

HASIL PENELITIAN

***SPIRITUAL EMOTIONAL FREEDOM TECHNIQUE (SEFT) SEBAGAI PENERAPAN
HOMECARE PASIEN ASMA DENGAN RESISTENSI SALURAN NAFAS
NON ELASTIS DI PUSKESMAS TEMINDUNG SAMARINDA***



TIM PENELITIAN :

1. Sholichin, S.Kp, M.kep
2. Ns. M. Aminuddin, S.Kep, M.Sc
3. dr. Sirajul Munir, Sp.B
4. dr. Abdillah Iskandar, M.Kes
5. Ns. Henny Sri Purwanti, M.Kep, Sp.Kep.M.B
6. Amelia Fauzia

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN FAKULTAS
KEDOKTERANUNIVERSITAS MULAWARMAN
2021**

**HALAMAN PENGESAHAN HASIL PENELITIAN FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MULAWARMAN**

Judul Penelitian : *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)* Sebagai Penerapan *Homecare* Pasien Asma Bronkial Dengan Resistensi Saluran Nafas Non Elastis di Puskesmas Temindung Samarinda.

Laboratorium/Unit : Prodi DIII Keperawatan

Ketua :

- a. Nama Lengkap : Sholichin, S.Kp, M.Kep
- b. NIDN : 197004091995031002
- c. Jabatan Fungsional : L e k t o r
- d. Program Studi : DIII Keperawatan
- e. Nomor HP : 0 8 1 3 1 9 5 7 9 3 5 1
- f. Alamat surel (*e-mail*) : sholichin307@gmail.com

Anggota (1) :

- a. Nama Lengkap : Ns. M. Aminuddin, S.Kep, M.Sc
- b. NIDN : 3401017501
- c. Jabatan Fungsional : Lektor

Anggota (2) :

- a. Nama Lengkap : dr. Sirajul Munir, Sp.B
- b. NIDN : 0016128504
- c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

Anggota (3) :

- a. Nama Lengkap : dr. Abdillah Iskandar, M.Kes
- b. NIDN : 0025066302
- c. Jabatan Fungsional : Lektor

Anggota (4) :

- a. Nama Lengkap : Ns. Henny Sri Purwanti, M.Kep, Sp.Kep.M.B
- b. NIDK : 8997610021
- c. Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

Anggota Peneliti (5) :

- a. Nama Lengkap : Amelia Fauzia
- b. Status : Mahasiswa
- c. Program Studi : DIII Keperawatan

Mengetahui,

KaUnitRiset

dr. Arie Ibrahim, Sp. Bs (K)
NIP.195705201983121 001

Ketua Peneliti,

Sholichin, S.Kp, M.Kep
NIP. 197004091995031002

Menyetujui,
DekanFK-UNMUL



dr. Ika Fikriah,
M.Kep NIP. 1969101820021

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Sholichin, S.Kp, M.Kep
NIP : 197004091995031002
Pangkat/Golongan : IIIId/Penata Tk I
Judul penelitian : *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)*
Sebagai Penerapan *Homecare* Pasien Asma Bronkial
Dengan Resistensi Saluran Nafas Non Elastis di
Puskesmas Temindung Samarinda.

Jabatan dalam penelitian : **Ketua Tim Peneliti**

Dengan ini menyatakan bahwa **tidak pernah dan belum pernah menerima dana hibah penelitian tahun anggaran 2021/2022**

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 01 Juli 2021
Yang membuat pernyataan



Sholichin, S.Kp, M.Kep

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Sholichin, S.Kp, M.Kep
NIP : 197004091995031002
Pangkat/Golongan : IIIId/Penata Tk I
Judul penelitian : *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)*
sebagai Penerapan *Homecare* Pasien Asma Bronkial
Dengan Resistensi Saluran Nafas Non Elastis di
Puskesmas Temindung Samarinda.

Jabatan dalam penelitian : **Ketua Tim Peneliti**

Dengan ini menyatakan bahwa **tidak sedang dalam tugas belajar**.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Samarinda, 01 Juli 2021
Yang membuat pernyataan



Sholichin, S.Kp, M.Kep

IDENTITAS PENGUSUL

1. JUDUL PENELITIAN

Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) Sebagai Penerapan *Homecare* Pasien Asma Bronkial Dengan Resistensi Saluran Nafas Non Elastis di Puskesmas Temindung Samarinda.

2. TIM PENELITIAN

No	Nama	Jabatan/ Fungsional/ NIDN	Bidang Keahlian	Instansi Asal	Alokasi Waktu (jam/minggu)
1	Sholichin, S.Kp, M.Kep	Ketua, Lektor, 3409047001	Keperawatan Medikal Bedah	Prodi D3 keperawatan	2 jam/minggu
2	Ns. M. Aminuddin, S.Kep, M.Sc	Anggota, Lektor, 3401017501	Biomedik	Prodi D3 keperawatan	2 jam/minggu
3	dr. Sirajul Munir, Sp.B	Anggota, Asisten Ahli, 0016128504	Kedokteran	Prodi Kedokteran	2 jam/minggu
4	dr. Abdillah Iskandar, M.Kes	Anggota, Lektor, 0025066302	Farmakologi	Prodi Kedokteran	2 jam/minggu
5	Ns. Henny Sri Purwanti, M.Kep, Sp.Kep.M.B.	Anggota, Asisten Ahli, 8997610021	Keperawatan Medikal Bedah	Prodi D3 keperawatan	2 jam/minggu
6	Amelia Fauzia	Mahasiswa	Keperawatan	Prodi D3 keperawatan	-

3. RINGKASAN

Pada suatu serangan asma, otot polos dari bronki mengalami kejang dan jaringan yang melapisi saluran udara mengalami pembengkakan, hal ini akan memperkecil diameter dari saluran udara (resistensi saluran nafas nonelastik). Resistensi saluran nafas nonelastik adalah resistensi terhadap aliran udara atau tahanan gesekan terhadap aliran udara dalam saluran nafas, misalnya gangguan obstruksi jalan nafas akibat pembentukan mukus yang

berlebihan pada pasien PPOK (Asma), adanya resistensi saluran nafas nonelastik ini menyebabkan penderita harus berusaha sekuat tenaga supaya dapat bernafas (Price & Wilson, 2005). Pemeriksaan untuk mengetahui adanya resistensi saluran nafas nonelastik akibat mukus disaluran nafas pada pasien PPOK dapat ditegakkan berdasarkan anemnesis dan pemeriksaan fisik. Anemnesis sering ditemukan keluhan sesak napas dan batuk-batuk. Pemeriksaan fisik memperlihatkan tanda-tanda obstruksi seperti ekspirasi yang memanjang dan bising mengi, tetapi bila kelainan minimal atau terdapat penyakit lain, maka tanda-tanda obstruksi pada saluran nafas akibat mukus sulit diketahui. Resistensi saluran nafas nonelastik dapat diukur dengan spirometer, alat mini *peak flow meter* (PFM). Pengukuran dengan menggunakan alat mini PFM adalah untuk menilai adanya resistensi saluran nafas nonelastik yaitu dengan cara mengukur APE (Aliran Puncak Ekspirasi) atau VEK₁. APE adalah kecepatan (laju) aliran udara ketika seseorang menarik napas penuh, dan mengeluarkannya secepat mungkin, jadi pasien disuruh melakukan ekspirasi sekuat tenaga melalui alat tersebut, apabila pada orang dewasa didapatkan angka APE (VEK₁) kurang dari 80% berarti ada obstruksi saluran napas atau resistensi saluran nafas nonelastik

Menurut Mansjoer (2014), bahwa tujuan terapi pada pasien asma yaitu menyembuhkan dan mengendalikan gejala asma, mencegah kekambuhan, mengupayakan fungsi paru senormal mungkin serta mempertahankannya, mengupayakan aktivitas harian pada tingkat normal termasuk melakukan *exercise*, menghindari efek samping obat asma, mencegah obstruksi jalan napas yang ireversibel. Salah satu cara mengupayakan fungsi paru senormal mungkin serta mempertahankannya dan mencegah obstruksi jalan napas yang ireversibel yaitu dengan cara melakukan SEFT.

Spiritual Emosional Freedom Technique (SEFT) merupakan teknik terapi yang menggabungkan sistem energi tubuh dan terapi spiritualitas dengan metode tapping pada 18 titik kunci di sepanjang 12 jalur energi tubuh. Terapi *Spiritual Emosional Freedom Technique (SEFT)* merupakan terapi

yang sangat mudah untuk dilakukan. Proses belajar sangat cepat, tanpa obat-obatan, dan tanpa melakukan prosedur diagnosis yang rumit. Hanya menggunakan ketukan ringan (*tapping*) hanya pada 18 titik kunci di sepanjang 12 energy tubuh, dan efek penyembuhan dapat langsung dirasakan baik untuk penyembuhan fisik maupun emosi. (Riyanto, 2002).

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji pengaruh antara *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) phone terhadap resistensi saluran nafas non elastis pada Pasien asma bronkial di Puskesmas Temindung Samarinda*. Desain penelitian yang digunakan adalah rancangan praeksperimen yakni rancangan *one group pretest post test*. Populasi dalam penelitian ini yaitu pasien Asma bronkhial yang ada di wilayah Puskesmas Temindung. Sampling dilakukan dengan cara *simple random sampling* berdasarkan kriteria inklusi. Ada 2 variabel yang digunakan, yakni variabel independen (SEFT) dan variabel dependen (resistensi saluran nafas non elastis). Instrumen menggunakan terapi metode SEFT dan alat mini PFM, kemudian dilakukan pengumpulan dan pengolahan data (*editing, coding, scoring, tabulating*) lalu dilakukan analisa data menggunakan uji *T-Test Paired* dengan α 0,05.

