

HUBUNGAN LAMA MENDERITA DENGAN KENYAMANAN FISIK PADA PASIEN PPOK DI RUANG PAVILIUN CEMPAKA RSUD JOMBANG

ORIGINALITY REPORT

16%

SIMILARITY INDEX

9%

INTERNET SOURCES

3%

PUBLICATIONS

13%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	id.123dok.com Internet Source	3%
2	Submitted to Universitas Negeri Jakarta Student Paper	2%
3	www.scribd.com Internet Source	2%
4	Submitted to Politeknik Negeri Bandung Student Paper	2%
5	Agustina Maunaturrohmah, Endang Yuswatiningsih. "The Effectiveness of Diaphragm Therapy on Physical and Psycho-Spiritual Comfort in COPD Patients in Cempaka Pavilion Room Jombang Hospital", STRADA JURNAL ILMIAH KESEHATAN, 2019 Publication	2%
6	Submitted to University of Malaya Student Paper	1%

7	Submitted to Universitas International Batam Student Paper	1%
8	Submitted to The One International College Student Paper	1%
9	repository.usu.ac.id Internet Source	1%
10	Submitted to Opal College London Student Paper	1%
11	P. H. Brekke. "Troponin T elevation and long-term mortality after chronic obstructive pulmonary disease exacerbation", European Respiratory Journal, 03/01/2008 Publication	<1%
12	repository.unpas.ac.id Internet Source	<1%
13	es.scribd.com Internet Source	<1%
14	medlinux.blogspot.com Internet Source	<1%
15	Submitted to International College of Health Sciences Student Paper	<1%

Exclude quotes

Off Exclude bibliography

Off

Exclude matches

Off

HUBUNGAN LAMA MENDERITA DENGAN KENYAMANAN FISIK PADA PASIEN PPOK DI RUANG PAVILIUN CEMPAKA RSUD JOMBANG

by Endang Yuswatiningsih

Submission date: 03-Jun-2020 12:57AM (UTC+0900)

Submission ID: 1336568901

File name: SIK_PADA_PASIEN_PPOK_DI_RUANG_PAVILIUN_CEMPAKA_RSUD_JOMBANG.docx (67.33K)

Word count: 4046

Character count: 28265

**HUBUNGAN LAMA MENDERITA DENGAN KENYAMANAN FISIK
PADA PASIEN PPOK DI RUANG PAVILION CEMPAKA RSUD
JOMBANG**

Agustina Maunaturrohmah¹, Endang Yuswatiningsih²

Program Studi

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Gendikia Medika Jombang

ABSTRACT

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is a disease characterized by airway limitations that is not fully reversible and can be prevented. Patients who experience shortness of breath will show some disturbance of bodily functions and limited independence, so patients tend to avoid daily physical activity that causes immobilization, the relationship of patients with social environments decrease. The aim of this study was to analyze the relationship between duration of suffering with physical comfort in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The design of this study used a cross-sectional approach. The population in this study were all patients in the Cempaka Pavilion Jombang Hospital treatment room with an average of 26 patients per month. The sample in this study was 20 respondents using simple random sampling technique. Data collection using a questionnaire. Processing data editing, coding, scoring, tabulating and analyzing data using the Spearman rho statistical test with alpha 0.05. The results showed that the duration of illness for 3-4 years was 7 respondents (35%), 1-2 years as many as 12 respondents (60%) and for 5-6 years as many as 3 people (15%). Physical comfort as many as 12 respondents (60%) felt comfortable and as many as 8 respondents (40%) felt uncomfortable. The results of statistical tests with Spearman rho obtained a value of $p < 0.05$ so that H_0 was accepted. The conclusion in this study is that there is a relationship between the duration of suffering and physical comfort in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD).

Keywords.- duration, suffering, physical, comfort, COPD

A. PENDAHULUAN

Menurut *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*, PPOK adalah penyakit dengan karakteristik keterbatasan saluran napas yang bersifat tidak sepenuhnya reversible. Keterbatasan saluran napas tersebut biasanya progresif dan berhubungan dengan respons inflamasi dikarenakan bahan yang mengiritasi atau gas. Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) bukan penyakit tunggal tetapi merupakan istilah umum yang digunakan untuk menggambarkan penyakit paru kronis yang menyebabkan keterbatasan dalam aliran udara paru. Istilah lebih umum bronkitis kronis dan emfisema tidak lagi digunakan, tetapi sekarang termasuk dalam diagnosis PPOK.

