



SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN GANGGUAN
POLA TIDUR PADA PASIEN STROKE
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL

OLEH:

APRILIA YULITA (C1414201003)

BENEDICTA GERDA (C1414201005)

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2018



SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN GANGGUAN
POLA TIDUR PADA PASIEN STROKE
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
(STIK) Stella Maris Makassar**

PENELITIAN NON EXPERIMENTAL

OLEH:

APRILIA YULITA (C1414201003)

BENEDICTA GERDA (C1414201005)

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR
2018**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Aprilia Yulita (C1414201003)

Benedicta Gerda (C1414201005)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri, dan bukan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 10 April 2018

Yang menyatakan,



(Aprilia Yulita)



(BenedictaGerda)

LEMBAR PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN
GANGGUAN POLA TIDUR PADA PASIEN STROKE DI
RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR**

Diajukan Oleh:

**APRILIA YULITA (C1414201003)
BENEDICTA GERDA (C1414201005)**

Disetujui oleh :

Pembimbing



Fransiska Anita. Ns., M.Kep., Sp.Kep.MB
NIDN. 0913098201

**Wakil Ketua 1
Bidang Akademik**



Henny Pongantung, S.Kep,Ns., MSN
NIDN. 0912106501

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN GANGGUAN
POLA TIDUR PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:

APRILIA YULITA (C1414201003)

BENEDICTA GERDA (C1414201005)

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

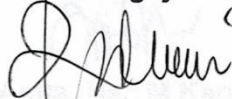


Fransiska Anita. Ns., M.Kep., Sp. Kep. MB
NIDN: 0913098201

Telah Diuji dan Dipertahankan Dihadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 10
April 2018 Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Diterima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I



Rosdewi, S.Kp., M.S.N.
NIDN. 0906097002

Penguji II



Henny Pongantung, S.Kep,Ns.,MSN
NIDN. 0912106501

Makassar, 10 April 2018

Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar



Siprianus Abdu, Ns., M.Kes
NIDN. 09280271

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

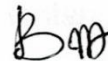
Nama : Aprilia Yulita (C1414201003)
Benedicta Gerda (C1414201005)

Menyatakan menyetujui dan memeberi kewenangan kepada STIK Stella Maris untuk menyimpan, mengalih media/formatkan merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, 10 April 2018



(Aprilia Yulita)



(Benedicta Gerda)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmatnya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan “Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Gangguan Pola Tidur Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.”

Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan di sekolah tinggi ilmu kesehatan stella maris Makassar.

Penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penulisan skripsi ini sebagai wujud ketidaksempurnaan manusia disebabkan keterbatasan pengetahuan dan ilmu yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan skripsi ini. Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis dihadapkan dengan berbagai tantangan, namun karena bantuan baik berupa bimbingan, arahan serta dukungan dari berbagai pihak sehingga penulisan skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu pada kesempatan ini, penulis dengan segala kerendahan hati mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada :

1. Siprianus Abdu, S.Si., S.Kep.,Ns., M.Kes selaku Ketua STIK Stella Maris Makassar. Terima kasih atas semua ilmu yang diberikan kepada penulis selama menuntut ilmu di STIK Stella Maris Makassar.
2. Henny pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku Wakil Ketua I Bidang Akademik STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji II yang telah memberikan bantuan berupa kritik dan saran kepada penulis selama menyelesaikan skripsi ini.
3. Sr.Anita Sampe, JMJ, S.Kep., Ns., MAN selaku Bagian Kemahasiswaan STIK Stella Maris Makassar.
4. Rosdewi S.Kep.,Ns.,MSN selaku Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan keuangan STIK stella maris Makassar dan selaku penguji I yang telah

memberikan bantuan berupa kritik dan saran kepada penulis selama menyelesaikan skripsi ini.

5. Fransiska Anita, S.Kep.,Ns.M.Kep.,Sp.KMB selaku Ketua Program Studi S1 dan selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan, motivasi serta pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Asrijal Bakri S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing akademik yang telah memberikan kesempatan dan bimbingan selama penulis mengikuti pembelajaran dan skripsi.
7. Fr. Blasius Perang, CMM. SS.,Ma.,Psy selaku penguji II yang telah memberikan bantuan berupa kritik dan saran kepada penulis selama menyelesaikan skripsi ini.
8. Dr. Thomas Soeharto, MMR selaku direktur rumah sakit stella maris Makassar yang telah memberikan izin kepada penulis dalam melakukan penelitian.
9. Segenap dosen dan staf pegawai STIK Stella Maris Makassar yang telah mendidik, dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
10. Teristimewa kepada orangtua dan keluarga yang tercinta dari Aprilia Yulita yaitu "Silvester Kondamari dan Emilia Sedia" dari Benedicta Gerda yaitu "Rony J. Nanulaitta dan (Alm) Rosita S. Patimang".
11. Kepada sahabat, keluarga dan saudara serta adik-adik asrama Stella Maris yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu yang telah membantu memberikan dukungan dan doa kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
12. Seluruh teman-teman seperjuangan di STIK Stella Maris Makassar angkatan 2014. Terima kasih atas kebersamaannya selama ini dan terima kasih telah memberikan banyak bantuan dan dukungannya.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Tuhan memberkati.

Makassar, 10 April 2018

Penulis

ABSTRACT
CORRELATION ANXIETY LEVEL WITH A SLEEPING PATTERNS
STROKE PATIENT IN STELLA MARIS HOSPITAL MAKASSAR

(Advised by FRANSISKA ANITA)

APRILIA YULITA and BENEDICTA GERDA
Nursing graduated and nurses program
STIK Stella Maris Makassar
(xviii+ 50 pages+ 28 bibliographies+ 6 table +10 attachments)

Generally, the stroke patient will feel weakness that can cause a limitation or lost their capabilities and psikis problem. This can make the patient experiencing psychologically problems of anxiety, where the anxiety can affect symptoms such as sleep disorders. A mild anxiety level can help with good sleep pattern. The aimed of this research was to know correlation between Anxiety Level With A Slepping Patterns Stroke patient In Stella Maris Hospital Makassar. This research was quantitative and cross sectional study. The population of this study were all the stroke patients who was in Stella Maris Hospital , samples were 24 respodents who were using questionnaire. The data was analysis by using chi square statistical inference and continued with fisher exact test. The result showed that $p_{value}=0,042$ and $\alpha= 0,05$. This shows the value of $p<\alpha$ it can be concluded that the hypothesis zero (H_0) rejected and alternative hypothesis (H_a) accepted means there is a relationship between the level of anxiety with sleep patterns disorder in stroke patients.

Keywords : stroke, anxiety level, a sleeping patterns
References : (2008- 2016)

ABSTRAK

HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN GANGGUAN POLA TIDUR PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS MAKASSAR (Dibimbing oleh Fransiska Anita)

APRILIA YULITA dan BENEDICTA GERDA
PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN & NERS
STIK STELLA MARIS MAKASSAR
(xviii+ 50 halaman+ 28 pustaka + 6 tabel+ 9 lampiran)

Pasien stroke pada umumnya akan mengalami kelemahan yang mengakibatkan keterbatasan dan masalah psikis. Hal ini dapat membuat penderita mengalami masalah psikologis berupa kecemasan, dimana kecemasan tersebut dapat mempengaruhi gejala-gejala seperti gangguan pola tidur. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Metode penelitian kuantitatif, menggunakan desain *cross-sectional study* dengan jumlah responden 24 orang. Populasi adalah siapa saja responden yang kebetulan bertemu dengan peneliti di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pengambilan sampel secara *nonprobability sampling* dengan teknik *consecutive sampling*. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner. Analisa data menggunakan *uji chi square* dan dilanjutkan dengan penggabungan sel dan kemudian dilanjutkan dengan uji alternatif *fisher exact test*, dan diperoleh hasil $p_{value} = 0,042$ dan nilai $\alpha = 0,05$. Hal ini menunjukkan nilai $p < \alpha$ maka dapat disimpulkan bahwa hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis alternatif (H_a) diterima artinya ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke.

Kata Kunci : Stroke, Tingkat Kecemasan, Gangguan Pola Tidur

Kepustakaan : Referensi (2008-2016)

DAFTAR ISI

| | |
|--|-------------|
| HALAMAN SAMPUL | i |
| PERNYATAAN ORISINALITAS | ii |
| HALAMAN PERSETUJUAN | iii |
| HALAMAN PENENGESAHAN SKRIPSI | iv |
| PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN | v |
| KATA PENGANTAR | vi |
| ABSTRAK | ix |
| DAFTAR ISI | xi |
| DAFTAR TABEL | xii |
| DAFTAR GAMBAR | xiii |
| DAFTAR LAMPIRAN | xiv |
| DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH | xv |
| BAB I PENDAHULUAN | 1 |
| A. Latar Belakang | 1 |
| B. Rumusan Masalah | 5 |
| C. Tujuan Penelitian | 5 |
| 1. Tujuan Umum..... | 5 |
| 2. Tujuan Khusus | 6 |
| D. Manfaat Penelitian | 6 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 7 |
| A. Tinjauan Umum Kecemasan | 7 |
| 1. Defenisi Kecemasan..... | 7 |
| 2. Klasifikasi Tingkat Kecemasan | 7 |
| a. Kecemasan Ringan..... | 7 |
| b. Kecemasan Sedang..... | 8 |
| c. Kecemasan Berat | 8 |
| d. Panik..... | 9 |
| 3. Gejala Klinis Cemas | 9 |
| 4. Kecemasan Pada Pasien Stroke..... | 12 |
| 5. Pengukuran Tingkat Kecemasan | 13 |
| B. Tinjauan Umum Pola Tidur..... | 13 |
| 1. Defenisi Tidur | 13 |
| 2. Fisiologi Tidur | 14 |

| | |
|--|-----------|
| 3. Fungsi Tidur..... | 14 |
| 4. Tahap Tidur | 15 |
| a. Tidur NREM | 15 |
| b. Tidur REM..... | 16 |
| 5. Siklus Tidur..... | 16 |
| 6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tidur | 17 |
| a. Penyakit..... | 17 |
| b. Latihan dan Kelelahan..... | 18 |
| c. Stres Psikologis..... | 18 |
| d. Obat..... | 18 |
| e. Nutrisi..... | 18 |
| f. Lingkungan..... | 19 |
| g. Motivasi..... | 19 |
| h. Kecemasan | 19 |
| 7. Gangguan Tidur..... | 19 |
| C. Tinjauan Umum Stroke | 22 |
| 1. Defenisi Stroke..... | 22 |
| 2. Klasifikasi Stroke | 22 |
| a. Stroke Non Hemoragic..... | 22 |
| b. Stroke Hemoragic..... | 23 |
| 3. Etiologi..... | 23 |
| 4. Patofisiologi | 24 |
| 5. Manifestasi Klinik..... | 24 |
| 6. Pemeriksaan Diagnostik..... | 25 |
| 7. Komplikasi..... | 25 |
| BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS | 27 |
| A. Kerangka Konseptual | 27 |
| B. Hipotesis..... | 28 |
| C. Defenisi Operasional..... | 28 |
| BAB IV METODE PENELITIAN..... | 30 |

| | |
|--|-----------|
| A. Jenis Penelitian | 30 |
| B. Tempat dan Waktu Penelitian | 30 |
| 1. Tempat Penelitian | 30 |
| 2. Waktu Penelitian..... | 30 |
| C. Populasi dan Sampel | 30 |
| 1. Populasi | 30 |
| 2. Sampel | 31 |
| D. Instrumen Penelitian | 31 |
| E. Pengumpulan Data | 32 |
| F. Pengolahan dan Penyajian Data | 33 |
| G. Analisa Data..... | 34 |
| 1. Analisa Univariat..... | 34 |
| 2. Analisa Bivariat..... | 34 |
| BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN | 35 |
| A. Hasil Penelitian..... | 35 |
| 1. Pengantar | 35 |
| 2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian | 35 |
| 3. Karakteristik Responden | 37 |
| 4. Hasil Analisa Variabel Peneliti | 38 |
| B. Pembahasan..... | 40 |
| C. Keterbatasan Penelitian..... | 43 |
| BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN | 45 |
| A. Kesimpulan | 45 |
| B. Saran..... | 45 |
| DAFTAR PUSTAKA | 47 |
| LAMPIRAN | |