Target pencapaian dari hasil penelitian ini adalah publish pada jurnal Nasional Terakreditasi : Jurnal Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan

4. TINAJUAN PUSTAKA

a. Pengertian

Asma adalah penyakit jalan nafas obstruktif intermiten, reversibel dimana trakea dan bronchi berspon dalam secara hiperaktif terhadap stimuli tertentu (Smeltzer, C . Suzanne, 2001). Asma adalah penyakit inflamasi (peradangan) kronik saluran napas yang ditandai dengan adanya mengi, batuk, dan rasa sesak di dada yang berulang dan timbul terutama pada malam atau menjelang pagi akibat penyumbatan saluran pernapasan. Asma merupakan proses inflamasi kronik saluran pernapasan menjadi

hiperesponsif, sehingga memudahkan terjadinya bronkokonstriksi, edema, dan hipersekresi kelenjar. Asma adalah penyakit paru-paru kronis, asma ditandai dengan mengi (wheezing), batuk dan rasa sesak di dada yang timbul secara episodic atau kronis akibat bronkokonstriksi (Ganong, MD dan William F, 2009). Dari beberapa definisi diatas dapat disimpulkan bahwa asma adalah penyakit gangguan jalan nafas obstruktif intermiten yang bersifat reversible, ditandai dengan adanya penyempitan jalan nafas

b. Etiologi

Menurut Heru Sundaru, (2002) ada beberapa hal yang merupakan penyebab dari asma bronchial yaitu :

1. Alergen

Allergen merupakan factor pencetus asma yang sering di jumpai pada penderita asma. Debu rumah, tengau debu rumah, apora jamur, serpih kulit kucing, anjing dan sebagainya yang dapat menimbulkan serangan asma pada penderita yang peka.

2. Infeksi saluran pernafasan Infeksi saluran pernafasan merupakan salah satu pencetus yang paling sering menimbulkan asma. Sebagai macam virus, seperti virus influenza sangat sering di jumpai pada penderita yang sedang mendapat serangan asma.

3. Tekanan jiwa Tekanan jiwa selain dapat mencetuskan asma, juga bisa memperberat serangan asma yang sudah ada. Selain gejala asma yang timbul harus segera diobati, penderita asma yang mengalami tekanan jiwa juga perlu mendapat nasehat untuk menyelesaikan masalah pribadinya.

4. Olahraga/kegiatan jasmani Sebagian besar penderita asma akan mendapat serangan asma jika melakukan olahraga yang cukup berat. Penyelidikan menunjukkan bahwa macam, lama dan beratnya oalhraga menentukan timbulnya asma.

5. Obat-obatan Obat-obatan juga dapat mencetuskan serangan asma. Yang tersering yaitu obat-obat yang termasuk golongan penyekat reseptor-beta atau lebih populer dengan nama beta blocker.
6. Polusi udara Pada penderita asma sangat peka terhadap debu, asap yang tidak terkendali seperti asap yang mengandung hasil pembakaran yang berupa sulfur dioksida dan oksida fotokemikal.

c. Klasifikasi Asma

Menurut Brunner dan Suddarth, (2016) berdasarkan penyebabnya, asthma bronkhial dapat diklasifikasikan menjadi 3 tipe, yaitu :

1. Ekstrinsik (alergik) Ditandai dengan reaksi alergi yang disebabkan oleh faktor-faktor pencetus yang spesifik, seperti debu, serbuk bunga, bulu binatang, obat-obatan (antibiotic dan aspirin) dan spora jamur.
2. Intrinsik (non alergik) Ditandai dengan adanya reaksi non alergi yang bereaksi terhadap pencetus yang tidak spesifik atau tidak diketahui, seperti udara dingin atau bisa pernafasan dan emosi.
3. Asthma gabungan Bentuk asma yang paling umum. Asma ini mempunyai karakteristik dari bentuk alergik dan non-alergi.

d. Patofisiologi

Asma adalah obstruksi jalan nafas difus reversibel. Obstruksi disebabkan oleh satu atau dua lebih dari yang berikut ini yaitu kontraksi otot-otot yang mengelilingi bronki yang menyempitkan jalan nafas, pembengkakan membran yang melapisi bronki, pengisian bronki dengan mukus yang kental. Selain itu, otot-otot bronki dan kelenjar mukus membesar, sputum yang kental, banyak dihasilkan dan alveoli menjadi hiperinflasi, dengan udara terperangkap di dalam jaringan paru. Antibodi yang dihasilkan (IgE) kemudian menyerang sel-sel mast dalam paru. Pemajanan ulang terhadap 12 antigen mengakibatkan ikatan antigen dengan antibody, menyebabkan pelepasan produk sel-sel mast (disebut mediator) seperti histamin, bradikinin dan prostaglandin serta anafilaksis dari substansi yang beraksi lambat (SRS-A). Pelepasan mediator ini dalam jaringan paru

memengaruhi otot polos dan kelenjar jalan nafas, menyebabkan bronkospasme, pembengkakan membran mukosa dan pembentukan mukus yang banyak. Pada asma nonalergi ketika ujung saraf pada jalan nafas dirangsang oleh faktor seperti infeksi, udara dingin, emosi dan polutan, jumlah asetikolin yang dilepaskan meningkat. Selain itu, reseptor α dan β -adrenergik dari sistem saraf simpatis terletak dalam bronki. Ketika reseptor α -adrenergik dirangsang, terjadi bronkokonstriksi, bronkodilatasi terjadi ketika reseptor β -adrenergik yang dirangsang. Keseimbangan antara reseptor α -adrenergik dan β -adrenergik dikendalikan terutama oleh siklus adenosin monofasfat (cAMP). Stimulasi reseptor alfa mengakibatkan penurunan cAMP, yang mengarah pada peningkatan mediator kimiawi yang dilepaskan oleh sel-sel mast bronkokonstriksi. Stimulasi reseptor beta mengakibatkan peningkatan cAMP, yang menghambat pelepasan mediator kimiawi dan menyebabkan bronkodilatasi. Teori yang diajukan adalah bahwa penyekatan β -adrenergik terjadi pada individu dengan asma. Akibatnya, asmatik rentan terhadap peningkatan pelepasan mediator kimiawi dan kontriksi otot polos (Smeltzer dan Bare, 2001)

e. Gambaran Klinis

Menurut Irman Somantri, (2009) gejala asma terdiri dari triad yaitu dispne, batuk dan mengi (bengek atau sesak nafas). Gejala sesak nafas sering dianggap gejala yang harus ada. Hal tersebut berarti jika penderita menganggap penyakitnya adalah asma namun tidak mengeluhkan sesak nafas, maka perawat harus yakin bahwa pasien bukan penderita asma. Gambaran klinis pasien yang menderita asma :

1. Gambaran obyektif adalah kondisi pasien dalam keadaan : sesak nafas parah dengan ekspirasi memanjang disertai wheezing, dapat disertai batuk dengan sputum kental dan sulit dikeluarkan, bernafas dengan otot-otot nafas tambahan, sianosis, takikardi, gelisah
2. Gambaran subyektif adalah pasien mengeluhkan sesak, sukar bernafas dan anoreksia

3. Gambaran psikososial adalah cemas, takut, mudah tersinggung dan kurangnya pengetahuan pasien terhadap situasi penyakitnya

Tabel Klasifikasi Derajat Berat Asma Berdasarkan Gambaran Klinis

Derajat asma	Gejala	Gejala malam	Faal paru
I. Intermiten	Bulanan <ul style="list-style-type: none"> Gejala < 1x/minggu Tanpa gejala diluar serangan Serangan singkat 	<ul style="list-style-type: none"> ≤ 2x/bulan 	APE ≥ 80% <ul style="list-style-type: none"> VEP₁ ≥ 80% nilai prediksi APE ≥ 80% nilai terbaik Variabilitas APE < 20%
II. Persisten Ringan	Mingguan <ul style="list-style-type: none"> Gejala > 1x/minggu, tapi <1x/hari Serangan dapat mengganggu aktivitas dan tidur Mebutuhkan bronkodilator setiap hari 	<ul style="list-style-type: none"> > 2x/bulan 	APE ≥ 80% <ul style="list-style-type: none"> VEP₁ ≥ 80% nilai prediksi APE ≥ 80% nilai terbaik Variabilitas APE 20-30%
III. Persisten Sedang	Harian <ul style="list-style-type: none"> Gejala setiap hari Serangan mengganggu aktivitas dan tidur Mebutuhkan bronkodilator setiap hari 	<ul style="list-style-type: none"> >1x/minggu 	APE 60-80% <ul style="list-style-type: none"> VEP₁ 60-80% nilai prediksi APE 60-80% nilai terbaik Variabilitas APE > 30%
IV. Persisten Berat	Kontinyu <ul style="list-style-type: none"> Gejala terus menerus Sering kambuh Aktivitas fisik terbatas 	<ul style="list-style-type: none"> Sering 	APE ≤ 60% <ul style="list-style-type: none"> VEP₁ ≤ 60% nilai pred APE ≤ 60% nilai terbaill Variabilitas APE > 30%

f. Penatalaksanaan

Tujuan utama penatalaksanaan Asma adalah mencapai asma terkontrol sehingga penderita asma dapat hidup normal tanpa hambatan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Pada prinsipnya penatalaksanaan asma dibagi menjadi 2, yaitu

1. Tatalaksana Asma Jangka Panjang Prinsip utama tatalaksana jangka panjang adalah edukasi, obat Asma (pengontrol dan pelega), dan menjaga kebugaran (senam asma). Obat pelega diberikan pada saat serangan, obat pengontrol ditujukan untuk pencegahan serangan dan diberikan dalam jangka panjang dan terus menerus.

