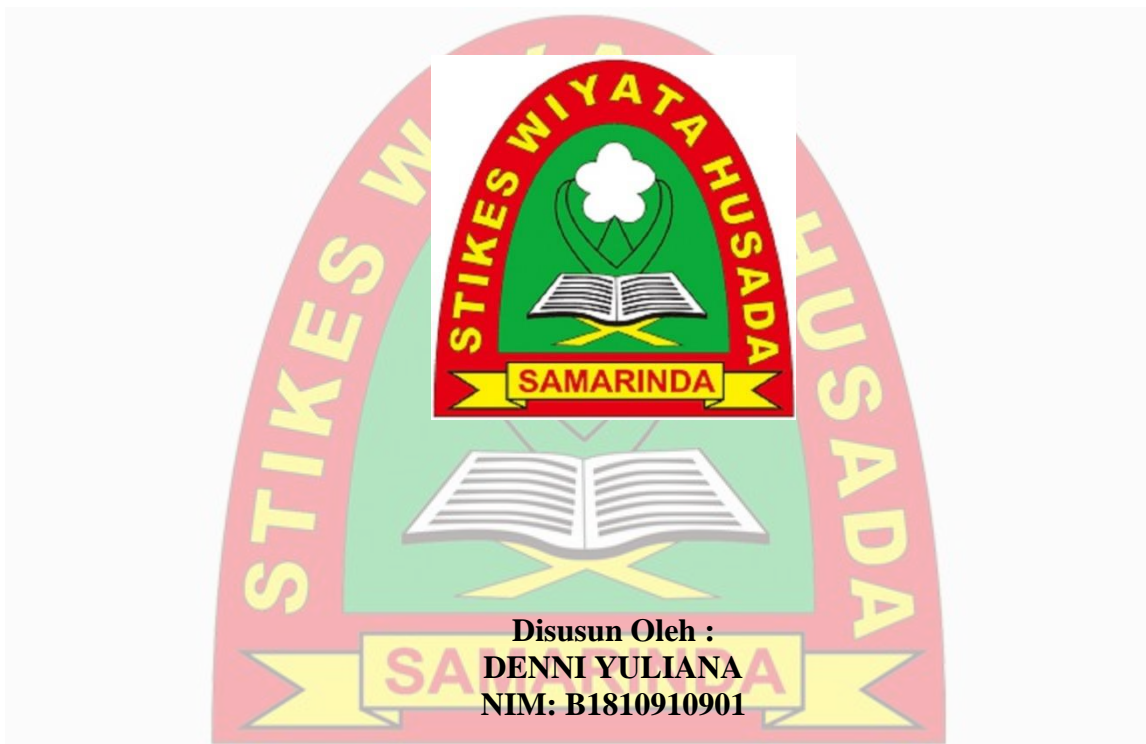


**KUALITAS TIDUR PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER
DI RUANG INTENSIF DI RUMAH SAKIT SWASTA DI
BALIKPAPAN: STUDI DESKRIPTIF**

SKRIPSI



**Disusun Oleh :
DENNI YULIANA
NIM: B1810910901**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2020**

**KUALITAS TIDUR PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI
RUANG INTENSIF RUMAH SAKIT SWASTA DI
BALIKPAPAN: STUDI DESKRIPTIF**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Sarjana Keperawatan



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2020**

HALAMAN PENGESAHAN

**STUDI DESKRIPTIF KUALITAS TIDUR PASIEN PENYAKIT JANTUNG
KORONER DI RUANG ICU RUMAH SAKIT SWASTA
DI BALIKPAPAN**

SKRIPSI

Disusun Oleh:

DENNI YULIANA

NIM: B1810910901

Telah dipertahankan di depan Dewan Penguji
Pada tanggal 12 Februari 2020



HALAMAN PENGESAHAN

KUALITAS TIDUR PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER
DI RUANG INTENSIF RUMAH SAKIT SWASTA
DI BALIKPAPAN : STUDI DESKRIPTIF

SKRIPSI

Disusun Oleh:

DENNI YULIANA
B1810910901

Telah dipertahankan di depan dewan penguji
Pada tanggal 12 Febuari 2020

SUSUNAN DEWAN PENGUJI

1. Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep., M.S (.....)
NIK. 113072.88.17.096
2. Ns. Desy Ayu Wardani, S.Kep., M.Kep. Sp.Kep.Mat (.....)
NIK. 113072.90.15.079
3. Ns. Chrisven Damanik, S.Kep., M.Kep (.....)
NIK. 113072.83.11.023
4. Hj. Sumiati, SKM., M.Kes (.....)
NIK. 19690510.199403.2.002

Mengetahui,

Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep
NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep
NIK:113072.86.14.071

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Denni Yuliana

NIM : B1810910901

Program Studi : S1 Keperawatan

Judul Laporan Tugas Akhir : “Studi Deskriptif Kualitas Tidur Pasien Penyakit Jantung Koroner Di Ruang ICU Rumah Sakit Swasta Di Balikpapan”

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber, baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Balikpapan, Februari 2020

Yang membuat pernyataan,

Denni Yuliana



KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur Peneliti Panjatkan kehadiran Tuhan yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan bimbingannya-Nya Peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Studi Deskriptif kualitas tidur pasien penyakit jantung koroner di ruang ICU Rumah Sakit Swasta di Balikpapan”. Skripsi ini dilakukan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Peneliti menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi Peneliti untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah Peneliti mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

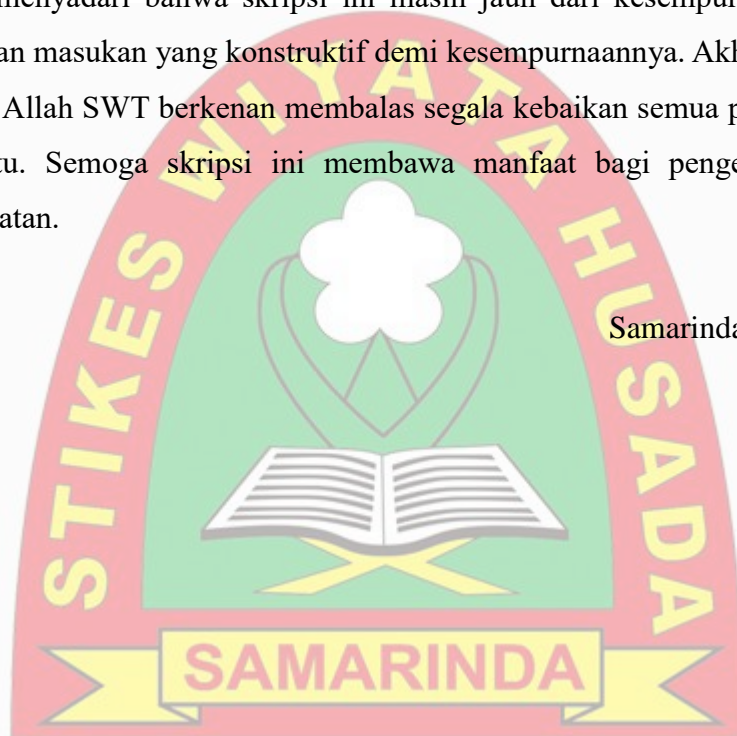
1. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep., Selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda
3. Drg.B.Agus Wiatma, M.Kes Selaku Kepala Direktur Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan
4. Ns. Rusdi., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukkan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
5. Ns. Chrisyen Damanik S.Kep.,M.Kep., selaku Dosen Pembimbing satu, STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas bimbingan, saran dan motivasi serta ilmu yang diberikan. Terima kasih atas dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
6. Hj. Sumiati, SKM, M.Kes, selaku dosen pembimbing dua yang telah menyediakan waktu, dukungan, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan Penulis dalam melakukan penyusunan tugas akhir ini.
7. Ns. Wahyu Dewi Sulistyarini, S.Kep, M.S, selaku penguji satu dalam penyusunan skripsi ini.
8. Ns. Desy Ayu Wardani, S.Kep, M.Kep, selaku penguji dua dalam penyusunan skripsi.

9. Segenap Dosen dan Tenaga Kependidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda.
10. Teristimewa suami, anak-anak dan keluarga yang telah mendoakan, memberikan dukungan, dan semangat serta kasih sayang yang mereka berikan selama ini.
11. Teman seperjuangan Mahasiswa AJ. Siloam, dan semua pihak yang telah membantu dalam memberikan dukungan dan gagasan dalam penyusunan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu diharapkan masukan yang konstruktif demi kesempurnaannya. Akhir kata, Peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan Ilmu Keperawatan.

Samarinda, Februari 2020

Peneliti



DAFTAR ISI

	Hlm
HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
DAFTAR SKEMA.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
E. Penelitian Terkait.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Telaah Pustaka.....	7
1. Penyakit Jantng Koroner.....	7
2. Konsep teori Tidur.....	9
B. Kerangka Teori Penelitian.....	25
C. Kerangka Konsep.....	27
BAB III METODE PENELITIAN.....	28
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	28
B. Populasi dan Sampel Penelitian.....	28
C. Variabel Penelitian.....	30
D. Definisi Oprasional.....	31
E. Tempat dan Waktu Penelitian.....	32
F. Instrumen Penelitian.....	32
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	34
H. Analisa Data.....	38
I. Etika Penelitian.....	39
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	41
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	41
B. Hasil Penelitian.....	41
1. Karakteristik Responden.....	41
2. Analisa Univariat.....	42
C. Pembahasan.....	44
D. Keterbatasan Penelitian.....	51
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan.....	52

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

Hlm

Tabel 3.1 Variabel penelitian dan definisi oprasional.....	29
Tabel 3.2 Kisi-kisi kuesioner PSQI	33
Tabel 3.3 Coding Data Penelitian.....	35
Tabel 3.4 Jenis dan deskripsi data variable penelitian.....	38
Tabel 4.1 Distribusi Karakteristik Responden	41
Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Kualitas Tidur Pada Responden yang mengalami PJK di Balikpapan Desember 2019 sampai dengan Januari 2020, n=30.....	42



DAFTAR SKEMA

	Hlm
Skema 2.1 Model Calista Roy.....	25
Skema 2.2 Kerangka Teori.....	26



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Timeline Kegiatan Tugas Akhir Tahun
- Lampiran 2 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 3 : Lembar Inform Consent
- Lampiran 4 : Lembar Instrumen A (Data Demografi)
- Lampiran 5 : Lembar Instrumen B (Kuesioner PSQI)



ABSTRAK

KUALITAS TIDUR PASIEN PENYAKIT JANTUNG KORONER DI RUANG INTENSIF DI RUMAH SAKIT SWASTA DI BALIKPAPAN: STUDI DESKRIPTIF

Denni Yuliana¹, Chrisyen Damanik², Sumiati³

Latar Belakang: Penyakit jantung koroner terjadi turunya suplai darah yang membawa oksigen dan nutrien ke otot jantung akibat adanya plak aterosklerosis, hal ini mengakibatkan nyeri dada, sesak napas dan juga berpengaruh terhadap kualitas tidur. Kualitas tidur yang buruk akan berdampak terhadap kondisi fisik dan psikologis, yang juga mempengaruhi proses penyembuhan pasien selama perawatan di rumah sakit. **Tujuan:** Untuk mendeskripsikan kualitas tidur pada pasien Penyakit Jantung Koroner Di Ruang *Intensive Care Unit*. **Metode:** Penelitian kuantitatif, rancangan deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Terdapat 30 orang responden yang terlibat dalam penelitian yang dipilih secara *consecutive sampling* sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan dan analisis data menggunakan statistik deskriptif. **Hasil Penelitian:** Hasil penelitian menunjukkan yang memiliki kualitas tidur subjektif cukup buruk (43,3%), dengan latensi tidur cukup buruk (33,3%) sangat buruk (20%). Total jam tidur 5-6 jam (50%), efisiensi tidur (50%) kurang efisien, mengalami gangguan tidur ringan sebanyak (73,3%), dan disfungsi di siang hari dianggap sebagai masalah sedang (83,3%). **Kesimpulan:** Mayoritas kualitas tidur pasien penyakit jantung koroner dalam kategorik buruk (80%). Disarankan kepada perawat untuk memfasilitasi dan meningkatkan kualitas tidur pasien penyakit jantung koroner selama di rawat di rumah sakit untuk meningkatkan kualitas hidupnya.

Kata Kunci : *Kualitas Tidur, Penyakit Jantung Koroner.*

¹Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

²Program Studi Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

³Program Studi Keperawatan, STIKES Wiyata Husada Samarinda

ABSTRACT

THE QUALITY OF SLEEP OF CORONARY HEART DISEASE PATIENT IN INTENSIVE ROOM IN PRIVATE HOSPITAL OF BALIKPAPAN: A DESCRIPTIVE STUDY

Denni Yuliana¹, Chrisylen Damanik², Sumati³

Background: Coronary heart disease decreases blood supply which carries oxygen and nutrient to the heart muscle due to atherosclerotic plaque, this causes the chest pain, asphyxiate and also affect sleeping quality. Poor sleeping quality will have an impact on physical condition, which also affect the patient's healing process during hospitalization.

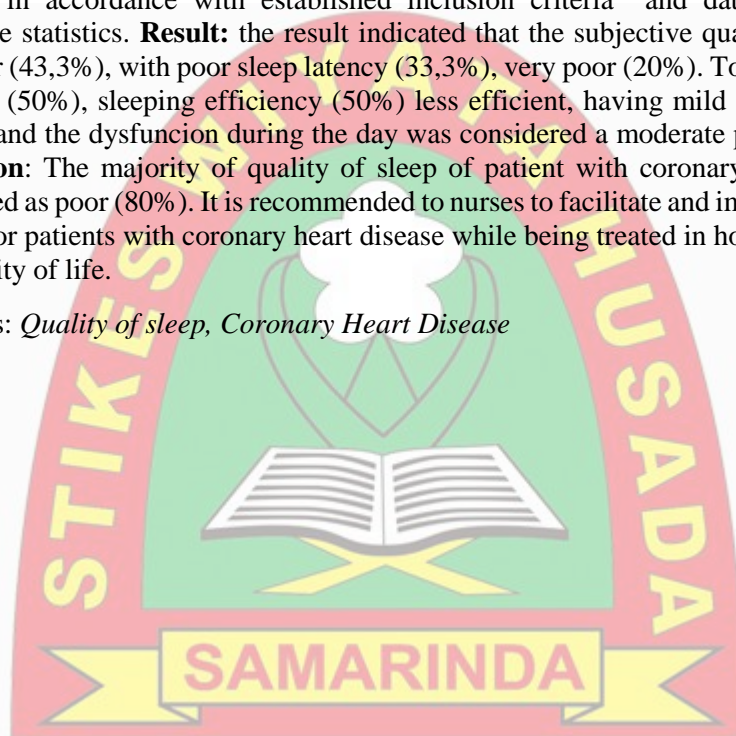
Objective: To describe the quality of sleep in patient which coronary heart disease in the *Intensive Care Unit*.

Method: Quantitative research, descriptive design with cross sectional approach. There were 30 respondent involved in the study selected by consecutive sampling in accordance with established inclusion criteria and data analysis using descriptive statistics.

Result: the result indicated that the subjective quality of sleep was quite poor (43,3%), with poor sleep latency (33,3%), very poor (20%). Total hours of sleep 5-6 hours (50%), sleeping efficiency (50%) less efficient, having mild sleep disturbance (73,3%), and the dysfunction during the day was considered a moderate problem (83,3%).

Conclusion: The majority of quality of sleep of patient with coronary heart disease is categorized as poor (80%). It is recommended to nurses to facilitate and improve the quality of sleep for patients with coronary heart disease while being treated in hospital to improve their quality of life.

Keywords: *Quality of sleep, Coronary Heart Disease*



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit Jantung Koroner (PJK) adalah penyakit pembuluh darah yang menyuplai makanan dan oksigen untuk jantung mengalami sumbatan (Kurniadi, 2013 dalam Siti Rahma Juni Sari, 2017). *American Heart Association (AHA)* menyatakan penyakit jantung koroner merupakan kelainan pada satu atau lebih pembuluh darah koroner dimana terdapat penebalan dalam dinding pembuluh darah disertai adanya plak yang mengganggu aliran darah ke otot jantung yang akibatnya dapat mengganggu fungsi jantung. Pada umumnya faktor risiko penyakit jantung koroner dipengaruhi oleh merokok, obesitas, kurang aktivitas fisik dan tekanan darah tinggi atau hipertensi (WHO, 2011).