DAFTAR TABEL

| | |
|--|----|
| Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel Penelitian | 31 |
| Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar | 42 |
| Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar | 43 |
| Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar | 44 |
| Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Gangguan Pola Tidur Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar | 44 |
| Tabel 5.5 Analisis Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Gangguan Pola Tidur Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar | 45 |

DAFTAR GAMBAR

| | |
|---|----|
| Tabel 3.1. Skema Kerangka Konseptual..... | 30 |
|---|----|

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Kuesioner
- Lampiran 2 : Lembar Konsul
- Lampiran 3 : Master Tabel
- Lampiran 4 : Hasil Analisis
- Lampiran 5 : Jadwal Kegiatan
- Lampiran 6 : Surat Permohonan Pengambilan Data Awal
- Lampiran 7 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 8 : Surat Keterangan Selesai Melakukan Penelitian

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

| | |
|-----------|---|
| WHO | : <i>World Health Organization</i> |
| RAS | : <i>Reticular Activating System</i> |
| BSR | : Bulbar Synchronizing Region |
| REM | : Rapid Eye Movement |
| NREM | : Non Rapid Eye Movement |
| Ha | : Hipotesis Alternatif |
| Ho | : Hipotesis Nol |
| Nakes | : Tenaga Kesehatan |
| Riskerdas | : Riset Kesehatan Dasar |
| SPSS | : <i>Statistic Product And Service Solution</i> |
| α | : Derajat Kesamaan |
| p | : Nilai Kemungkinan/ <i>Probability Continuity Correction</i> |

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani dengan cepat dan tepat. Penyebab dari penyakit stroke yaitu, kurangnya berolahraga, kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alkohol, makan atau minum berlebihan yang dapat menimbulkan obesitas dan berdampak pada penyakit diabetes, ada juga faktor emosional yang dapat menyebabkan hipertensi yang menjadi salah satu penyebab penyakit stroke (Adib, 2009). Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Mutaqqin, 2008).

Berdasarkan data *World Health Organization (WHO)* 2010 hampir sekitar 15 juta jiwa diseluruh dunia mengalami stroke, sekitar 5 juta jiwa alami kelumpuhan atau cacat permanen. Kecacatan akibat stroke juga menambah beban materi dan mental bagi keluarga. Fakta inilah yang sangat memprihatinkan jika menghadapi stroke (Lingga, 2013). WHO juga memperkirakan pada tahun 2020 mendatang diperkirakan 7,6 juta orang akan meninggal akibat stroke. Peningkatan terjadi di Negara berkembang, terutama diwilayah Asia Pasifik (Junaidi, 2011).

Berdasarkan data dari *American Heart Association* 2014; stroke forum 2015: Stroke penyebab ketiga didunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik dinegara maju maupun berkembang, satu dari 10 kematian disebabkan oleh stroke dan bukan hanya menyerang para lansia tetapi juga pada usia muda yakni 18 tahun keatas.

Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar 2013 (Rikesdas 2013), jumlah penderita penyakit stroke di Indonesia tahun 2013 berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan (Nakes) diperkirakan sebanyak 1.236.825 orang (7,0%). Terjadi peningkatan prevalensi stroke dari 8,3 per 1000 jiwa pada tahun 2007 menjadi 12,1 per 1000 jiwa pada tahun 2013. Prevalensi stroke khususnya di kota Makassar pada tahun 2013 mencapai jumlah 96 kasus per 1000 penduduk dan menjadi salah satu dari 10 jenis penyakit penyebab utama kematian di kota Makassar, tahun 2014 menempati

urutan ke 6 dengan jumlah 179 orang dan tahun 2015 menempati urutan ke 5 dengan jumlah 151 orang. Berdasarkan data dari rumah sakit Stella Maris Makassar terdapat 134 pasien yang dirawat karena stroke.

Seringkali stroke diikuti dengan kecacatan seperti gangguan aktivitas/mobilisasi yang dialami penderita stroke dalam waktu yang lama dapat mengakibatkan dampak psikologis terutama bisa meningkatkan terjadinya kecemasan. Cemas berkaitan dengan perasaan yang tidak pasti dan tidak berdaya. ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman atau takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal individu tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi (Videbeck, 2008). Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ridwan & Rani yang dilakukan di Rumah Sakit Umum kota Tasikmalaya dalam penelitiannya menjelaskan bahwa kejadian kecemasan pada pasien stroke ini memberi gambaran bahwa dari 39 responden mengalami tingkat kecemasan sedang yaitu 28 responden (71,8%), tingkat kecemasan berat 7 responden (17,9%), dan tingkat kecemasan 4 responden (10,3%). Perbedaan tingkat kecemasan pada penelitian ini dipengaruhi oleh beberapa hal. Kecemasan dapat menimbulkan dampak berupa marah, sedih, dan tidak berdaya menurunkan semangat hidup pasien. Kecemasan seringkali mengganggu tidur. Seseorang yang pikirannya dipenuhi dengan masalah pribadi dan merasa sulit dengan rileks saat akan memulai tidur. Kecemasan meningkatkan kadar norepinefrin dalam darah melalui stimulasi system saraf simpatis. Perubahan ini menyebabkan kurangnya waktu tidur IV NREM dan REM serta lebih banyak perubahan dalam tahap tidur dan lebih sering terbangun.

Gangguan tidur menjadi salah satu keluhan yang sering ditemukan pada semua lapisan masyarakat baik di usia muda ataupun pada usia lanjut. Keluhan yang seringkali dilontarkan oleh penderita stroke adalah kelelahan. Karena lelah banyak penderita stroke yang menghabiskan lebih banyak waktunya untuk tidur. Siklus tidur yang tidak teratur inilah yang mengakibatkan terganggunya pola tidur. Dalam penelitian Sekplin dan Mieke (2015) menjelaskan bahwa lebih dari separuh pasien stroke akut pada penelitian ini melaporkan kualitas tidur yang buruk. Sebagian besar mengalami gangguan tidur setidaknya sekali seminggu dalam satu bulan terakhir. Kurang tidur yang berkepanjangan dapat mengganggu kesehatan fisik maupun psikis. Dari segi fisik, kurang tidur akan menyebabkan muka pucat, mata sembab, badan lemas, dan

daya tahan tubuh menurun. Sedangkan dari segi psikis, kurang tidur akan menyebabkan timbulnya perubahan suasana kejiwaan, sehingga penderita akan merasa lamban menghadapi rangsangan, sulit berkonsentrasi, perasaan cemas, depresi serta mudah tersinggung. Ini merupakan masalah yang biasanya mengganggu kebutuhan istirahat dan tidur pasien stroke. Karena ketidaknyamanan yang dirasakan pasien sehingga mengalami gangguan tidur. Berdasarkan hasil penelitian Marcos, dkk tentang profil kualitas tidur pada pasien stroke akut yang dirawat di Bagian Neurologi RSUP Prof. Dr. R.D Kandou Manado periode November-Desember 2013, dapat disimpulkan bahwa pada penelitian ini sebagian besar pasien stroke akut yang dirawat mengalami kualitas tidur yang buruk, yakni (80%) dan (20%) mengalami kualitas tidur yang baik.

Menurut (Levina dan Haris, 2014) pada stroke terjadi pelepasan berlebihan dari glutamate serta penurunan sekresi serotonin dan melatonin. Selain itu lokasi lesi tertentu dapat menyebabkan gangguan pada sentral lokomotor dan *Ascending Reticular Activating System* (ARAS). Berbagai perubahan dan kerusakan inilah yang menyebabkan gangguan tidur pada stroke berupa insomnia, hipersomnia, atau parasomnia tergantung dari letak kelainannya. Gangguan tidur juga merupakan suatu kondisi yang jika tidak diobati, umumnya menyebabkan tidur terganggu, setiap penyakit yang menyebabkan rasa sakit dan ketidaknyamanan fisik atau masalah dengan suasana hati seperti depresi atau kecemasan. (Potter&Perry, 2010).

Berdasarkan pengamatan dan wawancara yang telah dilakukan oleh peneliti terhadap tiga orang pasien stroke, ketiganya mengalami kecemasan yang mengakibatkan rasa takut, gelisah bahkan gangguan tidur. Salah satu dari ketiga pasien tersebut mengalami kecemasan akibat penyakit stroke yang membuatnya sulit melakukan aktivitas sehari-hari. Dua diantaranya merasa cemas, gelisah, tegang sehingga menyebabkan terganggunya pola tidur mereka. Kadang karena terlalu lelah dan cemas pasien akan susah tidur baik siang ataupun pada malam hari.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Merry Tyas, dkk di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Semarang tahun 2013 dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien asma bronchial usia lanjut, bahwa dengan semakin tinggi skor tingkat kecemasan maka semakin tinggi pula skor kualitas tidur yang berarti bahwa semakin berat tingkat kecemasan maka kualitas

tidur semakin buruk. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ayu Fiaka Dhin di Posyandu Lansia Flamboyan Dusun Jetis Yogyakarta tahun 2015 bahwa kecemasan mengakibatkan insomnia yang dapat mempengaruhi kualitas hidup orang yang berusia lanjut. Penelitian selanjutnya yang dilakukan oleh Cahyana Witriya, dkk dikelurahan Tlogomas kota Malang tahun 2016, menyimpulkan bahwa pada lansia sering mengalami kecemasan yang membuat kualitas pola tidurnya memburuk.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, khususnya pada penderita stroke yang mengalami kecemasan yang berdampak pada pola tidurnya maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “hubungan tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke”.

B. Rumusan Masalah

Pasien stroke seringkali mengalami berbagai keluhan. Keluhan yang sering dilontarkan oleh penderita stroke salah satunya gangguan aktivitas. Gangguan aktivitas dalam jangka waktu yang lama memberi dampak psikologis yang bisa mengakibatkan meningkatnya kecemasan pada pasien stroke. Kecemasan serta rasa gelisah, takut dan perasaan tidak enak inilah yang sering menyebabkan gangguan pola tidur penderita stroke.

Berdasarkan terjadinya gangguan tidur akibat dari kecemasan yang terjadi pada penderita stroke, maka peneliti merumuskan permasalahan yaitu: Apakah ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke di rumah sakit Stella Maris Makassar.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke di rumah sakit Stella Maris Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tingkat kecemasan pada pasien stroke.
- b. Mengidentifikasi gangguan pola tidur pada pasien stroke.
- c. Menganalisis hubungan antara tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan masukan dan referensi dalam proses pembelajaran bagi para dosen dan mahasiswa terkait pengembangan pengetahuan khususnya ilmu keperawatan medikal bedah mengenai hubungan tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke.

2. Bagi Rumah Sakit Dan Pelayanan Keperawatan

Memberikan informasi tambahan bagi rumah sakit mutu pelayanan kesehatan dan sebagai bahan masukan dalam pemberian asuhan keperawatan serta menjadi evaluasi dalam meningkatkan layanan kesehatan khususnya pada penderita stroke.