Indonesia merupakan Negara dengan perokok aktif yang cukup tinggi. (Depkes, 2008). Gejala klinis yang muncul 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 imobilisasi, hubungan pasien dengan lingkungan sosial menurun (Khotimah, 2013).

Data WHO tahun 2010 menyatakan Indonesia merupakan negara konsumen merokok ke-3 setelah Tiongkok dan India. Angka dunia tahun 2012 menunjukkan bahwa penyakit paru obstruksi kronik mengenai 210 juta, penyakit penyebab kematian ke 5 pada tahun 2012 diperkirakan akan meningkat menjadi ke 4 pada tahun 2030 (WHO, 2012). Asia Tenggara diperkirakan prevalensi PPOK sebesar 6,3% dengan prevalensi tertinggi ada di negara Vietnam (6,7%) dan RRC (6,6%). Faktor risiko antara lain merokok; polusi indoor, outdoor, dan polusi di tempat kerja; genetika; riwayat infeksi saluran napas berulang, 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 Pasiviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang pasien rawat inap penyakit paru 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).

Faktor risiko terjadinya PPOK diantaranya adalah merokok, usia, jenis kelamin, hiperesponsif saluran pernafasan, infeksi jalan nafas, pemaparan akibat kerja, polusi udara, status sosial dan faktor genetika. Sebuah penelitian dilakukan dari 1990 sampai 2004 pada 28 negara mendapatkan prevalensi PPOK lebih tinggi pada pasien perokok dibandingkan bukan perokok. Menurut data WHO tahun 2008 didapatkan merokok merupakan penyebab utama PPOK. Merokok dikatakan sebagai faktor risiko utama terjadinya PPOK. Hal itu 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 International, 2015-2017). Kenyamanan merupakan tujuan utama dari keperawatan sebab dengan kenyamanan kesembuhan pasien dapat diperoleh (Alli good & tomy, 2006). Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh terapi diafragma terhadap kenyamanan pada pasien dengan penyakit paru obstruktif kronik (PPOK).

B. TINJAUAN PUSTAKA

I. Konsep penyakit paru obstruktif kronik

A. Definisi penyakit paru obstruktif kronik

Penyakit paru obstruksi kronik disebut juga *chronic obstructive pulmonary disease*, (COPD) adalah klasifikasi luas gangguan yang meliputi asma bronkial, bronkiektasis, bronkitis 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).

B. Klasifikasi

I. Bronkiektasis

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 (penyakit) 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 pertusis pada anak, pneumonia, TB paru
2. Obstruksi bronchus oleh benda asing, tumor, atau obstruksi bronkus karena kelenjar limfe.
3. Atelektasis
4. Kelainan kongenital, sindrom Kartagener 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 menucip dalam bronchus mengganggu pernapasan yang efektif. Merokok atau pajanan terhadap polusi adalah penyebab utama bronchitis kronik (Smeltzer & Bare, 2010).

b. Etiologi

1. Infeksi, seperti staphylococcus, streptococcus, 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. Sekret yang menucip dalam bronkus, 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 bronchitis 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 pernafasan 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- I protease — inhibitor terutama enzim alfa- I antitripsin menjadi menurun. Akibatnya ditimbulkan karena tidak ada lagi keseimbangan antara elastase dan antielastase akan menimbulkan kerusakan jaringan elastic 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 putih jarang
 8. Hematokrit (Soinantri, 2009).
- C. Faktor risiko
- Bararah dan Jauhar (2013, h.193) menyatakan bahwa faktor risiko 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- I antitripsin), 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 emfisema. 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. Hipereaktivitas 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 - I, umumnya jarang terdapat di Indonesia

D. 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 aksesori) dengan mulut terbuka dan lubang hidung membesar sebagai upaya mengatasi kesulitan ventilasi.
3. Pada inspeksi didapatkan *hyperrelaxation* 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. Kelernahan (Barrah dan Jahuar, 2013).

