien penyakit paru obstruksi kronik merasakan kenyamanan secara psikopiritual karena sebagian besar dari mereka merasa memiliki keyakinan besar pada tuhan sehingga memberikan kenyamanan secara pikiran dengan nilai rata –rata 3,34.

Modifikasi pola hidup merupakan langkah pencegahan yang baik agar penderita penyakit paru obstruksi kronik tidak mengalami kekambuhan. Kambuh sendiri memiliki arti suatu keadaan dimana muncul gejala penyakit yang sama seperti sebelumnya dan biasanya justru lebih parah. Hal tersebut dapat diatasi dengan cara mengubah cara kita bereaksi pada suatu keadaan. Mengurangi dapat dilakukan dengan berbagai macam cara seperti olahraga secara teratur dan melakukan relaksasi (Prabowo, 2008).

Penelitian ini didukung oleh jurnal (hartono, 2015) dengan judul peningkatan kapasitas vital paru pada pasien PPOK menggunakan metode pernafsaan *pursed lips*. Disimpulkan bahwa latihan pernapasan *pursed lips* mempromosikan manfaat dalam aktivitas sehari-hari. Pernapasan *pursed lip* sebagai pulmonary rehabilitation (PR) harus dianggap sebagai bagian dari pengobatan untuk pasien yang tinggal jauh dari rumah sakit pada PPOK yang berat.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini akan menjelaskan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian dalam penelitian yang berjudul "pengaruh terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) berbasis *teori of comfort*" penelitian yang telah dilaksanakan pada tanggal 19 April 2017 - 19 Mei 2017.

6.1 Kesimpulan

Hasil penelitian dan pembahasan, dapat ditemukan kesimpulan sebagai berikut :

1. Kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sebelum diberikan pernafasaan diafragma termasuk dalam katagori tidak nyaman.
2. Kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik sesudah diberikan pernafasaan diafragma yaitu didapatkan dalam kategori nyaman.
3. Berdasarkan uji stastitik didapatkan ada pengaruh pemberian pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pada pasien penyakit paru obstruksi kronik berbasis *teori of comfort* di paviliun ruang cempaka RSUD Kabupaten Jombang

6.2 Saran

Berdasarkan data lampiran maka penulis ajukan saran sebagai berikut :

1. Bagi perawat ruang Cempaka

Bagi perawat ruang cempaka kesehatan diharapkan dapat mengajarkan tentang latihan pernafasaan diafragma sebagai intervensi dalam memberikan asuhan keperawatan bisa diadakan jadwal secara rutin 1 kali dalam seminggu, untuk memberikan kenyamanan pada pasien sebagai tindakan obat non farmakologi pada penderita penyakit paru obstruksi kronik khususnya di ruang paviliun cempaka RSUD Kabupaten Jombang.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penulis menyarankan untuk meneliti variabel lain yang turut mempengaruhi penyakit paru obstruktif kronik, dengan wawancara yang mendalam dan observasi, menyempurnakan alat ukur seperti : kenyamanan pasien secara lingkungan dan kenyamanan sosial kultural memperluas subjek penelitian sehingga lebih mendapatkan data yang lengkap.

3. Bagi dosen

Penelitian menyarankan agar kedepannya hasil dari penelitian ini dapat menjadi bahan dalam mengembangkan pembelajaran dan menambah wawasan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan, untuk meningkatkan kualitas kesehatan dan memberi gambaran atau informasi tentang terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan penderita penyakit paru obstruksi kronis (PPOK) berbasis *teori of comfort*

4. Bagi pasien penyakit paru obstruksi kronik ruang cempaka

Penelitian ini diharapkan dapat digunakan oleh pasien penyakit paru obstruksi kronik hendaknya membiasakan latihan pernafasaan diafragma khususnya untuk memperoleh tingkat kenyamanan untuk mengatasi sesak nafas dan mengurangi kecemasan secara nonfarmakologis yang mudah dilakukan.



DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, Mr & Tomey, AM 2006, *Nursing Theories and their work*, 7th edn, Mosby Elsevier, Louist, missori.
- Arikunto. 2010. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asmadi . 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Bararah T & Jauhar M. 2013. *Asuhan Keperawatan : Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional*. Prestasi pustakaraya. Jakarta.
- Colcaba, K. 2003. *General Comfort Questionnaire*. <http://www.the_comfort_line.com> (Diakses pada tanggal 09/03/2017), pukul 19.00
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pedoman Pengendalian Penyakit Paru Obstruktif*. Jakarta.
- Galuh , A. 2015. *Pengaruh respiratory muscle exercises terhadap penurunan sesak nafas (dispnea) pada penderita penyakit paru obstruksi kronik (ppok)*, skripsi, fakultas kesehatan universitas muhammadiyah, Surakarta.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2007. *Global Strategy for the Diagnosis, Management, And Prevention Of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. MCR VISION, Inc.
- Hakim, A. (2011) *Model Pembelajaran Kooperatif*. Yogyakarta: pustaka luthi hakim.
- Herlina. 2012. *Aplikasi teori kenyamanan pada asuhan keperawatan anak*. Fikes UPN. Jakarta
- Hidayat, Alimul. 2014. *Metode Penelitian Kebidanan dan Teknik Analisa Data*. Salemba Medika : Jakarta.
- Hartono. 2015. *Peningkatan kapasitas vital paru pada pasien ppok menggunakan metode pernafasaan pursed lips*; jurnal terpadu ilmu kesehatan, vol.4, no1.mei. hal 59- 63
- Khotimah, S. 2013. *Latihan Endurance Meningkatkan Kualitas Hidup Lebih Baik Dari Pada Latihan Pernafasan Pada Pasien PPOK di BP4 Yogyakarta*. Sport and Fitness Journal. Juni 2013:1. No. 20-32
- Omiati, R. 2013. *kajian epidemiologis penyakit paru obstruktif kronik*; *jurnal media litbangkes*. Vol.23 no. 2 juni hal 82 – 88