2. Tatalaksana Asma Akut pada Anak dan Dewasa.

Tujuan tatalaksana serangan Asma akut: 1) Mengatasi gejala serangan asma 2) Mengembalikan fungsi paru ke keadaan sebelum serangan 3) Mencegah terjadinya kekambuhan 4) Mencegah kematian karena serangan asma.

Menurut Nurarif dan Kusuma (2015), program penatalaksanaan asma meliputi 7 komponen, yaitu :

1. Edukasi Edukasi yang baik akan menurunkan morbiditi dan mortaliti. Edukasi tidak hanya ditujukan untuk penderita dan keluarga tetapi juga pihak lain yang membutuhkan energi pemegang keputusan, 25 pembuat perencanaan bidang kesehatan/asma, profesi kesehatan.
2. Menilai dan monitor berat asma secara berkala Penilaian klinis berkala antara 1-6 bulan dan monitoring asma oleh penderita sendiri mutlak dilakukan pada penatalaksanaan asma. Hal tersebut disebabkan berbagai faktor antara lain : a. Gejala dan berat asma berubah, sehingga membutuhkan perubahan terapi b. Pajanan pencetus menyebabkan penderita mengalami perubahan pada asmanya c. Daya ingat (memori) dan motivasi penderita yang perlu direview, sehingga membantu penanganan asma terutama asma mandiri.
3. Identifikasi dan mengendalikan faktor pencetus
4. Merencanakan dan memberikan pengobatan jangka panjang Penatalaksanaan asma bertujuan untuk mengontrol penyakit, disebut sebagai asma terkontrol. Terdapat 3 faktor yang perlu dipertimbangkan : a. Medikasi asma ditujukan untuk mengatasi dan mencegah gejala obstruksi jalan napas, terdiri atas pengontrol dan pelega. b. Tahapan pengobatan 1) Asma Intermiten, medikasi pengontrol harian tidak perlu sedangkan alternatif lainnya tidak ada. 2) Asma Presisten Ringan, medikasi pengontrol harian

diberikan Glukokortikosteroid inhalasi (200-400 ug Bd/hari atau ekivalennya), 26 untuk alternatif diberikan Teofilin lepas lambat, kromolin dan leukotriene modifiers. 3) Asma Persisten Sedang, medikasi pengontrol harian diberikan Kombinasi inhalasi glukokortikosteroid (400-800 ug BD/hari atau ekivalennya), untuk alternatifnya diberikan glukokortikosteroid inhalasi (400-800 ug Bd atau ekivalennya) ditambah Teofilin dan di tambah agonis beta 2 kerja lama oral, atau Teofilin lepas lambat. 4) Asma Persisten Berat, medikasi pengontrol harian diberikan inhalasi glukokortikosteroid (> 800 ug Bd atau ekivalennya) dan agonis beta 2 kerja lama, ditambah 1 antara lain : Teofilin lepas lambat, Leukotriene, Modifiers, Glukokortikosteroid oral. Untuk alternatif lainnya Prednisolo/ metilprednisolon oral selang sehari 10 mg ditambah agonis beta 2 kerja lama oral, ditambah Teofilin lepas lambat. c. Penanganan asma mandiri (pelangi asma) Hubungan penderita dokter yang baik adalah dasar yang kuat untuk terjadi kepatuhan dan efektif penatalaksanaan asma. Rencanakan pengobatan asma jangka panjang sesuai kondisi penderita, realistik/ memungkinkan bagi penderita dengan maksud mengontrol asma.

5. Menetapkan pengobatan pada serangan akut Pengobatan pada serangan akut antara lain : Nebulisasi agonis beta 2 tiap 4 jam, alternatifnya Agonis beta 2 subcutan, Aminofilin IV, Adrenalin 1/1000 0,3 ml SK, dan oksigen bila mungkin Kortikosteroid sistemik.
6. Kontrol secara teratur 27 Pada penatalaksanaan jangka panjang terdapat 2 hal yang penting diperhatikan oleh dokter yaitu: a. Tindak lanjut (follow-up) teratur b. Rujuk ke ahli paru untuk konsultasi atau penanganan lanjut bila diperlukan
7. Pola hidup sehat a. Meningkatkan kebugaran fisik Olahraga menghasilkan kebugaran fisik secara umum. Walaupun terdapat

salah satu bentuk asma yang timbul serangan sesudah exercise, akan tetapi tidak berarti penderita EIA dilarang melakukan olahraga. Senam asma Indonesia (SAI) adalah salah satu bentuk olahraga yang dianjurkan karena melatih dan menguatkan otot-otot pernapasan khususnya, selain manfaat lain pada olahraga umumnya.

b. Berhenti atau tidak pernah merokok
c. Lingkungan kerja
Kenali lingkungan kerja yang berpotensi dapat menimbulkan asma

g. *Spiritual Emosional Freedom Technique (SEFT)*

1. Pengertian

SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) adalah teknik terapi yang mengkombinasikan antara energi psikologi, pemberdayaan spiritual, dan penyelarasan sistem energi tubuh. Energi psikologi merupakan seperangkat prinsip dan teknik yang memanfaatkan sistem energi tubuh untuk memperbaiki kondisi pikiran emosi dan perilaku (Zainuddin, 2010).

Teknik tapping dalam SEFT (yaitu mengetuk titik-titik tertentu pada tubuh) disinyalir bermula dari akupunktur, akupresur, chiropractic (terapi pijat tulang belakang untuk sembuhkan penyakit fisik) dan applied kinesiologi (penyentuhan beberapa otot untuk menyembuhkan organ yang bermasalah) (Nurlatifah, 2016).

Permasalahan memiliki sebab dan akibat. Penyebab dari suatu masalah (pemicu) tidak langsung berakibat pada munculnya masalah (dampak), tetapi melewati sebuah proses, yaitu adanya gangguan sistem energi tubuh (*disruption of body energy system*). Terganggunya sistem energi tubuh tersebut yang berdampak pada terganggunya emosi dari seseorang (Zainuddin, 2010)

SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*) adalah teknik untuk memotong intervensi dalam mengatasi masalah. Menurut pandangan psikoanalisa, masalah dapat diselesaikan dengan mengatasi

sumber masalah langsung dari akar persoalannya. Mengukir akar permasalahan membutuhkan penanganan yang intensif dalam waktu yang relatif lama. Penanganan tersebut dapat berlangsung berbulan-bulan atau dalam hitungan tahun, bergantung pada permasalahan yang dihadapi (Nurlatifah,2016).

Meskipun awalnya SEFT tidak muncul dari latar keilmuan Bimbingan dan Konseling, SEFT disinyalir mampu diadaptasi untuk dipraktikkan dalam ranah Bimbingan dan Konseling. Hal tersebut merupakan inovasi baru yang dapat memperkaya khazanah teknik terapi dalam Bimbingan dan Konseling/BKI. Hal yang menarik dalam penggunaan SEFT adalah unsur spiritual dalam tekniknya (Nurlatifah, 2016).

Hal yang menarik dalam penggunaan terapi SEFT adalah keterlibatan unsur spiritual dalam tekniknya. Adanya unsur spiritual dalam terapi SEFT diperkirakan akan sesuai dengan bentuk bimbingan dan konseling Islam yang lebih banyak mempelajari ranah keilmuan melalui sudut pandang religi dimana Islam dipandang dapat mengisi celah kekosongan yang belum terisi oleh keilmuan bimbingan dan konseling secara umum (Nurlatifah,2016).

Dalam penerapannya, SEFT juga menjadi lebih efektif dikarenakan adanya unsur atau aspek utama yang salah satunya yaitu ikhlas. Ikhlas artinya ridho atau menerima rasa sakit (fisik maupun psikis) dengan sepenuh hati. Ikhlas juga memiliki arti tidak mengeluh atas musibah yang sedang diterima. Sebab yang sebenarnya membuat seseorang semakin sakit adalah perasaan tidak mau menerima rasa sakit atau masalah yang sedang dihadapi.

2. Teknik Terapi yang Mendukung Efektivitas SEFT

a. NLP (*Neuro-Linguistic Programming*)

Langkah awal dalam SEFT yaitu melakukan „*set up*“, adalah salah satu aplikasi dari teknik NLP yang dinamakan *reframing* dan

anchoring. Untuk langkah kedua dan ketiga, yaitu *tune-in* dan *tapping*, sama halnya dengan melakukan "*Breaking The Pattern*" dalam NLP.

b. *Self Hypnotherapy*

Dalam *Self Hypnotherapy*, menghipnosis diri untuk menghapus program-program bawah sadar yang menjadi akar penyebab dari emosi negatif biasa disebut "sugesti diri" atau "afirmasi". Dalam proses SEFTing, sugesti dan afirmasi akan menciptakan harapan dan rasa optimis yang terprogram dalam alam bawah sadar

c. *Visualization*

Adalah teknik untuk mengobati kondisi fisik dengan mengubah pikiran. Teknik ini digunakan dalam SEFT dalam "*the movie technique*". Teknik tersebut sangat bermanfaat untuk menyembuhkan trauma dan phobia.

d. *Meditation*

Teknik meditasi awalnya adalah praktik spiritual yang ada dalam semua agama besar. Banyak orang yang salah paham bahwa meditasi berasal dari ajaran agama Hindu dan Budha saja. Nama dari meditasi dalam setiap agama mungkin berbeda-beda, sebenarnya esensinya sama. Dalam agama Kristen dikenal dengan saat-saat teduh atau *Silent Moment*, Yahudi menyebutnya *Sabbatical Days*. Dan dalam Islam dikenal dengan *dzikir*, *tafakur*, atau *tawajuh*. Sholat pun sebenarnya bentuk meditasi yang diiringi dengan gerakan-gerakan penghambaan diripada Allah Subhanu Wata'ala.