American Heart Association (AHA) tahun 2015 melaporkan, angka kematian akibat kardiovaskuler di Amerika Serikat sebesar 31,3%. Data penelitian *Atherosclerosis Risk in Communities Study (ARIC)* dan *Cardiovaskular Health Study (CHS)* dari *National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI)* 2011 memperlihatkan 785.000 orang Amerika mengalami serangan *ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI)* untuk pertama kalinya dan 470.000 akan mengalami infark berulang. Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan prevalensi tertinggi penyakit jantung adalah provinsi Kaltara sebesar 2,2%. Kalimantan Timur menempati urutan keenam sebesar 1,9% dan berdasarkan karakteristiknya 1,3% terjadi pada laki-laki dan 1,6% terjadi pada perempuan, 2,4% terjadi pada umur 45-54 tahun, 3,9% terjadi pada umur 55-64 tahun, 4,6% terjadi pada umur 65-74 tahun dan 4,7% terjadi pada umur lebih dari 75 tahun.

Sistem tubuh pada penyakit jantung koroner mempunyai manifestasi klinis yang berupa gejala dan komplikasi yang khas sebagai akibat penyempitan lumen arteri penyumbatan aliran darah ke jantung. Sumbatan aliran darah berlangsung progresif, dan suplai darah tidak adekuat (iskemia) yang

ditimbulkannya akan membuat sel-sel otot iskemia terjadi dalam berbagai tingkat, manifestasi utama dari iskemia miokardium adalah sesak nafas, rasa lelah berkepanjangan, irama jantung yang tidak teratur dan nyeri dada atau biasa disebut angina pectoris. Angina pectoris adalah nyeri dada yang hilang timbul, tidak disertai kerusakan irreversible sel-sel jantung terdiagnosis PJK (Wijaya, 2013).

Munculnya berbagai gejala klinis pada pasien penyakit jantung koroner tersebut akan menimbulkan masalah keperawatan dan mengganggu kebutuhan dasar manusia. Salah satunya adalah kebutuhan istirahat dan tidur seperti adanya nyeri dada pada saat aktivitas, dyspnea pada saat istirahat atau aktivitas, letargi dan gangguan tidur (Corwin, 2009). Tidur merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia artinya secara alamiah manusia membutuhkan tidur sebagai kebutuhan tiap harinya. Tidur sebagai keadaan tidak sadar yang relatif lebih responsif terhadap rangsangan internal. Pada keadaan tidur kita dianggap mengalami keadaan pasif dan keadaan dorman dari kehidupan (Arifin AR, 2010).

Tidur yang tidak adekuat dan kualitas tidur yang buruk dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan fisiologi dan psikologi. Dampak fisiologi meliputi penurunan aktivitas sehari-hari, rasa capek, lemah, koordinasi neuromuskular buruk, proses penyembuhan lambat, daya tahan menurun dan ketidakstabilan tanda-tanda vital, sedangkan dampak psikologi meliputi depresi, cemas, tidak konsentrasi, koping tidak efektif. Perawat bertanggung jawab untuk memfasilitasi dan meningkatkan kualitas tidur pasien selama perawatan dengan memberikan rasa nyaman dan mengeliminasi faktor-faktor gangguan tidur (Hanifa, 2016).

Potter & Perry (2010) menyatakan gangguan tidur dapat mempengaruhi kualitas tidur yang berhubungan dengan pernafasan dikaitkan dengan peningkatan insiden angina dimalam hari (nyeri dada), peningkatan denyut jantung, perubahan elektrokardiogram, tekanan darah tinggi serta resiko penyakit jantung dan stroke. Pada saat tidur, jantung akan berdetak lebih lambat, tekanan darah menurun dan pembuluh-pembuluh darah melebar tetapi perut dan usus tetap bekerja. Dalam sebuah studi Dressendofer et al., juga

mengemukakan bahwa faktor yang menurunkan denyut jantung adalah tidur, pada pasien PJK jantung akan berkompensasi lebih banyak, maka dengan tidur akan menurunkan saraf simpatis sehingga secara otomatis jantung juga akan menurunkan beban kerja kompensasi jantung dan akan memberikan dampak yang baik untuk pasien jantung koroner. Sebaliknya jika kualitas tidur yang dialami buruk akan meningkatkan beban kerja jantung, jaringan otot-otot jantung pada pasien Infark Miokard Akut yang mengalami infark akan lebih luas dan mengganggu sirkulasi kolateral dalam jantung serta tidak menutup kemungkinan menyebabkan terjadinya serangan jantung. Tidak terpenuhinya kualitas tidur memungkinkan terjadinya serangan jantung. Kualitas tidur dan kejadian serangan jantung memiliki hubungan sebab akibat saling memiliki pengaruh besar terhadap pasien jantung (Triyono, Dimas, 2009).

Penelitian yang dilakukan oleh Fachrunnisa (2015), pada pasien CHF yang di rawat di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru dapat disimpulkan dari 38 responden didapatkan 20 (62,5%) mengalami kualitas tidur tidak baik, dan sebesar 18 (49,6%) dari kualitas tidur yang tidak baik ini berhubungan dengan pernafasan (*Paroxysmal Nocturnal Dyspnea*). Menurut penelitian Suwartika dan Cahyati (2015), menyatakan bahwa kualitas tidur yang buruk pada pasien gagal jantung mengakibatkan fungsi jantung melemah sehingga pasien akan merasakan gejala nafas memendek saat beraktivitas dan mudah lelah. Penelitian yang dilakukan Alicja Juskiene (2018) menyatakatakan bahwa pada pasien CAD, tipe D kepribadian dan NA berkaitan dengan kualitas tidur subjektif buruk dan asosiasi ini dimediasi oleh depresi dan kecemasan gejala terlepas dari kehadiran OSA.

Berdasarkan data Rekam Medis pada bulan Juni sampai September tahun 2019 di *Intesive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit Swasta Balikpapan terdapat 30 pasien yang menderita PJK. Hasil studi pendahuluan yang telah lakukan di Rumah Sakit Restu Ibu dan Rumah Sakit Siloam Balikpapan pada bulan September pada 10 pasien yang mengalami Penyakit Jantung Koroner. Ditemukan bahwa ada 4 pasien mengatakan terbangun karena sesak nafas, dan 4 pasien mengatakan terjaga dari tidurnya dikarenakan nyeri dada dan dua orang mengatakan tidak bisa tidur karena kurang nyaman dengan

lingkungannya seperti suara monitor, suara pasien lain yang teriak-teriak ataupun dikarenakan aktivitas perawat. Berdasarkan permasalahan diatas perlu dilakukan penelitian mengenai gambaran kualitas tidur pada pasien Penyakit Jantung Koroner.

B. Rumusan Masalah

Prevalensi penyakit jantung koroner masih tinggi di Indonesia, dan masih banyak diantaranya 40% pasien penyakit jantung koroner masih sulit untuk mempunyai kualitas tidur yang baik sebelum perawatan ataupun sesudahnya. Kualitas tidur yang buruk akan mengakibatkan dampak baik fisik maupun psikologis, seperti: kantuk yang berlebih, lemah, tidak mampu konsentrasi, iritabel, serta kemampuan memberikan pertimbangan dan keputusan menurun, sehingga proses penyembuhan terhambat. Oleh sebab itu, peneliti merumuskan masalah dalam penelitian ini adalah gambaran kualitas tidur pada pasien penyakit jantung koroner.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan kualitas tidur pada pasien PJK di ruang ICU Rumah Sakit Swasta Balikpapan

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi karakteristik demografi meliputi jenis kelamin dan usia.
- b. Teridentifikasi Gambaran Kualitas Tidur Pada Pasien PJK di ruang ICU Rumah Sakit Swasta Balikpapan
- c. Teridentifikasi 7 domain kualitas tidur pada pasien PJK yang dialami diantaranya kualitas tidur subjektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat, dan disfungsi di siang hari.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini dapat dijadikan bahan referensi bagi institusi Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda tentang gambaran kualitas tidur pasien PJK.

2. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan informasi terkait kualitas tidur pada pasien Penyakit Jantung Koroner (PJK), dan diharapkan perawat dapat memenuhi kebutuhan tidur pada pasien PJK saat di rawat di rumah sakit.

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang berkenaan dengan kualitas tidur pada pasien PJK antara lain:

1. Alicja Juskiene, tahun 2018 di Lithuania dengan judul “*Sleep Disturbances in Patients With Coronary Heart Disease*”. Tujuan dari penelitian adalah menguji hubungan antara tipe D ciri kepribadian dan kualitas tidur pada penyakit arteri koroner (CAD) pasien dengan dan tanpa apnea tidur obstruktif (OSA) dan untuk mengeksplorasi efek mediasi gejala kecemasan dan depre. Penelitian ini menggunakan metode studi *cross-sectional*. Populasi penelitian adalah pasien CD yang mengikuti program rehabilitasi jantung sebanyak 879 orang. Kesimpulannya adalah pada pasien CAD, tipe D kepribadian dan NA berkaitan dengan kualitas tidur subjektif buruk dan asosiasi ini dimediasi oleh depresi dan kecemasan gejala terlepas dari kehadiran OSA. Hasil penelitian dengan tipe D kepribadian melaporkan kualitas tidur subjektif miskin dari pasien D on-jenis terlepas dari kehadiran OSA. Tipe D dan efektifitas negatif (NA) dikaitkan dengan kualitas tidur subjektif buruk pada pasien dengan OSA dan tanpa OSA. Adapun kesamaan penelitian ini sama- sama meneliti terkait kualitas tidur pada pasien jantung.
2. Fahrurnisa, tahun 2015 di Indonesia. Meneliti tentang Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur pada pasien *Congestif Heart Failure* (CHF). Tujuan penelitian adalah untuk mengidentifikasi gambaran kualitas tidur pada pasien *Congestif Heart Failure*. Penelitian ini menggunakan desain deskriptif dengan *cross sectional*. Sampel yang

digunakan sebanyak 116 orang pada pasien CHF di RSUD Tugurejo Semarang dengan menggunakan teknik *purposive sampling*, menggunakan kuesioner *PSQI*. Persamaan dengan penelitian ini, sama – sama meneliti kualitas kualitas pada pasien jantung.

3. Suwartika dan Cahyati, tahun 2015 di Indonesia. Meneliti tentang Analisis Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Tidur Pasien Gagal Jantung Di RSUD Kota Tasikmalaya. Tujuan penelitian adalah untuk menganalisa faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kualitas tidur pasien gagal jantung. Penelitian ini menggunakan desain korelasi analitik dengan *cross sectional*. Sampel yang digunakan sebanyak 80 orang pasien gagal jantung dengan teknik *consecutive sampling* dengan kuesioner *PSQI*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat keparahan penyakit ($p=0,028$) mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap kualitas tidur pasien gagal jantung. Hasil multivariat didapatkan tingkat keparahan penyakit merupakan faktor paling dominan yang berpengaruh terhadap kualitas tidur pasien gagal jantung $p = 0,001$ ($p < 0,05$) tingkat keparahan penyakit merupakan faktor paling dominan yang berpengaruh terhadap kualitas tidur pasien gagal jantung. Adapun kesamaan penelitian ini sama-sama meneliti terkait kualitas tidur, namun bedanya pada penelitian Suwartika Cahyati fokus menganalisa faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kualitas tidur pada pasien gagal jantung sedangkan penelitian ini mengidentifikasi gambaran kualitas tidur pada pasien PJK.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Penyakit Jantung Koroner

a. Pengertian

Penyakit jantung koroner merupakan kelainan pada satu atau lebih pembuluh darah arteri koroner dimana terdapat penebalan dalam dinding pembuluh darah disertai adanya plak yang mengganggu aliran darah ke otot jantung yang akibatnya dapat mengganggu fungsi jantung (AHA, 2015 dalam Siti Rahma Juni Sari, 2017).

b. Etiologi

Etiologi penyakit jantung koroner adalah adanya penyempitan, penyumbatan, atau kelainan pembuluh arteri koroner. Penyempitan atau penyumbatan pembuluh darah tersebut dapat menghentikan aliran darah ke otot jantung yang sering ditandai dengan nyeri. Dalam kondisi yang parah, kemampuan jantung memompa darah dapat hilang. Hal ini dapat merusak sistem pengontrol irama jantung dan berakhir dengan kematian (Hermawatisa, 2014 dalam F Nadianto, 2018).

c. Klasifikasi Penyakit Jantung Koroner

Menurut (Saparina, 2010 dalam F Nadianto, 2017) gambaran klinik adanya penyakit jantung koroner dapat berupa:

a) Angina pectoris

Angina Pectoris merupakan gejala yang disertai kelainan morfologik yang permanen pada miokardium. Gejala yang khas pada angina pectoris adalah nyeri dada seperti tertekan benda berat atau terasa panas ataupun seperti diremas. Rasa nyeri sering menjalar kelengan kiri atas atau bawah bagian medial, leher, daerah maksila hingga kedagu atau ke punggung, tetapi jarang menjalar ketangan kanan. Nyeri biasanya berlangsung 1-5 menit

dan rasa nyeri hilang bila penderita istirahat. Angina pectoris juga dapat muncul akibat stres dan udara dingin. Angina pectoris terjadi berulang-ulang. Setiap kali keseimbangan antara ketersediaan oksigen dengan kebutuhan oksigen terganggu.

b) Infark Miokardium Akut

Merupakan PJK yang sudah masuk dalam kondisi gawat. Pada kasus ini disertai dengan nekrosis miokardium (kematian otot jantung) akibat gangguan suplai darah yang kurang. Penderita infark miokardium akut sering didahului oleh keluhan dada terasa tidak enak (*chest discomfort*) selain itu penderita sering mengeluh rasa lemah dan kelelahan.

c) Payah jantung

Payah jantung disebabkan oleh adanya beban volume atau tekanan darah yang berlebihan atau adanya abnormalitas dari sebagian struktur jantung. Payah jantung kebanyakan didahului oleh kondisi penyakit lain dan akibat yang ditimbulkan termasuk PJK. Pada kondisi payah jantung fungsi ventrikel kiri mundur secara drastis sehingga mengakibatkan gagalnya sistem sirkulasi darah.

d) Kematian Mendadak penderita

Kematian mendadak terjadi pada 50% PJK yang sebelumnya tanpa diawali dengan keluhan. Tetapi 20% diantaranya adalah berdasarkan iskemia miokardium akut yang biasanya didahului dengan keluhan beberapa minggu atau beberapa hari sebelumnya.

d. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinik PJK yang klasik adalah angina pektoris ialah suatu sindroma klinis dimana didapatkan nyeri dada yang timbul pada waktu melakukan aktifitas karena adanya iskemik miorkard. Hal ini menunjukkan bahwa telah terjadi >70% penyempitan pembuluh darah koronaria. Keadaan ini bisa bertambah menjadi lebih berat dan menimbulkan sindroma koroner akut (SKA) atau yang dikenal sebagai

serangan jantung mendadak (Anies, 2006). Sindrom koroner akut ini biasanya berupa nyeri seperti tertekan benda berat, rasa tercekik, ditinju, ditikam, diremas, atau rasa seperti terbakar pada dada. Umumnya rasa nyeri dirasakan dibelakang tulang dada (sternum) disebelah kiri yang menyebar ke seluruh dada. Rasa nyeri dapat menjalar ke tengkuk, rahang, bahu, punggung dan lengan kiri. Keluhan lain dapat berupa rasa nyeri atau tidak nyaman di ulu hati yang penyebabnya tidak dapat dijelaskan. Sebagian kasus disertai mual dan muntah, disertai sesak nafas, banyak berkeringat, bahkan kesadaran menurun (Huon, 2005 dalam F Nadianto,2017).

e. Gejala umum

Sumber rasa sakit di dada berasal dari pembuluh koroner yang menyempit atau tersumbat. Rasa sakit tidak enak di dada bagian tengah adalah keluhan klasik penderita penyempitan pembuluh darah koroner. Kondisi yang perlu diwaspadai adalah jika rasa sakit di dada muncul mendadak dengan keluarnya keringat dingin lebih dari 20 menit serta tidak berkurang dengan istirahat. Serangan jantung terjadi apabila pembuluh darah koroner tiba-tiba menyempit parah atau tersumbat total. Sebagian penderita PJK mengeluh rasa tidak nyaman diulu hati, sesak nafas, dan mengeluh rasa lemas bahkan pingsan (Yahya, 2010 dalam Gabriella N. Taroreh, 2017)

2. Konsep tidur

a. Definisi tidur

Tidur adalah perubahan alami status kesadaran yang biasanya terjadi pada manusia dalam irama biologis 24 jam atau bioritme (Brooker, 2009). Tidur adalah suatu keadaan relatif tanpa sadar yang penuh ketenangan tanpa kegiatan yang merupakan urutan siklus yang berulang-ulang dan masing-masing menyatakan fase kegiatan otak dan badaniah yang berbeda (Tarwoto & Wartonah, 2011 dalam Priyo Eko, 2015).