- Muttaqin, Arif. 2008. Buku ajar, Asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem pernafasaan. salemba medika. Jakarta.
- Notoatmodjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalam. 2013. *Metode Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis, Edisi 3*. Jakarta. Salemba Medika.
- Nurun S. Purba A. Defi I. 2014. *Efektifitas latihan incentive spirometry dengan latihan pernafasaan difragma terhadap fungsi paru, kapasitas, fungsional dan kualitas hidup penderita asma bronchial alergi*, vol.46 no1. maret.
- Nugroho S. 2011. *Terapi Pernafasaan Pada Penderita Asma*. Pendidikan kesehatan fakultas ilmu keolahragaan Universitas Negeri Yogyakarta.
- NANDA Internasional. 2015-2017. *Diagnosis keperawatan*. Buku kedokteran EGC, Jakarta, hal598.
- Perhimpunan Dokter paru Indonesia. 2003. *Penyakit paru obstruksi kronik pedoman diagnosis & penatalaksanaan di Indonesia*. Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
- Potter & perry, 2012. Buku Ajar Fundamental Keperawatan : konsep, proses dan praktik. EGC.Jakarta.
- Riset Kesehatan Dasar .2013. Pedoman Pewawancara Petugas Pengumpul Data. Badan Litbangkes : Jakarta.
- Rosdahl C. 2015. *Buku ajar keperawatan dasar*. Buku kedokteran EGC, Jakarta.
- Rosilda, widyawati, & hidayati. 2014. *Kenyamanan pasien pre oprerasi di ruang rawat inap bedah marwah rsu haji Surabaya*. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Vol.3 no.1
- RSUD Jombang, 2017. *Data Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik di RSUD Jombang*.
- Smeltzer, S.C., dan Bare, B.G. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*, alih bahasa: Agung Waluyo ,vol. 1, edisi 8. Jakarta: EGC.
- Sugiarti & sondari. 2015. *Gambaran Penyakit Paru Obstruktif Kronik didaerah pertambangan, kabupaten muara enim,Sumatra selatan*.

Somantri, Irman. 2009. *Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pernafasaan*, edisi 2. Salemba medika. Jakarta.

WHO. 2010. *Penyakit Paru Obstruktif Kronik*. (Diakses pada tanggal 19/02/2017)
<<http://eprints.unidip.ac.id/12801>>, pukul 16.30

Widyastuti, 2004. *Mnagemen stress*. Jakarta. EGC



PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada.

Yth.

Bapak/Ibu/ Saudara
di Ruang paviliun Cempaka
RSUD Kabupaten Jombang

Dengan hormat,

Saya ELOK ASTUTI KUSUMA WARDANI mahasiswa S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan “ Insan Cendekia Medika” Jombang akan mengadakan penelitian untuk mengetahui terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik (ppok) *berbasis teori of comfort* diruang cempaka RSUD Kabupaten Jombang. Sehubungan dengan hal tersebut di atas, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara memberikan jawaban atas pertanyaan yang disampaikan, keikutsertaan Bapak/Ibu/Saudara dalam menjawab dan mengisi angket ini bersifat sukarela.

Kami akan menjamin kerahasiaan jawaban yang anda berikan dan hasilnya akan digunakan sebagai masukan mengenai mengetahui terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik (ppok) *berbasis teori of comfort*. Atas kesediaan dan bantuan Ibu saya ucapkan terima kasih.

Jombang, 01 April 2017

Hormat saya

ELOK ASTUTI K

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Judul : Terapi pernafasaan diafragma terhadap kenyamanan pasien penyakit paru obstruksi kronik (ppok) *berbasis teori of comfort* diruang cempaka RSUD Kabupaten Jombang.

Peneliti : Elok Astuti Kusuma Wardani

NIM : 13.321.0019

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam Skripsi ini sebagai responden dengan mengisi angket yang disediakan oleh peneliti.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan Skripsi ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela, tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan :

Bersedia menjadi responden dalam skripsi

Jombang ,.....

Responden

(.....)

LEMBAR KUESIONER

Petunjuk pengisian :

Terima kasih atas kesediaanya Bapak / Ibu /Saudara telah mengisi kuisisioner ini. Mohon agar mengisi dengan kondisi yang dialami saat ini dengan sebenarnya, dengan cara memberikan tanda (\surd) pertanyaan di bawah ini pada jawaban yang telah disediakan.

A. Data Umum

1. Nama :
 2. Usia :
 3. Pendidikan
 - SD
 - SMP
 - SMA
 - Perguruan tinggi
 4. Pekerjaan
 - Bekerja
 - Tidak bekerja
 5. Pernah mendapatkan informasi tentang pernafasan diafragma
 - 1. Pernah
 - 2. Tidak pernah
 6. apakah anda merokok ?
 - 1. iya
 - 2. tidak
- Jika iya, berapa batang rokok dalam sehari ?
- 1. ≤ 3
 - 2. ≥ 4
 - 3. Kadang – kadang

B. Kuesioner kenyamanan

Kuesioner kenyamanan umum

Terima kasih banyak telah membantu saya dalam penelitian tentang konsep kenyamanan. Dibawah ini adalah beberapa pertanyaan yang dapat menggambarkan kenyamanan Bapak/Ibu/Saudara sekarang. Silahkan beri tanda cheklist (√) yang sesuai dengan keadaan dan perasaan anda paling sesuai pada kolom yang telah disediakan.

1. SS (sangat setuju) : jika anda merasa sangat setuju dengan pertanyaan
2. S (setuju) : jika anda merasa setuju dengan pertanyaan
3. TS (tidak setuju) : jika anda merasa tidak setuju dengan pertanyaan
4. STS (sangat tidak setuju) : jika anda merasa sangat tidak setuju dengan pertanyaan tersebut.


| No | Penyataan | SS | S | TS | STS |
|----------------------------------|--|----|---|----|-----|
| Kenyamanan fisik | | | | | |
| 1. | Saya tidak ingin berolahraga | | | | |
| 2. | sekarang saya merasa tidak sehat | | | | |
| 3. | Sekarang saya merasakan tubuh saya dalam keadaan santai atau rilex | | | | |
| 4. | Saya sangat lelah | | | | |
| 5. | Saya merasa sesak sekarang | | | | |
| 6. | Kondisi saya saat ini telah turun | | | | |
| 7. | Saya saat ini merasakan lapar | | | | |
| 8. | Sakit saya sulit ditahan | | | | |
| 9. | Saya merasa cukup kuat untuk berjalan | | | | |
| 10. | Saya merasa payah karena saya sakit | | | | |
| 11. | Sekarang saya bisa mengatasi rasa sakit saya | | | | |
| Kenyamanan psikospiritual | | | | | |
| 12. | Dengan berdoa saya mendapat semangat untuk tabah menghadapi sakit | | | | |
| 13. | Sekarang saya merasa hidup saya berharga | | | | |
| 14. | Keyakinan saya kepada tuhan memberikan saya kenyamanan dalam pikiran | | | | |
| 15. | Saya terinspirasi untuk melakukan hal terbaik | | | | |
| 16. | Iman saya membantu saya tidak merasa takut menghadapi sakit saya. | | | | |
| 17. | Saya takut apa yang terjadi selanjutnya | | | | |
| 18. | Saya mengalami perubahan yang membuat saya gelisah. | | | | |
| 19. | Saya merasa terbuang atau tersisihkan ditempat ini | | | | |
| 20. | Saya merasa diluar kendali | | | | |
| 21. | Saya sendiri tetapi saya tidak merasa kesepian | | | | |
| 22. | Kalau Saya banyak berdoa saya merasa damai | | | | |
| 23. | Saya saat ini merasa tertekan | | | | |
| 24. | Saya tetap sabar menghadapi sakit | | | | |