e. *Behavioral Therapy: Desensitization*

Dalam teknik ini, orang yang menderita *phobia* secara perlahan dibuat lebih tidak sensitif terhadap sesuatu yang ditakutkannya. Dalam SEFT teknik ini digunakan terutama untuk menghilangkan *phobia* dalam waktu yang singkat. Pada saat melakukan *tapping*

pada orang yang mengidap fobia, trauma, kecemasan, dan berbagai masalah psikologis lainnya maka sekaligus sedang melakukan proses *systemic desensitization* pada klien tersebut

3. Tujuan Terapi SEFT

Seperti halnya pada terapi lain, terapi SEFT juga memiliki tujuan yang ingin dicapai. Tujuan terapi SEFT adalah untuk membantu orang lain baik individual maupun kelompok dalam mengurangi penderitaan psikis maupun fisik. Sehingga acuannya dapat digunakan untuk melihat tujuan tersebut ada pada motto yang berbunyi “LOGOS” (loving god, blessing to the others, and self improvement) (Shifatul, Ulyah, 2014)

4. Teknik Terapi dalam SEFT

a. *The Set Up*

The Set-Up bertujuan untuk memastikan agar aliran energi tubuh terarah dengan tepat. Langkah ini dilakukan untuk menetralsir “*Psychological Reversal*” atau “Perlawanan Psikologis”. Hal ini biasanya berupa pikiran spontan atau keyakinan bawah sadar negative (Zainuddin, 2010).

The Set - Up terdiri dari dua aktifitas, yaitu : 1. Mengucapkan *The Set – Up Word* dengan penuh rasa khusyu, ikhlas dan pasrah sebanyak 3 kali. Dalam bahasa religius, *The Set – Up Words* adalah doa kepasrahan kepada Allah Subhanahu Wata’ala, bahwa apapun masalah dan rasa sakit yang dialami saat ini, dapat diterima dengan ikhlas menerima dan pasrah akan kesembuhannya kepada Allah Subhanahu Wata’ala. *The Set – Up* harus diucapkan dengan perasaan untuk menetralsir *Psychological Reversal* (keyakinan dan pikiran negatif) (Zainuddin, 2010). 2. Mengucapkan *The Set - Up Word* dengan penuh perasaan, tekan pada bagian dada, tepatnya di bagian “*sore spot*” atau titik nyeri,

letaknya di sekitar dada atas yang jika ditekan terasa agak sakit, atau mengetuk dengan dua ujung jari di bagian “*karate chop*”.



Gambar Letak Sore Spot dan Karate Chop

Setelah menemukan titik nyeri atau *karate chop*, tekan titik nyeri atau mengetuk *karate chop* sambil mengucapkan kalimat *Set-Up*. Adapun contoh kalimat *set – up* (doa) untuk masalah emosi : “Ya Allah. Meskipun saya mengalami gangguan kecemasan, saya ikhlas menerima ini, saya pasrahkan kepada-Mu sepenuhnya”. Sedangkan contoh kalimat *set – up* (doa) untuk masalah fisik : “Ya Allah. Meskipun kaki saya sakit karena asma, saya ikhlas menerima ini, saya pasrahkan kepada-Mu sepenuhnya”. Setelah menekan titik nyeri atau *karate chop* sambil mengucapkan kalimat *Set-Up* seperti contoh sebelumnya, SEFT dapat dilaksanakan menuju langkah kedua yaitu *The Tune-In*.

b. *The Tune-In*

Untuk masalah fisik, *tune-in* dilakukan dengan cara merasakan rasa sakit yang dialami, lalu mengarahkan pikiran ke tempat rasa sakit. Sambil melakukan hal tersebut, hati dan mulut mengatakan : “Ya Allah saya ikhlas, saya pasrah” atau “Ya Allah saya ikhlas menerima sakit saya ini, saya pasrahkan kepada-Mu kesembuhan saya”.

Untuk masalah emosi, *tune-in* dilakukan dengan cara memikirkan sesuatu atau peristiwa spesifik tertentu yang dapat membangkitkan emosi negatif yang ingin dihilangkan. Ketika

terjadi reaksi negatif (marah, sedih, takut, dan lain-lain), hati dan mulut mengatakan, “Ya Allah saya ikhlas saya pasrah”. Bersamaan dengan *tune-in*, juga dilakukan langkah ketiga yaitu *tapping*. Pada proses ini (*tune-in* yang dibarengi dengan *tapping*), emosi negatif atau rasa sakit fisik secara perlahan dapat dinetralisasi.

c. *The Tapping*

Tapping adalah salah satu langkah mengetuk ringan dengan dua ujung jari pada titik-titik tertentu di tubuh sambil terus *tune-in*. Titik-titik ini adalah titik-titik kunci dari “*The Major Energy Meridians*”, yang jika kita ketuk beberapa kali akan berdampak pada netralisasi gangguan emosi atau rasa sakit yang dirasakan. *Tapping* menyebabkan aliran energi tubuh berjalan dengan normal dan seimbang kembali (Zainuddin, 2010)

Titik-titik yang akan diberikan ketukan ringan (*tapping*) berada di bagian kepala, daerah dada dan tangan. Pada bagian kepala, titik-titik tersebut terdiri dari: titik 1. CR (*Crown*) yaitu titik di bagian atas kepala (ubun-ubun); titik 2. EB (*Eye Brow*) yaitu titik permulaan alis mata, dekat pangkal hidung; titik 3. SE (*Side of the Eye*) yaitu titik di atas tulang di ujung mata sebelah luar; titik 4. UE (*Under the Eye*) yaitu titik yang terletak 2 cm di bawah kelopak mata; titik 5. UN (*Under the Nose*) yaitu titik yang letaknya tepat di bawah hidung; titik 6. Ch (*Chin*) yaitu titik yang letaknya diantara dagu dan bagian bawah bibir.

Gambar Letak titik *tapping* pada bagian kepala



Pada bagian dada, titik-titik *tapping* terdiri dari: titik 7. CB (*Collar Bone*) yaitu titik yang letaknya di ujung tempat bertemunya tulang dada dan tulang rusuk; titik 8. UA (*Under the Arm*) yaitu titik yang berada di bawah ketiak sejajar dengan puting susu (pria) atau tepat di bagian bawah tali bra (wanita); titik 9. BN (*Below Nipple*) yaitu titik yang letaknya 2,5 cm di bawah puting susu (pria) atau di perbatasan antara tulang dada dan bagian bawah payudara.



Gambar Letak titik *tapping* pada bagian dada

Pada bagian tangan, titik-titik tersebut terdiri dari: titik 10. IH (*Inside of Hand*) yaitu titik yang letaknya di bagian dalam tangan yang berbatasan dengan telapak tangan; titik 11. OH (*Outside of Hand*) yaitu titik yang letaknya di bagian luar tangan yang berbatasan dengan telapak tangan; titik 12. Th (*Thumb*) yaitu titik yang letaknya pada ibu jari di samping luar bagian bawah kuku; titik 13. IF (*Indeks Finger*) yaitu titik yang letaknya pada jari telunjuk di samping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari); titik 14. MF (*Middle Finger*) yaitu titik yang letaknya pada jari tengah di samping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari); titik 15. RF (*Ring Finger*) yaitu titik yang letaknya pada jari manis di samping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari); titik 16. BF (*Baby Finger*) yaitu titik yang letaknya pada jari kelingking di samping luar bagian bawah kuku (di bagian yang menghadap ibu jari); titik

17. KC (*Karate Chop*) yaitu titik yang letaknya di samping telapak tangan, bagian yang digunakan untuk mematahkan balok pada saat karate; titik 18. GS (*Gamut Spot*) yaitu titik yang letaknya di bagian antara perpanjangan tulang jari manis dan tulang jari kelingking. Untuk lebih jelas dan terperinci di bawah ini adalah gambar titik-titik yang terletak pada daerah tangan.



Gambar 2.4: Letak titik *tapping* pada bagian tangan

5. Kunci Keberhasilan SEFT

Ada tiga hal yang harus diperhatikan agar SEFT yang dilakukan efektif. Tiga hal itu harus dilakukan selama proses terapi, mulai dari *set-up*, *tune-in*, hingga *tapping*. Banyak dari terapi SEFT yang gagal, penyebab utamanya adalah karena mengabaikan salah satu atau ketiga hal tersebut, yaitu:

a. Khusyu'

Selama melakukan terapi, khususnya pada saat *Set-Up* harus konsentrasi atau khusyu'. Pusatkan pikiran dan perasaan pada saat *Set-Up* (berdoa) pada Allah Subhanahu Wata'ala "Sang Maha Penyembuh", berdoa dengan penuh kerendahan hati. Salah

satu penyebab tidak terkabulnya doa adalah karena tidak khusyu“, hati dan pikiran tidak ikut hadir saat berdoa. Firman Allah Subhanahu Wata’ala dalam surat Al-Baqarah Ayat 45 :

وَاسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ ۚ وَإِنَّهَا لَكَبِيرَةٌ إِلَّا عَلَى الْخَاشِعِينَ

Artinya: “Dan mohonlah pertolongan kepada Allah dengan sabar dan sholat. Dan sholat itu sungguh berat, kecuali bagi orang-orang yang khusyu’

b. Ikhlas.