Tidur adalah proses pemulihan dimana proses ini bermanfaat mengembalikan kondisi seseorang pada keadaan semula, yaitu tubuh yang tadinya mengalami kelelahan akan menjadi segar kembali. Proses pemulihan yang terhambat dapat menyebabkan organ tubuh tidak bisa bekerja dengan maksimal, akibatnya orang yang kurang tidur akan cepat lelah dan mengalami penurunan konsentrasi (Ulumuddin, 2011).

b. Fisiologis Tidur

Tidur merupakan suatu keadaan yang kompleks yang melibatkan system saraf pusat, saraf tepi, endokrin, vaskuler, respirasi dan muskuluskeletal. Pengaturan dan kontrol aktivitas tidur-bangun dilakukan oleh *Reticular Activating System (RAS)*. RAS terletak di formation retikularis di batang otak yang merupakan system saraf pusat yang berfungsi sebagai promotor dari siklus tidur-bangun. RAS itu sendiri terdiri dari kelompok-kelompok sel dan nucleus, interneuron serta traktus dan descenden yang seluruhnya saling berhubungan satu sama lain (Barret, 2010).

RAS merupakan system yang mengatur seluruh tingkatan kegiatan susunan saraf pusat termasuk kewaspadaan dan tidur. RAS ini terletak dalam mesencefalon dan bagian atas pons. Selain itu RAS dapat memberi rangsangan visual, pendengaran, nyeri dan perabaan juga dapat menerima stimulus dari korteks serebri termasuk rangsangan emosi dan proses pikir. Dalam keadaan tidur, neuron dalam RAS akan melepaskan katekolamin seperti norepineprin. Demikian juga pada saat tidur, disebabkan adanya pelepasan serum serotonin dari sel khusus yang berada di pons dan batang otak tengah yaitu BSR (Potter & Perry, 2005).

c. Fungsi Tidur

Tidur dapat berfungsi dalam pemeliharaan fungsi jantung terlihat pada denyut nadi turun 10 hingga 20 kali setiap menit. Selain itu, selama tidur, tubuh melepaskan hormon pertumbuhan untuk memperbaiki dan memperbaharui sel epitel dan khusus seperti sel otak. Otak akan menyaring informasi yang telah terekam selama sehari dan otak mendapatkan asupan oksigen serta aliran darah serebral dengan optimal sehingga selama tidur terjadi penyimpanan memori dan pemulihan kognitif. Fungsi lain yang dirasakan ketika individu tidur adalah reaksi otot sehingga laju metabolik basal akan menurun. Hal tersebut dapat membuat tubuh menyimpan lebih banyak energi saat tidur. Bila individu kehilangan tidur selama waktu tertentu dapat menyebabkan perubahan fungsi tubuh, baik kemampuan motorik, memori maupun keseimbangan. Jadi tidur dapat membantu perkembangan perilaku individu yang mengalami masalah pada tahap REM akan merasa bingung dan curiga (Potter & Perry, 2005).

d. Tahapan Tidur

Dari penyelidikan Aden (2012) yang telah dilakukan dengan menggunakan alat *electroencephalograph* yang mencatat kegiatan listrik otak selama tidur, didapatkan 2 tipe utama dari tidur, yaitu:

a) *Non Rapid Eye Movement (NREM) Sleep*, yang dibuthkan untuk istirahat fisik. Tidur tipe NREM mempunyai 3 tahap:

- 1) Tahap pertama, aktivitas otak sama seperti seseorang yang terjaga, dimana ia mulai merasa mengantuk, tetapi masih sadar terhadap keributan dan suara di sekitarnya.
- 2) Tahap kedua, gelombang otak menjadi lebih lambat dan bertambah besar dan orang tersebut menjadi rileks. Pada tahap ini sudah lebih sulit untuk membangunkan orang tersebut
- 3) Tahap ketiga, gelombang seseorang menjadi besar dan menjadi lambat, yang dikenal dengan gelombang delta. Seseorang akan merasakan suasana rileks yang mendalam

dimana ia sama sekali tidak sadar terhadap apa yang terjadi di sekitarnya. Inilah yang disebut tidur yang nyenyak.

b) *Rapid Eye Movement (REM) Sleep*, yang dibutuhkan untuk istirahat mental. Pada tahapan tidur tidur REM ini ada dua kejadian penting yang dialami manusia:

1) Tahap pertama, terjadi penyimpanan dan retensi daya ingat. Pada saat tidur REM, terjadi pengaktifan neuron yang intensif yang menyebar ke atas dari batang otak. Hal ini dianggap sebagai penyebab meningkatnya penyimpanan dan retensi ingatan, serta memperbaiki kemampuan pengaterisian informasi.

2) Tahap kedua, terjadi proses organisasi dan reorganisasi ingatan. Berbagai informasi yang ada dan melekat dalam ingatan ditata sebagaimana penataan folder dalam komputer. Dalam kondisi tidur nyenyak, otak meningkatkan ingatan kembali, dalam tahap ini selalu terjadi mimpi meskipun hal itu tidak diingat keesokan harinya.

e. **Pola Tidur**

Pola tidur adalah ritme jadwal tidur dan bangun seseorang dalam jangka waktu tertentu pada malam hari dan meliputi waktu untuk memulai tidur, frekuensi terbangun malam, kepuasan tidur, kedalaman tidur dan konsentrasi beraktivitas. Istirahat dan tidur yang sesuai sama pentingnya bagi kesehatan, kesehatan fisik dan emosi tergantung pada kemampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Tanpa jumlah istirahat dan tidur yang cukup kemampuan untuk berkonsentrasi, membuat keputusan, dan berpartisipasi dalam aktivitas harian akan menurun, dan meningkatkan iritabilitas (Potter & Perry, 2005). Setiap orang mempunyai siklus bangun tidur yang sudah biasa dilakukan menentukan kapan waktu yang tepat untuk tidur. Waktu tersebut dapat didukung oleh cahaya lampu atau matahari di siang hari,

kebiasaan waktu makan dan aktivitas yang dilakukan seperti biasanya dalam waktu tertentu setiap harinya. Seorang yang mempunyai pola tidur-bangun yang teratur lebih menunjukkan tidur yang berkualitas dan performa yang lebih baik daripada orang yang mempunyai pola tidur-bangun yang berubah-ubah (Hakreader, 2007 dalam Priyo Eko, 2015).

Pola tidur yang berubah-ubah dan apabila individu beradaptasi dengan perubahan tersebut maka akan mengakibatkan gangguan pola tidur. Carpernito (2002) mendefinisikan gangguan pola tidur sebagai kondisi ketika individu mengalami atau beresiko mengalami perubahan pada kualitas dan kuantitas pola istirahat yang menimbulkan ketidaknyamanan atau mengganggu gaya hidup yang diinginkan.

1. Kualitas Tidur

Kualitas tidur adalah kemampuan seseorang untuk mempertahankan tahap tidur REM dan NREM yang pantas (Kozier, et.al, 2004). Kualitas tidur merupakan kepuasan seseorang terhadap tidur, sehingga seseorang tersebut tidak memperlihatkan perasaan lelah, mudah terangsang dan gelisah, lesu dan apatis, kehitaman di sekitar mata, kelopak mata bengkak, konjungtiva merah, mata perih, kurang perhatian, sakit kepala dan sering menguap atau mengantuk (Hidayat, 2009).

Kualitas tidur seseorang dapat dikatakan baik dilihat dari parameter kualitas tidur jika seseorang tidur dengan waktu yang cukup, tidur dengan nyenyak, tidak memiliki gangguan tidur, merasa puas dengan tidurnya, tidak merasa mengantuk pada siang hari, dan merasa puas ketika bangun pagi. Kualitas tidur meliputi aspek kualitatif dan kuantitatif yaitu lamanya tidur, waktu yang diperlukan untuk bisa tidur, frekuensi terbangun dan aspek subjektif seperti kedalaman tidur dan kepuasan tidur (Daniel et.al, 1998; Buysse, 1998 dalam Amir, 2007). Persepsi mengenai kualitas tidur itu sangat bervariasi dan individual yang dapat dipengaruhi oleh waktu yang digunakan untuk tidur pada malam hari atau efisiensi tidur (Miller, 1995 dalam Amir, 2007).

Menurut Buysse (1998) baik buruknya tidur individu dapat diidentifikasi melalui subjektif, diantaranya kualitas tidur, lama waktu untuk tertidur, kebiasaan sebelum tidur dan gangguan tidur. Hanya individu yang dapat melaporkan apakah mereka mendapatkan tidur yang baik dan buruk, jika individu puas dengan kualitas dan kuantitas tidurnya maka mereka mempunyai tidur yang baik (Potter & Perry, 2006).

2. Kuantitas Tidur

Kuantitas tidur adalah keseluruhan waktu tidur yang dimiliki individu (Kozier, et.al, 2004). Jumlah waktu tidur yang dibutuhkan setiap individu berbeda-beda sesuai dengan tahap perkembangannya dari bayi sampai lanjut usia. Kualitas tidur mempengaruhi kesehatan dan kualitas hidup secara keseluruhan (Yi dkk, 2006). Kualitas tidur diukur menggunakan pengukuran kualitas tidur, dapat berupa kuesioner maupun *sleep diary*, *nocturnal polysomnography*, dan *multiple sleep latency test* (Hermawati dkk, 2010). Pengukuran kualitas tidur telah dilakukan oleh beberapa peneliti, Yi, Si dan Shin (2006) melakukan pengukuran kualitas tidur yang diebut dengan *Sleep Quality Index (SQS)*. Busye, dkk (1989) dalam Rush (2000), melakukan penelitian tentang pengukuran kualitas tidur menggunakan instrument pengukuran kualitas tidur yang disebut *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*. PSQI adalah instrument efektif yang digunakan untuk mengukur kualitas tidur dan pola tidur pada orang dewasa. PSQI dikembangkan untuk mengukur dan membedakan individu dengan kualitas tidur baik dan kualitas tidur buruk. Kualitas tidur merupakan fenomena yang kompleks dan melibatkan beberapa dimensi yang seluruhnya dapat tercakup dalam PSQI. Dimensi tersebut antara lain:

Beberapa komponen dari kualitas tidur sebagai berikut (Munardi, 2003):

1) Kualitas Tidur Subjektif

Merupakan evaluasi singkat dari tidur seseorang maupun individu terkait apakah tidurnya sangat baik atau sangat buruk. Kebutuhan tidur yang cukup tidak hanya ditentukan oleh jumlah jam tidur (kuantitas tidur) tetapi juga kedalaman tidur (kualitas tidur). Jika pasien dapat tidur dengan waktu yang singkat dengan kedalaman tidur yang cukup sehingga saat bangun tidur akan terasa segar dan pola tidur tidak mengganggu kesehatan, akan tetapi jika pasien memiliki waktu tidur yang kurang akan berdampak pada kesehatan yang khususnya pada pasien penyakit jantung coroner.

2) Latensi Tidur

Merupakan durasi dari mulai tertidur hingga tertidur, seseorang dengan kualitas tidur baik akan menghabiskan waktunya kurang dari 15 menit untuk dapat memasuki tahap tidur selanjutnya secara seutuhnya. Sebaliknya, lebih dari 20 menit menandakan level insomnia yaitu pasien yang mengalami kesulitan dalam memasuki tahap tidur selanjutnya.

3) Durasi Tidur

Durasi tidur bisa terhitung dari waktu pasien tidur hingga terbangun di pagi hari tanpa terbangun di tengah malam. Pada orang dewasa dapat tidur selama lebih dari 7 jam setiap malam dapat dikatakan memiliki kualitas tidur yang baik. Jika waktu tidur yang tidak terpenuhi dengan baik, maka akan mengganggu kualitas tidur.

4) Efisiensi Kebiasaan Tidur

Merupakan rasio presentase antara jumlah total jam tidur dibagi dengan jumlah jam yang dihabiskan di tempat tidur. Dengan kata lain, pasien yang mempunyai kualitas tidur yang baik apabila efisiensi kebiasaannya lebih 85%. Jadi dapat disimpulkan tidur yang dirasakan oleh pasien sudah efisien atau sudah tercukupi kebutuhan tidurnya.

5) Gangguan Tidur

Pada gangguan tidur, kondisi terputusnya tidur dimana pola tidur – bangun pasien berubah dari pola kebiasaannya, hal ini bisa menyebabkan penurunan baik kuantitas maupun kualitas tidur pasien. Jika pasien memiliki kualitas tidur yang buruk dalam jangka waktu lama dapat mengganggu kesehatan yang di deritanya, menurunnya produktivitas berpikir serta kualitas hidup akan memburuk. Menurut Lanywati (2008) pasien yang mengalami gangguan tidur mengatakan bahwa mereka mengalami mudah lelah, merasa lemah, dan mengalami sesak karena penyakit yang di derita oleh pasien. Selain itu, terdapat warna kehitam – hitaman pada sekitar kelopak mata dan konjungtiva berwarna merah. Bila tanda dan gejala diatas terus berlangsung lama, maka akan muncul gangguan pada tubuh pasien yaitu berupa rasa lelah yang terus meningkat dan sistem imunitas akan menurun (Rafknowledge, 2004).

Gangguan tidur dapat diklasifikasikan sebagai berikut (Rafknowledge, 2004):

a) Insomnia

Insomnia merupakan ketidakmampuan memperoleh secara cukup kualitas dan kuantitas tidur. Ada 3 macam insomnia diantara lain; initial insomnia yaitu ketidakmampuan untuk tidur tidak ada, intermitten insomnia yaitu ketidakmampuan untuk tetap mempertahankan tidur sebab terbangun, dan terminal insomnia merupakan bangun lebih awal tapi tidak tertidur kembali. Menurut Wang D tahun 2008, terdapat 5 gejala umum yang terjadi pada penderita PJK yaitu dispnea, kekurangan energi, mulut kering, tidur siang hari dan kesulitan tidur. Gangguan tidur ini mengakibatkan kelemahan (fatigue), kehilangan konsentrasi dan akhirnya mengakibatkan kualitas tidur yang buruk.

b) Parasomnia

Parasomnia merupakan perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Beberapa turunan parasomnia antarlain sering terjaga (misalnya: tidur berjalan, *night terror*), gangguan transisi bangun tidur (contoh: mengigau), parasomnia yang terkait dengan tidur REM (misalnya: mimpi buruk), dan lainnya (misalnya: bruksisme).

c) Hipersomnia

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tiduryang berkelebihan terutama pada siang hari. Gangguan ini dapat disebabkan oleh kondisi tertentu, seperti kerusakan sistem saraf, gangguan pada hati atau ginjal, atau karena gangguan metabolisme (misalnya: hipertiroidisme).

d) Apnea saat tidur

Apnea saat tidur atau sleep apnea adalah kondisi terhentinya nafas secara periodik pada saat tidur. Kondisi ini diduga terjadi pada orang yang *snoring* dengan keras, sering terjaga di malam hari, insomnia, kantuk yang berlebihan pada siang hari, sakit kepala disiang hari, mengalami perubahan psikologis seperti hipertensi atau aritmia jantung.

6) Penggunaan Obat Tidur

Penggunaan obat – obat dengan kadar sedatif memiliki indikasi adanya masalah tidur. Obat – obatan memiliki efek terhadap terganggunya tidur pada tahap REM (*Rapid Eyes Movement*). Oleh karena itu, setelah mengkonsumsi obat yang mengandung sedatif, pasien akan sulit tidur disertai dengan frekuensi terbangun di tengah malam dan sulit untuk kembali tidur sehingga menimbulkan insomnia atau gangguan tidur. Intervensi keperawatan merupakan aktivitas perawat yang paling banyak mengganggu kualitas tidur pada pasien. Pada pasien dengan masalah kardiovaskular, seperti golongan beta bloker yang sering digunakan dalam pelaksanaan tekanan darah tinggi dan gagal jantung kongestif berefek mengurangi fase REM, meningkatkan tidur di siang hari. Studi

literatur yang dilakukan oleh Tembo AC dan Parker, Tarwoto, 2009 mengatakan bahwa salah satu unsur intrinsik yang bisa mempengaruhi kualitas tidur pasien yaitu obat. Obat yang digunakan seperti benzodiazepine, opioid, infus terus – menerus, anti konvulsan diantara obat – obat yang menyebabkan gangguan tidur pada pasien.