KISI KISI KISI KUESIONER

| NO. | PARAMETER | Pertanyaan | Jenis pertanyaan Positif | Jenis pertanyaan Negatif |
|-----|--|------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Kenyamanan fisik (sensasi tubuh yang di rasakan oleh individu) | 1-11 | 1, 9, 11 | 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, |
| 2. | Kenyamanan psikospiritual (kecemasan, ketakutan) | | | |



STANDART PROSEDUR OPRASIONAL

| | | | | |
|---|------------------|---|-------------------|----------|
|  STIKES ICME JOMBANG | | PERNAFASAAN DIAFRAGMA | | |
| PROSEDUR TETAP | | NO DOKUMEN: | NO REVISI: | HALAMAN: |
| | | TANGGAL TERBIT : | DITETAPKAN OLEH : | |
| 1. | PENGERTIAN | Pernafasaan diafragma adalah teknik relaksasi yang mudah dilakukan dengan pelan, sadar, dan dalam. Metode ini mudah dilakukan karena pernapasan merupakan tindakan yang kita lakukan secara normal tanpa perlu berpikir atau merasa ragu. (Widyastuti, 2004). | | |
| 2. | TUJUAN | Latihan pernafasaan diafragma dilaksanakan dengan tujuan agar pasien dengan masalah ventilasi dapat mencapai ventilasi lebih optimal, terkontrol, efisien, dan dapat mengurangi kerja pernafasaan (Muttaqin arif, 2009). | | |
| 3. | MANFAAT | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melatih cara bernafas dengan benar. 2. Melenturkan dan memperkuat otot pernafasaan. 3. Meningkatkan sirkulasi. 4. Mempercepat penyakit pernafasaan yang terkontrol. 5. Kualitas hidup yang lebih baik (Nugroho S, 2011). | | |
| 4. | INDIKASI | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekurangan gerak yang menghasilkan kemunduran kemampuan fungsional alat –alat tubuh 2. Penyakit – penyakit non infeksi 3. Penyakit pada penderita gangguan saluran pernafasaan (asma bronkiale, pulmonary ditosia), gangguan pencernaan (<i>gastritis</i>, susah buang air besar, perut kembung), gangguan pada sistem reproduksi, sakit perut saat mentruasi. 4. Penyakit jantung dan pembuluh darah seperti : jantung koroner, tekanan darah tinggi. (Nugroho S, 2011). | | |
| 5. | Kontrak indikasi | Latihan pernafasaan tidak boleh dilakukan sembarangan. Terdapat syarat syarat bagi yang akan melakukan latihan yaitu : tidak dalam serangan sesak, tidak dalam serangan jantung (Nugroho S, 2011). | | |

| | | |
|----|-------------------|--|
| 6. | PERSIAPAN ALAT | Tempat tidur yang datar |
| 7. | PERSIAPAN PERAWAT | <ol style="list-style-type: none"> 1. Cek atau priksa adanya instruksi medis pada pasien. 2. Perawat mencuci tangan 3. Atur privasi pasien dan pasang sampiran jika perlu. 4. Jelaskan secara rasional tentang prosedur yang akan dilakukan 5. Prioritaskan latihan awal, intruksikan pasien untuk melakukan latihan dan ajarkan bagaimana menggunakan oto-otot abdominal |
| 8. | CARA KERJA | <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur posisi pasie secara terlentang (pengaturan posisi ini dilakukan setelah klien mendapat penjelasan). 2. Instruksikan pasien bernafas melalui hidung (untukmenyaring, melembabkan, dan menghangatkan udara sebelum memasuki paru). Biarkan otot abdominal sebesar mungkin. 3. Letakkan satu tangan diatas abdomen (tepat dibawah iga) dan tangan lainnya ditengah – tengah dada untuk meningkatkan kesadaran diafragma dan fungsinya dalam pernafasaan. 4. Instruksikan klien menggunakan teknik 2,4,2 yaitu 2 detik me dua detik dengan inhalasi, diikuti dengan empat detik menahan nafas dengan membiarkan otot abdomen menonjol sebesar mungkin, dan dua detik ekshalasi atau menghembuskan nafas (Nugroho S, 2011) 5. Jika pasien merasa kehabisan napas, bantu pasien untuk bernapas secara lambat dengan memperpanjang waktu ekshalasi 6. Hembuskan napas melalui bibir yang dirapatkan sambil mengontraksikan otot abdomen. 7. Tekan kuat ke dalam dan ke atas pada abdomen sambil mengontraksikan otot abdomen. 8. Ulangi selama 1 menit diikuti masa istirahat 2 menit. (Muttaqin, 2008) |
| 9. | EVALUASI | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan terima kasih atas kerjasama klien. 2. Atur kembali posisi pasien dalam posisi yang nyaman mungkin 3. Kembalikan tempat tidur pada posisi tepat 4. Segera laporkan adanya temua abnormal 5. Dokumentasikan hasil prosedurdan toleransi klien pada tempatnya,. |