Ikhlas artinya ridho atau menerima rasa sakit, baik fisik maupun emosi dengan sepenuh hati. Ikhlas artinya tidak mengeluh atas musibah yang sedang diterima. Yang membuat seseorang semakin sakit adalah karena tidak mau menerima dengan ikhlas rasa sakit atau masalah yang sedang dihadapi (Kementerian Agama RI, 2012). Semakin seseorang berontak dan tidak menerima kenyataan, maka penyakit itu semakin sulit sembuh dan semakin berat penderitaan batinnya, itulah yang disebut *pain paradox* (paradox penyakit). Namun apabila seseorang semakin ikhlas menerima penyakitnya atau masalahnya, maka semakin cepat pula penderitaannya pergi. Firman Allah Subhanahu Wata’ala dalam Surat Al-Baqarah Ayat 139 :

قُلْ أَتُحَاجُّونَنَا فِي اللَّهِ وَهُوَ رَبُّنَا وَرَبُّكُمْ وَلَنَا أَعْمَالُنَا وَلَكُمْ أَعْمَالُكُمْ وَنَحْنُ لَهُ مُخْلِصُونَ

Artinya: “Katakanlah: "Apakah kamu memperdebatkan dengan kami tentang Allah, padahal Dia adalah Tuhan kami dan Tuhan kamu; bagi kami amalan kami, dan bagi kamu amalan kamu dan hanya kepada-Nya kami mengikhlaskan hati

c. Pasrah

Pasrah berbeda dengan ikhlas. Ikhlas adalah menerima dengan sepenuh hati apapun yang dialami saat ini, sedangkan pasrah adalah menyerahkan diri sepenuhnya kepada Allah Subhanahu

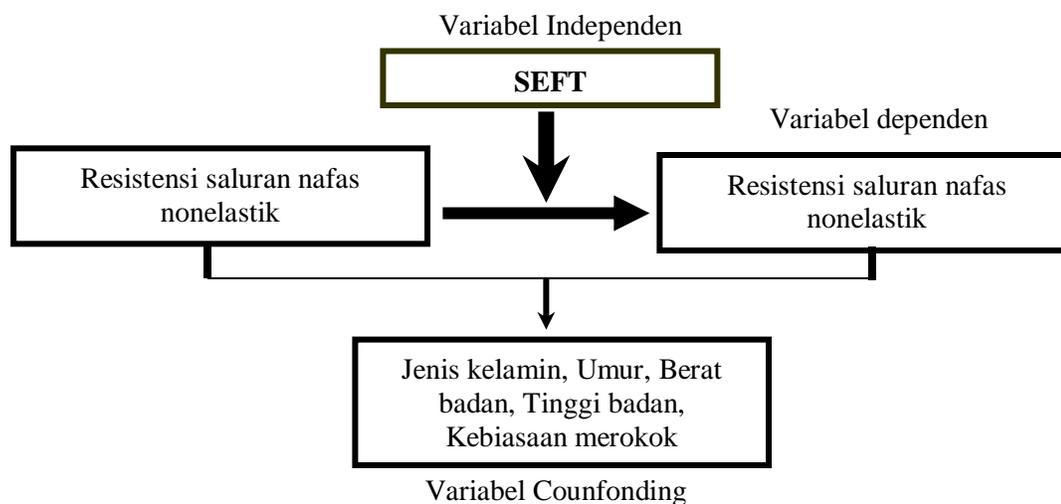
Wata'ala terhadap apa akan yang terjadi. Pasrah atau tawakkal bukan berarti tidak berusaha, namun tetap berusaha seoptimal mungkin mencari solusi dan menyerahkan diri kepada Allah Subhanahu Wata'ala . Allah akan mengambil alih masalah seseorang bagi orang yang pasrah/tawakkal. Firman Allah Subhanahu Wata'ala yang berbicara tentang pasrah atau tawakkal pada Surat Al-Maidah Ayat 11 yang berbunyi sebagai berikut :

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اذْكُرُوا نِعْمَتَ اللَّهِ عَلَيْكُمْ إِذْ هُمْ قَوْمٌ أَنْ يَبْسُطُوا إِلَيْكُمْ أَيْدِيَهُمْ فَكَفَّ أَيْدِيَهُمْ عَنْكُمْ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۗ وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ

Artinya: “Hai orang-orang yang beriman, ingatlah kamu akan nikmat Allah (yang diberikan-Nya) kepadamu, di waktu suatu kaum bermaksud hendak menggerakkan tangannya kepadamu (untuk berbuat jahat), maka Allah menahan tangan mereka dari kamu. Dan bertakwalah kepada Allah, dan hanya kepada Allah sajalah orang-orang mukmin itu harus bertawakkal.

5. METODE

A. Kerangka Konsep



B. Hipotesa Penelitian :

Resistensi saluran nafas nonelastik lebih baik sesudah diberikan *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)*

C. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif dengan desain kuasi eksperimen *pre* dan *post test*, satu kelompok. Penelitian ini dimaksudkan untuk menganalisa efek SEFT terhadap perubahan resistensi saluran nafas nonelastik. Pengukuran resistensi saluran nafas nonelastik dilakukan setelah menjalani terapi SEFT.

D. Populasi

Populasi dalam studi ini adalah penderita asma di wilayah Puskesmas Temindung Samarinda.

E. Sampel

Dalam penelitian ini tehnik pengambilan sampel yang digunakan adalah dengan cara acak sederhana (*simple random sampling*) yaitu pengambilan sampel dengan anggota populasinya bersifat homogen dan mempunyai kesempatan yang sama untuk diambil sebagai sampel. Dengan merujuk rumus jumlah sampel uji hipotesis beda rata-rata berpasangan (*dependent*) dari Ariawan (2007) yaitu :

$$n = \frac{\sigma^2 * [Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Keterangan :

- σ = Standar deviasi dari beda 2 rata-rata berpasangan penelitian terdahulu atau penelitian awal.
- $Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai Z pada derajat kepercayaan $1-\alpha/2$ atau derajat kemaknaan α pada uji 2 sisi (*two tail*).
- $Z_{1-\beta}$ = Nilai Z pada kekuatan uji (*power*) $1-\beta$.
- μ_1 = Rata – rata pada keadaan sebelum intervensi.
- μ_2 = Rata – rata pada keadaan sesudah intervensi.
- n = Jumlah sampel yang dibutuhkan.

Dari rumus diatas, peneliti ingin menguji hipotesis dengan derajat kemaknaan 1% ($Z_{1-\alpha/2} = 2.58$) dan kekuatan uji 90 % ($Z_{1-\beta}$ atau $Z_{90\%} = 1.28$), maka jumlah sampel yang diperlukan adalah :

$$n = \frac{\sigma^2 * [Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}]^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n = \frac{13.3^2 * [2.58 + 1.28]^2}{(40.2-51.8)^2}$$

$$= 19,57 \sim 20 \text{ responden.}$$

Jadi peneliti memerlukan 20 responden sebagai sampel.

F. Instrumen Penelitian

Data yang akan dikumpulkan adalah sebanyak 20 responden. Instrumen yang dipakai untuk menilai adanya resistensi saluran nafas nonelastik yaitu dengan cara mengukur APE (Aliran Puncak Ekspirasi) atau VEK₁ dengan menggunakan alat mini *peak flow meter* (PFM). Teknik pengukuran APE dan SEFT tertera dalam lampiran.

G. Analisa Data

Data yang dikumpulkan dalam penelitian merupakan data mentah yang harus diorganisasikan sedemikian rupa agar dapat disajikan dalam bentuk tabel atau grafik sehingga mudah dianalisis dan ditarik kesimpulan. Analisis data merupakan proses yang sangat penting dalam penelitian, oleh karena itu harus dilakukan dengan baik dan benar. Kegiatan dalam proses analisis data adalah sebagai berikut :

1. Editing data

Memeriksa data yang telah dikumpulkan baik berupa daftar pertanyaan, kartu atau buku register. Yang dilakukan pada kegiatan memeriksa data ialah memeriksa kelengkapan data, memeriksa kesinambungan data dan memeriksa keseragaman data.

2. Pemberian kode (coding)

Untuk mempermudah pengolahan, semua variabel diberi kode terutama data klasifikasi, misalnya : jenis kelamin untuk wanita diberi kode 0 dan pria diberi kode 1, dan lain-lain.

3. *Entry* data

dilakukan dengan cara memasukkan data ke dalam komputer dengan mempergunakan perangkat lunak dan fasilitas yang ada pada komputer.

4. *Cleaning* (pembersihan) data

dilakukan untuk meyakinkan bahwa data yang akan dianalisis benar-benar merupakan data yang sebenarnya.

5. Uji homogenitas

Pada penelitian ini yang diuji homogenitasnya adalah varian resistensi saluran nafas nonelastik sebelum dan sesudah SEFT. Perhitungan dengan menggunakan komputer

6. Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memberi gambaran dan penjelasan terhadap mean, median, standar deviasi dan min-max dari

variabel numerik yaitu variable umur, berat badan, tinggi badan dan resistensi saluran nafas nonelastik, sedangkan untuk variabel katagorik menjelaskan jumlah dan persentase masing-masing kelompok yaitu : jenis kelamin dan kebiasaan merokok.

7. Bivariat :

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui bentuk hubungan kedua variabel (independen dan dependen) (Hastono, 2001). Adapun uji yang digunakan adalah Uji dependen t test yaitu melakukan analisis bivariat untuk variabel dua mean pasangan : pengukuran persentase resistensi saluran nafas nonelastik sebelum dan sesudah SEFT.