7) Gangguan Fungsi Tubuh di Siang Hari

Pasien dengan kualitas tidur yang buruk menunjukkan keadaan mengantuk saat beraktivitas di siang hari, kurangnya antusias dan kurang bersemangat, tidur sepanjang siang, merasa kelelahan, mudah mengalami stress dan menurunnya kemampuan beraktivitas. Pada pasien jantung biasanya diberikan medikasi seperti golongan beta bloker yang bisa meningkatkan tidur di siang hari.

Kuesioner PSQI terdiri dari 9 pertanyaan dengan masing-masing pertanyaan memiliki skor 0-3. Total skor diperoleh dengan menjumlahkan skor komponen 1-7 dengan rentang 0-21. Skor diatas 5 mengindikasikan Semua dimensi tersebut dinilai dalam bentuk pertanyaan dan memiliki bobot penilaian masing-masing sesuai dengan standart yang baku (Smyth, 2012). pola tidur yang buruk. Kuesioner ini telah diuji validitas dan reabilitas (*Cronbach's alpha*) yaitu 0,83 (Smyth, 2012).

Alasan pemilihan PSQI untuk mengukur kualitas tidur adalah dalam PSQI mudah dimengerti dan digunakan, terutama bagi subjek penelitian. PSQI memiliki kesamaan dengan kuesioner lain, namun juga memiliki perbedaan. Pertama adalah jangka waktu asesmen. Kebanyakan kuesioner kebiasaan tidur tidak menyebutkan jarak waktu yang jelas, sehingga membuat kesulitan dalam menentukan generalisasi. PSQI mengukur kualitas tidur selama sebulan yang telah lalu dari seseorang, sehingga berguna secara klinis dan informasi penelitian. Kedua, tipe pertanyaan hampir sama dengan kebanyakan kuesioner lain, namun secara khusus ada erbedaan mendasar. PSQI

sama sekali tidak membahas proses mental sebelum dan selama tidur dan juga komponen dalam PSQI lebih menampilkan data empiris klinis, dari pada perhitungan statistik (Busye et al, 1989 dalam Rafael Danur Sanjaya, 2011).

f. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Tidur

Kebutuhan istirahat dan tidur setiap orang ada yang terpenuhi dengan baik ada pada yang mengalami gangguan tidur, seseorang dapat tidur atau tidak dipengaruhi oleh beberapa faktor, menurut Aminof M. J Boller F (2011) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas tidur diantaranya:

1. Faktor Internal

a) Penyakit

Penyakit dapat menyebabkan nyeri atau distress fisik yang dapat menyebabkan gangguan tidur. Pasien yang sedang sakit membutuhkan waktu tidur yang lebih banyak daripada biasanya. Nyeri yang timbul pada beberapa pasien di rumah sakit setelah mengalami operasi juga mempengaruhi kualitas tidur pasien tersebut.

b) Kelelahan

Kondisi tubuh yang lelah dapat mempengaruhi pada kualitas tidur pasien. Semakin lelah pasien, semakin pendek siklus tidur REM yang dilaluinya. Setelah beristirahat, REM akan kembali memanjang. Kelelahan yang diakibatkan karena pekerjaan yang menumpuk dan waktu. Menurut Suwartika dan Cahyati tahun 2015 menyatakan bahwa kualitas tidur yang buruk pada pasien gagal jantung mengakibatkan fungsi jantung melemah sehingga pasien akan merasakan gejala nafas memendek saat beraktivitas dan mudah lelah.

c) Stress emosional

Menyebabkan berkurangnya siklus tidur NREM dan tidur REM serta sering terjaga saat tidur. Penelitian yang dilakukan oleh

wicaksono (2012), didapatkan dari hasil responden dengan tingkat stress dari mulai ringan hingga berat berdampak pada kualitas tidur yang buruk. Stress akibat kecemasan yang berlebihan membuat pasien terlalu keras berfikir sehingga sulit mengontrol emosi yang berdampak pada peningkatan ketegangan dan kesulitan untuk memulai tidur.

d) Diet

Penurunan berat badan dikaitkan dengan penurunan waktu tidur dan seringnya terjaga pada malam hari. Penambahannya berat badan dikaitkan dengan total tidur yang sedikitnya periode terjaga dimalam hari.

2. Faktor Eksternal

a) Gaya hidup

Individu yang sering berganti jam aktivitasnya harus diatur agar bisa tertidur pada waktu yang tepat. Selain aktivitas yang menyita banyak energi, seseorang yang mengkosumsi kopi sudah menjadi gaya hidup untuk menunda tidur yang berhubungan dengan tuntutan tugas.

b) Lingkungan

Faktor lingkungan dapat membantu sekaligus menghambat proses tidur. Tidak adanya stimulus tertentu atau adanya stimulus yang asing dapat menghambat upaya untuk tidur. Penelitian yang dilakukan oleh Nurlela dan Yuniar tahun 2009, menjelaskan bahwa faktor resiko yang menyebabkan pasien mengalami kualitas tidur yang kurang optimal, hasil dari penelitian tersebut menunjukkan adanya rata-rata responden yang beranggapan bahwa lingkungan sangat mempengaruhi kualitas tidur pasien.

c) Pelayanan Tindakan Keperawatan

Pada pelayanan tindakan keperawatan kepada pasien saat jam-jam untuk tidur bisa mempengaruhi kualitas tidur pasien, sehingga pasien menjadi merasa terganggu dan sering terbangun.

Sehingga sulit untuk bisa memulai tidur kembali dengan kondisi penyakit yang diderita oleh pasien saat dirawat. Tindakan yang sering dilakukan saat itu juga yaitu saat perawat melakukan injeksi, mengganti infus, dan mengatur kecepatan tetesan infus menggunakan *infus pump* maupun *syringe pump*. Penelitian yang dilakukan oleh Eliassen dan Hoptock tahun 2009 tentang promosi tidur di ICU dalam intervensi keperawatan, dijelaskan bahwa tidur merupakan kebutuhan yang vital bagi pasien yang berada di ruang perawatan intensif (ICU) dan dapat mempengaruhi proses penyembuhan serta meningkatkan morbiditas dan mortalitas.

g. Dampak kurang tidur

Tidur merupakan kebutuhan dasar yang harus dipenuhi, tidur memiliki banyak manfaatnya diantaranya membantu proses penting dalam kesehatan tubuh dan sebaliknya jika kebutuhan tidur tidak terpenuhi dengan baik akan mengganggu kinerja fisik dan mental. Menurut Wicaksono (2012) dan Budiyarti L (2013) kurangnya tidur pada setiap pasien akan berdampak pada kesehatan, diantaranya yaitu stress, kehilangan ingatan dan konsentrasi, disfungsi tubuh di siang hari, sehingga pasien merasa lelah atau mengantuk di siang hari dan menghambat hormon MCH (*Melanin Concentrating Hormon*).

h. Hubungan penyakit kualitas tidur dengan penyakit jantung koroner

Gangguan pola tidur pada pasien penyakit jantung koroner ditandai dengan fase tidur yang kurang panjang yang berpengaruh pada kualitas hidup. Faktor lingkungan yang mempengaruhi gangguan kualitas tidur pasien adalah kebisingan, cahaya, tes diagnostik dan perawatan rutin pasien. Penyebab lingkungan dapat digabungkan dengan faktor non lingkungan, termasuk status pasien saat itu (misalnya, infark miokard dan edema paru) keparahan penyakit, nyeri,

efek samping obat pasien (Beta Bloker) Bihari, et al 2012 & Costal dan Ceolim, 2014 dalam Ana Rohayati, 2018.

Pasien dengan infark miokard akut mengeluh akan gangguan pola tidur akibat fisiologis perubahan inflamasi atau dari sifat miokard itu sendiri. Dampak kardiovaskuler dari gangguan pola tidur memancar dari stimulasi sistem saraf simpatik dan keluarnya adrenalin dan noradrenalin yang berakibat pada naiknya tekanan darah, denyut nadi dan tingkat kebutuhan oksigen miokard. Jika gangguan pola tidur berlangsung lebih dari satu malam maka akan merangsang pelepasan sitokin inflamasi yang berkembang, terjadinya gangguan endotel terkait dengan aterosklerosis dan sindrom koroner akut (Sauvet et al, 2010 & Daneshmandi, 2012 & Murlington et al, 2012 dalam Ana Rohayati, 2018). Gangguan pola tidur adalah interupsi jumlah waktu dan kualitas tidur akibat faktor eksternal, dimana salah satu faktor yang berhubungan adalah halangan lingkungan (misal: bising, pajanan cahaya/gelap, suhu/kelembapan, lingkungan yang tidak dikenal) (Nanda, 2015-2017). Berdasarkan dari penjelasan diatas maka dapat dikatakan bahwa faktor lingkungan ruang rawat inap merupakan salah satu faktor yang mengganggu kualitas tidur pasien berupa kebisingan, cahaya, tes diagnostik dan perawatan rutin pasien.

i. Model Adaptasi Sister Calista Roy

Kesejahteraan dapat tercipta karena adanya keseimbangan antara bagian-bagian atau dimensi menjadi satu kesatuan yang utuh. Kesejahteraan tersebut dapat dicapai dengan melalui proses adaptasi yang dikemukakan oleh Sister Callista Roy (Salbiah, 2006). Asumsi dasar yang dianut dalam model adaptasi Roy (Asmadi, 2004) yaitu:

1. Individu merupakan satu kesatuan makhluk bio-psiko-sosial yang utuh. Individu yang sehat yaitu individu yang mampu memenuhi kebutuhan biologis, psikologis dan sosialnya.

2. Individu dalam beradaptasi selalu menggunakan coping baik itu adaptif maupun maladaptif. Kemampuan beradaptasi tersebut dipengaruhi oleh penyebab utama perubahan kondisi dan situasi, keyakinan dan pengalaman dalam beradaptasi.
3. Setiap individu berespon terhadap kebutuhan fisiologis, kebutuhan konsep diri yang positif, kemampuan untuk hidup mandiri dan kemandirian, kemampuan melakukan peran dan fungsi yang optimal guna memelihara integritas diri.
4. Individu dalam mempertahankan adaptasi selalu berada dalam rentang sehat sakit yang berhubungan erat dengan mekanisme sehat sakit.

Roy memandang individu sebagai makhluk bio-psiko-sosial sebagai satu kesatuan yang utuh yang berinteraksi, berespon dan beradaptasi dengan lingkungan secara terus menerus (Kusnanto, 2004). Pandangan Roy terkait paradigma sistem keperawatan sentral meliputi (Salbiah, 2006):

- 1) Manusia

Manusia mencakup individu, keluarga kelompok atau masyarakat yang menerima pelayanan asuhan keperawatan.

- 2) Lingkungan

Lingkungan merupakan semua di sekeliling individu yang berpengaruh terhadap perkembangan individu. Lingkungan tersebut merupakan konsep utama dalam interaksi individu secara konstan.

- 3) Kesehatan atau sehat

Sehat adalah suatu keadaan atau proses dalam menjaga integritas diri. Roy menyebutkan rentang sehat yaitu dari kematian hingga kesehatan sampai puncak kesehatan dan kesehatan normal berada di tengahnya. Maladaptasi terhadap lingkungan dapat menyebabkan tingkat kesehatan yang rendah.

- 4) Keperawatan

Keperawatan merupakan proses interpersonal yang diawali adanya kondisi maladaptasi akibat perubahan lingkungan baik itu internal

maupun eksternal. Menurut teori adaptasi Roy, respon adaptasi seseorang terhadap perubahan bergantung pada stimulus yang masuk dan kemampuan adaptasi seseorang yang ditentukan oleh *input*, kontrol dan *output*.

Input merupakan stimulus yang dapat menimbulkan suatu respon. Menurut Asmadi (2004) komponen dalam *input* tersebut meliputi:

1) Stimulus local

Stimulus local atau stimulus internal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan individu. Stimulus lokal meliputi perubahan fisiologis, perubahan konsep diri, fungsi peran dan perubahan dalam mempertahankan kesinambungan antara kemandirian dan ketergantungan.

2) Stimulus konstektual

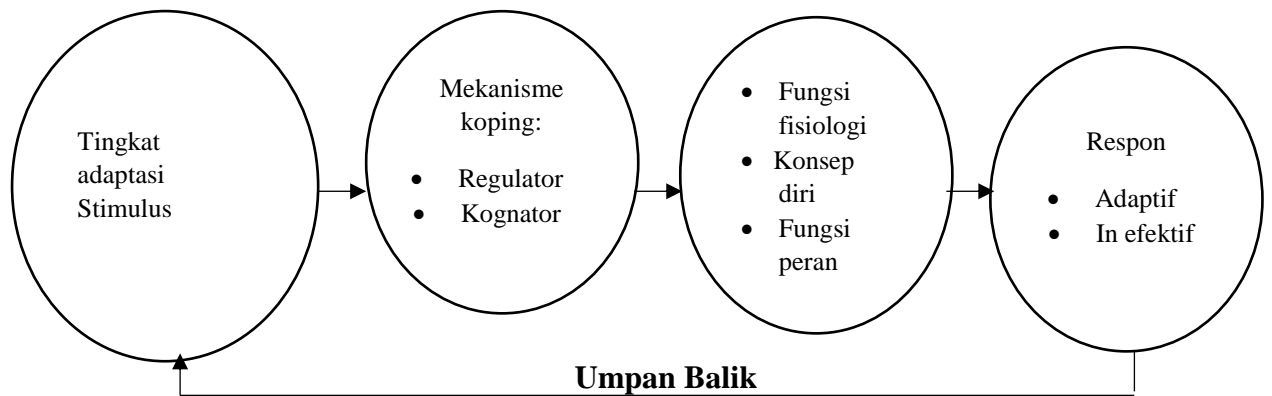
Stimulus konstektual yaitu semua stimulus lain yang dialami individu, baik internal (karakteristik diri) maupun eksternal yang dapat diukur, diobservasi, dilaporkan secara subjektif dan mempengaruhi stimulus lokal.

3) Stimulus redual

Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada, namun sukar diobservasi, misalnya keakninan dan sikap.

Aspek yang kedua mempengaruhi kemampuan adaptasi seseorang yaitu mekanisme kontrol. Mekanisme kontrol dibagi menjadi regulator dan kognator. Mekanisme kontrol regulator yaitu respon system kimiawi, saraf atau endokrin otak, dan medulla spinalis yang diteruskan sebagai perilaku dan proses. Mekanisme kontrol kognator berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi (Asmadi, 2004). Aspek yang terakhir dalam model adaptasi Roy yaitu *output*. *Output* dari suatu system adaptasi adalah perilaku yang dapat diukur, diamati dan disampaikan secara subjektif. *Output* pada model adaptasi Roy berupa respon adaptif maupun maladaptif.