Sumber : Muttaqin, 2008 dan Nugroho S, 2011

TABULASI DATA VALIDITAS



uji validitas



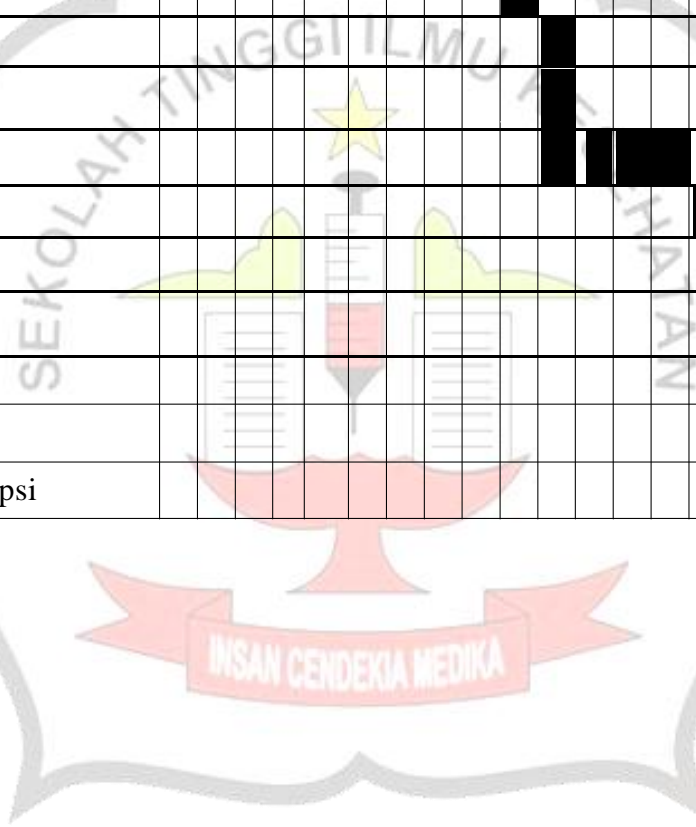
Uji reabilitas





JADWAL KEGIATAN PENELITIAN

| No. | Kegiatan | Bulan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-------------------------------------|----------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|---------|---|---|---|--|--|--|--|
| | | Februari | | | | Maret | | | | April | | | | Mei | | | | Juni | | | | Juli | | | | Agustus | | | | | | | |
| | | 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 | 2 | 3 | 4 | | | | |
| 1. | Konsultasi judul | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Penyusunan proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Pendaftaran ujian proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Ujian proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Revisi proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Pengambilan data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Pengolahan data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Konsultasi hasil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | Pendaftaran ujian hasil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | Ujian hasil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | Revisi hasil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. | Penggandaan dan pengumpulan skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |





**PERPUSTAKAAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

Kampus C : Jl. Kemuning No. 57 Candimulyo Jombang Telp. 0321-865446

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini Perpustakaan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang menerangkan bahwa Mahasiswa dengan Identitas sebagai berikut :

Nama : ELOK ASTUTI KUSUMIA WARDANI
NIM : B.321.0019
Prodi : SI KEPERAWATAN
Judul : TERAPI PERNAFASAN DIAFRAGMA TERHADAP
TINGKAT KENYAMANAN PASIEN
PENYAKIT PARU OBSTRUKSI KROMIK

Telah diperiksa dan diteliti bahwa pengajuan judul KTI /Skripsi di atas cukup variatif, tidak ada dalam Software SliMS dan Data Inventaris di Perpustakaan. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dijadikan referensi kepada Dosen pembimbing dalam mengerjakan LTA /Skripsi.

Jombang, 2017

Mengetahui,

Ka. Perpustakaan

Dwi Nuriana, A.Md, S.kom

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : 043/KTI-S1KEP/K31/073127/II/2017
Lamp. : -
Perihal : Pre survey data dan Studi Pendahuluan

Jombang, 27 Februari 2017

Kepada :

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Jombang
di
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **ELOK ASTUTI KUSUMA WARDANI**
NIM : 13 321 0019
Semester : VIII
Judul Penelitian : *Pengaruh Terapi Diafragma terhadap Tingkat Kenyamanan Pasien PPOK*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi sebagaimana tersebut diatas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : 183/KTI-S1KEP/K31/073127/IV/2017
 Lamp. : -
 Perihal : Penelitian

Jombang, 11 April 2017

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Jombang
 di
 Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan kepada mahasiswa kami atas nama :

| | |
|------------------|---|
| Nama Lengkap | : ELOK ASTUTI KUSUMA WARDANI |
| NIM | : 13 321 0019 |
| Semester | : VIII |
| Judul Penelitian | : <i>Terapi Pernafasan Diafragma terhadap Kenyamanan pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) Berbasis Teori of Comfront</i> |

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi sebagaimana tersebut diatas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054

Tembusan

- Kadiklat RSUD Jombang



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG
BAKORDIKLAT

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

FAX. (0321) 879316
 Kode Pos : 61411

SURAT KETERANGAN

Nomor : 096/BAKORDIKLAT/V/2017

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

Nama : Elok Astuti Kusuma Wardani
 NIM : 133 210 019
 Program Studi : S1 Keperawatan
 Institusi : Stikes Icme Jombang

Telah melaksanakan Penelitian di Paviliun Cempaka Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang untuk Penyusunan Skripsi dengan judul *“Terapi Pernafasan Diafragma terhadap Kenyamanan pada Pasien Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK) Berbasis Teori Of Comfront”* pada tanggal 07 Maret s/d 19 Mei 2017

Jombang, 05 Mei 2017

Ketua Badan Koordinasi Diklat
 RSUD Kabupaten Jombang



dr. Andri Catur Jatmiko, Sp. KK

Penata

NIP. 19701104 200212 1 002

TABULASI DATA UMUM RESPONDEN

Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang

| No Responden | usia | Jenis kelamin | pendidikan | pekerjaan | informasi | kebiasaan merokok | |
|--------------|------|---------------|------------|-----------|-----------|-------------------|--------|
| | | | | | | ya / tidak | jumlah |
| R1 | U4 | J1 | T1 | P2 | D2 | M1 | B2 |
| R2 | U4 | J1 | T1 | P2 | D2 | M1 | B2 |
| R3 | U4 | J1 | T1 | P1 | D1 | M1 | B2 |
| R4 | U4 | J1 | T1 | P1 | D2 | M1 | B2 |
| R5 | U4 | J2 | T1 | P2 | D2 | M2 | . |
| R6 | U2 | J2 | T3 | P1 | D1 | M1 | B2 |
| R7 | U4 | J1 | T1 | P1 | D2 | M1 | B2 |
| R8 | U4 | J1 | T1 | P1 | D2 | M1 | B2 |
| R9 | U4 | J2 | T1 | P1 | D2 | M2 | . |
| R10 | U1 | J1 | T3 | P1 | D1 | M1 | B1 |
| R11 | U4 | J1 | T1 | P1 | D1 | M1 | B2 |
| R12 | U4 | J1 | T1 | P2 | D2 | M1 | B2 |
| R13 | U3 | J2 | T1 | P2 | D2 | M2 | . |
| R14 | U3 | J2 | T1 | P2 | D2 | M2 | . |
| R15 | U3 | J1 | T1 | P2 | D2 | M1 | B2 |
| R16 | U4 | J2 | T1 | P2 | D2 | M2 | . |
| R17 | U3 | J2 | T1 | P2 | D2 | M2 | . |
| R18 | U3 | J2 | T1 | P2 | D2 | M2 | . |
| R19 | U2 | J1 | T2 | P1 | D1 | M1 | B2 |
| R20 | U4 | J1 | T1 | P2 | D2 | M1 | B2 |
| R21 | U4 | J1 | T1 | P2 | D2 | M1 | B2 |
| R22 | U4 | J1 | T1 | P2 | D2 | M1 | B2 |
| R23 | U3 | J2 | T1 | P2 | D2 | M2 | . |