3. Bagi Pasien (Klien)

Sebagai bahan masukan dan memberikan informasi bagi klien dan diharapkan kepada klien dapat mengurangi kecemasan yang berdampak pada gangguan pola tidur serta mengurangi rasa stress pada pasien stroke.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk melakukan penelitian selanjutnya dengan membuka wawasan sekaligus menambah pengetahuan serta pengalaman yang terkait dengan hubungan tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Kecemasan

1. Defenisi Kecemasan

Kecemasan adalah perasaan takut yang tidak jelas dan tidak didukung oleh situasi. Ketika merasa cemas, individu merasa tidak nyaman, takut atau mungkin memiliki firasat akan ditimpa malapetaka padahal ia tidak mengerti mengapa emosi yang mengancam tersebut terjadi (Videbeck, 2008).

Kecemasan adalah suatu keadaan perasaan yang kompleks berkaitan dengan perasaan takut, dan disertai oleh sensasi fisik seperti jantung berdebar, napas pendek atau nyeri dada. Kecemasan merupakan suatu keadaan was-was seakan sesuatu yang buruk akan terjadi dan merasa tidak nyaman seakan ada ancaman yang disertai gejala-gejala fisik seperti jantung berdebar-debar, keringat dingin, pernapasan cepat dan gemetaran (Keliat, 2013).

2. Klasifikasi Tingkat Kecemasan

Menurut Videbeck (2008) ada empat tingkatan kecemasan yaitu:

a. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, ansietas ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas. Respon fisik pada kecemasan ringan seperti: ketegangan otot ringan, sadar akan lingkungan, rileks atau sedikit gelisah, penuh perhatian dan rajin. Respon kognitif seperti: lapang persepsi luas, terlihat tenang, percaya diri, perasaan gagal sedikit, waspada dan memperhatikan banyak hal, mempertimbangkan informasi, tingkat pembelajaran optimal. Respon emosional seperti perilaku otomatis, sedikit tidak sabar, aktivitas menyendiri, terstimulasi dan tenang.

b. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang

persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang tidak selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah. Respon fisik pada cemas sedang seperti: ketegangan otot sedang, tanda-tanda vital meningkat, pupil dilatasi, sering mondar-mandir, memukulkan tangan, suara berubah menjadi bergetar dan nada suara tinggi, kewaspadaan dan ketegangan meningkat, sering berkemih, sakit kepala, pola tidur berubah, dan nyeri punggung. Respon kognitif pada cemas sedang seperti: lapang persepsi menurun, tidak perhatian secara selektif, focus terhadap stimulasi meningkat, rentang perhatian menurun, penyelesaian masalah menurun. Respon emosional seperti: tidak nyaman, mudah tersinggung, kepercayaan diri goyah, tidak sabar.

c. Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditunjukkan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain. Respon fisik pada cemas berat seperti: ketegangan otot berat, hiperventilasi, kontak mata buruk, pengeluaran keringat meningkat, bicara cepat dan nada suara tinggi, tindakan tanpa tujuan dan serampangan, rahang meregang dan menggertakan gigi, keutuhan ruang gerak meningkat, mondar-mandir, meremas tangan serta gemetar. Respon kognitif pada cemas berat seperti: lapang persepsi terbatas, proses berpikir terpecah-pecah, sulit berpikir, penyelesaian masalah buruk, tidak mampu mempertimbangkan informasi. Respon emosional seperti: sangat cemas, agitasi, takut, bingung, merasa tidak adekuat, menarik diri, penyangkalan dan ingin bebas.

d. Panik

Tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror, karena kehilangan kendali, orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian, dengan panik terjadi peningkatan motorik, menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional.

3. Gejala Klinis Cemas

Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan antara lain sebagai berikut (Dadang Hawari, 2006):

- a. Cemas, khawatir, firasat buruk, takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung;
- b. Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut;
- c. Takut sendirian, takut keramaian dan banyak orang;
- d. Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan;
- e. Gangguan konsentrasi dan daya ingat;
- f. Keluhan-keluhan somatic, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging (tinitus), berdebar-debar, sesak napas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lain sebagainya.

Selain keluhan-keluhan cemas secara umum diatas, ada lagi kelompok cemas yang lebih berat yaitu gangguan cemas menyeluruh, gangguan panik, gangguan phobik, dan gangguan obsesif-kompulsif.

1) Gangguan Cemas Menyeluruh (GAD atau *Generalized Anxiety Disorder*)

Secara klinis selain gejala cemas yang biasa, disertai dengan kecemasan yang menyeluruh dan menetap (paling sedikit berlangsung selama 1 bulan)

- a) Ketegangan motorik/alat gerak
- b) Hiperaktivitas saraf autonom (simpatis/parasimatis)
- c) Rasa khawatir berlebihan tentang hal-hal yang akan datang (*apprehensive expectation*)
- d) Kewaspadaan berlebihan.

2) Gangguan Panik

Gejala klinis gangguan panik ini yaitu kecemasan yang datangnya mendadak disertai oleh perasaan takut mati, disebut juga sebagai serangan panik (*panic attack*). Secara klinis gangguan panik ditegakkan (kriteria diagnostik) oleh paling sedikit 4 dari 12 gejala-gejala dibawah ini yang muncul pada setiap serangan:

- a) Sesak napas
- b) Jantung berdebar-debar
- c) Nyeri atau rasa tidak enak didada
- d) Rasa tercekik atau sesak
- e) Pusing, vertigo (penglihatan berputar-putar), perasaan melayang
- f) Perasaan seakan-akan diri atau lingkungan tidak realistik
- g) Kesemutan
- h) Rasa aliran panas atau dingin
- i) Berkeringat banyak
- j) Rasa akan pingsan
- k) Menggigil atau gemetar
- l) Merasa takut mati, takut menjadi gila atau khawatir akan melakukan suatu tindakan secara tidak terkendali selama berlangsungnya serangan panik.

3) Gangguan Phobik

Gangguan phobik adalah salah satu bentuk kecemasan yang didominasi oleh gangguan alam pikir phobia. Phobia adalah ketakutan yang menetap dan tidak rasional terhadap suatu obyek, aktivitas atau situasi tertentu (spesifik), yang menimbulkan keinginan mendesak untuk menghindarinya. Rasa ketakutan itu disadari oleh orang yang bersangkutan sebagai suatu ketakutan yang berlebihan dan tidak masuk akal, namun ia tidak mampu mengatasinya.

Yang sering dijumpai dalam pengalaman sehari-hari adalah *agoraphobia* dan *phobia social*, yang seringkali disertai dengan timbulnya serangan panik. Kedua jenis phobia ini (dengan serangan panik) merupakan penderitaan bagi individu yang bersangkutan karena gangguan phobia ini mengganggu fungsi dan peran sosialnya dalam kehidupan sehari-hari.

4) Gangguan Obsesif-Kompulsif

Obsesi adalah suatu bentuk kecemasan yang didominasi oleh pikiran yang terpaku (persistensi) dan berulang kali muncul (*recurrent*). Sedangkan kompulsi adalah perbuatan yang dilakukan berulang-ulang sebagai konsekuensi dari pikiran yang bercorak obsesif tadi. Seseorang yang

menderita gangguan obsesif-kompulsif tadi akan terganggu dalam fungsi atau peranan sosialnya.

Sebagai contoh yang sederhana misalnya orang yang mencuci tangannya berkali-kali (*repeated hand washing*), meskipun sebenarnya ia sadar bahwa mencuci tangan pertama kali itu sudah bersih dan tidak perlu diulang kembali. Namun, ia tidak mampu menguasai pikiran obsesif yang menyatakan bahwa tangannya belum bersih, dan karenanya untuk menghilangkan rasa cemasnya itu ia mengulang kembali mencuci tangan. Demikianlah hal tersebut selalu terjadi berulang kali sehingga menimbulkan penderitaan bagi dirinya.

Secara klinis kriteria diagnostik gangguan obsesif-kompulsif adalah sebagai berikut:

a) Obsesif:

Gagasan atau ide, pikiran, bayangan atau impuls, yang terpaku (*persistence*) dan berulang (*recurrent*), dan bersifat ego-distonik, yaitu tidak dihayati berdasarkan kemauan sendiri, tetapi sebagai pikiran yang mendesak kedalam kesadaran dan dihayati sebagai hal yang tak masuk akal atau tak disukai. Ada usaha-usaha untuk tidak menghiraukan atau menekannya.

b) Kompulsif

Tingkah laku berulang yang nampaknya mempunyai tujuan, yang ditampilkan menurut aturan tertentu atau dengan cara stereotipik. Tingkah laku ini tidak merupakan tujuan akhir tetapi dimaksudkan untuk menghasilkan atau sebaliknya mencegah suatu peristiwa atau situasi dimasa mendatang. Perbuatan itu dilakukan dengan rasa kompulsif subjektif dan disertai oleh keinginan untuk melawan kompulsif itu (paling tidak pada tahap permulaan). Orang yang bersangkutan umumnya mengenal bahwa perbuatannya itu tidak masuk akal, dan tidak memperoleh kesenangan atau kepuasan ketika melakukan pengulangan perbuatannya, walaupun hal ini meredakan ketegangan.

4. Kecemasan Pada Pasien Stroke

Cemas disertai dengan gangguan fisik dan selanjutnya menurunkan kemampuan fisik untuk mengatasi stresor yang akan mengakibatkan penurunan kemampuan dalam melakukan aktivitas hidup. Gangguan aktivitas salah satunya terjadi pada pasien stroke, karena pada pasien stroke terjadi penurunan fungsi tubuh yang menyebabkan gangguan aktivitas. Gangguan aktivitas klien stroke merupakan hal yang sangat penting dengan maksud untuk pemulihan atau pencegahan penurunan fungsi yang berkelanjutan. Mengingat keadaan tersebut tentunya sangat perlu diperhatikan bahwa gangguan aktivitas/mobilitas yang dialami penderita stroke dalam waktu lama dapat mengakibatkan dampak psikologis terutama bisa meningkatkan kecemasan. Kondisi kecemasan tentunya bisa dipahami karena keterbatasan kemampuan yang dimiliki penderita menjadi terganggu dan tidak sedikit akibat menderita sakit yang terlalu lama klien akan mengalami kecemasan bahkan sampai depresi terhadap kebutuhan dasar yang terganggu. Kecemasan yang terus meningkat akan menyebabkan prognosis yang buruk terhadap penyakit yang diderita, sehingga pengontrolan kecemasan perlu dilakukan (Seruni (2006) dan Permana (2008) dikutip oleh Ridwan & Rani (2014)).

5. Pengukuran Tingkat Kecemasan

Zung Self-Rating Anxiety Scale (SAS/SRAS) adalah penilaian kecemasan pada pasien dewasa yang dirancang oleh William W.K Zung, dikembangkan berdasarkan gejala kecemasan dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-II)*. Terdapat 20 pertanyaan, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1; tidak pernah, 2; kadang-kadang, 3; sebagian waktu, 4; hampir setiap waktu). Terdapat 15 pertanyaan kearah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan kearah penurunan kecemasan (*Zung Self-Rating Anxiety Scale*).

B. Tinjauan Umum Pola tidur

1. Defenisi Tidur

Tidur merupakan kebutuhan dasar manusia; tidur merupakan sebuah proses biologis yang umum pada semua orang (Kozier, 2010). Tidur adalah proses fisiologis yang bersiklus yang bergantian dengan periode yang lebih lama dari

keterjagaan. Siklus tidur terjaga mempengaruhi dan mengatur fungsi fisiologis dan respon perilaku (Potter&Perry, 2005).