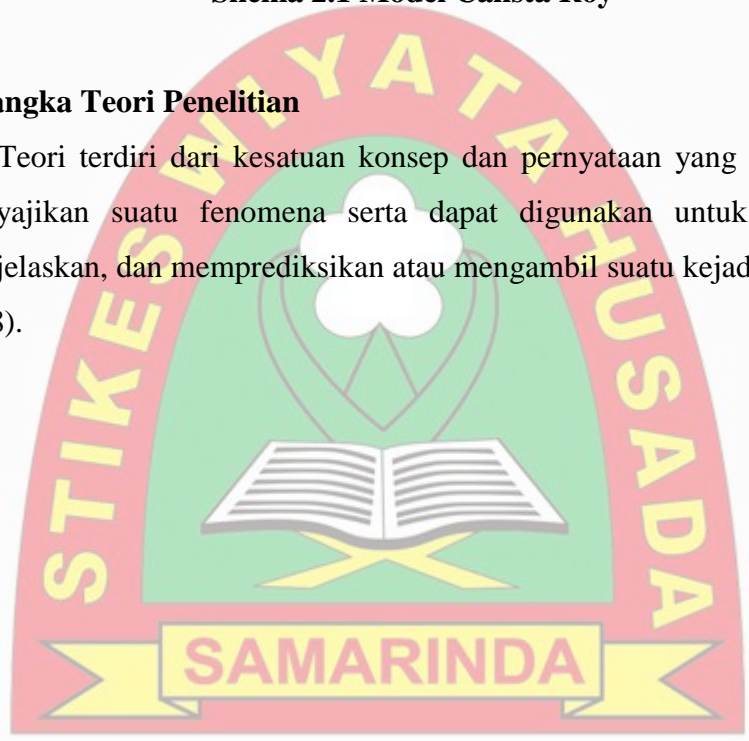


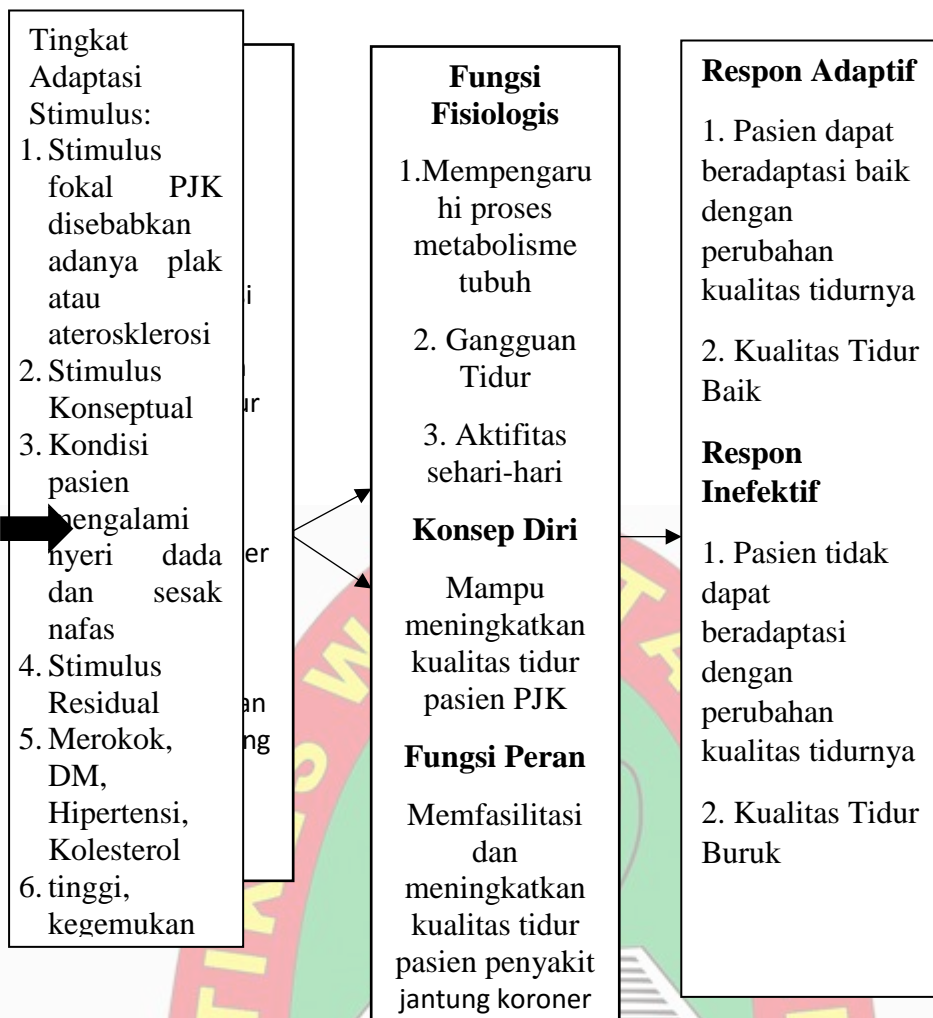


Skema 2.1 Model Calista Roy

B. Kerangka Teori Penelitian

Teori terdiri dari kesatuan konsep dan pernyataan yang sesuai, dengan menyajikan suatu fenomena serta dapat digunakan untuk menjabarkan, menjelaskan, dan memprediksikan atau mengambil suatu kejadian (Nursalam, 2008).





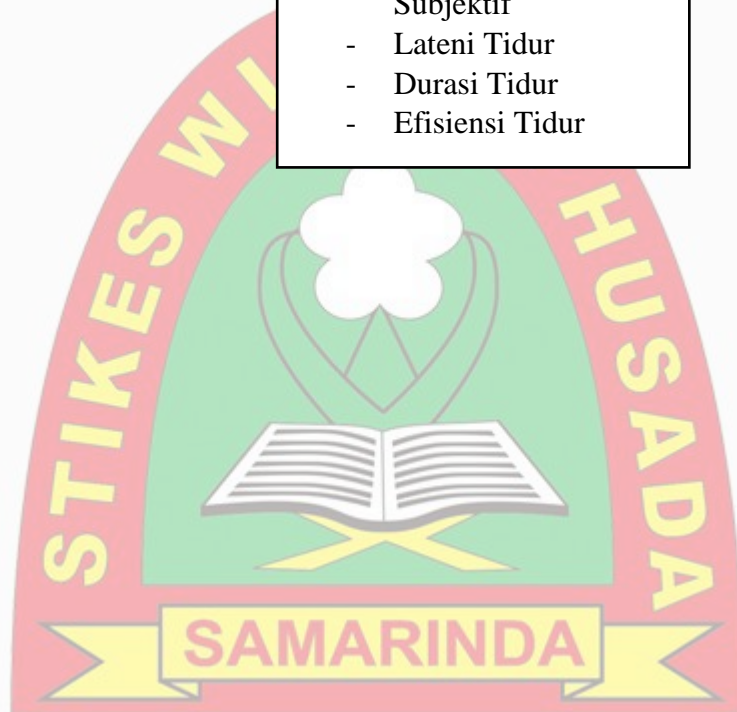
C. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan hubungan antara konsep satu dengan yang lain dari suatu masalah dan memberikan gambaran mengenai variable-variabel yang akan diteliti. Pada penelitian ini menggunakan variable tunggal yaitu gambaran kualitas tidur.

Gambaran kualitas tidur
pasien PJK



- Kualitas Tidur Subjektif
- Latensi Tidur
- Durasi Tidur
- Efisiensi Tidur



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah rancangan penelitian dekriptif yaitu untuk melihat gambaran kualitas tidur pada pasien penyakit jantung koroner yang dirawat di ruang ICU Rumah Sakit Swasta Di Balikpapan. Desain penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu desain penelitian yang menekankan waktu pengukuran/observasi data variabel independen hanya satu kali waktu. Pada jenis penelitian ini, variabel independen dinilai secara simultan pada suatu saat, jadi tidak ada tindak lanjut (Nursalam, 2016). Penggunaan desain ini karena peneliti mencoba untuk mengetahui gambaran kualitas tidur pasien penyakit jantung koroner.

B. Populasi dan Sampel

1) Populasi

Populasi dapat diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah pasien PJK yang dirawat di ruang ICU sebanyak 30 orang.

2) Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiono, 2015). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien penyakit jantung koroner yang di rawat di ICU di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan dan Rumah Sakit Siloam Balikpapan sebanyak 30 orang.

3) Tehnik pengambilan sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan *non probability sampling* adalah teknik yang digunakan untuk pengambilan sampel yang tidak memberi kesempatan atau peluang yang sama bagi setiap anggota populasi atau setiap unsur untuk dipilih menjadi sebuah sampel (Dahlan, 2018). Adapun rancangan penelitian ini menggunakan teknik pengambilan sampel dengan *consecutive sampling*. Teknik pengambilan sampel dengan *consecutive sampling* yaitu pemilihan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan terpenuhi (Nursalam, 2015).

Ada dua kriteria dalam pengambilan sampel dalam penelitian ini yaitu kriteria *inklusi* dan kriteria *eksklusi* (Nursalam, 2015) adalah:

- a. Kriteria *Inklusi*: yaitu karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2016).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Pasien dengan PJK yang di rawat di ICU.
2. Pasien yang compos mentis dan kooperatif selama penelitian.

- b. Kriteria *Ekslusi*: yaitu keadaan yang menyebabkan subjek penelitian tidak dapat diambil/diikutsertakan dalam penelitian karena mengganggu kemampuan dan pelaksanaan, hambatan-hambatan etis kesehatan dan subjek menolak berpartisipasi (Sugiono, 2014). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Pasien PJK yang sedang tidak stabil, mengalami perburukkan status kesehatan seperti dispnea dan nyeri dada.
2. Pasien yang memiliki riwayat insomnia dan parasomnia sebelum pasien dirawat.

D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel Penelitian adalah suatu atribut atau sifat atau nilai orang, objek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti yang kemudian dipelajari untuk ditarik kesimpulannya. Variabel dibedakan menjadi dua yaitu variabel independen atau variabel bebas yang merupakan variabel yang mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahan dan variabel dependen atau variabel terikat yang merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas (Sugiono, 2014). Variabel dalam penelitian ini adalah kualitas tidur pada pasien penyakit jantung koroner.

Definisi Operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang diamati (diukur) itulah merupakan kunci definisi operasional, dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena yang kemudian dapat diulang oleh orang lain (Nursalam, 2016). Adapun definisi operasional dalam bentuk tabel.

No	Variabel Penelitian		Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	Variabel	Sub Variabel				
1.	Kualitas Tidur pada pasien PJK		Kemampuan seseorang untuk mempertahankan tidurnya dan mendapatkan jumlah tidur yang cukup sesuai dengan kebutuhan tidur pada pasien PJK.	PSQI (<i>Piitssburgh Sleep Quality Index</i>)	Baik: >5 Buruk: ≤5	Ordinal
		a. Kualitas Tidur Subjektif	evaluasi singkat dari tidur seseorang maupun individu terkait apakah tidurnya sangat baik atau buruk	PSQI (<i>Piitssburgh Sleep Quality Index</i>)	Sangat baik: 0 Cukup baik: 1 Buruk: 2 Sangatburuk: 3	Ordinal
		b. Latensi Tidur	durasi seseorang mulai dari berangkat tidur hingga tertidur dengan waktu kurang dari 15 menit, tidak adanya gangguan dalam memulai tidur.	PSQI (<i>Piitssburgh Sleep Quality Index</i>)	Sangat baik: 0 Cukup baik: 1 Cukup buruk: 2 Sangat buruk: 3	Ordinal

c. Durasi Tidur	lamanya tidur seseorang mulai dari tertidur hingga bangun	PSQI (<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>)	> 7 jam: 0 6-7 jam: 1 5-6 jam: 2 < 5 jam: 3	Ordinal
d. Efisiensi Tidur	rasio persentase antara jumlah total jam tidur dibagi dengan jumlah total persentase antara jumlah jam yang dihabiskan di tempat tidur	PSQI (<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>)	Sangat efisien: 0 Efisien: 1 Kurang efisien: 2 Tidak efisien: 3	Ordinal
e. Gangguan Tidur	kondisi terputusnya tidur dimana pola tidur-bangun pasien berubah dari pola kebiasaannya, hal ini bisa menyebabkan penurunan baik kuantitas maupun kualitas tidur.	PSQI (<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>)	Tidak mengalami gangguan tidur: 0 Gangguan tidur ringan: 1 Gangguan tidur sedang: 2 Gangguan tidur berat: 3	Ordinal
f. Penggunaan Obat-obatan	Penggunaan obat-obat dengan kadar sedative memiliki indikasi adanya masalah tidur.	PSQI (<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>)	Diberi skor 0-3 Tidak terjadi dalam sebulan terakhir: 0 <1 kali seminggu: 1 1-3 kali seminggu: 2 >3 kali seminggu: 3	Ordinal
g. Disfungsi di siang hari	Pasien dengan kualitas tidur yang buruk menunjukkan keadaan mengantuk saat beraktivitas di siang hari, kurangnya antusias dan kurang bersemangat, tidur sepanjang siang, merasa kelelahan, mudah mengalami stress dan menurunnya	PSQI (<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>)	Diberikan skor 0-3 Tidak menjadi masalah: 0 Masalah kecil: 1 Masalah sedang: 2 Masalah besar: 3	Ordinal

E. Tempat Dan Waktu Penelitian

1. Waktu Penelitian dilaksanakan pada 20 Desember 2019 sampai 22 Januari 2020.
2. Tempat Penelitian
Penelitian dilakukan di Ruang ICU RS Restu Ibu dan RS Siloam Balikpapan.

F. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

Sumber data pada penelitian terdiri dari:

1. Data Primer

Data primer adalah sumber pertama yang diperoleh dari individu atau perorangan seperti hasil pengisian kuesioner (angket) yang dapat dilakukan oleh peneliti (Sugiono, 2012). Data primer dalam penelitian ini adalah pasien PJK di RS Restu Ibu Balikpapan dan RS Siloam Balikpapan. Instrumen dalam penelitian ini berupa kuesioner yang teknik pengumpulan datanya dilakukan dengan cara memberikan seperangkat pertanyaan kepada responden untuk dijawab.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen pada penelitian ini menggunakan Kuesioner. Kuesioner adalah suatu dokumen yang berisi beberapa pertanyaan yang sengaja dibuat berdasarkan indikator suatu variabel yang diberikan untuk mengetahui respon subjek terhadap setiap item pernyataan atau pertanyaan (Wijaya AS, Putri YM, 2013). Pada kuesioner yang digunakan saat penelitian, alat dan bahan yang digunakan oleh peneliti yaitu instrument yang berupa kuesioner *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*, alat tulis dan alat pengolahan seperti kalkulator serta alat media pengolahan data dengan menggunakan Laptop. *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* yang dikembangkan oleh Daniel J. Buysse mulai tahun 1989.

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) merupakan suatu metode penelitian yang berbentuk kuesioner baku yang digunakan untuk mengukur

kualitas tidur dan gangguan tidur dalam interval satu bulan. PSQI merupakan instrument yang telah terbukti efektif dan digunakan untuk mengukur kualitas tidur dengan berbagai penyakit yang di derita oleh pasien selama dirawat maupu pasien dengan rawat jalan. Dalam kuesioner PSQI ini terdapat 7 item yang digunakan sebagai parameter penilaian kualitas tidur. Tujuh item tersebut meliputi kualitas tidur subjektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur dan disfungsi pada siang hari.

Uji validitas merupakan alat untuk menguatkan agar pertanyaan pada kuesioner mampu mengungkapkan sesuatu yang diukur oleh kuesioner tersebut. Mengukur validitas instrument dengan mengkorelasikan antar skor masing-masing variable dengan skor totalnya (Sutana MS, 2001). Sebuah alat ukur dikatakan valid (sah) apabila alat ukur tersebut mampu mengukur secara tepat apa yang hendak diukur dan mengenai sasaran (Setiadi, 2013 dan Sutana MS, 2001). Bila r hitung sama atau lebih besar dibandingkan dengan r tabel (r hitung $\geq r$ tabel), maka kuesioner dapat dikatakan valid (Ellassen KM, Hopstock L, 2011). Validitas kuesioner PSQI yaitu 86,5% ($\kappa = 0,75$, $p < 0,001$) sehingga kuesioner bisa digunakan untuk mengukur kualitas tidur.

Uji reabilitas merupakan ukuran suatu kestabilan responden dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan yang merupakan suatu variabel dan telah disusun dalam bentuk kuesioner. Uji reabilitas untuk sub variabel faktor penyebab kualitas tidur menggunakan *Alpha Cronbach* (Sukardi, 2003). Variabel dikatakan reliable jika nilai Cronbach's Alpha $> 0,06$, artinya reabilitas mencukupi (*Sufficient reability*) (Sukardi, 2003). Sebagai patokan suatu kuesioner, maka ditetapkan rentang nilai dari reliabilitas kuesioner yang tidak reliabel (0,00 – 0,20), kurang reliabel (0,20 – 0,40), reliabel (0,40 – 0,60), cukup reliabel (0,60 = 0,80) dan sangat reliabel (0,80 = 1,00). Keseluruhan komponen kualitas tidur pada kuesioner PSQI *reliable* karena memenuhi persyaratan reabilitas minimal koefisien *Cronbachs Alpha* 0,70 yakni dengan hasil 0.83 (Buysse DJ et.al, 1989). Kuesioner PSQI versi

bahasa Indonesia telah diuji validitas dan reabilitasnya dengan hasil *Cronbach Alpha* 0,753 (National Sleep Foundation, 2006).