**LEMBAR OBSERFASI
PERNAFASAAN DIAFRAGMA**

| NO/ Responden | SEBELUM | | | | SESUDAH | | | |
|------------------|---------------|----|------|------|---------------|----|------|------|
| | Tekanan darah | RR | Nadi | Suhu | Tekanan darah | RR | Nadi | Suhu |
| R1 | 140/90 | 22 | 86 | 37,1 | 130/80 | 18 | 84 | 36,9 |
| R2 | 120/80 | 24 | 88 | 37,6 | 120/70 | 18 | 80 | 36,4 |
| R3 | 150/90 | 22 | 86 | 37,0 | 130/80 | 16 | 82 | 36,7 |
| R4 | 140/80 | 22 | 88 | 37,4 | 120/80 | 18 | 80 | 36,0 |
| R5 | 120/90 | 20 | 88 | 36,6 | 120/80 | 16 | 82 | 36,6 |
| R6 | 120/80 | 20 | 88 | 36,9 | 120/80 | 16 | 80 | 36,6 |
| R7 | 130/90 | 22 | 88 | 37,4 | 120/90 | 18 | 84 | 36,9 |
| R8 | 130/90 | 20 | 86 | 37,8 | 120/80 | 16 | 82 | 36,9 |
| R9 | 120/90 | 22 | 88 | 37,5 | 120/80 | 16 | 86 | 36,9 |
| R10 | 120/80 | 20 | 86 | 37,2 | 120/80 | 16 | 86 | 36,6 |
| R11 | 140/90 | 22 | 88 | 36,9 | 120/80 | 16 | 84 | 36,4 |
| R12 | 110/90 | 22 | 88 | 37,0 | 120/80 | 18 | 83 | 36,6 |
| R13 | 130/90 | 22 | 86 | 37,0 | 120/80 | 18 | 84 | 36,6 |
| R14 | 120/80 | 20 | 88 | 37,6 | 120/80 | 16 | 84 | 36,7 |
| R15 | 130/90 | 22 | 86 | 37,0 | 130/80 | 18 | 84 | |
| R16 | 110/90 | 20 | 88 | 36,9 | 110/80 | 16 | 84 | 36,6 |
| R17 | 120/70 | 22 | 86 | 37,0 | 120/80 | 16 | 84 | 36,6 |
| R18 | 130/90 | 20 | 88 | 36,9 | 120/80 | 18 | 84 | 36,9 |
| R19 | 140/90 | 22 | 88 | 36,9 | 130/90 | 16 | 84 | 36,6 |
| R20 | 120/90 | 22 | 88 | 37,0 | 120/80 | 18 | 84 | 36,7 |
| R21 | 130/90 | 24 | 88 | | 120/80 | 20 | 86 | 36,9 |
| R22 | 140/90 | 22 | 88 | 36,9 | 130/90 | 18 | 84 | 36,6 |
| R23 | 120/80 | 20 | 86 | | 120/80 | 16 | 84 | 36,6 |

| DATA KHUSUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------|--------|----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------|-------|-----------|---------------|-------------------|-------|------------------------------|--------------|------------|------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No. Resp | KENYAMANAN POST | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | \bar{X} | $X - \bar{X}$ | $(X - \bar{X})^2$ | S | $10 \frac{(X - \bar{X})}{S}$ | Nilai Skor T | T-Mean | Kategori | Kode | | | | | | | | | | | | | | |
| | FISIK | | | | | | | | | | | | | PSIKOSPIRITUAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | Σ | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | Σ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 30 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 45 | 75 | 73.70 | 1.30 | 1.70 | 4.92 | 2.65 | 52.65 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 33 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 42 | 75 | 73.70 | 1.30 | 1.70 | 4.92 | 2.65 | 52.65 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 21 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 43 | 64 | 73.70 | -9.70 | 94.01 | 4.92 | -19.70 | 30.30 | 50 | Tdk Nyaman | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 31 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 45 | 76 | 73.70 | 2.30 | 5.31 | 4.92 | 4.68 | 54.68 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 26 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 4 | 41 | 67 | 73.70 | -6.70 | 44.83 | 4.92 | -13.60 | 36.40 | 50 | Tdk Nyaman | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 4 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 40 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 46 | 86 | 73.70 | 12.30 | 151.40 | 4.92 | 25.00 | 75.00 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 2 | 3 | 3 | 4 | 31 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 44 | 75 | 73.70 | 1.30 | 1.70 | 4.92 | 2.65 | 52.65 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 35 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 39 | 74 | 73.70 | 0.30 | 0.09 | 4.92 | 0.62 | 50.62 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 32 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 43 | 75 | 73.70 | 1.30 | 1.70 | 4.92 | 2.65 | 52.65 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 32 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 42 | 74 | 73.70 | 0.30 | 0.09 | 4.92 | 0.62 | 50.62 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 33 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 42 | 75 | 73.70 | 1.30 | 1.70 | 4.92 | 2.65 | 52.65 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 22 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 2 | 2 | 42 | 64 | 73.70 | -9.70 | 94.01 | 4.92 | -19.70 | 30.30 | 50 | Tdk Nyaman | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 32 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 2 | 3 | 43 | 75 | 73.70 | 1.30 | 1.70 | 4.92 | 2.65 | 52.65 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 32 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 45 | 77 | 73.70 | 3.30 | 10.92 | 4.92 | 6.71 | 56.71 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 4 | 3 | 2 | 29 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 45 | 74 | 73.70 | 0.30 | 0.09 | 4.92 | 0.62 | 50.62 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 26 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 48 | 74 | 73.70 | 0.30 | 0.09 | 4.92 | 0.62 | 50.62 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 33 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 41 | 74 | 73.70 | 0.30 | 0.09 | 4.92 | 0.62 | 50.62 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 25 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 46 | 71 | 73.70 | -2.70 | 7.27 | 4.92 | -5.48 | 44.52 | 50 | Tdk Nyaman | 1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | 3 | 4 | 2 | 2 | 3 | 4 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 34 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 44 | 78 | 73.70 | 4.30 | 18.53 | 4.92 | 8.75 | 58.75 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 35 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 43 | 78 | 73.70 | 4.30 | 18.53 | 4.92 | 8.75 | 58.75 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | 4 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 32 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 43 | 75 | 73.70 | 1.30 | 1.70 | 4.92 | 2.65 | 52.65 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 27 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 38 | 65 | 73.70 | -8.70 | 75.61 | 4.92 | -17.67 | 32.33 | 50 | Tdk Nyaman | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 | 32 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 42 | 74 | 73.70 | 0.30 | 0.09 | 4.92 | 0.62 | 50.62 | 50 | Nyaman | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| Jml Skor | 65 | 62 | 57 | 62 | 61 | 70 | 63 | 58 | 75 | 64 | 66 | 703 | 78 | 78 | 82 | 75 | 78 | 67 | 75 | 77 | 73 | 76 | 81 | 66 | 86 | 992 | 1695 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rata2 soal | 2.83 | 2.70 | 2.48 | 2.70 | 2.65 | 3.04 | 2.74 | 2.52 | 3.26 | 2.78 | 2.87 | 30.57 | 3.39 | 3.39 | 3.57 | 3.26 | 3.39 | 2.91 | 3.26 | 3.35 | 3.17 | 3.30 | 3.52 | 2.87 | 3.74 | 43.13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rata2 parameter | 2.78 | | | | | | | | | | | | 3.32 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| % Parameter | 41.47% | | | | | | | | | | | | 58.53% | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Frequency Table