2. Fisiologi Tidur

Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua system pada batang otak, yaitu *Reticular Activating System (RAS)* dan *Bulbar Synchronizing Region (BSR)*. RAS dibagian atas batang otak diyakini memiliki sel-sel khusus yang dapat mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran, memberi stimulus visual, pendengaran, nyeri, dan sensori raba, serta emosi dalam berpikir. Pada saat sadar, RAS melepaskan katekolamin, sedangkan pada saat tidur terjadi pelepasan serum serotonin dan BSR (Tarwoto&Wartonal, 2013).

3. Fungsi Tidur

Tidur menggunakan kedua efek psikologis pada jaringan otak dan organ-organ tubuh manusia. Tidur dalam beberapa cara dapat menyegarkan kembali aktivitas tingkatan normal dan aktivitas normal pada jaringan otak. Sehingga tidur berfungsi untuk mengembalikan tenaga untuk beraktivitas sehari-hari, memperbaiki kondisi yang sedang sakit dan tubuh menyimpan energi selama tidur (Harsono, 2010). Tidur sedemikian rupa memulihkan tingkat aktivitas normal dan keseimbangan normal diantara bagian sistem saraf. Perbaikan tidur dalam kesejahteraan psikologis paling terlihat dengan memburuknya fungsi mental akibat tidak cukup tidur. Individu dengan jumlah tidur yang tidak cukup cenderung menjadi mudah marah secara emosional, memiliki konsentrasi yang buruk, dan mengalami kesulitan dalam membuat keputusan (Kozier, 2010).

4. Tahap Tidur

Tidur merupakan aktivitas yang melibatkan sistem saraf pusat, saraf perifer, endokrik kardiovaskuler, respirasi dan musculoskeletal. Pengaturan dan kontrol tidur tergantung dari hubungan antara dua mekanisme serebral yang secara bergantian mengaktifkan dan menekan pusat otak untuk tidur dan bangun *Reticular Activating System (RAS)* dibatang otak diyakini mempunyai sel khusus dalam mempertahankan kewaspadaan dan kesadaran (Harsono, 2010).

Ada dua tipe tidur yang telah diidentifikasi: tidur NREM (non-REM) dan tidur REM (*rapid eye movement* pergerakan mata cepat).

a. Tidur NREM

Tidur NREM juga disebut sebagai tidur gelombang-lambat karena gelombang otak orang yang sedang tidur lebih lambat dibandingkan gelombang alfa dan beta orang yang sedang bangun atau terjaga. Kebanyakan tidur di malam hari adalah tidur NREM. Tidur NREM adalah tidur yang dalam dan tenang dan menurunkan beberapa fungsi fisiologis. Pada dasarnya, semua proses metabolik yang meliputi tanda-tanda vital, metabolisme, dan kerja otot menjadi lambat. Bahkan menelan dan produksi saliva juga berkurang.

- 1) Tidur NREM dibagi menjadi empat tahap, *Tahap 1* adalah tahap tidur sangat ringan. Selama tahap ini, individu merasa mengantuk dan relaks, bola mata bergerak dari satu sisi ke sisi lain, dan denyut jantung serta frekuensi pernapasan sedikit menurun. Orang yang tidur dapat dibangunkan dengan cepat dan tahap ini hanya berlangsung selama beberapa menit.
- 2) *Tahap 2* adalah tahap tidur ringan dan selama tahap tidur ini proses tubuh terus menerus turun. Mata secara umum tetap bergerak dari satu sisi ke sisi lain, denyut jantung dan frekuensi pernapasan sedikit menurun, dan suhu tubuh menurun. Tahap 2 hanya berlangsung sekitar 10 sampai 15 tetapi merupakan 40% sampai 45% bagian dari tubuh total.
- 3) Selama Tahap 3, denyut jantung dan frekuensi pernapasan, serta proses tubuh lain, terus menurun karena dominasi sistem saraf parasimpatik. Orang yang tidur menjadi lebih sulit bangun. Individu tidak terganggu dengan stimulus sensorik, otot rangka menjadi sangat relaks, refleks menghilang, dan dapat terjadi dengkur.
- 4) *Tahap 4* menandai tidur yang dalam, disebut tidur delta. Denyut jantung dan frekuensi pernapasan orang yang tidur menurun sebesar 20% sampai 30% dibandingkan denyut jantung dan frekuensi pernapasan selama jam terjaga. Orang yang tidur sangat relaks, jarang bergerak, dan sulit dibangunkan. Tahap 4 diduga memulihkan tubuh secara fisik. Selama tahap ini, mata biasanya berputar dan terjadi mimpi.

b. Tidur REM

Tidur REM biasanya kembali terjadi sekitar setiap 90 menit dan berlangsung selama 5 sampai 30 menit. Tidur REM tidak setenang tidur NREM dan mimpi paling sering terjadi selama tidur REM. Lebih jauh, mimpi ini biasanya diingat yaitu, mimpi tersebut di simpan di dalam memori. Selama tidur REM, otak sangat aktif dan metabolisme otak dapat meningkat sebesar 20%. Tipe tidur ini juga biasa disebut tidur paradoksial karena tampaknya bertentangan (paradox) bahwa tidur dapat terjadi secara simultan dengan tipe aktivitas otak ini. Pada fase ini, individu yang sedang tidur dapat sulit dibangunkan atau dapat bangun secara spontan, tonus otot ditekan, sekresi lambung meningkat, dan denyut jantung serta frekuensi pernapasan sering kali tidak teratur.

5. Siklus Tidur

Selama siklus tidur, individu melalui tidur NREM dan REM, siklus komplet biasanya berlangsung sekitar 1,5 jam pada orang dewasa. Dalam siklus tidur pertama, orang tidur melalui ketiga tahap pertama tidur NREM dalam total waktu 20 sampai 30 menit. Kemudian, tahap 4 dapat berlangsung sekitar 30 menit. Setelah tahap 4 NREM, tidur kembali ke tahap 3 dan 2 sekitar 20 menit. Setelah itu, terjadi tahap REM pertama, yang berlangsung sekitar 10 menit, melengkapi siklus tidur pertama. Orang tidur biasanya mengalami empat sampai enam siklus tidur selama 7 sampai 8 jam. Orang tidur yang dibangunkan di tahap manapun harus memulai tahap tidur 1 tidur NREM yang baru dan berlanjut keseluruhan tahap tidur REM.

Durasi tahap tidur NREM dan REM bervariasi selama periode tidur. Seiring dengan berlalunya malam, orang tidur menjadi tidak terlalu lelah dan meluangkan lebih sedikit waktu di tahap tidur 3 dan 4 tidur NREM. Tidur REM meningkat dan mimpi cenderung memanjang. Apabila orang tidur sangat lelah, siklus REM seringkali terjadi secara singkat misalnya, 5 menit sebagai pengganti 20 menit-selama bagian awal tidur. Sebelum tidur berakhir, terjadi periode hampir terbangun, dan didominasi oleh tahap 1 dan 2 tidur NREM dan tidur REM.

6. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tidur

Kualitas tidur dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kualitas tersebut dapat menunjukkan adanya kemampuan individu untuk tidur dan memperoleh jumlah

istirahat sesuai dengan kebutuhannya. Berikut ini merupakan faktor yang dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan tidur, antara lain sebagai berikut.

a. Penyakit

Sakit dapat memengaruhi kebutuhan tidur seseorang. Banyak penyakit yang dapat memperbesar kebutuhan tidur, seperti penyakit yang disebabkan oleh infeksi, terutama infeksi limpa. Infeksi limpa berkaitan dengan keletihan, sehingga penderitanya membutuhkan lebih banyak waktu tidur untuk mengatasinya. Banyak juga keadaan sakit yang menjadikan pasien kurang tidur, bahkan tidak bisa tidur.

b. Latihan dan kelelahan

Keletihan akibat aktivitas yang tinggi dapat memerlukan lebih banyak tidur untuk menjaga keseimbangan energi yang telah dikeluarkan. Hal tersebut terlihat pada seseorang yang telah melakukan aktivitas dan mencapai kelelahan. Dengan demikian, orang tersebut akan cepat untuk dapat tidur karena tahap gelombang lambatnya (NREM) diperpendek.

c. Stres psikologis

Kondisi stres psikologis dapat terjadi pada seseorang akibat ketegangan jiwa. Seseorang yang memiliki masalah psikologis akan mengalami kegelisahan sehingga sulit untuk tidur.

d. Obat

Obat dapat juga memengaruhi proses tidur. Beberapa jenis obat yang dapat memengaruhi proses tidur, seperti jenis golongan obat diuretic yang dapat menyebabkan insomnia; antidepresan yang dapat menekan REM; kafein yang dapat meningkatkan saraf simpatis sehingga menyebabkan kesulitan untuk tidur; golongan beta bloker dapat berefek pada timbulnya insomnia; dan golongan narkotik dapat menekan REM sehingga mudah mengantuk.

e. Nutrisi

Terpenuhinya kebutuhan nutrisi dapat mempercepat proses tidur. Konsumsi protein yang tinggi dapat menyebabkan individu tersebut akan mempercepat proses terjadinya tidur karena menghasilkan triptofan. Triptofan merupakan asam amino hasil pencernaan protein yang dapat membantu

kemudahan untuk tidur. Demikian sebaliknya, kebutuhan gizi yang kurang dapat juga memengaruhi proses tidur, bahkan terkadang sulit untuk tidur.

f. Lingkungan

Keadaan lingkungan yang aman dan nyaman bagi seseorang dapat mempercepat proses terjadinya tidur. Sebaliknya, lingkungan yang tidak aman dan nyaman bagi seseorang dapat menyebabkan hilangnya ketenangan sehingga mempengaruhi proses tidur.

g. Motivasi

Motivasi merupakan suatu dorongan atau keinginan seseorang untuk tidur, sehingga dapat mempengaruhi proses tidur. Selain itu, adanya keinginan untuk tidak tidur dapat menimbulkan gangguan proses tidur.

h. Kecemasan

Kecemasan menjadi salah satu dampak yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan pola tidur seseorang. Tidur yang tidak adekuat dan kualitas tidur buruk dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan fisiologi dan psikologi.

7. Gangguan Tidur

Pengetahuan mengenai gangguan tidur yang sering terjadi membantu perawat mendapatkan dan mengenali data yang tepat. Gangguan tidur dapat dikategorikan sebagai parasomnia, gangguan tidur primer, dan gangguan tidur sekunder.

a. Parasomnia

Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau terjadi selama tidur. *Internasional Classification Of Sleep Disorder (American Sleep Disorder Association, 1997)* membagi parasomnia menjadi gangguan terjadi terjaga (misalnya, berjalan dalam tidur, teror tidur), gangguan transisi bangun tidur (misalnya, mengigau), parasomnia yang berhubungan dengan gangguan tidur REM (misalnya, mimpi buruk), dan lainnya (misalnya, bruksisme).

b. Gangguan Tidur Primer

Gangguan tidur primer adalah gangguan yang masalah utamanya berupa masalah tidur seseorang. Gangguan ini meliputi insomnia, hipersomnia, narkolepsi, apnea tidur, dan deprivasi tidur.

1) Insomnia, gangguan tidur yang paling sering terjadi, adalah ketidakmampuan untuk tidur dengan jumlah atau kualitas yang cukup. Individu yang menderita insomnia tidak merasa segar pada saat bangun tidur. Terdapat tiga tipe insomnia:

a) Sulit tertidur (insomnia awal)

b) Sulit untuk tetap tertidur karena sering terbangun atau terbangun dalam waktu lama (insomnia intermiten berkala atau insomnia pemeliharaan)

c) Terbangun pada dini hari atau terbangun sebelum waktunya (insomnia terminal)

Insomnia dapat terjadi akibat ketidaknyamanan fisik tetapi lebih sering terjadi akibat stimulasi mental yang berlebihan karena ansietas. Individu yang terbiasa menggunakan obat-obatan atau yang meminum alkohol dalam jumlah besar cenderung menderita insomnia. Penanganan insomnia sering kali mengharuskan klien untuk membentuk pola perilaku baru yang menginduksi tidur. Kegunaan obat tidur masih diragukan. Obat-obatan tersebut tidak mengatasi penyebab masalah dan penggunaan yang berkepanjangan dapat menciptakan ketergantungan obat.