Tabel 3.2
Kisi-kisi pernyataan PSQI

No	Sub Variabel	Nomor Pertanyaan
1.	Kualitas Tidur Subjektif	9
2.	Latensi Tidur	2 & 5a
3.	Durasi Tidur	4
4.	Efisiensi Tidur	1,3 & 4
5.	Gangguan Tidur	5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h & 5i
6.	Penggunaan Obat	7
7.	Disfungsi di siang hari	7 & 8

G. Prosedur pengumpulan data

Tehnik pengumpulan data:

1. Peneliti mengajukan surat untuk melakukan studi pendahuluan atau data awal dan mengetahui jumlah sampel yang telah dijadikan responden penelitian ke bagian Diklat Rumah Sakit Restu Ibu dan Rumah Sakit Siloam Balikpapan.
2. Peneliti telah mengajukan surat pengantar penelitian dari STIKES Wiyata Husada ke Rumah Sakit Restu Ibu dan Rumah Sakit Siloam Balikpapan.
3. Sebelum bertemu dengan calon responden, peneliti terlebih dahulu berkoordinasi dengan kepalaruang dan menjelaskan terkait rencana penelitian yang akan dilaksanakan.
4. Calon responden yang telah diberikan informasi dan sepakat terlibat dalam penelitian ini, diberikan lembar persetujuan.
5. Responden yang telah menyetujui akan diberikan kuesioner tentang kualitas tidur pasien penyakit jantung koroner di ruang intensif di Rumah Sakit Swasta di Balikpapan yang terdiri dari 9 pertanyaan.
6. Setelah responden memberikan jawaban atas kuesioner, maka peneliti melakukan cek untuk memastikan setiap item yang dijawab oleh responden.
7. Selanjutnya data yang diperoleh ditabulasi, dan diolah serta diinterpretasikan sesuai dengan tujuan penelitian.

H. Tehnik Pengolahan Data Analisa Data

Data yang telah didapatkan di olah dengan tahapan sebagai berikut (Gumilar I, 2007 dalam Amalia Soya Praditya, 2017):

a. Cara pengolahan data

1) *Editing*

Editing adalah pengoreksian data ulang untuk memastikan kebenaran data yang terkumpul. Kuesioner yang telah diisi oleh responden telah dilakukan pengecekan kembali terkait pengisian, kejelasan, makna jawaban ganda atau lebih, maka peneliti mengklarifikasi terkait jawaban kepada responden.

2) *Coding*

Coding merupakan pemberian kode angka pada tiap – tiap data yang terdiri atas beberapa kategori. Peneliti memberikan kode dan juga daftar kode yang berguna untuk memudahkan dalam pengolahan data serta memudahkan kembali melihat lokasi dan arti kode dari suatu variabel. Pemberian kode pada data penelitian ini dapat dilihat tabel berikut:

Tabel 3.3
Coding Data Penelitian

Variabel	Kategori	Kode
Usia	20 – 40	1
	41 – 60	2
	>60	3
Jenis kelamin	Perempuan	1
	Laki – laki	2
Gambaran Kualitas Tidur pada pasien PJK	Kualitas Tidur Baik	1
	Kualitas Tidur Buruk	2
Kualitas Tidur Subjektif	Cukup Baik	1
	Sangat Baik	2
	Cukup Buruk	3
	Sangat Buruk	4
Latensi Tidur	Cukup Baik	1
	Sangat Baik	2
	Cukup Buruk	3
	Sangat Buruk	4
Durasi Tidur	>7 jam	1
	6 – 7 jam	2
	5 – 6 jam	3
	<5 jam	4
Efisiensi Tidur	Sangat efisien	1
	Efisien	2
	Kurang efisien	3
	Tidak efisien	4
Gangguan Tidur	Tidak mengalami gangguan	1
		2

	Gangguan tidur ringan	3
	Gangguan tidur sedang	4
	Gangguan tidur berat	
Obat – obatan	Tidak mengkonsumsi obat	1
	Mengkonsumsi obat	2
Disfungsi di siang hari	Tidak menjadi masalah	1
	Masalah kecil	2
	Masalah sedang	3
	Masalah besar	4

3) Scoring

Scoring merupakan proses pemberian nilai pada data sesuai dengan skor yang sudah ditentukan untuk memperoleh data kuantitatif yang diperlukan oleh peneliti. Peneliti telah memberikan skor pada setiap subvariabel sesuai dengan jenis data dan pertanyaan. Kuesioner yang digunakan oleh peneliti yaitu *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*, adapun ketentuan dalam memberikan skor sebagai berikut:

Komponen 1: skor pertanyaan nomor 9

Komponen 2: skor pertanyaan nomor 2 + pertanyaan nomor 5 skor pertanyaan nomor 2

<15 menit = 0

16-30 menit = 1

31-60 menit = 2

>60 menit = 3

+ skor pertanyaan nomor 5a

(jika jumlah skor dari kedua pertanyaan tersebut jumlahnya 0 maka skornya = 0, jika jumlahnya 1-2=1 ; 3-4=2 ; 5-6=3)

Komponen 3: Skor pertanyaan nomor 4

>7 jam = 0

6-7 jam = 1

5-6 jam = 2

< 5 jam = 3

Komponen 4: Jumlah jam tidur pulas (pertanyaan nomor 4) : Jumlah

jam ditempat tidur (kalkulasi #1 & #3) x 100%

>85% = 0

$$75-84\% = 1$$

$$65-74\% = 2$$

$$<65\% = 3$$

Komponen 5: Jumlah skor 5b hingga 5g (jika jumlahnya 0 maka skornya =0, jika jumlahnya 1-9=1 ; 10-18=2 ; 18-27=3)

Komponen 6: Skor pertanyaan pertanyaan nomor 6

Komponen 7: Skor pertanyaan nomor 7 + nomor 8, jika jumlahnya 0 maka skornya = 0, jika jumlahnya 1-2=1 ; 3-4=2 ; 5-6=3

Total jumlah skor komponen 1-7 (≤ 5 : Baik, $>5-21$: Buruk)

4) *Entry* merupakan proses memasukkan jawaban - jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk kode (angka atau huruf) ke dalam program atau *software* komputer. Adapun cara yang dilakukan yaitu peneliti memproses data untuk dilihat misalnya dengan pilihan statistik deskriptif seperti frekuensi, mean, modus, dan median. Selanjutnya peneliti melihat penyimpangan-penyimpangan yang terjadi. Kemudian peneliti harus mencocokkan kembali data dengan yang ada pada kuesioner. Peneliti membetulkan *data entry* jika terjadi kekeliruan dan memproses kembali ke langkah pertama.

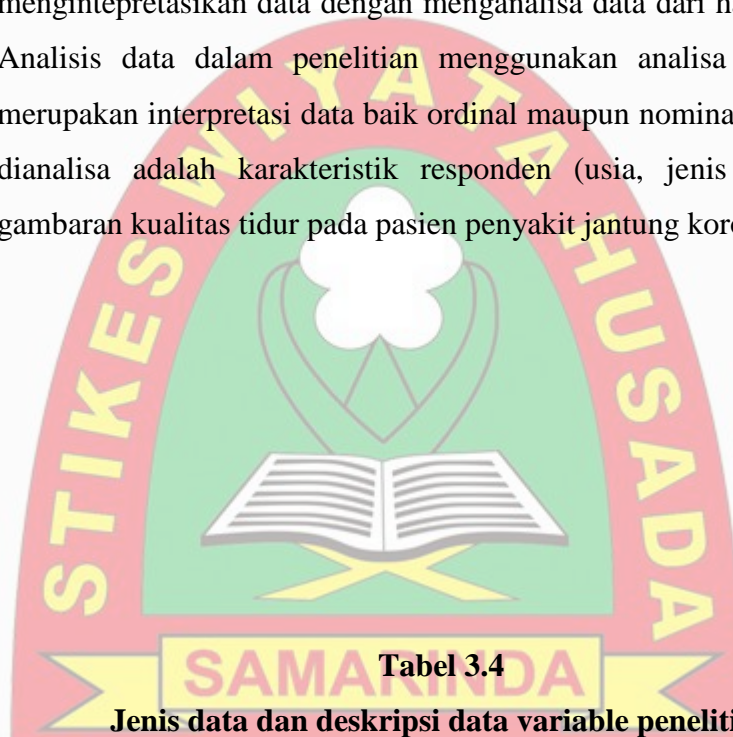
5) *Cleaning*

Cleaning merupakan pengecekan kembali semua data dari setiap responden yang sudah di *entry* sehingga tidak terdapat kesalahan kode dan ketidaklengkapan data.

b. Analisis Data

Penelitian ini menggunakan tehnik analisa data statistik deskriptif yang merupakan prosedur pengolahan data dengan menggambarkan serta meringkas dan menggunakan cara ilmiah dalam bentuk tabel. Tahap ini dilakukan untuk melihat bagaimana menginterpretasikan data dengan menganalisa data dari hasil pengolahan. Analisis data dalam penelitian menggunakan analisa univariat yang merupakan interpretasi data baik

ordinal maupun nominal. Tujuan dari analisis ini untuk mendeskripsikan karakteristik responden yang terdiri dari (usia, jenis kelamin, lama dirawat dan mempunyai riwayat jantung koroner) serta gambaran kualitas tidur pada pasien PJK yang meliputi kualitas tidur, durasi tidur, latensi tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat-obatan, disfungsi di siang hari. Penelitian ini menggunakan teknik analisa data statistik deskriptif yang merupakan prosedur pengolahan data dengan menggambarkan serta meringkas dan menggunakan cara ilmiah dalam bentuk tabel. Tahap ini dilakukan untuk melihat bagaimana menginterpretasikan data dengan menganalisa data dari hasil pengolahan. Analisis data dalam penelitian menggunakan analisa univariat yang merupakan interpretasi data baik ordinal maupun nominal. Variabel yang dianalisa adalah karakteristik responden (usia, jenis kelamin, serta gambaran kualitas tidur pada pasien penyakit jantung koroner).



Tabel 3.4
Jenis data dan deskripsi data variable penelitian

No	Variabel	Jenis data	Deskripsi
Karakteristik responden			
1	Usia	Kategorik	Jumlah persentase (%)
2	Jeniskelamin	Kategorik	Jumlah persentase (%)
Variabel penelitian			
1	Kualitas tidur	Kategorik	Jumlah persentase (%)
2	Durasi tidur	Kategorik	Jumlah persentase (%)
3	Latensi tidur	Kategorik	Jumlah persentase (%)

4	Efisiensi tidur	Kategorik	Jumlah persentase (%)
5	Gangguan tidur	Kategorik	Jumlah persentase (%)
6	Penggunaan obat-obatan	Kategorik	Jumlah persentase (%)
7	Disfungsi di siang hari	Kategorik	Jumlah persentase (%)

I. Etika Penelitian

Peneliti telah mengajukan izin kepada tempat yang dilakukannya penelitian, dalam penelitian ini adalah pasien dengan penyakit jantung koroner di ICU Rumah Sakit Swasta di Balikpapan. *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* dan kuesioner faktor penyebab kualitas tidur yang diberikan kepada responden sebagai bentuk pengumpulan data penelitian menekankan etika yang meliputi:

a. Otonomi (*Autonomy*) dan Tanpa Pemaksaan (*Coercion*)

Hak responden untuk memilih apakah responden setuju atau tidak menjadi responden dalam penelitian tersebut dengan lembar persetujuan (*Informed Consent*) yang diberikan sebelum responden mengisi kuesioner penelitian. Tanpa Pemaksaan (*coercion*) merupakan tidak ada unsur pemaksaan terhadap responden dengan cara apapun juga untuk ikut dalam penelitian ini. Setiap individu diijinkan untuk menolak dalam mengikuti penelitian. Peneliti menjelaskan kepada sampel mengenai lembar *informed consent* penelitian untuk menjadi responden penelitian. Sampel diberikan lembar *informed consent* dan memberikan tanda tangan maka dinyatakan sebagai responden. Penelitian yang telah dilakukan, peneliti tidak memaksa kepada pasien yang dirawat di Rumah Sakit Swasta di Balikpapan untuk menjadi responden dan jika pasien tersebut menyetujui menjadi responden kemudian peneliti memberikan lembar *informed consent* sehingga bisa penelitian tersebut terlaksana dengan baik.

b. Kerahasiaan Identitas (*Anonymity*)

Peneliti memberi jaminan kerahasiaan dengan tidak mencantumkan nama responden pada lembar kuesioner. Peneliti tidak mencantumkan nama responden namun hanya mencantumkan kode responden dalam kuesioner.

Setelah penelitian dilakukan, peneliti hanya memberikan kode dan inisial responden pada kuesioner sehingga kerahasiaan identitas responden terjamin juga memudahkan peneliti untuk mengolah data.

c. Kerahasiaan Informasi (*Confidentiality*)

Peneliti menjamin kerahasiaan responden pada lembar kuesioner PSQI yang berisikan data yang telah diisi oleh responden. Setelah dilakukannya penelitian terkait kerahasiaan responden, peneliti tidak memberikan informasi apapun yang berkaitan dengan data sehingga masih terjaga kerahasiaan informasi responden.

d. Keuntungan (*Beneficence*)

Penelitian telah dilakukan dengan melibatkan responden sebagai bagian dari penelitian mengandung prinsip kebaikan (*promote good*) dan diharapkan penelitian ini menjadi gambaran pasien untuk mengatur pola tidur yang sesuai, sehingga tidak mempengaruhi atau menimbulkan komplikasi penyakit yang di derita dan terpenuhinya kebutuhan istirahat tidur. Setelah dilakukannya penelitian, responden menyadari bahwa tidur itu merupakan hal yang penting selama dirawat.

e. *Nonmaleficence*

Penelitian ini tidak mengandung unsur yang merugikan responden karena peneliti tidak memberikan perlakuan pada responden sehingga penelitian dapat terlaksana dengan baik. Setelah dilakukan penelitian, dari responden tidak mendapatkan perlakuan yang merugikan, justru mendapatkan manfaat dari penelitian tersebut.

f. *Veracity*

Peneliti menjelaskan secara jujur kepada responden mengenai manfaat, efek dan apa yang didapatkan jika responden dilibatkan dalam penelitian. Responden yang mengajukan pertanyaan terkait penelitian ini telah dijawab secara jujur oleh peneliti. Saat dilakukannya penelitian, responden mengajukan terkait manfaat dan efek dari penelitian kemudian peneliti menjelaskan secara jujur kepada responden.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang gambaran umum lokasi penelitian, hasil penelitian meliputi analisis univariat yang mendeskripsikan distribusi frekuensi karakteristik responden serta deskripsi kualitas tidur pada pasien penyakit jantung koroner yang di rawat di ruang *intensive care*

A. Gambaran Umum lokasi Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan yang terletak di Jalan Jenderal A. Yani No. 12 Balikpapan dan Rumah Sakit Siloam Balikpapan yang terletak di Jalan MT. Haryono dalam no 23 Kecamatan Sungai Nangka Balikpapan pada tanggal 20 Desember sampai dengan 22 Januari 2020 dengan jumlah sampel sebanyak 30 responden. Penelitian dilakukan di Ruang ICU Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan dan Rumah Sakit Siloam Balikpapan. Penelitian ini dilakukan untuk menggambarkan atau memperoleh prevalensi Kualitas Tidur Pasien Penyakit Jantung Koroner yang di rawat di Rumah Sakit Swasta Di Balikpapan.

B. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden Umum

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan, usia, jenis kelamin di ruang ICU Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan pada bulan Desember sampai dengan Januari 2020 (n=30)

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Usia		
20-40	3	10,0%
40-60	21	70,0%
> 60	6	20,0%
Jumlah	30	100%
Jenis Kelamin		
Perempuan	9	30,0%
Laki-laki	21	70,0%
Jumlah	30	100%

Sumber: Data primer, 2020

Berdasarkan tabel 4.1 diperoleh distribusi frekuensi karakteristik responden berdasarkan usia dan jenis kelamin. Berdasarkan tabel tersebut sebagian besar responden berusia pada rentang 40 sampai dengan 60 tahun sebesar 70% dan didominasi jenis kelamin laki-laki sebesar 70 %

2. Analisa Univariat

Analisa univariat pada penelitian ini akan menguraikan distribusi masing-masing variabel kualitas tidur pasien penyakit jantung koroner yang dirawat di ICU Rumah Sakit Swasta di Balikpapan. Pada umumnya analisis dalam penelitian ini hanya menghasilkan distribusi frekuensi dan persentase dari setiap variabel (Notoatmojo, 2012).

a. Kualitas Tidur

Tabel 4.2 Ditribusi Frekuensi Kualitas Tidur Pada Responden yang mengalami PJK di ruang ICU RS restu Ibu Balikpapan, Desember 2019 sampai dengan Januari 2020, (n = 30)

Variabel	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Kualitas Tidur		
Buruk	28	93,3 %
Baik	2	6,7 %
Total	30	100%
Dimensi Kualitas Tidur		
a. Kualitas Tidur Subjektif		
- Cukup baik	13	43,3 %
- Sangat Baik	4	13,3 %
- Cukup Buruk	13	43,3%
Total	30	100%
b. Latensi Tidur		
- Cukup Baik	4	13,3 %
- Sangat Baik	10	33,3%
- Cukup Buruk	10	33,3%
- Sangat Buruk	6	20%
Total	30	100%
c. Durasi Tidur		
- >7 jam	9	20%
- 6-7 jam	15	50%
- 5-6 jam	9	30%
- < 5 jam	9	30%
Total	30	100%
d. Efisiensi Tidur		
- Sangat efisien	2	6,7%
- Efisien	7	23,3%
- Kurang efisien	15	50%
- Tidak efisien	6	20%
Total	30	100%
e. Gangguan Tidur		
- Tidak mengalami gangguan tidur	1	3,3%
- Gangguan tidur ringan	22	73,3%

- Gangguan tidur sedang	7	23,3%
Total	30	100%
f. Penggunaan obat-obatan		
- Tidak memakai obat-obatan	22	73,3%
- Mengonsumsi obat	8	26,7%
Total	30	100%
g. Disfungsi di Siang Hari		
- Tidak menjadi masalah		
- Masalah Kecil	1	3,3%
- Masalah Sedang	25	83,3%
- Masalah Berat	4	13,3%
Total	30	100%

Sumber: Data primer, 2020

Berdasarkan Tabel 4.2 menunjukkan mayoritas responden yang terlibat dalam penelitian ini berada pada kualitas tidur dengan kategori buruk. Dari table 4.2 ditinjau dari beberapa dimensi kualitas tidur, untuk dimensi kualitas tidur subjektif sebanyak 43,3% cukup baik dan 43,3% responden mengalami kualitas tidur subjektif cukup buruk. Pada dimensi latensi tidur sebanyak 33,3% mengalami latensi tidur cukup buruk dan sebanyak 20% mengalami latensi tidur buruk, sedangkan dari dimensi durasi tidur sebanyak 50% responden mempunyai waktu tidur dengan rentang 5-6 jam, dan 30% memiliki waktu tidur < 5 jam baik selama perawatan di RS atau sebelum perawatan, ditinjau dari dimensi efisiensi tidur 50% responden mengalami tidur kurang efisien dan 20% tidurnya tidak efisien, dimensi gangguan tidur mayoritas responden 73,3% mengalami gangguan tidur ringan dan 23,3% mengalami gangguan tidur sedang. Pada dimensi penggunaan obat-obatan mayoritas sebanyak 73,3% tidak menggunakan obat-obatan, dan terakhir dimensi disfungsi di siang hari sebanyak 83,3% responden mengalami masalah sedang dan 13,3% mengalami masalah berat.

B. Pembahasan

Dalam pembahasan hasil penelitian ini, peneliti akan membahas hasil analisis univariat terhadap setiap karakteristik responden yang digali dalam penelitian ini. Berdasarkan dari hasil penelitian melalui kuesioner yang diberikan kepada pasien PJK di ruang ICU Rumah Sakit Swasta di Balikpapan dengan jumlah responden sebanyak 30 orang, kemudian hasil dikategorikan kembali. Pengolahan data univariat dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan teori dan hasil dari penelitian terkait. Pada akhir pembahasan peneliti akan membahas mengenai keterbatasan dari penelitian ini.

1. Karakteristik Responden Kualitas Tidur pada seluruh responden pasien PJK Di Ruang ICU Rumah Sakit Swasta di Balikpapan.

a. Usia

Berdasarkan hasil penelitian di Ruang ICU Rumah Sakit Swasta Di Balikpapan diperoleh data bahwa dari 30 responden didapati dengan mayoritas jumlah responden 70% berumur usia 40-60 tahun dan minoritas responden 10% berumur 20-40 tahun. Dapat dilihat dari hasil penelitian mayoritas responden berada pada dewasa madya dan seharusnya memiliki pola tidur normal 6-8 jam/hari, sedangkan pada usia tua atau dewasa akhir tahap NREM IV menurun bahkan kadang-kadang tidak merasakan tahap NREM IV pada saat tidur. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Nurhayati (2009), yang meneliti tentang gambaran faktor resiko pada pasien gagal jantung kongestif didapatkan hasil bahwa pasien yang rentan terkena penyakit jantung berada pada rentang usia antara 40-59 tahun (50%). Menurut penelitian Ridla Hanum (2014), semakin bertambahnya usia seseorang semakin sedikit total jam tidur yang dimiliki. Sejalan dengan penelitian diatas pada penelitian ini pasien PJK sebagian besar pada usia 40-60 tahun dikarenakan semakin bertambahnya usia identik dengan adanya penurunan fungsi fisiologis. Selain itu pada usia 40 keatas tingkat pendapatan lumayan mapan, sehingga antusias sebagai konsumen menjadi naik seperti mengkonsumsi makanan resto ataupun

cepat saji yang dapat meningkatkan kadar kolesterol yang mengakibatkan aterosklerosis.

b. Jenis Kelamin

Mayoritas responden laki-laki yaitu sebanyak 21 responden (70%) dan minoritas 9 responden (30%) berjenis kelamin perempuan. Cemas dan stress dapat mempengaruhi proses tidur dan kesulitan untuk mempertahankan tidur. Pada penelitian ini kebanyakan pasien PJK adalah laki-laki, hal ini dikarenakan adanya pengaruh hormon estrogen pada perempuan yang bersifat memproteksi perempuan dari berbagai penyakit kardiovaskuler. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Shintya I.A (2012) yang mengatakan bahwa, ada pengaruh jenis kelamin terhadap kualitas tidur dalam peningkatan kualitas hidup dari aspek spiritual. Hsieh juga mengungkapkan hal yang sama dalam penelitiannya tahun 2011 bahwa laki-laki yang menderita PJK sebesar 67,9 %. Di Amerika Serikat gejala PJK sebelum umur 60 tahun didapatkan 1 dari 5 laki-laki dan 1 dari 17 perempuan, ini berarti laki-laki mempunyai resiko PJK 2-3 kali lebih besar dari pada perempuan.

2. Kualitas Tidur

Mayoritas responden dalam penelitian ini mengalami kualitas tidur dalam rentang yang buruk. Tingkat kualitas tidur dilakukan dengan wawancara yang berpedoman pada kuesioner *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) yang terdiri dari 7 komponen yaitu kualitas tidur secara objektif, latensi tidur (kesulitan memulai tidur), lama tidur malam (kuantitas), efisiensi tidur, gangguan ketika tidur malam, penggunaan obat-obat tidur, dan terganggunya aktivitas di siang hari. Sebagian besar mengatakan bahwa kualitas tidurnya kurang, kesulitan memulai tidur lebih dari 30 menit, lama tidur 5-6 jam, gangguan tidur pada malam hari yang meningkat, penggunaan obat tidur, dan aktifitas siang hari yang terganggu lebih dari 3 kali dalam seminggu. Menurut Potter & Perry, 2005 menerangkan bahwa penyakit fisik seperti nyeri, ketidaknyamanan fisik

misalnya kesulitan bernafas dan masalah suasana hati seperti kecemasan dapat menyebabkan masalah tidur. Penelitian yang sama dilakukan oleh Ridla Hanum, 2014 tentang Gambaran Kualitas Tidur Pasien Gagal Jantung di RSUP H. Adam Malik Medan. Dari hasil penelitiannya juga didapatkan mayoritas responden memiliki kualitas tidur buruk sebanyak 98 %. Responden pada penelitiannya adalah pasien yang memiliki diagnosa gagal jantung, dimana penyakit yang dialami responden sangat berpengaruh pada kualitas tidur responden, sehingga kualitas tidur responden menjadi buruk, selain faktor lingkungan obat-obatan juga mempengaruhi kualitas tidur responden, hal ini dapat dilihat dari obat yang dikonsumsi responden, penggunaan obat diuretik dapat menyebabkan nokturia pada malam hari, berkemih pada malam hari dapat membangunkan tidur pasien sehingga sulit untuk mendapatkan tidur yang nyenyak. Sedangkan penggunaan obat tidur dapat membantu mempercepat tidur responden. Hal ini sejalan dengan studi yang dilakukan Nurlaila (2009) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kualitas tidur diantaranya dilihat dari fisiologis, psikologis dan lingkungan. Asumsi peneliti mengenai kualitas tidur pasien PJK yang buruk dikarenakan pasien PJK diobservasi di ruang ICU, pasien dianjurkan untuk bedrest. Dalam hal ini pasien merasakan suasana lingkungan yang baru, keterbatasan keluarga dalam jam besuk, keterbatasan mobilisasi, sehingga pasien harus beradaptasi dengan lingkungannya, selain itu keluhan dari penyakit itu sendiri juga mempengaruhi kualitas tidur pasien PJK.

C. Dimensi Kualitas Tidur

a. Dimensi Kualitas Tidur Subjektif

Hasil penelitian menunjukkan dimensi kualitas tidur subjektif sebanyak 13 responden (43,3%) mengatakan bahwa tidurnya cukup buruk. responden kurang mengetahui pentingnya tidur, ketika responden mengatakan jika malam tidur nyenyak hanya beberapa jam dalam satu bulan terakhir karena mengalami gangguan tidur dan masih mengatakan tidur dalam satu bulan terakhirnya cukup baik. Mereka

beranggapan karena diusianya cukup wajar dengan pola tidurnya sekarang ini sehingga tidak memperlmasalahkannya. Hal ini didukung oleh Khasanah dan Hidayati (2012) lansia menilai kualitas tidurnya cukup baik karena lansia mampu mentoleransi perubahan tidur sebagai proses penuaan dan tidak menganggap bahwa masalah tidur berbahaya terhadap kesehatannya.

Menurut Curcio et al, 2012 Kebutuhan tidur yang cukup tidak hanya ditentukan oleh jumlah jam tidur (kuantitas tidur) tetapi juga kedalaman tidur (kualitas tidur). Jika pasien dapat tidur dengan waktu yang singkat dengan kedalaman tidur yang cukup sehingga saat bangun tidur akan terasa segar dan pola tidur tidak mengganggu kesehatan, akan tetapi jika pasien memiliki waktu tidur yang kurang akan berdampak pada kesehatan khususnya pada pasien penyakit jantung koroner.

c. Dimensi Latensi Tidur

Latensi Tidur dimana item pertanyaan jumlah waktu yang dibutuhkan untuk memulai tertidur dan pertanyaan tidak dapat tertidur dalam waktu 30 menit, sehingga didapatkan hasil dari responden yang mengalami latensi tidur cukup buruk sebanyak 11 responden (33,3%) dan yang mengalami latensi sangat buruk (20%), responden mengatakan susah untuk memulai tidurnya pada malam hari. Latensi tidur pada pasien PJK cukup buruk, dikarenakan untuk mengawali tidur diperlukan waktu lebih dari 30 menit disebabkan kondisi lingkungan yang kurang mendukung, sedangkan pada pertanyaan tidak dapat tertidur dalam 30 menit yang terjadi ≥ 3 kali dalam seminggu dapat terjadi karena gejala penyakit PJK yang membuat sulit untuk tertidur.

Hal tersebut terjadi karena responden lebih banyak pada usia lanjut, dimana usia lanjut yang mampu beradaptasi terkait perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi akan memiliki siklus tidur seperti orang normal yang akan menghabiskan waktu 10-30 menit (Potter & Perry, 2010). Laungsand et al (2011), menyatakan bahwa pasien

dengan IMA mengalami kesulitan di dalam memulai waktu tidur setiap malam atau disebut dengan insomnia. Insomnia merupakan salah satu gangguan tidur dimana kesulitan memulai atau mempertahankan tidur atau memiliki perasaan tidur non restoratif.

d. Dimensi Durasi Tidur

Berdasarkan data yang didapat dari responden sebanyak 17 responden memiliki dimensi durasi tidur 5-6 jam (56,7%), dan 10 responden (33,3%) yang memiliki durasi tidur 6-7 jam. Durasi tidur dihitung dari waktu pasien tidur hingga terbangun di pagi hari tanpa adanya terbangun di tengah malam, sedangkan pada pasien PJK yang di rawat ICU akan ada fase terbangun di malam hari baik dikarenakan gejala penyakitnya itu sendiri maupun kondisi lingkungan yang menyebabkan pasien terbangun.

Pola tidur normal orang dewasa pertengahan (40-60 tahun) yaitu 7 jam/hari (Wartona, 2006). Dilihat dari segi umur mayoritas responden 70% berumur 40-60 tahun. Responden Seharusnya memiliki total jam tidur 7 jam/hari. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Wilkinson (2005), pada Pasien Gagal Jantung dijumpai gangguan pada pola tidur, yang dapat disebabkan oleh nocturia, cemas, dan kesulitan mengatur posisi tidur karena *Nocturnal Dyspnea*.

e. Dimensi Efisiensi Tidur

Dimensi efisiensi kebiasaan tidur yaitu sebanyak 50% mengalami tidur kurang efisien dan 20% tidak efisien. Efisiensi tidur merupakan rasio persentase antara jumlah total jam tidur dibagi dengan jumlah jam yang dihabiskan di tempat tidur. Pasien PJK yang di rawat di ICU akan dibatasi aktifitasnya dengan bedrest, sehingga waktunya lebih banyak di tempat tidur. Menurut penelitian Putwi Rizki Sakinah, 2018 rasio dimensi efisiensi kebiasaan tidur yaitu <65% sebanyak 36 orang (45,6%) yang artinya responden tidak dapat tidur dengan efisien yaitu lebih banyak menghabiskan waktu di atas tempat tidur namun tidak tertidur. Responden mengatakan sering mengalami gangguan tidur yang membuat responden terbangun dari

tidurnya dan jika sudah terbangun sulit untuk tertidur kembali bahkan tidak tertidur kembali hingga pagi. Mansoor (2002) mengatakan bahwa penderita hipertensi lebih banyak menghabiskan waktu ditempat tidur

f. Dimensi Gangguan Tidur

Berdasarkan hasil penelitian didapati sebanyak 24 responden (80%) mengalami gangguan tidur pada dimensi ini. Gangguan tidur pada pasien PJK dikarenakan adanya terbangun ditengah malam atau terlalu dini bangun ataupun dikarenakan yang berhubungan dengan penyakitnya seperti nyeri dan sesak nafas. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Endang Sri P Ningsih (2017), kualitas tidur buruk yang dialami oleh pasien infark miokard akut kebanyakan terjadi meliputi komponen gangguan tidur yang menyebabkan penurunan baik kuantitas maupun kualitas tidur. Gangguan tidur yang dialami responden seperti sering terbangun di tengah malam atau terlalu pagi (dini hari), dan akibat rasa nyeri bagian dada atau kecemasan terhadap penyakit yang dirasakan responden sehingga membutuhkan waktu yang lama untuk dapat tertidur.

g. Dimensi Penggunaan Obat-obatan

Penggunaan obat-obatan didapatkan hasil sebanyak 8 responden (26,7%) menggunakan obat. Pada penelitian ini kebanyakan responden baru mengalami PJK, sedangkan yang sudah mempunyai riwayat PJK dan menggunakan obat-obatan hanya 8 responden. Obat-obatan disini digunakan untuk membantu mengurangi rasa nyeri pasien ataupun untuk meningkatkan kualitas tidur pasien.

h. Dimensi Disfungsi di siang hari

Dimensi gangguan aktivitas pada siang hari sebanyak 83,3% menganggap hal tersebut sebagai masalah sedang dan 13,3% menganggap sebagai masalah berat yang mempengaruhi skor menjadi tinggi sehingga berkontribusi terhadap kualitas tidur menjadi buruk. Berdasarkan data diatas disfungsi di siang hari di pengaruhi adanya latensi tidur yang cukup buruk, durasi tidur 5-6 jam dan adanya

gangguan tidur sehingga menyebabkan istirahat yang kurang pada malam hari, berakibat pada siang hari pasien akan merasa mengantuk. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Erickson (2003) 39% responden melaporkan bangun lebih cepat di pagi hari. Dan penelitian yang dilakukan oleh Rodriguez (2005), mengatakan bahwa 62% responden gagal jantung mengalami lelah pada siang hari. Siklus tidur bangun mempengaruhi dan mengatur fungsi fisiologis dan respon perilaku. Jika siklus tidur-bangun seseorang terganggu, maka fungsi fisiologis tubuh lainnya juga dapat terganggu atau berubah. Secara normal orang yang tidur cukup akan merasakan segar setelah terbangun dari tidurnya, karena tidur sebagai penyimpanan energi untuk digunakan pada hari berikutnya (Potter & Perry, 2005).