6. LUARAN

Publish pada jurnal Nasional Terakreditasi : Jurnal Kesehatan Pasak Bumi Kalimantan

7. HASIL PENELITIAN

A. Analisa Data

Pada analisa data penelitian ini akan dipaparkan data hasil penelitian tentang *Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)* Sebagai Penerapan *Homecare* Pasien Asma Bronkial Dengan Resistensi Saluran Nafas Non Elastis di Puskesmas Temindung Samarinda, yang datanya telah dikumpulkan dari bulan September sampai dengan November 2021, dengan jumlah sebanyak 100 responden. Pengumpulan data menggunakan alat *peak flow meter*, meteran dan observasi. Seluruh data yang terkumpul telah memenuhi syarat untuk dianalisis. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan tekstual yang didasarkan pada analisis univariat dan bivariat.

1) Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini akan menggambarkan distribusi frekuensi dari seluruh variabel, yaitu : jenis kelamin, umur, tinggi badan,

berat badan, kebiasaan merokok dan resistensi saluran nafas nonelastik, seperti yang diuraikan di bawah ini :

Tabel 8.1
Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin di Puskesmas Temindung Samarinda, September-November 2021
(n = 100).

Jenis Kelamin	Jumlah	%
Laki-laki	69	69
wanita	31	31
Total	100	100

Dari 100 responden yang berjenis kelamin laki-laki sebanyak 69 (69%) dan wanita 31 (31 %). Jadi sebagian besar responden adalah laki-laki.

Tabel 8.2
Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Puskesmas Temindung Samarinda, September-November 2021
(n = 100).

Umur	Jumlah	%
< 45	68	68
45-60	24	24
> 60	8	8
Total	100	100

Dari 100 responden yang berumur kurang dari 45 tahun, ada sebanyak 68 (68%) responden, yang berumur antara 45-60 tahun, ada sebanyak 24 (24%) responden, yang berumur lebih 60 tahun, ada sebanyak 8 (8%) responden. Jadi sebagian besar responden berumur kurang dari 45 tahun.

Tabel 8.3
Distribusi Responden Berdasarkan Tinggi Badan di Puskesmas Temindung
Samarinda, September-November 2021
(n = 100).

Tinggi Badan	Jumlah	%
≤ 150 cm	13	13
> 150 cm	87	87
Total	100	100

Dari 100 responden yang mempunyai tinggi badan kurang atau sama dengan 150 cm, ada sebanyak 13 (11%) responden, yang mempunyai tinggi badan lebih 150 cm ada sebanyak 87 (87%) responden. Jadi sebagian besar responden mempunyai tinggi badan lebih dari 150 cm.

Tabel 8.4
Distribusi Responden Berdasarkan Berat Badan di Puskesmas Temindung
Samarinda, September-November 2021
(n = 100).

Berat Badan	Jumlah	%
≤ 56 kg	34	34
> 56 kg	66	66
Total	100	100

Dari 25 responden yang mempunyai berat badan kurang atau sama dengan 56 kg ada sebanyak 12 (48%) responden pada kelompok kontrol dan 13 (52%) pada kelompok intervensi. Dari 25 responden yang mempunyai berat badan lebih 56 kg, ada sebanyak 13 (52%) responden pada kelompok kontrol dan 12 (48%) pada kelompok intervensi. Jadi jumlah total proporsi responden dalam hal berat badan adalah sama.

Tabel 8.5
Distribusi Responden Berdasarkan Kebiasaan Merokok di Puskesmas
Temindung Samarinda, September-November 2021
(n = 100).

Kebiasaan Merokok	Jumlah	%
Merokok	55	55
Tidak Merokok	45	45
Total	100	100

Dari 100 responden yang tidak merokok, ada sebanyak 45 (45%), yang mempunyai kebiasaan merokok, ada sebanyak 55 (55%) responden. Jadi jumlah total proporsi responden dalam hal kebiasaan merokok hampir sama.

Tabel 8.6
Distribusi Responden Berdasarkan APE sebelum dan sesudah SEFT di
Puskesmas Temindung Samarinda, September-November 2021
(n = 100).

APE (%)	Jumlah	%
Sebelum :		
< 80	95	95
≥ 80	5	5
Sesudah		
< 80	59	59
≥ 80	41	41
Total	100	100

Pada kelompok sebelum dilakukan SEFT mayoritas proporsi responden mempunyai nilai APE kurang dari 80, pada kelompok sesudah dilakukan SEFT proporsi responden mempunyai nilai APE hampir sama.

Tabel 8.7
Analisis Umur, Tinggi Badan, Berat Badan dan APE di Puskesmas
Temindung Samarinda, September-November 2021
(n = 100).

Variabel	Min-Max	Mean Median	SD	95% CI
Umur	13-80	38,79 38,50	15,26	35,76-41,82
Tinggi Badan	140-178	163,01 165,00	8,34	161,36-164,66
Berat Badan	30-82	59,91 60,00	9,41	58,04-61,78
APE sebelum SEFT	64-84	72,32 72,00	4,12	71,50-73,14
APE sesudah SEFT	61-89	77,83 77,00	4,84	76,87-78,79

Rata-rata umur responden 38,79 tahun (95% CI : 35,76-41,82), tinggi badan 163,01 cm (95% CI : 161,36-164,66), berat badan 59,91 kg (95% CI : 58,04-61,78), APE sebelum SEFT 72,32% (95% CI : 71,50-73,14), APE sesudah SEFT 77,83% (95% CI : 76,87-78,79).

2) Analisis Bivariat

a) Uji Normalitas Data

Tujuan dilakukan uji Normalitas adalah untuk menilai sebaran data pada sebuah kelompok data atau variabel, apakah sebaran data tersebut berdistribusi normal ataukah tidak. Uji yang dipakai adalah uji *Kolmogorov-Smirnov*. Hasil uji normalitas data seperti yang di bawah ini :

Variable	Satistik	df	Sig
Umur	0,137	100	0,000
Berat badan	0,074	100	0,200*
Tinggi badan	0,104	100	0,009
APE sebelum SEFT	0,141	100	0,000
APE sesudah SEFT	0,107	100	0,006

Hasil analisis diatas dapat disimpulkan :

- Variabel Umur, tinggi badan, APE sebelum SEFT dan APE sesudah SEFT berdistribusi tidak normal, sedangkan variable berat badan berdistribusi normal.
- Analisis bivariat menggunakan uji alternative Wilcoxon.

b) Analisis hubungan dan perbedaan antara umur, tinggi badan, berat badan, jenis kelamin, kebiasaan merokok dengan resistensi saluran nafas nonelastik

Tabel 8.10
Analisis Hubungan Umur, Tinggi Badan dan Berat Badan dengan Resistensi Saluran Nafas Nonelastik Sebelum dan Sesudah SEFT di Puskesmas Temindung Samarinda, September-November 2021 (n = 100).

Variabel	r	P value
Umur :		
• Sebelum SEFT	-0,22	0,025
• Sesudah SEFT	-0,33	0,001
Tinggi Badan :		
• Sebelum SEFT	-0,11	0,289
• Sesudah SEFT	0,08	0,418
Berat Badan :		

• Sebelum SEFT	-0,16	0,114
• Sesudah SEFT	0,09	0,372

Hasil analisis bivariat dengan korelasi diatas dapat disimpulkan :

- Hubungan umur dengan resistensi saluran nafas nonelastik sebelum dan sesudah SEFT menunjukkan hubungan lemah, dan berpola negatif artinya semakin tua umurnya semakin rendah persentase APE.
- Hubungan tinggi badan dengan resistensi saluran nafas nonelastik sebelum dan sesudah SEFT menunjukkan hubungan lemah sekali dan sebelum dilakukan SEFT berpola negatif artinya semakin tinggi badannya semakin rendah persentase APE sedangkan pada saat sesudah SEFT berpola positif artinya semakin tinggi badannya semakin tinggi persentase APE
- Hubungan berat badan dengan resistensi saluran nafas nonelastik sebelum dan sesudah SEFT menunjukkan hubungan lemah sekali dan sebelum dilakukan SEFT berpola negatif artinya semakin tinggi badannya semakin rendah persentase APE sedangkan pada saat sesudah SEFT berpola positif artinya semakin tinggi badannya semakin tinggi persentase APE
- Hasil uji statistik didapatkan $p < \alpha$ (0,05) berarti ada hubungan yang signifikan antara umur sesudah SEFT dengan frekuensi pernafsan.
- Hasil uji statistik didapatkan $p > \alpha$ (0,05) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara umur sebelum SEFT dengan frekuensi pernafsan.
- Hasil uji statistik didapatkan $p > \alpha$ (0,05) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara tinggi badan dan berat badan sebelum dan sesudah SEFT dengan frekuensi pernafsan.

Tabel 8.11
Analisis Perbedaan Rata-rata Resistensi Saluran Nafas Nonelastik
Sebelum dan Sesudah SEFT Menurut Jenis Kelamin Responden di
Puskesmas Temindung Samarinda, September-November 2021
(n = 100).

Variabel	Mean	SD	t	P value
Sebelum SEFT :				
-Laki-laki	71,84	3,98	-1,76	0,08
- Wanita	73,39	4,28		
Sesudah SEFT :				
-Laki-laki	78,01	4,68	98	0,57
- Wanita	77,42	5,24		

Rata-rata persentase APE yang terbesar adalah berjenis kelamin laki-laki sesudah di lakukan SEFT. Hasil uji statistik didapatkan $p > \alpha$ (0,05) berarti tidak ada perbedaan yang signifikan resistensi saluran nafas nonelastik sebelum dan sesudah SEFT antara laki-laki dengan wanita.

Tabel 8.12
Analisis Perbedaan Rata-rata Resistensi Saluran Nafas Nonelastik
Sebelum dan Sesudah SEFT Menurut Kebiasaan Merokok di
Puskesmas Temindung Samarinda, September-November 2021
(n = 100).