2. Konsep kenyamanan

A. Definisi kenyamanan

Kenyamanan telah menjadi tujuan utama dari keperawatan, sebab dengan kenyamanan kesembuhan dapat diperoleh (All good & Tomey, 2006). Konsep tentang kenyamanan (*comfort*) sangat sulit untuk didefinisikan karena lebih inerupakan penilaian responsif individu (Oxman, 2010). Menurut Kainus Besar Bahasa Indonesia, nyaman adalah segar; sehat sedangkan kenyamanan adalah keadaan nyaman; kesegaran; kesejukan. Kolcaba (2011) menjelaskan bahwa kenyamanan sebagai suatu keadaan telah terpenuhi hanya 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).

B. 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, meringil,
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 International 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).

C. Faktor-faktor yang mempengaruhi kenyamanan

I. 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 berkecemasan.

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 signifikan 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:

I. 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 mug, cotton 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 pehijauan atau semak atau pun dengan peninggian muka tanah.

g. Kebersihan

Sesuatu yang bersih selain menambah daya tarik lokasi, juga menambatkan 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 atau pun 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.

C. METODE PENELITIAN

Jenis penelitian analitik dengan menggunakan pendekatan *retrospektif*. 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. Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian pasien penyakit paru obstruktif kronik di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang yang berjumlah 20 orang dengan menggunakan teknik pengambilan sampelnya simple random sampling.

Pengumpulan data untuk lama menderita dan kenyamanan fisik diukur dengan kuesioner *Likert's Comfort Questionnaire* dengan jumlah pernyataan

11 menggunakan skala Likert 1,2,3,4, dengan skor tertinggi menandai tingginya kenyamanan. Analisis univariat dengan menggunakan skor T sedangkan analisis bivariat karena untuk mengetahui hubungan dengan menggunakan skala data ordinal maka menggunakan uji analisis Spearman rho dengan tingkat kesalahan 5%.

D. HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik responden berdasarkan umur

Tabel 1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur di ruang paviliun RSUD Kabupaten Jombang tahun 2018.

No	Umur	Frekuensi	Persentase (%)
1	20-30 tahun	5	25
2	31-40 tahun	11	55
3	41-50 tahun	30	150
4	51-60 tahun	55	275

Tabel 1 menunjukkan bahwa dari 20 responden sebagian besar responden berumur 51-60 tahun dengan jumlah 11 orang (55%).

2. Karakteristik responden berdasarkan pekerjaan

Tabel 2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pekerjaan di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang tahun 2018.

No	Pekerjaan	Frekuensi	Persentase (%)
1	Bekerja	9	45
2	Tidak bekerja	11	55
	Total	20	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 20 responden sebagian besar tidak bekerja dengan jumlah 11 responden (55%).

3. Karakteristik responden berdasarkan merokok

Tabel 3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan merokok di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang tahun 2018.

No	Merokok	Frekuensi	Persentase (%)
1	Tidak	8	40
	Total	20	100

Tabel 3 menunjukkan bahwa dari 20 responden sebagian besar yang merokok sejumlah 12 responden (60%).

4. Karakteristik responden berdasarkan jumlah batang rokok /hari

Tabel 4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jumlah batang rokok /hari di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang tahun 2018.

No	Jumlah batang rokok /hari	Frekuensi	Persentase (%)
1	<3	6	30
2	>4	14	70
	Total	20	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar dari 20 responden hampir seluruhnya jumlah batang rokok dalam sehari > 4 dengan jumlah 14 responden (70%).

5. Lama menderita

Tabel 5. Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama menderita penyakit paru obstruktif kronik di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang tahun 2018.

No	Pre test	Frekuensi	Persentase (%)
1	2 tahun	7	35
2	3-4 tahun	10	50
3	5-6 tahun	3	15
	Total	20	100

Tabel 5 menunjukkan bahwa dari 20 responden setengah responden mempunyai lama menderita 3 — 4 tahun dengan jumlah 10 responden (50%).

6. Kenyamanan fisik pada pasien PPOK

Tabel 6. Distribusi frekuensi responden berdasarkan kenyamanan fisik pasien penyakit paru obstruktif kronik di ruang paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang tahun 2018.