Usia

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid U1 | 1 | 4,3 | 4,3 | 4,3 |
| U2 | 2 | 8,7 | 8,7 | 13,0 |
| U3 | 6 | 26,1 | 26,1 | 39,1 |
| U4 | 14 | 60,9 | 60,9 | 100,0 |
| Total | 23 | 100,0 | 100,0 | |

Jns.Kelamin

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid J1 | 14 | 60,9 | 60,9 | 60,9 |
| J2 | 9 | 39,1 | 39,1 | 100,0 |
| Total | 23 | 100,0 | 100,0 | |

Pendidikan

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid T1 | 20 | 87,0 | 87,0 | 87,0 |
| T2 | 1 | 4,3 | 4,3 | 91,3 |
| T3 | 2 | 8,7 | 8,7 | 100,0 |
| Total | 23 | 100,0 | 100,0 | |

Pekerjaan

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid P1 | 9 | 39,1 | 39,1 | 39,1 |
| P2 | 14 | 60,9 | 60,9 | 100,0 |
| Total | 23 | 100,0 | 100,0 | |

Informasi

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid D1 | 5 | 21,7 | 21,7 | 21,7 |
| D2 | 18 | 78,3 | 78,3 | 100,0 |
| Total | 23 | 100,0 | 100,0 | |

Merokok

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid M1 | 15 | 65,2 | 65,2 | 65,2 |
| M2 | 8 | 34,8 | 34,8 | 100,0 |
| Total | 23 | 100,0 | 100,0 | |

Jml.rokok

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| . | 8 | 34,8 | 34,8 | 34,8 |
| Valid B1 | 1 | 4,3 | 4,3 | 39,1 |
| B2 | 14 | 60,9 | 60,9 | 100,0 |
| Total | 23 | 100,0 | 100,0 | |

Kenyamanan.Pre

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Tdk Nyaman | 13 | 56,5 | 56,5 | 56,5 |
| Valid Nyaman | 10 | 43,5 | 43,5 | 100,0 |
| Total | 23 | 100,0 | 100,0 | |

Kenyamanan.Post

| | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Tdk Nyaman | 5 | 21,7 | 21,7 | 21,7 |
| Valid Nyaman | 18 | 78,3 | 78,3 | 100,0 |
| Total | 23 | 100,0 | 100,0 | |



Crosstabs

Usia * Kenyamanan.Pre Crosstabulation

| | | Kenyamanan.Pre | | Total | |
|-------|---------------|----------------|--------|--------|--------|
| | | Tdk Nyaman | Nyaman | | |
| Usia | U1 | Count | 0 | 1 | 1 |
| | | % within Usia | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 4,3% | 4,3% |
| | U2 | Count | 0 | 2 | 2 |
| | | % within Usia | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 8,7% | 8,7% |
| | U3 | Count | 3 | 3 | 6 |
| | | % within Usia | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 13,0% | 13,0% | 26,1% |
| | U4 | Count | 10 | 4 | 14 |
| | | % within Usia | 71,4% | 28,6% | 100,0% |
| | | % of Total | 43,5% | 17,4% | 60,9% |
| Total | Count | 13 | 10 | 23 | |
| | % within Usia | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |
| | % of Total | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |

Jns.Kelamin * Kenyamanan.Pre Crosstabulation

| | | Kenyamanan.Pre | | Total | |
|-------------|----------------------|----------------------|--------|--------|--------|
| | | Tdk Nyaman | Nyaman | | |
| Jns.Kelamin | J1 | Count | 8 | 6 | 14 |
| | | % within Jns.Kelamin | 57,1% | 42,9% | 100,0% |
| | | % of Total | 34,8% | 26,1% | 60,9% |
| | J2 | Count | 5 | 4 | 9 |
| | | % within Jns.Kelamin | 55,6% | 44,4% | 100,0% |
| | | % of Total | 21,7% | 17,4% | 39,1% |
| Total | Count | 13 | 10 | 23 | |
| | % within Jns.Kelamin | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |
| | % of Total | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |

Pendidikan * Kenyamanan.Pre Crosstabulation

| | | Kenyamanan.Pre | | Total | |
|------------|---------------------|---------------------|--------|--------|--------|
| | | Tdk Nyaman | Nyaman | | |
| Pendidikan | T1 | Count | 13 | 7 | 20 |
| | | % within Pendidikan | 65,0% | 35,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 56,5% | 30,4% | 87,0% |
| | T2 | Count | 0 | 1 | 1 |
| | | % within Pendidikan | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 4,3% | 4,3% |
| | T3 | Count | 0 | 2 | 2 |
| | | % within Pendidikan | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 8,7% | 8,7% |
| Total | Count | 13 | 10 | 23 | |
| | % within Pendidikan | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |
| | % of Total | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |

Pekerjaan * Kenyamanan.Pre Crosstabulation

| | | | Kenyamanan.Pre | | Total |
|-----------|--------------------|--------------------|----------------|--------|--------|
| | | | Tdk Nyaman | Nyaman | |
| Pekerjaan | P1 | Count | 5 | 4 | 9 |
| | | % within Pekerjaan | 55,6% | 44,4% | 100,0% |
| | | % of Total | 21,7% | 17,4% | 39,1% |
| | P2 | Count | 8 | 6 | 14 |
| | | % within Pekerjaan | 57,1% | 42,9% | 100,0% |
| | | % of Total | 34,8% | 26,1% | 60,9% |
| Total | Count | 13 | 10 | 23 | |
| | % within Pekerjaan | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |
| | % of Total | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |

Informasi * Kenyamanan.Pre Crosstabulation

| | | | Kenyamanan.Pre | | Total |
|-----------|--------------------|--------------------|----------------|--------|--------|
| | | | Tdk Nyaman | Nyaman | |
| Informasi | D1 | Count | 2 | 3 | 5 |
| | | % within Informasi | 40,0% | 60,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 8,7% | 13,0% | 21,7% |
| | D2 | Count | 11 | 7 | 18 |
| | | % within Informasi | 61,1% | 38,9% | 100,0% |
| | | % of Total | 47,8% | 30,4% | 78,3% |
| Total | Count | 13 | 10 | 23 | |
| | % within Informasi | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |
| | % of Total | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |

Merokok * Kenyamanan.Pre Crosstabulation

| | | | Kenyamanan.Pre | | Total |
|---------|------------------|------------------|----------------|--------|--------|
| | | | Tdk Nyaman | Nyaman | |
| Merokok | M1 | Count | 8 | 7 | 15 |
| | | % within Merokok | 53,3% | 46,7% | 100,0% |
| | | % of Total | 34,8% | 30,4% | 65,2% |
| | M2 | Count | 5 | 3 | 8 |
| | | % within Merokok | 62,5% | 37,5% | 100,0% |
| | | % of Total | 21,7% | 13,0% | 34,8% |
| Total | Count | 13 | 10 | 23 | |
| | % within Merokok | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |
| | % of Total | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |

Jml.rokok * Kenyamanan.Pre Crosstabulation

| | | | Kenyamanan.Pre | | Total |
|-----------|--------------------|--------------------|----------------|--------|--------|
| | | | Tdk Nyaman | Nyaman | |
| Jml.rokok | . | Count | 5 | 3 | 8 |
| | | % within Jml.rokok | 62,5% | 37,5% | 100,0% |
| | | % of Total | 21,7% | 13,0% | 34,8% |
| | B1 | Count | 0 | 1 | 1 |
| | | % within Jml.rokok | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 4,3% | 4,3% |
| | B2 | Count | 8 | 6 | 14 |
| | | % within Jml.rokok | 57,1% | 42,9% | 100,0% |
| | | % of Total | 34,8% | 26,1% | 60,9% |
| Total | Count | 13 | 10 | 23 | |
| | % within Jml.rokok | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |
| | % of Total | 56,5% | 43,5% | 100,0% | |

Crosstabs

Usia * Kenyamanan.Post Crosstabulation

| | | Kenyamanan.Post | | Total | |
|-------|---------------|-----------------|--------|--------|--------|
| | | Tdk Nyaman | Nyaman | | |
| Usia | U1 | Count | 0 | 1 | 1 |
| | | % within Usia | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 4,3% | 4,3% |
| | U2 | Count | 0 | 2 | 2 |
| | | % within Usia | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 8,7% | 8,7% |
| | U3 | Count | 1 | 5 | 6 |
| | | % within Usia | 16,7% | 83,3% | 100,0% |
| | | % of Total | 4,3% | 21,7% | 26,1% |
| | U4 | Count | 4 | 10 | 14 |
| | | % within Usia | 28,6% | 71,4% | 100,0% |
| | | % of Total | 17,4% | 43,5% | 60,9% |
| Total | Count | 5 | 18 | 23 | |
| | % within Usia | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |
| | % of Total | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |

Jns.Kelamin * Kenyamanan.Post Crosstabulation

| | | Kenyamanan.Post | | Total | |
|-------------|----------------------|----------------------|--------|--------|--------|
| | | Tdk Nyaman | Nyaman | | |
| Jns.Kelamin | J1 | Count | 3 | 11 | 14 |
| | | % within Jns.Kelamin | 21,4% | 78,6% | 100,0% |
| | | % of Total | 13,0% | 47,8% | 60,9% |
| | J2 | Count | 2 | 7 | 9 |
| | | % within Jns.Kelamin | 22,2% | 77,8% | 100,0% |
| | | % of Total | 8,7% | 30,4% | 39,1% |
| Total | Count | 5 | 18 | 23 | |
| | % within Jns.Kelamin | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |
| | % of Total | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |

Pendidikan * Kenyamanan.Post Crosstabulation

| | | Kenyamanan.Post | | Total | |
|------------|---------------------|---------------------|--------|--------|--------|
| | | Tdk Nyaman | Nyaman | | |
| Pendidikan | T1 | Count | 5 | 15 | 20 |
| | | % within Pendidikan | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 21,7% | 65,2% | 87,0% |
| | T2 | Count | 0 | 1 | 1 |
| | | % within Pendidikan | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 4,3% | 4,3% |
| | T3 | Count | 0 | 2 | 2 |
| | | % within Pendidikan | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 8,7% | 8,7% |
| Total | Count | 5 | 18 | 23 | |
| | % within Pendidikan | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |
| | % of Total | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |

Pekerjaan * Kenyamanan.Post Crosstabulation

| | | | Kenyamanan.Post | | Total |
|-----------|--------------------|--------------------|-----------------|--------|--------|
| | | | Tdk Nyaman | Nyaman | |
| Pekerjaan | P1 | Count | 1 | 8 | 9 |
| | | % within Pekerjaan | 11,1% | 88,9% | 100,0% |
| | | % of Total | 4,3% | 34,8% | 39,1% |
| | P2 | Count | 4 | 10 | 14 |
| | | % within Pekerjaan | 28,6% | 71,4% | 100,0% |
| | | % of Total | 17,4% | 43,5% | 60,9% |
| Total | Count | 5 | 18 | 23 | |
| | % within Pekerjaan | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |
| | % of Total | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |

Informasi * Kenyamanan.Post Crosstabulation

| | | | Kenyamanan.Post | | Total |
|-----------|--------------------|--------------------|-----------------|--------|--------|
| | | | Tdk Nyaman | Nyaman | |
| Informasi | D1 | Count | 1 | 4 | 5 |
| | | % within Informasi | 20,0% | 80,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 4,3% | 17,4% | 21,7% |
| | D2 | Count | 4 | 14 | 18 |
| | | % within Informasi | 22,2% | 77,8% | 100,0% |
| | | % of Total | 17,4% | 60,9% | 78,3% |
| Total | Count | 5 | 18 | 23 | |
| | % within Informasi | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |
| | % of Total | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |

Merokok * Kenyamanan.Post Crosstabulation

| | | | Kenyamanan.Post | | Total |
|---------|------------------|------------------|-----------------|--------|--------|
| | | | Tdk Nyaman | Nyaman | |
| Merokok | M1 | Count | 3 | 12 | 15 |
| | | % within Merokok | 20,0% | 80,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 13,0% | 52,2% | 65,2% |
| | M2 | Count | 2 | 6 | 8 |
| | | % within Merokok | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 8,7% | 26,1% | 34,8% |
| Total | Count | 5 | 18 | 23 | |
| | % within Merokok | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |
| | % of Total | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |

Jml.rokok * Kenyamanan.Post Crosstabulation

| | | | Kenyamanan.Post | | Total |
|-----------|----|--------------------|-----------------|--------|--------|
| | | | Tdk Nyaman | Nyaman | |
| Jml.rokok | . | Count | 2 | 6 | 8 |
| | | % within Jml.rokok | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 8,7% | 26,1% | 34,8% |
| | B1 | Count | 0 | 1 | 1 |
| | | % within Jml.rokok | 0,0% | 100,0% | 100,0% |
| | | % of Total | 0,0% | 4,3% | 4,3% |
| | B2 | Count | 3 | 11 | 14 |
| | | % within Jml.rokok | 21,4% | 78,6% | 100,0% |
| | | % of Total | 13,0% | 47,8% | 60,9% |

| | | | | |
|-------|--------------------|-------|-------|--------|
| | Count | 5 | 18 | 23 |
| Total | % within Jml.rokok | 21,7% | 78,3% | 100,0% |
| | % of Total | 21,7% | 78,3% | 100,0% |

Crosstabs

Kenyamanan.Pre * Kenyamanan.Post Crosstabulation

| | | Kenyamanan.Post | | Total |
|--------------------------------|------------------------------------|-----------------|--------|--------|
| | | Tdk Nyaman | Nyaman | |
| Kenyamanan.Pre | Count | 5 | 8 | 13 |
| | Tdk Nyaman % within Kenyamanan.Pre | 38,5% | 61,5% | 100,0% |
| | % of Total | 21,7% | 34,8% | 56,5% |
| | Count | 0 | 10 | 10 |
| Nyaman % within Kenyamanan.Pre | 0,0% | 100,0% | 100,0% | |
| % of Total | 0,0% | 43,5% | 43,5% | |
| Total | Count | 5 | 18 | 23 |
| % within Kenyamanan.Pre | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |
| % of Total | 21,7% | 78,3% | 100,0% | |

NPar Tests

Wilcoxon Signed Ranks Test

| | | Ranks | | |
|-------------------------------------|----------------|-----------------|-----------|--------------|
| | | N | Mean Rank | Sum of Ranks |
| Kenyamanan.Post - Kenyamanan.Pre | Negative Ranks | 0 ^a | ,00 | ,00 |
| | Positive Ranks | 8 ^b | 4,50 | 36,00 |
| | Ties | 15 ^c | | |
| | Total | 23 | | |

a. Kenyamanan.Post < Kenyamanan.Pre

b. Kenyamanan.Post > Kenyamanan.Pre

c. Kenyamanan.Post = Kenyamanan.Pre

Test Statistics^a

| | | Kenyamanan.Post - Kenyamanan.Pre |
|------------------------|--|-------------------------------------|
| Z | | -2,828 ^b |
| Asymp. Sig. (2-tailed) | | ,009 |







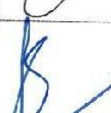



a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on negative ranks.

D. Harguno.






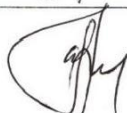
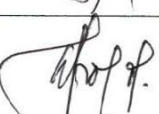
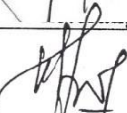
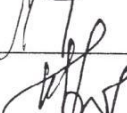
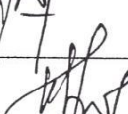
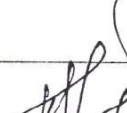
FORMAT BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Elok Asfuh Kusuma Wardani
 NIM : 13.321.0019
 Judul Skripsi : PENGARUH TERAPI PERNAFAKAN DIAFRAGMA
 TERHADAP TINGKAT KENYAMANAN PASIEN
 PPOK.

| No | Tanggal | Hasil bimbingan | keterangan |
|-----|-------------|---|---|
| 1. | 22/02 17 | Konsul Judul + Bab I |  |
| 2. | 24/02 17 | Konsul bab I revisi |  |
| 3. | 28/02 17 | Konsul bab I revisi + lanjut bab II |  |
| 4. | 06/03 17 | Konsul bab II revisi + konsul bab III |  |
| 5. | 09/03 17 | Konsul bab II revisi + Konsul bab III revisi |  |
| 6. | 29/03 17 | Konsul revisi bab II, III revisi Konsul bab IV |  |
| 7. | 03/04 17 | Konsul bab IV acc sidang proposal |  |
| 8. | 23/05 17 | Konsul bab V dan VI Pembahasan dan kesimpulan. |  |
| 9. | 31/05 17 | Konsul bab V dan VI Revisi Pembahasan dan kesimpulan |  |
| 10. | 31/05 17 | ACC sidang Hasil |  |

FORMAT BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : ELOK ASTUTI KUSUMA WARDANI
 NIM : 13.321.0019
 Judul Skripsi : PENGARUH TERAPI PERHAFASAAN DIAFRAGMA
 TERHADAP TINGKAT KENYAMANAN

| No | Tanggal | Hasil bimbingan | keterangan Hds |
|----|--------------|--|---|
| 1. | 22/02 17. | konsul judul + Bab I |  |
| 2. | 23/02 17 | konsul bab I revisi |  |
| 3. | 27/02 17 | konsul bab I revisi lanjut bab II |  |
| 4. | 03/03 17 | konsul bab II revisi |  |
| 5. | 08/03 17 | -> Revisi penulisan Bab II dan III -> lanjut bab IV. |  |
| 6. | 24/03 17. | -> teliti lagi penulisan -> Bab I tambahkan indikator dan konsep kenyamanan -> 12. Kuesioner Ahlus & kumpulkan lagi itu |  |
| 7. | 30/03 12 | -> Minta Kiri & Daftar Pustaka -> Conjurkan Ujian proposal. |  |
| 1. | 22/17 05 | konsul bab V dan VI Pembahasan dan kesimpulan. |  |
| 2. | 24/17 05 | konsul revisi bab V dan VI pembahasan dan kesimpulan. |  |
| 3. | 30/17 05 | konsul revisi bab V dan VI Pembahasan dan kesimpulan. |  |
| 4. | 31/17 05 | ace sidang hasil. |  |