2) Hipersomnia, kebalikan dari insomnia adalah tidur berlebihan, terutama disiang hari. Individu yang mengalami hipersomnia seringkali tidur sampai tengah hari dan banyak tidur siang selama siang hari. Hipersomnia dapat disebabkan oleh kondisi medis, misalnya kerusakan sistem saraf pusat dan gangguan ginjal, hati atau metabolik tertentu, seperti asidosis diabetikum dan hipotiroidisme.

3) Narkolepsi, dari bahas Yunani *narco*, artinya "mati rasa", dan *lepsis*, artinya "serangan", adalah gelombang rasa ngantuk yang berlebihan secara mendadak yang terjadi disiang hari; sehingga, narkolepsi juga disebut sebagai "serangan tidur". Penyebabnya tidak diketahui, walau diyakini bahwa narkolepsi terjadi karena kurangnya hipokretin kimia dalam system saraf pusat yang mengatur tidur. Awitan gejala cenderung terjadi antara usia 15 sampai 30 tahun. Pada serangan narkoleptik, tidur dimulai dengan fase REM walaupun penderita yang mengalami narkolepsi tidur dengan baik dimalam

hari, mereka tidur beberapa kali disiang hari bahkan saat berbicara dengan orang lain atau saat mengendarai mobil.

- 4) Apnea tidur adalah henti napas secara periodik selama tidur. Gangguan ini harus dikaji oleh seorang ahli dibidang tidur, tetapi apnea tidur sering kali dicurigai terjadi pada orang berdengkur dengan keras, sering terjaga diwaktu malam, mengalami rasa kantuk berlebihan disiang hari, insomnia, sakit kepala dipagi hari, kemunduran intelektual, iritabilitas atau perubahan kepribadian lain, serta perubahan fisiologis seperti hipertensi dan aritmia jantung. Apnea paling sering terjadi pada pria berusia lebih dari 50 tahun dan wanita pascamenopause.
- 5) Deprivasi tidur; gangguan berkepanjangan dalam jumlah, kualitas, dan konsistensi tidur dapat memicu sebuah sindrom yang disebut deprivasi (kurang) tidur. Ini bukan merupakan gangguan tidur tetapi merupakan akibat dari gangguan tidur. Deprivasi tidur menimbulkan beragam gejala fisiologis dan perilaku, keparahannya bergantung pada tingkat deprivasi. Dua tipe utama deprivasi tidur adalah deprivasi REM dan deprivasi NREM. Kombinasi kedua deprivasi tersebut dapat meningkatkan keparahan gejala.

C. TINJAUAN UMUM STROKE

1. Defenisi Stroke

Dalam bahasa medis, stroke disebut juga CVA (*Cerebro-Vaskuler Accident*) yaitu gangguan saraf permanen akibat terganggunya peredaran darah ke otak, yang terjadi sekitar 24 jam atau lebih. Sindrom klinis ini terjadi secara mendadak serta bersifat progresif sehingga menimbulkan kerusakan otak secara akut dengan tanda klinis yang terjadi secara fokal atau global (Lingga, 2013).

Stroke atau kecelakaan serebrovaskular (*Cerebro-Vaskular Accident*) adalah suatu keadaan yang timbul sebagai akibat langsung gangguan aliran darah ke otak yang disebabkan oleh oklusi atau hemoragi pembuluh darah akibat ruptur pembuluh darah (Muralitharan & Ian, 2015 dalam buku terjemahan Barrarah dkk, 2015).

2. Klasifikasi Stroke

Menurut Satyanegara yang dikutip oleh Ariani (2014), gangguan peredaran darah otak atau stroke dapat diklasifikasikan menjadi dua yaitu stroke non hemoragi/iskemik/infark dan stroke hemoragi.

a. Stroke Non-hemoragi/iskemik/infark

Tipe stroke ini terjadi karena aliran darah tersumbat atau berkurang ke daerah otak, penyumbatan ini dapat terjadi karena aterosklerosis atau penyumbatan aliran darah (Kowalak, 2011). Menurut Satyanegara yang dikutip oleh Ariani (2014), perjalanan klinisnya stroke non-hemoragic dapat dikelompokkan menjadi 4 bagian yaitu:

- 1) Serangan Iskemik Sepintas (*Transient Ischemic Attack-TIA*) TIA merupakan tampilan peristiwa berupa episode-episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal akibat gangguan vaskular dengan lama serangan sekitar 2-15 menit sampai paling lama 24 jam.
- 2) Defisit Neurologis Iskemik Sepintas (*Reversible Ischemic Neurology Deficit-RIND*). Gejala dan tanda gangguan neurologis yang berlangsung lebih lama dari 24 jam dan kemudian pulih kembali dalam jangka waktu kurang dari tiga minggu.
- 3) *In Evolutional* atau *Progressing Stroke*. Gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu 6 jam atau lebih.
- 4) Stroke Komplet (*Completed Stroke/Permanent Stroke*). Gejala gangguan neurologis dengan lesi-lesi yang stabil selama periode waktu 18-24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut.

b. Stroke Hemoragic

Menurut Junaidi (2012), stroke hemoragic yaitu stroke yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah di otak sehingga aliran darah menjadi tidak normal dan darah yang keluar merembes masuk kedalam suatu daerah di otak dan merusaknya. Stroke hemoragi dapat dibagi menjadi 2 yaitu: Perdarahan subarahnoid (PSA); yaitu perdarahan yang masuk ke selaput otak dan perdarahan intraserebral (PIS); yaitu perdarahan yang masuk ke dalam struktur atau jaringan otak.

3. Etiologi

- a. Thrombosis; gumpalan darah yang ada didalam dinding pembuluh darah, perlahan akan menutup akibat penyimpanan kolesterol dalam dinding arteri.
- b. Embolisme serebral; bekuan darah yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain dan menyumbat aliran darah ke otak tertentu.
- c. Iskemia; penurunan aliran darah ke area otak.
- d. Hemoragic serebral; pendarahan pada otak akibat pecahnya pembuluh darah serebral.

4. Patofisiologi

Menurut Price & Wilson (2012) gangguan pasokan darah otak dapat terjadi dimana saja didalam arteri-arteri yang membentuk sirkulasi Willis. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, maka akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi disuatu arteri tidak selalu menyebabkan infark didaerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah karena terdapat sirkulasi kolateral yang memadai ke daerah tersebut. Proses patologik yang mendasarinya merupakan salah satu dari berbagai proses yang terjadi didalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Keadaan patologik dapat berupa:

- a. Keadaan penyakit pembuluh darah itu sendiri, seperti pada *arterosklerosis* dan *trombosis*, robeknya dinding pembuluh darah, atau peradangan.
- b. Berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah.
- c. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embulus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstraniam.
- d. Ruptur vaskular didalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.

5. Manifestasi Klinik

Menurut Smeltzer&Bare (2013), stroke dapat menyebabkan berbagai defisit neurologik yang bergantung pada lokasi lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah kolateral. Berikut defisit neurologik dan manifestasi klinik yang dapat timbul pada pasien stroke:

- a. Defisit Lapang Pandang

- 1) Tidak menyadari orang atau objek ditempat kehilangan penglihatan.
- 2) Kesulitan menilai jarak yaitu tidak dapat membedakan jarak dekat dan jarak jauh.
- 3) Diplopia yaitu gangguan penglihatan yang mana objek terlihat dobel.

b. Defisit Motorik

- 1) Wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama hemiparese (kelemahan).
- 2) Hemiplegi (paralisis wajah, lengan, dan kaki pada sisi yang sama).
- 3) Ataksia (berjalan tidak mantap, dan tidak mampu menyatukan kaki).
- 4) Disatria (kesulitan berbicara).
- 5) Disfagia (kesulitan dalam menelan).

6. Pemeriksaan Diagnostik

- a. Laboratorium termasuk antibody antikardiolipin, antifosfolipid, faktor V (Leiden) yang mengalami mutasi, antitrombin III, protein S dan protein C dapat menunjukkan peningkatan risiko trombosis. MRI dan angiografi resonansi magnetic (MRA) memungkinkan evaluasi lokasi dan ukuran lesi.
- b. Angiografi serebral.
- c. CT Scan.
- d. Tomografi emisi-positron.

7. Komplikasi

Menurut Smeltzer & Bare (2013) komplikasi stroke meliputi:

a. Hipoksia serebral

Diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan.

b. Aliran darah serebral

Bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrim perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.

c. Embolisme serebral

Dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan

selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Disritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian thrombus local dan disritmia juga dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki.

BAB III

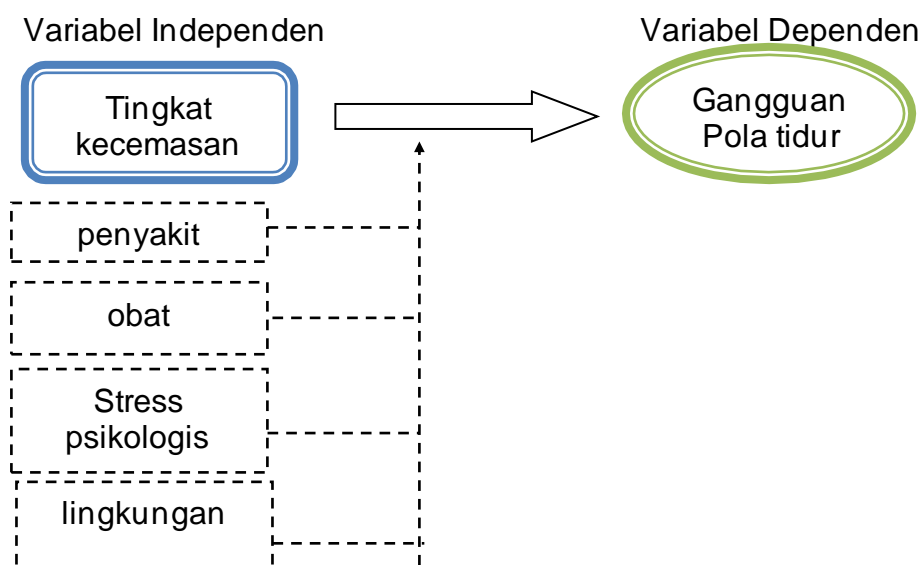
KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual

Stroke dapat menyebabkan kelumpuhan/hemiparese anggota gerak, gangguan bicara atau afasia/disfasia dan gangguan kognitif, kecacatan dan kematian juga dapat menyebabkan gangguan aktivitas atau mobilitas sehingga banyak penderita stroke bergantung pada orang lain. Hal ini dapat membuat pasien mengalami masalah psikologis berupa cemas. Kecemasan juga timbul karena pasien khawatir akan keadaannya yang terserang stroke yang merupakan ancaman bagi kehidupannya. Kecemasan mempengaruhi gejala-gejala fisik, terutama pada saraf akan terlihat gejala-gejala yang akan timbulkannya salah satunya menyebabkan seseorang mengalami gangguan pola tidur.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka peneliti membuat kerangka konsep penelitian yang digambarkan dalam bentuk bagan sebagai berikut:

Skema kerangka konsep



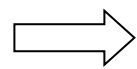
Keterangan :



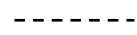
: Variabel independen



: Variabel dependen



: Penghubung variabel



: Area yang tidak di teliti (variabel perancu)

B. Hipotesis

Berdasarkan tinjauan pustaka dan kerangka konsep diatas maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian yaitu ada “Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Gangguan Pola Tidur Pada Pasien Stroke diRumah Sakit Stella Maris Makassar”.