Variabel	Mean	SD	t	P value

Sebelum SEFT :				
-Tidak Merokok	73,69	3,92	-3,14	0,002
-Merokok	71,20	3,97		
Sesudah SEFT :				
-Tidak Merokok	78,47	4,10	-1,22	0,224
-Merokok	77,31	5,35		

Rata-rata persentase APE yang terbesar adalah tidak merokok sesudah di lakukan SEFT. Hasil uji statistik didapatkan $p < \alpha$ (0,05) berarti ada perbedaan yang signifikan resistensi saluran nafas nonelastik sebelum di lakukan SEFT. Hasil uji statistik didapatkan $p > \alpha$ (0,05) berarti tidak ada perbedaan yang signifikan resistensi saluran nafas nonelastik sesudah di lakukan SEFT.

Tabel 8.13
Analisis Perbedaan Rata-rata Resistensi Saluran Nafas Nonelastik
Sebelum dan Sesudah SEFT di di Puskesmas Temindung Samarinda,
September-November 2021
(n = 100).

Variabel	N		P value
Persentase APE Sesudah SEFT- Persentase APE Sebelum SEFT	Negatif Ranks	6	0,000
	Positif Ranks	93	
	Ties	1	
Total	100		

Ada sebanyak 6 responden yang nilai Persentase APE Sesudah SEFT lebih kecil daripada Persentase APE Sebelum SEFT, sebanyak 93 responden nilai Persentase APE Sesudah SEFT lebih besar daripada nilai Persentase APE

Sebelum SEFT dan 1 responden yang nilainya sama sebelum dan sesudah SEFT. Hasil uji statistik didapatkan $p < \alpha$ (0,05) berarti ada perbedaan yang signifikan resistensi saluran nafas nonelastik sebelum dan sesudah dilakukan SEFT.

B. Pembahasan

Pada pembahasan ini akan dijelaskan tentang hasil penelitian yang meliputi interpretasi dan diskusi hasil, selain itu juga akan dijelaskan tentang berbagai keterbatasan penelitian dan implikasi penelitian untuk keperawatan.

1) Interpretasi dan Diskusi Hasil

Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi gambaran karakteristik responden dan mengidentifikasi perbedaan penurunan resistensi saluran nafas nonelastik hasil pengukuran rata-rata persentase APE sebelum dan sesudah dilakukan SEFT, sebagai berikut :

a) Hubungan Jenis Kelamin, kebiasaan Merokok dengan Persentase APE

Total jenis kelamin laki-laki sebanyak 69 responden dan jenis kelamin wanita sebanyak 31 responden. Jadi jumlah sampel laki-laki lebih banyak, dan ini sejalan dengan Price dan Wilson (2003) bahwa PPOK menyerang pria dua kali lebih banyak daripada wanita, karena pria merupakan perokok yang lebih berat dibandingkan wanita, tetapi insidennya pada wanita semakin meningkat dan stabil pada pria, dengan meningkatnya insiden perokok pada wanita akan dapat menyebabkan terjadinya penyakit PPOK ini lebih banyak atau sama dengan laki-laki.

Hasil penelitian sebelum SEFT menunjukkan rata-rata persentase APE yang berjenis kelamin wanita adalah 73,39%, sedangkan yang berjenis kelamin laki-laki adalah 71,84%. Hasil uji statistik didapatkan $p > \alpha$ (0,05) berarti tidak ada perbedaan yang signifikan resistensi saluran nafas nonelastik sebelum SEFT antara wanita dengan laki-laki.

Hasil penelitian sesudah SEFT menunjukkan rata-rata persentase APE yang berjenis kelamin wanita adalah 77,42%, sedangkan yang berjenis kelamin laki-laki adalah 78,01%. Hasil uji statistik didapatkan $p > \alpha$ (0,05) berarti tidak ada perbedaan yang signifikan resistensi saluran nafas nonelastik sesudah SEFT antara wanita dengan laki-laki.

Sebelum dilakukan SEFT rata-rata persentase APE pada wanita lebih besar dibanding laki-laki dengan rata-rata selisih sebesar 1,55%, tetapi sesudah dilakukan SEFT rata-rata persentase APE pada laki-laki lebih besar dibanding wanita dengan rata-rata selisih sebesar 0,59%.

Peningkatan rata-rata persentase APE pada wanita lebih baik dari pada pria karena berhubungan dengan kebiasaan merokok. Menurut buku *Report of the WHO Expert Committee on Smoking Control*, terdapat hubungan yang erat antara merokok dan penurunan VEK₁ (volume ekspirasi kuat dalam 1 detik) (Soeparman, 2004). Kebiasaan merokok sering menimbulkan keluhan batuk serta dahak yang banyak, saluran napas menyempit dan meradang, menurunkan kemampuan paru untuk bernapas. Kebiasaan merokok akan merusak mekanisme pertahanan paru yang disebut mucociliary clearance. Bulu-bulu getar dan bahan lain di paru tidak mudah "membuang" infeksi yang sudah masuk karena bulu getar dan alat lain di paru rusak akibat asap rokok. Selain itu, asap rokok meningkatkan tahanan jalan napas (airway resistance) dan menyebabkan "mudah bocornya" pembuluh darah di paru, juga akan merusak makrofag yang merupakan sel yang dapat memakan bakteri pengganggu.

Asap rokok merupakan campuran partikel dan gas. Pada tiap hembusan asap rokok terdapat 10^{14} radikal bebas yaitu radikal hidroksida (OH). Sebagian besar radikal bebas ini akan sampai di alveolus waktu menghisap rokok. Partikel ini merupakan oksidan yang

dapat merusak paru. Parenkim paru yang rusak oleh oksidan terjadi karena rusaknya dinding alveolus dan timbulnya modifikasi fungsi anti elastase pada saluran nafas. Anti elastase berfungsi menghambat netrofil. Oksidan menyebabkan fungsi ini terganggu, sehingga timbul kerusakan jaringan intersititial alveolus.

Partikulat dalam asap rokok dan udara terpolusi mengendap pada lapisan mukus yang melapisi mukosa bronkus, sehingga menghambat aktivita silia. Pergerakan cairan yang melapisi mukosa berkurang, sehingga iritasi pada sel epitel mukosa meningkat. Hal ini akan lebih merangsang kelenjar mukosa. Produk mukus yang berlebihan memudahkan timbulnya infeksi serta menghambat proses penyembuhan, bila iritasi dan oksidasi di saluran nafas terus berlangsung maka terjadi erosi epitel serta pembentukan jaringan parut. Selain itu terjadi pula metaplasti skuamosa dan penebalan lapisan skuamosa. Hal ini menimbulkan stenosis dan obstruksi saluran nafas yang bersifat irreversibel.

b) Hubungan Umur dengan Persentase APE

Rentang umur responden adalah antara 13 tahun sampai dengan 80 tahun dengan rata-rata umur 38,79 tahun. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan kurang dari 1% masyarakat berumur 45-60 tahun dan kurang dari 4% masyarakat berumur 60 tahun menderita PPOK. Pasien PPOK kebanyakan berusia lanjut.

Jika data umur dikategorikan menjadi 3 kelompok yaitu : <45 tahun, 45-60 tahun, >60 tahun, didapatkan 68 (68%) responden yang berumur kurang dari 45 tahun, ada sebanyak 24 (24%) responden berumur antara 45-60 tahun dan sebanyak 8 (8%) responden berumur lebih dari 60 tahun.

Hasil uji statistik didapatkan $p < \alpha (0,05)$ berarti ada hubungan yang signifikan antara umur (sebelum dan sesudah SEFT) dengan

resistensi saluran nafas nonelastik dengan nilai r sebelum SEFT -0,22 dan sesudah SEFT -0,33, yang berarti hubungan umur dengan resistensi saluran nafas nonelastik sebelum dan sesudah SEFT menunjukkan hubungan lemah, dan berpola negatif artinya semakin tua umurnya semakin rendah persentase APE.

Hal ini dikarenakan pasien PPOK yang dirawat rata-rata berusia 51,88 tahun, dimana pada usia tersebut sudah terdapat terdapat gangguan mekanis, pertukaran gas pada sistim pernapasan, menurunnya aktivitas fisik, terjadi perubahan paru berupa kekakuan dinding dada akibat perubahan tulang belakang dan sendi kostovertebral sehingga *compliance* dinding dada berkurang, penurunan elastisitas parenkim paru, bertambahnya kelenjar mukus pada bronkus dan penebalan pada mukosa bronkus. Hal ini akan mengakibatkan peningkatan resistensi saluran napas nonelastik, pernapasan tidak efektif, penurunan kapasitas vital kuat (KVK) dan volume ekspirasi kuat detik pertama (VEK_1).

c) Hubungan Tinggi Badan dengan Persentase APE

Rentang tinggi badan responden adalah antara 140 cm sampai dengan 178 cm dengan rata-rata tinggi badan 163,01 cm. Jika data tinggi badan dikategorikan menjadi 2 kelompok yaitu : <150 cm dan >150 cm, maka didapatkan 13 (13%) responden yang mempunyai tinggi badan kurang dari 150 cm, dan sebanyak 87 (87%) yang mempunyai tinggi badan lebih dari 150 cm.

Hasil uji statistik didapatkan $p > \alpha$ (0,05) berarti tidak ada hubungan yang signifikan antara tinggi badan dan berat badan dengan resistensi saluran nafas nonelastik. Hubungan tinggi badan dengan resistensi saluran nafas nonelastik sebelum dan sesudah SEFT menunjukkan hubungan lemah sekali dan sebelum dilakukan SEFT berpola negatif artinya semakin tinggi badannya semakin rendah

persentase APE sedangkan pada saat sesudah SEFT berpola positif artinya semakin tinggi badannya semakin tinggi persentase APE. Hal ini dikarenakan ukuran dan postur tubuh dapat mempengaruhi fungsi ventilasi paru.

d) Pengaruh SEFT Terhadap Persentase APE.