D. Keterbatasan Penelitian

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, penelitian ini memiliki kelemahan atau keterbatasan diantaranya sebagai berikut:

- a. Kurang mempertimbangkan faktor lain yang juga dapat mempengaruhi kualitas tidur pasien seperti, status kesehatan, lingkungan, diet dan gaya hidup.
- b. Penelitian ini hanya deskriptif yang menggunakan kuesioner yang bisa menimbulkan bias, dan memungkinkan pengisian datanya bersifat subjektif dari responden.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil analisa dan pembahasan dapat diambil kesimpulan dan saran mengenai gambaran kualitas tidur pada pasien PJK di Rumah Sakit Swasta Balikpapan

1. Kesimpulan

Responden mempunyai kualitas tidur subjektif cukup buruk (43,3%), dengan latensi tidur cukup buruk (36,7%). Mayoritas responden (56,7%) mempunyai total jam tidur 5-6 jam. Mayoritas responden mempunyai efisiensi kebiasaan tidur yang efisien sebanyak (36,7%). Menagalami gangguan tidur ringan mayoritas sebanyak (80%), Menggunakan atau mengkonsumsi obat-obatan (26,7%), dan mengalami disfungsi di siang hari mengganggu masalah sedang sebanyak (80%). Berdasarkan Kualitas tidur responden mayoritas responden (100%) memiliki kualitas tidur yang buruk.

2. Saran

a. Bagi Pendidikan Keperawatan

Dalam pendidikan keperawatan perlu menekankan pemahaman kepada peserta didik bahwa pasien Penyakit Jantung Koroner yang menjalani perawatan di Rumah Sakit memiliki gejala penyakit dan gangguan-gangguan lain yang dapat menghambat proses tidur sehingga kualitas tidur dapat menjadi buruk. Maka peserta didik perlu memahami bagaimana memberikan dukungan kepada pasien PJK supaya bisa meningkatkan kualitas tidurnya.

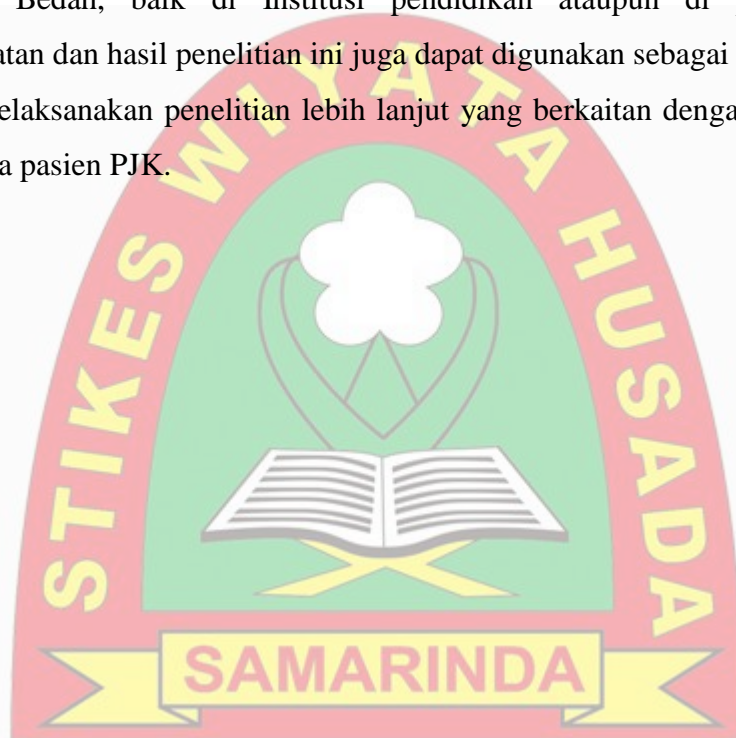
b. Bagi Praktek Keperawatan

Perawat bertanggung jawab untuk memfasilitasi dan meningkatkan kualitas tidur pasien selama dirawat di rumah sakit. Intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan memantau dan memberikan posisi fowler, berkolaborasi dalam pemasangan kateter untuk mengurangi nokturia yang terjadi pada malam hari, berkolaborasi dalam pemberian diet tinggi protein,

karena adanya Tryptophan yang merupakan asam amino dari protein yang dicerna dapat mempercepat terjadinya proses tidur, dan apabila kualitas tidur pasien buruk dalam waktu yang lama, perawat dapat berkolaborasi dalam pemberian obat-obatan untuk meningkatkan kualitas tidur, karena tidur diperlukan untuk memperbaiki sel-sel yang rusak.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat digunakan sebagai data awal sekaligus memotivasi untuk mengembangkan penelitian lebih lanjut di lingkup Keperawatan Medikal Bedah, baik di Institusi pendidikan ataupun di pelayanan keperawatan dan hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai data dasar dalam melaksanakan penelitian lebih lanjut yang berkaitan dengan kualitas tidur pada pasien PJK.

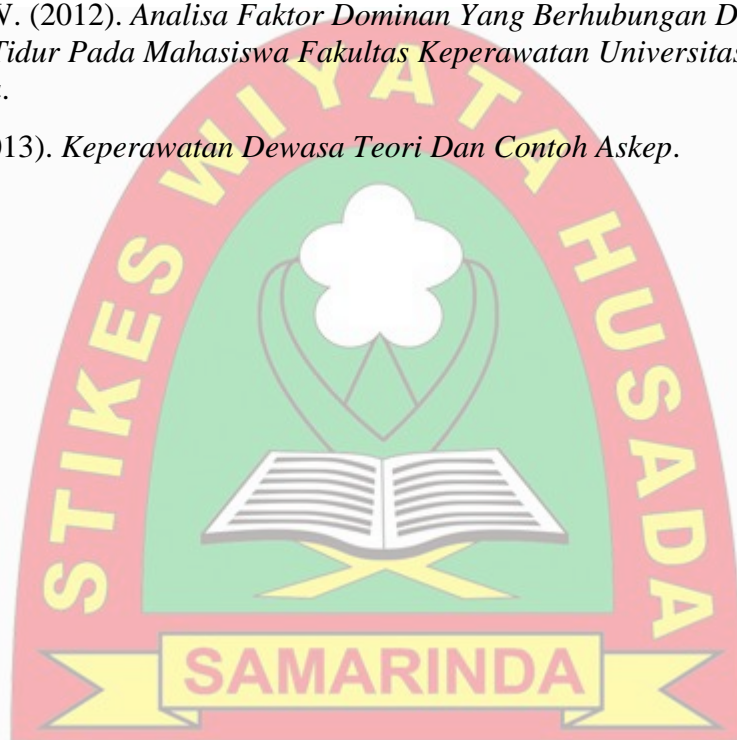


DAFTAR PUSTAKA

- AD, D. P. & D. (2002). *Nursing Research: Text and Workbook*.
- Aminoff MJ, Boller F, S. D. (2011). *Handbook of clinical neurology sleep disorder*. 99.
- Ana Rohayati, S. (2018). *Analisa Praktik Klinik Keperawatan Penerapan Terapi Foot Massage Pada Pasien Sindrom Koroner Akut Dalam Manajemen Gangguan Pola Tidur*.
- Asmadi. (2004). *Konsep dasar keperawatan*.
- Budiyarti L. (2013). *Home Based Exercise Training Dalam Mengatasi masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas Pada Pasien Gagal Jantung Kongestif Di Ruang Rawat Penyakit Dalam Melati Atas RSUP Persahabatan*.
- Buku-ACS-2018.pdf. (n.d.).
- CF, B. D. R. (1989). *The Pittsburgh Sleep Quality Index*.
- Edward O Bixer, et al. (2009). *Woman Sleep Objectively better than men and the sleep of young women is more resilient to external stressor*. 18, 221–228.
- Fachrunnisa. (2015). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Tidur Pasien CHF yang Di Rawat Di RSUD Arifin Achmad*.
- F Nadianto. (2018). *Hubungan penggunaan kontrasepsi oral dengan kejadian PJK di poli jantung RSUD Hardjono Ponorogo*.
- Hanifa, A., Kedokteran, F., Ilmu, D. A. N., Islam, U., & Syarif, N. (2016). *Hubungan kualitas tidur dan fungsi kognitif pada lanjut usia di panti sosial margaguna jakarta selatan*.
- Hanifah. (2016). *Hubungan Kualitas Tidur dan Fungsi Kognitif pada Lanjut Usia di Panti Sosial Marguna Jakarta Selatan*.
- Hsieh, Dong Ji, C. W.-K. (2011). *Quality of care patients presenting with acute coronary syndrome in emergency department in taiwan*. *Jurnal of Acute Medicine*, 1, 33–40.
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). Hasil Utama Laporan Riskesdas 2018. *Jakarta: Badan Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia*, 22. <https://doi.org/10.24607/2527-1518.v1i1.p13-22> Desember 2013
- Kim, J., Stewart, R., Bae, K., Kang, H., & Kim, S. (2018). *Efek Korelasi dan Perawatan Escitalopram pada Gangguan Tidur pada Pasien dengan Sindrom Koroner Akut : K-DEPACS dan EsDEPACS Intervensi untuk Peserta EsDEPACS*. 38(7).
- Kusnanto. (n.d.). *Pengantar profesi dan praktik keperawatan profesional*. 2004.
- Laily Agustiani. (2013). *Gambaran Pola Tidur Klien Hipertensi di Poli Penyakit Dalam Rumah Sakit Tugu Ibu Depok*.

- Lanywati. (2008). *Insomnia, Gangguan sulit tidur*. 7.
- Madsen, M. T., Huang, C., Zangger, G., Dorthe, A., Zwisler, O., & Gögenur, I. (2019). *Gangguan tidur pada Pasien Dengan Penyakit Jantung Koroner : A Systematic Review*. 15(3), 489–504.
- Munardi. (2003). *Faktor yang mempengaruhi kualitas tidur pasien dengan perubahan fungsi pernafasan di badan pelayanan kesehatan RSUD Dr Zaenal Abidin Banda Aceh*.
- Munardi, M. (2014). FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEBUTUHAN TIDUR PADA PASIEN DENGAN PERUBAHAN FUNGSI PERNAFASAN DI BADAN PELAYANAN KESEHATAN RSUD Dr. ZAINOEL ABIDIN BANDA ACEH. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 7(2), 48–53. <https://doi.org/10.7454/jki.v7i2.133>
- Nurhayati, E. (2009). Gambaran faktor resiko pada pasien penyakit gagal jantung kongestif di ruang x.a RSUP Dr Hasan Sadikin Bandung. *Jurnal Kesehatan Kartika*.
- Nurlia. (2016). *Pengaruh pola tidur sehat terhadap tingkat insomnia lasia*.
- Pare Tasik. (2016). *Hubungan Durasi Tidur Dengan Perubahan Tekanan Darah Pada Pasien Hipertensi Di Ruang Rawat Inap Medical Bedah Rumah Sakit Dirgahayu Samarinda*.
- Praditya, amalia soya. (2017). *gambaran kualitas tidur pada pasien congestif heart failure di rsud tugurejo semarang*.
- priyo eko saputro. (2015). *pengaruh terapi rendam air hangat terhadap peningkatan kualitas tidur lansia di desa ayah kabupaten kebumen*.
- Rafknowledge. (2004). *Insomnia; Gangguan Tidur Lainnya*.
- Rahma Juni Sari, S. (2017). *FAKTOR RISIKO PENYAKIT JANTUNG KORONER PADA PEGAWAI NEGERI SIPIL UIN ALAUDDIN MAKASSAR TAHUN 2017 Skripsi Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Meraih Gelar*.
- Rochmayanti. (2011). *Analisis faktor..., Rochmayanti, FIK UI, 2011*.
- S. Adrianti. (2017). *hubungan kualitas tidur dengan migren pada mahasiswa angkatan 2014 fakultas kedokteran universitas hasanuddin*.
- Salbiah. (2006). konsep holistik dalamkeperawatanmelalui model adaptasi suster calista roy. *Keperawatan Rufaidah Sumatra Utara*, 2, 34–38.
- Sujiono A. (2003). *Pengantar Evaluasi Pendidikan*.
- Suwartika, I., & Cahyati, P. (2015). Analisis Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Kualitas Tidur Pasien Gagal Jantung Di RSUD Kota Tasikmalaya. *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 1(1), 7–13.
- Taroreh, G. N. (2017). *Evaluasi penggunaan obat pada pasien dengan PJK di Instalasi Rawat Inap RSUP Prof dr R.D. Kandou Manado*.

- Tembo AC, P. V. (2009). *Factors That Impact On Sleep In Intensif Critical Care Nursing*.
- Triyanta. (2013). Hubungan antara kualitas tidur dengan denyut jantung dilihat dari gambaran EKG pada pasien Infark Miokard di ruang ICVCU RSUD Dr Moewardi Surakarta. *Jurnal Kesmadaska*.
- W, T. (2009). Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan. *Salemba Medika*.
- wahab, anildhah. (2017). Hubungan Kualitas Tidur Dengan Migren Pada Mahasiswa Angkatan 2014 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanudin. *Sripsi*.
- Wang D. (2008). *Diuretics still the mainsky of treatment*.
- Wicaksono DW. (2012). *Analisa Faktor Dominan Yang Berhubungan Dengan Kualitas Tidur Pada Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga*.
- Wijaya As. (2013). *Keperawatan Dewasa Teori Dan Contoh Askep*.



+

LAMPIRAN



Lampiran 2.



PENJELASAN PENELITIAN

Assalamualaikum. Wr.Wb

Selamat Pagi/Siang/Sore

Nama Saya Denni Yuliana, mahasiswa semester 3 mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda yang sedang melakukan penelitian dalam rangka memperoleh gelar sarjana. Penelitian ini mengenai Studi Deskriptif Kualitas Tidur Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Swasta di Balikpapan dengan pembimbing Bapak Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep., M.Kep dengan Ibu Hj. Sumiati, SKM,M.Kes. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui tentang gambaran Kualitas Tidur Pasien Penyakit Jantung Koroner di RS Swasta di Balikpapan.

Kuesioner ini terdiri dari 2 bagian, Sdr/i diminta untuk mengisi data demografi dan memberikan jawaban sesuai dengan penjelasan yang ada pada setiap bagian. Saya harap sdr/i memberikan keterangan yang sesuai dengan keadaan yang sdr/i alami, tidak ada jawaban yang benar atau salah

Sebelumnya saya mengucapkan terima kasih atas kesediaan Sdr/i untuk turut serta dalam penelitian ini. Setiap data yang sdr/i berikan akan sangat berarti dalam penelitian ini. Data yang sdr/i berikan akan dijamin kerahasiaannya dan hanya akan dipergunakan untuk keperluan penelitian ini. Bilamana saudara/i membutuhkan informasi yang belum jelas bisa langsung menghubungi saya melalui no telepon 081256988082.

Was. Wr.Wb
Peneliti

Denni Yuliana

Lampiran. 3

INFORMED CONSENT

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Judul : Studi Deskriptif Kualitas Tidur Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Swasta di Balikpapan
Peneliti : Denni Yuliana
Pembimbing : Ns. Chrisyen Damanik, S.Kep, dan Hj. Sumiati SKM, M.Kes.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan telah meminta dan bersedia untuk berperan serta dalam penelitian yang dilakukan oleh Denni Yuliana. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran Kualitas Tidur Pasien Penyakit Jantung Koroner di Rumah Sakit Swasta di Balikpapan. Saya mengerti bahwa penelitian ini dilakukan dalam rangka memenuhi tugas akhir dan telah mendapat ijin dari STIKES Wiyata Husada Samarinda, Rumah Sakit Restu Ibu Balikpapan, dan Rumah Sakit Siloam Balikpapan.

Saya mengerti bahwa saya telah menjadi bagian dari penelitian ini. Saya telah diberikan informasi bahwa keterlibatan dalam penelitian ini bersifat sukarela dan kerahasiaan identitas saya akan dijaga oleh peneliti. Saya juga memiliki hak untuk menghentikan atau mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa adanya sanksi. Demikianlah surat pernyataan ini saya tanda tangani sebagai tanda persetujuan secara sukarela tanpa adanya paksaan dari siapapun.

Balikpapan, Januari 2019

Responden

(.....)