No	Post test	Frekuensi	Persentase (%)
1	Tidak Nyaman	8	40
2	Nyaman	12	60
	Total	20	100

Tabel 6 menunjukkan bahwa dari 20 responden sebagian besar mengalami nyaman dengan jumlah 12 responden (60%).

7. Hubungan lama menderita dengan kenyamanan fisik pada pasien penyakit paru obstruktif kronik

Tabel 7. Hubungan lama menderita dengan kenyamanan fisik pada pasien penyakit paru obstruktif kronik di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang tahun 2018.

Kenyamanan fisik	Nyaman	perontaa	Tidak	pernyataan	Total	persentase
2 tahun	7	58	0	0	7	35
3-4 tahun	3	25	7	35	10	50
5-6 tahun	2	17	0	0	2	10
Total	12	100	8	40	20	100

Uji Spearman rho nilai p = 0,015

Tabel 7 menunjukkan bahwa dari 20 responden penyakit paru obstruktif kronik lebih dari setengah responden mengalami rasa nyaman dengan lama menderita 1-2 tahun dengan jumlah 7 responden (35%), Sedangkan sebagian besar responden mengalami tidak nyaman dengan lama menderita 3-4 tahun adalah jumlah 7 responden atau (35%). Hasil uji statistik Spearman rho diperoleh angka

$p = 0,015$ kurang dari nilai alpha 0,05 atau ($p < \alpha$), dikarenakan ($p < \alpha$), artinya H_0 diterima, kesimpulannya ada hubungan lama menderita dengan kenyamanan fisik pada pasien penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) berbasis rumah sakit di Ruang Paviliun Cempaka RSUD Kabupaten Jombang.

E. PEMBAHASAN

I. Lama menderita

Data hasil penelitian menunjukkan bahwa setengah responden mempunyai lama menderita 3 — 4 tahun (50%). Hal ini dikarenakan PPOK bersifat asimtomatik pada awal gejala sehingga pasien sering mengabaikan gejala penyakitnya dan ketika gejala tersebut muncul sudah mengganggu kesehatan dan kegiatan. Sifat dari penyakit ini kondisi yang terdapat pulih yang berkaitan dengan dispnea pada

aktivitas fisik dan inengurangi aliran udara (Baughman, 2000). Hal ini sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa PPOK merupakan penyakit kronis yang ditandai dengan adanya keterbatasan aliran udara di dalam saluran pernapasan yang bersifat progressif nonreversibel atau reversibel partial dan behu bungan dengan respon inflamasi paru terhadap partikel atau gas yang beracun/ berbahaya dan berlangsung lama (Perhimpunan Dokter Paru Indonesia, 2003).

Hasil penelitian sebagian besar responden berumur 5 I -60 tahun dengan jumlah I I orang (55°/c). Faktor resiko untu k terjadi PPOK meningkat dengan bertambahnya usia. Sistem kardiorespirasi pada usia diatas 50 tahun akan mengalami penurunan daya tahan. Fungsi organ paru , kardiovaskuler, dan pembuluh darah semakin menurun (Firdausi, 2014). Fungsi paru inangalaini kemunduran dengan semakin bertambahnya usia yang disebabkan elastisitas jaringan paru dan dinding dada makin berkurang sehingga sulit bernafas. Sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa adan ya proses penuaan men yebabkan penurunan fungsi paruparu. Keadaan ini juga men yebabkan ber kurangnya elastisitas jaringan paru dan dinding dada sehingga terjadi penurunan kekuatan kontraksi otot pernafasan dan menyebabkan sulit bernafas (Price et al, 2003).