C. Defenisi Operasional

Tabel 3.1

| N o | Variabel Penelitian | Defenisi Operasional | Parameter | Cara Ukur | Skala Ukur | Skor |
|--------|---|---|--|---|---------------|---|
| 1. | Variabel independen: Tingkat kecemasan | Kecemasan merupakan perasaan khawatir, gelisah akan keadaan yang | 1. Tidak pernah 2. kadang- kadang 3. sebaga n waktu | Kuesi oner menu rut <i>Zung</i> <i>Self-</i> | ordinal | 1. Cemas ringan (45-59) 2. Cemas sedang |

| | | | | | | |
|--|--|--|------------------------|---|--|---------------------------------------|
| | | dialami oleh pasien stroke dimana karena kecacatan atau kelumpuhan, lama rawat dirumah sakit, dan lingkungan disekitar rumah sakit juga menjadi salah satu faktor kecemasan pasien stroke. | 4. hampir setiap waktu | <i>Rating Anxietas Scale</i> (SAS/SRAS) | | (60-74) 3. Cemas berat (75-80) |
|--|--|--|------------------------|---|--|---------------------------------------|

| | | | | | | |
|----|---|--|---|---------------|---------|--|
| 2. | Variable Dependen: Gangguan pola tidur | Hal-hal yang menyebabkan ketidaknyaman an sehingga pasien tidak dapat mempertahank an tidur/dapat membangunka n pasien dari tidurnya yang disebabkan dari faktor- faktor kecemasan seperti obat, lingkungan. | a. Lamany a tidur b. Waktu yang diperluk an untuk tidur c. Kepuasa n terhadap tidur d. Total waktu tidur e. Kualitas tidur | Kuesi oner | ordinal | 1. Tidak ada ganggu an, jika skor <10 2. Ada ganggu an, jika skor >10. |
|----|---|--|---|---------------|---------|--|

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan jenis penelitian observasional analitik, dengan menggunakan *cross sectional study* yaitu dimana desain penelitian yang digunakan untuk mengukur data variable independen dan variabel dependen pada waktu yang bersamaan (Nursalam, 2013). Dengan maksud untuk melihat “hubungan tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke di rumah sakit Stella Maris”.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian dilakukan di rumah sakit Stella Maris Makassar. Alasan peneliti mengambil lokasi ini karena melalui pengamatan awal yang dilakukan peneliti didapatkan banyak pasien stroke sehingga mudah di jangkau oleh peneliti dan juga lokasinya dekat dengan tempat tinggal peneliti.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan februari-maret 2018.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas atau karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Ziliwu dan Abdu, 2014). Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

2. Sampel

Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan secara non probability sampling dengan menggunakan teknik *consecutive sampling* yaitu suatu cara pengambilan sampel yang dilakukan berdasarkan siapa saja yang kebetulan bertemu dengan peneliti dengan jumlah 24 dan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik sampel yang dapat dimasukkan untuk layak diteliti, antara lain:

- 1) Pasien stroke yang bersedia menjadi responden
- 2) Pasien stroke yang mengalami kesadaran yang baik
- 3) Pasien yang bisa membaca dan menulis

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah karakteristik sampel yang tidak dapat dimasukkan atau tidak layak diteliti, antara lain:

- 1) Penderita yang mengalami penurunan kesadaran

2) Tidak bersedia diteliti

D. Instrument Penelitian

Instrument penelitian adalah suatu alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengobservasi, mengukur atau menilai suatu fenomena yang diteliti. Peneliti menggunakan lembar kuesioner yang dilengkapi dengan identitas responden, seperti: inisial nama, umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan, sehingga memperoleh informasi dari responden.

Skala pengukuran digunakan peneliti adalah skala ordinal. Ordinal memiliki nilai kategorik yang bertingkat: tidak pernah, kadang-kadang, sebagian waktu, hampir sebagian waktu untuk menilai kecemasan pasien stroke (variable independen). Kuesioner yang diberikan kepada responden dengan total pernyataan: 20, dimana setiap pertanyaan dinilai 1-4 (1; tidak pernah, 2; kadang-kadang, 3; sebagian waktu, 4; hampir setiap waktu). Terdapat 15 pertanyaan kearah peningkatan kecemasan dan 5 pertanyaan kearah penurunan kecemasan (*Zung Self-Rating Anxiety Scale*). Pasien melingkari setiap item yang paling menggambarkan seberapa sering pasien merasa atau berprilaku seperti beberapa pernyataan.

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini data yang dikumpulkan melalui beberapa prosedur, adapun prosedur yang dilakukan dalam pengumpulan data, yaitu perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi STIK STELLA MARIS MAKASSAR atas pihak lain dengan mengajukan permohonan ijin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini di rumah sakit Stella Maris Makassar. Setelah mendapat persetujuan barulah peneliti akan melakukan penelitian. Langkah pertama adalah responden diberi informasi tentang penelitian yang meliputi tujuan, efek, dan dampak yang timbul dari penelitian. Setelah responden paham dan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian barulah dilakukan penelitian dengan etika penelitian sebagai berikut:

1. *Informed consent*

Lembar persetujuan ini diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Bila

subjek menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-haknya.

2. *Anonymity*

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden tetapi lembar tersebut diisi dengan inisial atau kode.

3. *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya bisa diakses oleh peneliti dan pembimbing.

4. Data-data yang dikumpulkan berupa:

a. Data primer

Merupakan teknik pengumpulan data yang diperoleh langsung kelokasi penelitian. Dalam penelitian ini data primer berasal dari kuesioner yang dibuat peneliti dan diberikan kepada responden untuk memperoleh informasi yang ingin diketahui sesuai dengan tujuan penelitian.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang telah tersedia yang merupakan hasil pengumpulan data untuk keperluan tertentu yang dapat digunakan sebagian atau keseluruhan sebagai sumber data penelitian. Data sekunder yang diperoleh peneliti yaitu diperoleh melalui informasi yang diberikan oleh petugas fisioterapi, identitas responden dan data rekam medik dari rumah sakit Stella Maris.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Analisa data merupakan bagian dari suatu penelitian dimana tujuan dari analisa data ini adalah agar diperoleh suatu kesimpulan masalah yang diteliti. Data yang telah terkumpul akan diolah dan dianalisa dengan menggunakan program computer. Adapun langkah-langkah data pengolahan data menurut Hidayat (2009) meliputi:

1. *Editing*

Editing dilakukan untuk memeriksa ulang jumlah dan meneliti kelengkapan pengisian kuesioner, apakah setiap pertanyaan sudah dijawab dengan benar.

2. *Coding*

Coding dilakukan untuk memudahkan pengolahan data dan semua data perlu disederhanakan dengan cara memberikan simbol-simbol tertentu untuk setiap jawaban.

3. *Entry data*

Dilakukan dengan memasukkan data ke dalam komputer dengan menggunakan aplikasi komputer.

4. *Tabulating*

Setelah data terkumpul dan tersusun selanjutnya data dikelompokkan dalam suatu table menurut sifat-sifat yang dimiliki sesuai dengan tujuan penelitian.

G. Analisa Data

Data yang terkumpul dianalisis secara analitik dan diinterpretasi dengan menggunakan uji statistic yaitu dengan menggunakan metode computer program *SPSS versi 24 windows*.

1. *Analisa Univariat*

Analisa univariat dilakukan terhadap setiap variabel dari setiap penelitian. Analisa ini menghasilkan distribusi dan persentasi dari setiap variable yang diteliti.

2. *Analisa Bivariat*

Dilakukan untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen sesuai dengan tujuan penelitian maka analisa *bivariat* ini meliputi hubungan tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke. Analisa *bivariat* dilakukan terhadap tiap variabel untuk melihat adanya hubungan dengan menggunakan uji *Chi square* dan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$). Interpretasi nilai p_{value} .

- a. Apabila nilai $p < \alpha$, maka H_a diterima dan H_o ditolak, artinya ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke.
- b. Apabila nilai $p \geq \alpha$, maka H_a ditolak dan H_o diterima, artinya tidak ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. HASIL PENELITIAN

1. Pengantar

Bab ini menjelaskan hasil penelitian tentang “Hubungan tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”. Penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimental dengan menggunakan desain observasional analitik dimana rancangan penelitian ini bertujuan mencari hubungan antara variabel independen yaitu tingkat kecemasan dan variabel dependen yaitu gangguan pola tidur pada pasien stroke.

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari sampai Maret 2018. Pengumpulan data menggunakan kuesioner sebagai alat ukurnya dengan pendekatan *cross sectional study* yaitu pengukuran dan pengamatan variabel independen dan variabel dependen dilakukan saat bersamaan atau hanya satu kali pada saat tertentu, terhadap 24 responden yang memenuhi kriteria penelitian. Untuk pengolahan data menggunakan komputer program *SPSS versi 24*, data yang telah dikumpulkan kemudian dianalisis menggunakan uji statistik *chi-square* dengan 3×2 dilanjutkan dengan pengabungan sel 2×2 .

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah sakit Stella Maris adalah salah satu rumah sakit swasta Katolik diprovinsi Sulawesi Selatan yang dikelola oleh Yayasan Ratna Miriam. Rumah sakit ini didirikan pada tanggal 08 desember 1938 kemudian diresmikan pada tanggal 22 september 1939 dan kegiatan dimulai pada tanggal 07 januari 1940. Rumah sakit ini berada di Jln. Somba Opu no. 273. Kelurahan Losari, kecamatan Ujung Pandang, kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan.

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahakan cita-cita luhur yang membuat keprihatinan dan kepedulian akan penderitaan orang-orang kecil yang kurang mampu. Oleh karena itu, kelompok

komunitas suster-suster JMJ Stella Maris mewujudkan kasih dan cita-cita tersebut untuk membangun sebuah rumah sakit katolik yang berpedoman pada nilai-nilai.

Rumah sakit Stella Maris memiliki visi dan misi tersendiri. Dalam penyusunan visi dan misi pihak Rumah Sakit Stella Maris Makassar mengacu pada misi tarekat dan Yayasan Ratna Miriam sebagai pemilik Rumah Sakit Stella Maris. Adapun visi dan misinya adalah sebagai berikut:

a. Visi

Menjadi rumah sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya dibidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus terhadap sesama.

b. Misi

Senantiasa siap sedia memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat terutama mereka yang berkekurangan dan yang dilandasi dengan semangat Cinta Kasih Kristus kepada sesama. Visi dan misi ini selanjutnya diuraikan untuk menentukan arah strategi Rumah Sakit Stella Maris sebagai dasar penyusunan programnya. Berikut ini uraian visi dan misi dari Rumah Sakit Stella Maris:

1) Uraian visi

- a) Menjadi rumah sakit dengan keperawatan terbaik di Sulawesi Selatan.
- b) Mengutamakan cinta kasih Kristus dalam pelayanan kepada sesama.

2) Uraian misi

- a) Tetap memperhatikan golongan masyarakat lemah (*option of the poor*).
- b) Pelayanan dengan mutu keperawatan prima.
- c) Pelayanan kesehatan dengan standar peralatan kedokteran yang mutakhir dan komprehensif.
- d) Peningkatan kesejahteraan karyawan dan kinerjanya.