Sebelum dilakukan SEFT rata-rata persentase APE adalah 73,32% dan sesudah dilakukan SEFT rata-rata persentase APE meningkat menjadi 77,83%. perbedaan rata-rata persentase APE sebelum dan sesudah dilakukan SEFT sebesar 5,51%.

Jumlah persentase APE yang lebih besar dari 80% sebelum dilakukan SEFT sebanyak 5 responden dan setelah dilakukan SEFT meningkat menjadi 41 responden.

Hasil uji statistik dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan resistensi saluran nafas nonelastik sebelum dan sesudah dilakukan SEFT.

Menurut Price, S.A. (2003) apabila nilai APE kurang dari 80% berarti ada obstruksi jalan nafas. Setelah dilakukan SEFT masih ada 59 (59%) responden yang memiliki nilai APE kurang dari 80 %, tetapi secara uji statistik bahwa hasil penelitian telah menunjukkan resistensi saluran nafas nonelastik lebih baik sesudah diberikan SEFT.

SEFT bagi pasien PPOK dapat mempengaruhi penurunan resistensi saluran nafas nonelastik dibandingkan dengan yang tidak dilakukan SEFT. PPOK merupakan istilah yang sering digunakan untuk sekelompok penyakit paru-paru yang berlangsung lama dan ditandai oleh peningkatan resistensi terhadap aliran udara. Resistensi terhadap aliran udara atau tahanan gesekan terhadap aliran udara dalam saluran nafas di sebut resistensi saluran nafas nonelastik. (Price, S.A, 2003).

Resistensi saluran nafas nonelastik pada PPOK ini dikarenakan adanya mukus yang berlebihan di saluran napas. Resistensi saluran nafas nonelastik dapat diukur dengan alat mini *peak flow meter* (PFM). Pengukuran dengan menggunakan alat mini PFM untuk menilai adanya resistensi saluran nafas nonelastik, yaitu dengan cara mengukur APE (Aliran Puncak Ekspirasi) atau VEK₁. PFM adalah mengukur jumlah aliran udara dalam jalan napas. APE adalah kecepatan (laju) aliran udara ketika seseorang menarik napas penuh, dan mengeluarkannya secepat mungkin.

Menurut Hudak dan Gallo (2005) resistensi saluran nafas nonelastik akan mengakibatkan kerja pernafasan meningkat akibat elastisitas hilang (emfisema) atau jalan nafas tersumbat (asma) sehingga energi yang diperlukan untuk ekshalasi juga meningkat besar. Kerja pernafasan (energi) dibutuhkan untuk mengatasi dua resistensi : elastik dan nonelastik. Resistensi elastik adalah tahanan untuk meregang karena sifat elastis paru-paru dan toraks. Resistensi nonelastik adalah tahanan gesekan terhadap aliran udara dalam saluran nafas, seperti gangguan obstruksi jalan nafas atau gangguan oksigenisasi akibat pembentukan mukus yang berlebihan pada pasien PPOK.

Menurut Mansjoer (2014), bahwa tujuan terapi pada pasien asma yaitu menyembuhkan dan mengendalikan gejala asma, mencegah kekambuhan, mengupayakan fungsi paru senormal mungkin serta mempertahankannya, mengupayakan aktivitas harian pada tingkat normal termasuk melakukan *exercise*, menghindari efek samping obat asma, mencegah obstruksi jalan napas yang ireversibel. Salah satu cara mengupayakan fungsi paru senormal mungkin serta mempertahankannya dan mencegah obstruksi jalan napas yang ireversibel yaitu dengan cara melakukan SEFT.

Spiritual Emosional Freedom Technique (SEFT) merupakan teknik terapi yang menggabungkan sistem energi tubuh dan terapi spiritualitas dengan metode tapping pada 18 titik kunci di sepanjang 12 jalur energi tubuh. Terapi *Spiritual Emosional Freedom Technique (SEFT)* merupakan terapi yang sangat mudah untuk dilakukan. Proses belajar sangat cepat, tanpa obat-obatan, dan tanpa melakukan prosedur diagnosis yang rumit. Hanya menggunakan ketukan ringan (*tapping*) hanya pada 18 titik kunci di sepanjang 12 energy tubuh, dan efek penyembuhan dapat langsung dirasakan baik untuk penyembuhan fisik maupun emosi. (Riyanto, 2002).

2) Keterbatasan Penelitian

a) Sampel

Jumlah sampel yang masih terbatas akan mempengaruhi kekuatan analisa (*power of analysis*) sehingga tidak kuat untuk menggambarkan kelompok populasinya, pengambilan sampel dengan disain kuasi eksperimen dengan pendekatan desain *randomized control group pretest-posttest* adalah tidak semua sampel mendapat kesempatan yang sama untuk dilakukan penelitian,

b) Instrumen penelitian.

Pengukuran arus puncak ekspirasi dengan alat mini *peak flow meter* merupakan pemeriksaan sangat sederhana sebab hanya dapat mengukur APE saja, lain halnya dengan alat spirometer yang dapat mengukur beberapa parameter faal paru.

3) Implikasi Hasil Penelitian

Layanan keperawatan kepada masyarakat sangat akurat dan mutakhir karena berdasar pada bukti-bukti (*evidence based*). SEFT dilakukan pada pasien PPOK melalui teknik terapi yang mengkombinasikan

antara energi psikologi, pemberdayaan spiritual, dan penyelarasan sistem energi tubuh. Energi psikologi merupakan seperangkat prinsip dan teknik yang memanfaatkan sistem energi tubuh untuk memperbaiki kondisi pikiran emosi dan perilaku. Teknik tapping dalam SEFT (yaitu mengetuk titik-titik tertentu pada tubuh) disinyalir bermula dari akupunktur, akupresur, chiropractic (terapi pijat tulang belakang untuk sembuhkan penyakit fisik) dan applied kinesiology (penyentuhan beberapa otot untuk menyembuhkan organ yang bermasalah) dengan tujuan dapat mengembalikan dan memelihara fungsi otot-otot pernapasan, membantu membersihkan mukus dari bronkus, mencegah penumpukan mukus dan memperbaiki pergerakan dan aliran mukus. Dengan demikian pasien akan terlatih untuk bernapas secara efektif sehingga akan lebih tenang pada saat terjadi serangan akut serta dapat melakukan tugasnya tanpa tergantung pada orang lain dan akan tercapai tujuannya dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Implikasi hasil penelitian bagi masyarakat luas akan meminimalkan biaya perawatan, karena SEFT ini relatif tidak memerlukan dana yang harus dikeluarkan.

C. Kesimpulan

- 1) Karakteristik responden pada penelitian ini adalah laki-laki sebanyak 69 dan wanita sebanyak 31, rata-rata umur responden adalah 38,79 tahun, tinggi badan responden adalah 163,01 cm dan berat badan responden 59,91 kg.
- 2) Jumlah persentase APE yang $\geq 80\%$ sebelum dilakukan SEFT sebanyak 5 responden dan setelah dilakukan SEFT meningkat menjadi 41 responden.
- 3) Rata-rata persentase APE sebelum SEFT sebesar 72,32% dan sesudah SEFT 77,83%. Hasil uji statistik didapatkan penurunan resistensi saluran nafas nonelastik lebih baik sesudah diberikan SEFT.

8. DAFTAR PUSTAKA

Ahmad Faiz Zainuddin (2010). *SEFT*. Jakarta : PT Arga Publishing.

Ahmad Faiz Zainuddin (2010). *SEFT Spiritual Emotional Freedom Technique*. Jakarta : AfzanPublishing, t.t.

Andar Ifazatul Nurlatifah (2016). *Spiritual Emotional Freedom Technique Sebagai Terapi dalam Konseling, Jurnal Madaniyah, Volume 2 Edisi XI*

Ariawan, I. (2007). *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia : Jakarta.

Brunner & Suddarth 2016. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC

Ganong, W.F. (2009). *Review of Medical Physiologi*. (Dharma A, Penerjemah). Appleton & Lange. University of California.

Heru Sundaru (2002). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid II Edisi Ketiga*. BalaiPenerbit FKUI. Jakarta.

Hudak, C.M., & Gallo, B.M. (2005). *Critical Care Nursing : A Holistik Approach*. (Monica E.D, Made K, Made S, Efi A, Penerjemah). Philadelphia : J.B. Lippincott Company

Kementerian Agama RI (2012). *Al-Qur'an dan Terjemah New Cordova*. Bandung: SyamilQuran.

Mansjoer, et al. (2004). *Kapita Selekta Kedokteran*. Jakarta : Media Aesculapius Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Nurarif .A.H. dan Kusuma. H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC-NOC*. Jogjakarta : MediAction

Price, S.A. (2003). *Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit. Pathophysiology clinical concepts of disease processes/ Sylvia Anderson Price, Lorraine McCarty Wilson; alih bahasa, Peter Anugerah; editor, Caroline Wijaya. –Ed. 4- Jakarta: EGC.*

Shifatul, Ulyah, (2014). *Efektifitas Terapi SEFT (Spiritual Emosional Freedom Tehnique) dalam Menurunkan Kecemasan*, (Skripsi, Fakultas Psikologi dan Kesehatan UIN Sunan Ampel Surabaya.

Smeltzer, S. C & Bare, B. G. (2002). Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. Vol. 2. Jakarta. Penerbit Buku Kedokteran. EGC.

Soeparman, & Waspadji. (2004). *Ilmu Penyakit Dalam*. Balai penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia : Jakarta.

Somantri, I. (2009). Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan sistem pernapasan. Jakarta : Salemba Medika