Hasil penelitian juga menunjukkan sebagian besar yang merokok sejuinlah 12 responden (60*/c). Perilaku merokok pada sebagian responden sudah diinulai ketika mereka berusia remaja dan banyaknya batang rokok yang mereka konsu msi hampir seluru hnya jumlah batang rokok dalam sehari > 4 dengan jumlah I I responden (93,3°/o). 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 an resiko penyaki kardiovaskuler, osteoporosis, depresi adalah merupakan manifestasi sistemik dari penyakit yang berdampak negatif pada kondisi kenyamananpasien secara fisologis mau pun psikologis maupun lingkungan pasien. Sesuai dengan teori Faktor risiko inerokok dan polusi udara menyebabkan proses inflamasi bronkus dan juga menimbulkan kerusakan pada dinding bronkiolus terminalis. Akibat dari kerusakan pada dinding bronkiolus terminalis akan terjadi obstruksi pada bronkiolus terminalis yang mengalami obstruksi pada awal fase ekspirasi. Udara yang mudah masuk ke alveoli pada saat inspirasi akan banyak terjebak dalam alveolus pada saat ekspirasi sehingga terjadi penumpukan udara (air trapping). Kondisi inilah yang menyebabkan adanya kelu han sesak nafas dengan segala akibatnya. Adanya obstruksi pada awal ekspirasi akan menimbulkan kesulitan ekspirasi dan menimbulkan pemanjangan fase ekspirasi (Price et al, 2003).

2. Kenyamanan fisik

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 20 responden sebagian besar mengalami nyaman dengan jumlah 12 responden (60*/c). Hal ini tidak sesuai dengan teori yang menyatakan pada pasien PPOK merasakan ketidaknyamanan fungsi tu buh, dan mengalami keterbatasan kemandirian, sehingga pasien cenderung menghindari aktivitas fisik sehari-hari, inenyebabkan iinmobilisasi, hubungan pasien dengan lingkungan sosial inenurun (Khotimah, 201 3). Peneliti berpendapat bahwa sebagian besar responden mengalami nyaman karena

beberapa faktor lain diantaranya adalah tindakan dari **perawat**, serta keadaan Lingkungan yang mendukung. Sesuai dengan teori menurut Hakim (2011) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kenyamanan di antara adalah: Daya alam atau iklim, suhu, kelembaban, kebisingan, aroma atau bau-bauan, kebersihan, keindahan serta penerangan.

3. Hubungan antara penderita dengan kenyamanan tidur

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden mengalami tidak nyaman dengan Nama menderita 5-4 tahun adalah 7 responden atau (75%). Hasil penelitian ini sejalan dengan konsep proses terjadinya PPUK, dimana PPUK terjadi obstruksi bmnk Julus sehingga meningkatkan tahanan saluran mas dan kinerja pemata. Seringnya apabila tidak diobati maka obstruksi akan semakin parah. Seek yang ditimbulkan pasien PPUK akan mengakibatkan keterbatasan fungsi pencernaan, baik fungsi mekanik maupun absorpsi nutrisi sehari-harinya sehingga akan terjadi keterbatasan dalam aktivitas. Kolcaba (2011) menjelaskan kenyamanan tidur yaitu gangguan kenyamanan yang berkenaan dengan menjadi tubuh. Kebutuhan tidur yang terganggu seperti nyeri, sakit, mual, muntah, mengigil.

F. PPKU"1UP

Hasil penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara penderita dengan kenyamanan tidur pada pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPUK).

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M & Tomey. (2016). Nursing Theories and their work. 7th edn, Mosby Elsevier, Missouri.
- Arikunto. (2013). *Prosedur Penelitian Suatu Penelitian Tindakan Kelas*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Colcaba, K. (2013). *Praktik Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Depurternen Kesehatan RI. (2013). *Penyakit Paru Obstruktif Kronik*. Jakarta: Abstruktif.
- Hakim, A. (2011). *Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta: pustaka futhi hakirn.
- Khotimah, S. (2013). *Manajemen Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- NANDA International. (2015-2017). *Dinamik keperawatan*. Buku kedokteran EGC, Jakarta, Hal 59h.
- Notoatmodjo. (2010). *Metode Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalarn. (2013). *Metode Penelitian Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Perhimpunan Dokter Paru Indonesia. (2013). *Penyakit Paru Obstruktif Kronik*. Jakarta: EGC.
- Potter & Perry, 2012. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan konsep, proses dan praktik*. EGC. Jakarta.
- WHCI. (2011). *Penyakit Paru Obstruktif Kronik*. (Diakses pada tanggal 19/02/2017) <http://www.ja.ar.id/728111>. Pukul 16.30