3. Karakteristik Responden

a. Kelompok Umur

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelompok Umur Pada
Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

| Kelompok Umur | Frekuensi (f) | Presentasi (%) |
|---------------|---------------|----------------|
| 48-51 | 5 | 20,8 |
| 52-55 | 2 | 8,3 |
| 56-59 | 4 | 16,7 |
| 60-64 | 4 | 16,7 |
| 65-68 | 4 | 16,7 |
| 69-71 | 5 | 20,8 |
| Total | 24 | 100 |

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan oleh peneliti di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 24 responden kelompok umur paling banyak berada pada rentan umur 48-51 tahun dan 69-71 tahun masing-masing sebanyak 5 (20,8%) responden dan umur terkecil berada pada rentan umur 52-55 tahun sebanyak 2 (8,3%) responden.

b. Jenis Kelamin

Tabel 5.2

Distribusi Frekuensi Berdasarkan Jenis Kelamin Pada Pasien Stroke di
Rumah Sakit Stella Maris Makassar

| Jenis kelamin | Frekuensi (f) | Presentase (%) |
|---------------|---------------|----------------|
| Laki-laki | 12 | 50,0 |
| Perempuan | 12 | 50,0 |
| Total | 24 | 100 |

Sumber: Data Primer 2018

Dari penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 24 responden diperoleh data jumlah responden rata-rata sama yaitu laki-laki 12 (50%) responden dan perempuan 12 (50%) responden.

4. Hasil Analisa Variabel Penelitian

a. Analisa Univariat

1) Tingkat kecemasan

Tabel 5.3

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

| Tingkat kecemasan | Frekuensi (f) | Presentase (%) |
|-------------------|---------------|----------------|
| Cemas ringan | 1 | 4,2 |
| Cemas sedang | 2 | 8,3 |
| Cemas berat | 21 | 87,5 |
| Total | 24 | 100 |

Sumber: Data Primer 2018

Hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dari 24 responden diperoleh cemas ringan 1 (4,2%), responden dengan cemas sedang 2 (8,3%), dan responden dengan cemas berat yaitu sebanyak 21 (87,5%).

2) Gangguan pola tidur

Tabel 5.4

Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Gangguan Pola Tidur Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar

| Gangguan pola tidur | Frekuensi (f) | Presentase(%) |
|---------------------|---------------|---------------|
| Tidak ada gangguan | 1 | 4,2 |
| Ada gangguan | 23 | 95,8 |
| Total | 24 | 100 |

Sumber: Data Primer 2018

Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, dari 24 responden diperoleh 1 (4,2%) dengan tidak ada gangguan dan 23 (95,8%) dengan ada gangguan.

b. Analisa Bivariat

Tabel 5.5
Analisis Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Gangguan Pola Tidur
Pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar

| Tingkat kecemasan | Gangguan pola tidur | | | | | |
|----------------------|-----------------------|-----|--------------|------|-------|------|
| | Tidak ada gangguan | | ada gangguan | | Total | P |
| | f | % | f | % | n | % |
| Cemas ringan | 1 | 4,2 | 0 | 0,0 | 1 | 4,2 |
| Cemas Sedang | 0 | 0,0 | 2 | 8,3 | 2 | 8,3 |
| Cemas berat | 0 | 0,0 | 21 | 87,5 | 21 | 87,5 |
| Total | 1 | 4,2 | 23 | 95,8 | 24 | 100 |

0,042

Sumber: Data Primer 2018

Dalam penelitian ini, analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan diperoleh dari 24 responden didapatkan tingkat kecemasan berat dengan adanya gangguan pola tidur sebanyak 21 (87,5) responden, tingkat kecemasan sedang dengan ada gangguan pola tidur sebanyak 2 (8,3), dan tingkat kecemasan ringan dengan tidak ada gangguan pola tidur sebanyak 1 (4,2) responden.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar didapatkan bahwa dari 24 responden yang berusia 48-71 tahun dapat diidentifikasi bahwa terdapat 21 (87,5%) responden yang mengalami kecemasan berat, 2 (8,3%) responden yang mengalami kecemasan sedang, dan 1 (4,2%) responden yang mengalami kecemasan ringan. Ada 23 (95,8%) responden yang mengalami gangguan pola tidur dan 1 (4,2%) responden yang tidak mengalami gangguan pola tidur. Hasil uji statistik dengan menggunakan uji *Chi Square* dengan uji alternatif penggabungan sel diperoleh $p=0,042$ dengan tingkat kemaknaan $\alpha=0,05$ (5%), hal ini menunjukkan nilai $p<\alpha$ (0,05) maka Hipotesis alternatif diterima dan Hipotesis nol ditolak, artinya terdapat hubungan antara tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke di rumah sakit Stella Maris Makassar.

Dalam penelitian yang dilakukan Ridwan & Rani yang dilakukan di RSU Tasikmalaya bahwa dari 39 responden pasien stroke yang mengalami tingkat kecemasan sedang yaitu 28 responden (71,8%), tingkat kecemasan berat 7 responden (17,9%), dan kecemasan ringan 4 responden (10,3%). Penelitian yang dilakukan Marcos, dkk pada pasien stroke yaitu di RSUP Prof. Dr. R. D kandou bahwa dari 20 responden pasien stroke, 16 (80%) responden mengalami kualitas tidur buruk dan 4 (20%) responden mengalami kualitas tidur baik. Dari hasil penelitian Binarti dan Elita yang dilakukan di RSUD Prof. Dr. Soekandar bahwa dari 15 responden dapat diidentifikasi bahwa terdapat 12 responden (80%) yang mengalami kecemasan dan terdapat 3 responden (20%) yang tidak mengalami kecemasan. Responden yang mengalami gangguan tidur 11 orang (73%) dan responden yang tidak mengalami

gangguan tidur sebanyak 4 orang (27%). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Elis & Okatiranti di Posbindu Anyelir kecamatan Cisarua Bandung bahwa 66 responden lansia terdapat 5 responden (7,6%) cemas ringan, 40 responden (60,6%) cemas sedang dan 21 responden (31,8%) cemas ringan serta 36 responden (54,6%) mengalami gangguan tidur buruk.

Menurut teori dari Darmojo (2009) bahwa kecemasan digambarkan sebagai perasaan takut yang tidak menyenangkan dan keprihatinan mengenai masa yang akan datang, biasanya disebabkan oleh hal-hal yang tidak jelas dan tidak dapat dipahami serta sering disertai dengan gejala fisiologis. Kecemasan merupakan gejala yang normal pada manusia namun dapat menjadi patologis apabila gejala yang timbul bersifat menetap dan berlangsung dalam jangka waktu tertentu yang dapat mengganggu keberlangsungan hidup individu. Kecemasan terdiri dari dua komponen yaitu psikis/mental yang meliputi kecemasan itu sendiri, atau yang biasa disebut khawatir atau was-was dan komponen yang kedua adalah fisik yang meliputi jantung berdebar-debar, nafas menjadi cepat, mulut kering, keluhan lambung, tangan dan kaki terasa dingin dan otot menjadi tegang, dan dampak dari kecemasan yang berlebihan yaitu susah tidur.

Menurut Asmadi (2008), cemas atau depresi akan menyebabkan gangguan pada frekuensi tidur. Kecemasan tentang masalah pribadi atau situasi dapat mengganggu tidur. Stres emosional menyebabkan seseorang menjadi tegang dan sering kali mengarah frustrasi apabila tidur. Stres juga menyebabkan seseorang mencoba terlalu keras untuk tidur, sering terbangun selama siklus tidur, atau terlalu banyak tidur. Hal ini disebabkan karena pada kondisi cemas akan meningkatkan norepinefrin darah melalui sistem saraf simpatis. Zat ini akan mempengaruhi tidur tahap IV NREM dan REM sehingga dapat membuat orang sering terbangun pada malam hari dan bermimpi buruk. Gangguan tidur yang disebabkan oleh kecemasan pasien seperti kecemasan seseorang akan pekerjaan, hubungan dengan orang lain, usia yang semakin bertambah tua, dan penyakit yang diderita. Pernyataan kecemasan didukung dengan sebuah teori bahwa kecemasan merupakan kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal. Kecemasan sangat akrab dengan kehidupan sehari-hari, yang menggambarkan

keadaan khawatir, gelisah, dan tidak tenang disertai gangguan sakit dengan arti kecemasan dapat menjadi bagian dari kualitas tidur (Stuart, 2012).

Dalam hal ini peneliti berasumsi bahwa responden yang memiliki tingkat kecemasan berat terdapat gangguan pola tidur hal ini karena cemas berat menunjukkan gejala yang berat sehingga responden tidak mampu mengontrol perasaan, perilaku dan aktivitasnya termasuk kebutuhan tidur. Tingkat kecemasan yang dialami pasien stroke akan sangat mempengaruhi pola tidurnya. Dalam penelitian ini juga menunjukkan bahwa semakin berat tingkat kecemasan pasien akan semakin mengganggu pola tidurnya. Gangguan mental yang erat hubungannya dengan gangguan tidur adalah kecemasan. Adanya kecemasan dapat menyebabkan timbulnya gejala psikologis seperti sulit berkonsentrasi, mudah lupa, pikiran kosong, merasa tegang dan gelisah, cepat marah, sensitif, kehilangan kepercayaan diri, cenderung melakukan sesuatu berulang-ulang dan kesulitan tidur. Kecemasan dan gangguan tidur yang buruk akan semakin memperburuk keadaan pasien baik itu secara fisik maupun psikis. Pernyataan ini bisa kita lihat dalam penelitian peneliti bahwa cemas ringan tidak mempengaruhi pola tidur responden tetapi sebaliknya semakin berat kecemasan maka akan mempengaruhi pola tidur responden. Jadi seseorang yang waktu tidurnya kurang cukup atau kurang dari delapan jam disebabkan karena terjadi gangguan psikologi yaitu kecemasan. Tingginya tingkat kecemasan akan sangat mempengaruhi aktivitas dan gaya hidup khususnya pola tidur pada pasien stroke. Pasien perlu didorong diberi dukungan dan hiburan dalam hal mengurangi tingkat kecemasannya sehingga pola tidurnya kembali normal atau membaik.

C. Keterbatasan Penelitian

Sebagaimana peneliti yang lain, penelitian ini tidak terlepas dari keterbatasan dalam proses penyusunan proposal, pelaksanaan proposal, pelaksanaan penelitian sampai pada penyusunan laporan hasil penelitian. Adapun keterbatasan yang peneliti alami diantaranya : pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner sehingga kebenaran data tergantung pada kejujuran responden dalam mengisi kuesioner yang diberikan serta keterbatasan dalam jumlah responden karena sebagian besar responden tidak memenuhi kriteria untuk dijadikan sampel.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 24 responden pada tanggal 19 februari sampai 8 maret 2018, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Tingkat kecemasan pada pasien stroke dari 24 responden di Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagian besar mengalami tingkat kecemasan berat.
2. Gangguan pola tidur pada pasien stroke dari 24 responden di Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagian besar mengalami gangguan pola tidur.
3. Ada hubungan antara tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dan mengingat keterbatasan peneliti dalam penelitian ini, maka ada beberapa saran yang akan disampaikan:

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat sebagai tambahan informasi dan masukan bagi rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan sehingga perawat diharapkan dapat memberikan perawatan yang optimal terhadap pasien stroke, selain itu perawat juga dapat memberikan edukasi kepada keluarga dan klien dalam hal mengurangi kecemasan klien dan memulihkan atau meringankan gangguan pola tidur klien.

2. Bagi Pihak Institusi STIK Stella Maris Makassar

Diharapkan agar menambah referensi terbaru tentang tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke untuk menambah wawasan dan pengetahuan mahasiswa atau mahasiswi. Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan masukan untuk pengembangan ilmu pengetahuan mahasiswa atau mahasiswi dan dapat dijadikan sebagai bahan bacaan.

3. Bagi Pasien

Diharapkan hasil penelitian ini pasien dapat menerima dan menyesuaikan diri dengan kondisinya saat ini, memiliki motivasi dan kepercayaan diri yang tinggi bahwa potensi untuk sembuh itu selalu ada, sehingga pasien dapat merasa tenang dan dapat tidur dengan baik untuk proses pemulihannya.

4. Bagi Peneliti dan Penelitian Selanjutnya

Diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi pedoman dalam melakukan penelitian selanjutnya dengan memperluas variabel independen dan dependen.

DAFTAR PUSTAKA

Sumber Buku:

Abdu, S., & Ziliwu, H. (2014). *Buku Ajar Metodologi dan Riset Keperawatan*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam.

Adib, M. (2009). *Cara Mudah Memahami dan Menghindari Hipertensi Jantung dan Stroke*. Yogyakarta: Dian Loka.

Asmadi. (2008). *Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika

Darmojo, Boedhi. (2009). *Ilmu Kesehatan Usia Lanjut*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

- Hawari, D. (2006). *Manajemen Stres Cemas dan Depresi*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. (2015). *Keterampilan Dasar Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Junaidi, I. (2011). *Stroke: Waspada Ancaman Stroke*. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Keliat, B. A., Wiyono, A. P., & Susanti, H. (2013). *Manajemen Kasus Gangguan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Synder, S. J. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Lingga, L. (2013). *All about stroke. Hidup Sebelum dan Pasca Stroke*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Mutaqqin, A. (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. (2013). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan; Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, P., & Perry, A. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Potter, P., & Perry, A. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, & Bare. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah (Brunner & Suddarth) Edisi 8 Vol 1*. Jakarta: EGC.
- Stuart, G.W. (2012). *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Videbeck, S. L. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Sumber Jurnal:

- American Heart Association (AHA). 2014. *Guidelines for the Prevention Of Stroke in Patients With Stroke Or Transient Ischemic Attack A Guideline For Health care*

Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association
[http:// stroke.Journals.org](http://stroke.Journals.org). Diakses 26 september 2017

- Anggraini, M., Rihadini, & Tsaqofah, F. (2013). Tingkat Kecemasan Mempengaruhi Kualitas Tidur pada Penderita Asma. *Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Semarang*, 1-6.
- Dariah, E., & Okatiranti. (2013). Hubungan Kecemasan Dengan Kualitas Tidur Lansia Di Posbindu Anyelir Kecamatan Cisarua Kabupaten Bandung Barat. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 89-101.
- Dwi, B., & Handayani, W. (2013). Hubungan Kecemasan Dengan Gangguan Pola Tidur Pada Pasien Pre Operasi Fraktur Femur Di RSUD. Prof. Dr. Soekandar Mojosari Kabupaten Mojokerto. *Jurnal*, 1-10.
- Dhin, A. (2015). Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kejadian Insomnia Pada Lnjut Usia Di Posyandu Lansia Flamboyan Dusun Jetis Tamantirto Kasihan Bantul Yogyakarta. *Jurnal*, 1-67.
- Kustiawan, R., & Hasriani, R. (2014). Gambaran Tingkat Kecemasan Pada Pasien Stroke Di Ruang V Rumah Sakit Umum Kota Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan*, 10-21..
- Levina Audrey & Haris Cakrasana. 2014 Gangguan Tidur Pada Pasien Stroke <https://www.scribd.com/document/246074959/Referat-Gangguan-Tidur-Pada-Stroke> di akses pada 21 november 2017 pukul 10.48
- RIKESDAS. (2013). Badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementerian RI. *Jurnal RIKESDAS*.
<http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Rikesdas%202013.pdf>
diakses pada 20 september 2017
- Sekeon, S., & Kembuan, M. (2015). Hubungan Antara Kualitas Tidur Dengan Keparahan Stroke. *Jurnal e-Clinic*, 845-852.
- Witriya, C., Utami, N., & Andinawaty, M. (2016). HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN POLA TIDUR LANSIA DI KELURAHAN TLOGOMAS KOTA MALANG. *Nursing News*, 190-203.



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIK) STELLA MARIS
PROGRAM S1 KEPERAWATAN DAN NERS**

JL. MAIPA NO.19 MAKASSAR-90112 TELP. 0411-854808

LEMBARAN KONSUL PROPOSAL PENELITIAN

















Nama/NIM : 1. APRILIA YULITA (C1414201003)

2. BENEDICTA GERDA (C1414201005)

Pembimbing : FRANSISKA ANITA ,Ns.,M.Kep.,Sp KMB

Judul Penelitian : **Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Gangguan Pola Tidur
Pada Pasien Stroke Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar**

| Hari/ Tanggal | Materi Konsultasi | Catatan Revisi Dosen | Paraf | | |
|---------------------------|----------------------|---|------------|----------------|----------------|
| | | | pembimbing | Mahasiswa 1 | Mahasiswa 2 |
| Rabu/ 20-09- 2017 | JUDUL | Konsul Judul | | | |
| Selasa/ 10-10- 2017 | JUDUL | ACC Judul | | | |
| Jumat/ 14-10- 2017 | BAB I | <ul style="list-style-type: none">- Konsul bab 1- Masukan artikel-artikel penelitian | | | |
| Rabu/ 18- 10- 2017 | BAB I | <ul style="list-style-type: none">- Perbaiki bab I- Tambahkan artikel penelitian tentang kecemasan- Tambahkan elaborasi | | | |










| | | | | | |
|---------------------------|------------|--|---|---|-----|
| Jumat / 20-10- 2017 | BAB I | - Tambah data-data tentang stroke menurut RIKERDAS 2013 |  |  | BAB |
| SENIN/ 23-10- 2017 | Bab I | - Revisi bab I sedikit rumusan masalah dan manfaat penelitian |  |  | BAB |
| Rabu/25 -10- 2017 | JUDUL | - Ganti judul |  |  | BAB |
| Jumat/ 03-11- 2017 | BAB I/II | - Konsul bab I dan bab II |  |  | BAB |
| Senin/1 8-11- 2017 | BAB II/III | - Bab II Tambahkan komplikasi - Faktor kecemasan - Konsul bab III |  |  | BAB |
| Selasa/ 24-11- 2017 | BAB III/IV | - Bab III revisi kerangka konseptual dan hipotesis |  |  | BAB |
| RABU/ 29-11- 2017 | Bab III/IV | - Bab III revisi definisi operasional variabel independen - Konsul bab IV |  |  | BAB |
| Rabu/ 06-12- 2017 | Bab I-IV | - Di kumpul di pembimbing proposal |  |  | BAB |









**Judul Skripsi : HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN GANGGUAN
POLA TIDUR PADA PASIEN STROKE DI RUMAH SAKIT
STELLA MARIS MAKASSAR**

Nama/NIM : 1. APRILIA YULITA (C1414201003)

2. BENEDICTA GERDA (C1414201005)

Pembimbing: FRANSISKA ANITA ,Ns.,M.Kep.,Sp KMB

| No | Hari/ Tanggal | Materi Konsultasi & Koreksi | Paraf | | |
|----|-------------------------|--------------------------------|---|---|---|
| | | | Pembimbing | Mahasiswa 1 | Mahasiswa 2 |
| | Jumat, 16 Maret 2018 | Master tabel |  |  |  |
| | Rabu, 20 Maret 2018 | Konsul SPSS |  |  |  |
| | Sabtu, 24 Maret 2018 | Revisi SPSS |  |  |  |

| | | | | | |
|--|--------------------------|--|---|---|-----|
| | Selasa, 27 Maret 2018 | Pembahasan Bab V (tambahkan teori dan jurnal penelitian) |  |  | Bno |
| | Selasa, 3 April 2018 | Pembahasan Bab V (perbaikan pengetikan) |  |  | Bno |
| | Rabu, 4 April 2018 | Bab V dan VI (masih perbaikan pengetikan) |  |  | Bno |
| | Jumat, 6 April 2018 | Kumpul Bab I-VI (perbaikan pengetikan) |  |  | Bno |



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT
PROGRAM DIII, S1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) 854808 Fax. (0411) 870642 Makassar
Website : www.stikstellamaris.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 698 / STIK-SM / S1.279 / XII / 2017
Perihal : Permohonan Izin Pengambilan Data Awal

Kepada,
Yth. Direktur RS Stella Maris Makassar
Di
Tempat

Dengan hormat,
Dalam rangka penyusunan tugas akhir Proposal Mahasiswa(i) S1 Keperawatan Tingkat IV (empat) Semester VII (tujuh) STIK Stella Maris Makassar, Tahun Akademik 2017/2018, melalui surat ini kami sampaikan permohonan kepada Bapak/Ibu, untuk kiranya dapat menerima Mahasiswa(i) berikut ini:


1. Nama : Aprilia Yulita
NIM : C1414201003
2. Nama : Benedicta Gerda
NIM : C1414201005

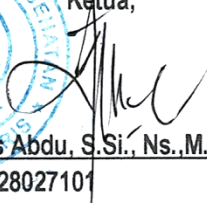
Judul Proposal : *Hubungan tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pasien stroke di RS Stella Maris Makassar*

Untuk melaksanakan Pengambilan Data Awal di tempat Bapak/Ibu Kelola. Kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami tersebut di atas.

Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Makassar, 14 November 2017

: Pengambilan Data

19/11-17
James P.

Ketua,

Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes.
NIDN. 0928027101



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN STELLA MARIS

TERAKREDITASI BAN-PT

PROGRAM DIII, S1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Maipa No. 19 Telp. (0411) 854808 Fax. (0411) 870642 Makassar
Website : www.stikstellamaris.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 068 / STIK-SM / S1.040 / 1 / 2018
Perihal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada,
Yth. Direktur RS Stella Maris Makassar
Di
Tempat

Dengan Hormat,

Melalui Surat ini kami menyampaikan bahwa sehubungan dengan Tugas Akhir Skripsi untuk Mahasiswa/i S1 Keperawatan Tingkat Akhir STIK Stella Maris Makassar Tahun Akademik 2017/2018, maka dengan ini kami mengajukan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk dapat kiranya menerima mahasiswa/i kami berikut ini:


1. Nama : Aprilia Yulita
NIM : C1414201003
2. Nama : Benedicta Gerda
NIM : C1414201005

Judul : Hubungan tingkat kecemasan dengan gangguan pola tidur pada pasien stroke di RS Stella Maris Makassar

Untuk melaksanakan Penelitian Skripsi di Rumah Sakit yang Bapak/Ibu pimpin. Sehubungan dengan hal tersebut, maka dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada mahasiswa/i kami.

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih

Penelitian
Keperawatan


17
2-18
Damas P

17 Januari 2018
Ketua,

Siprianus Abdu, S.Si., Ns., M.Kes.
NIDN. 0928027101

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul Penelitian : Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Gangguan Pola
Tidur pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar
Peneliti : Aprilia Yulita (C1414201003)
Benedicta Gerda (C1414201005)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Berdasarkan penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian yang akan dilakukan, saya bersedia secara sukarela dan tanpa paksaan dari siapapun untuk berperan serta dalam penelitian yang berjudul “ Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Gangguan Pola Tidur pada Pasien Stroke di Rumah Sakit Stella Maris Makassar “, yang dilaksanakan oleh Aprilia Yulita dan Benedicta Gerda mahasiswi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak akan merugikan saya ataupun berakibat buruk bagi saya dan keluarga saya, maka pernyataan yang saya berikan adalah yang sebenar-benarnya.

Makassar,.....2018

Responden

(.....)

Kuesioner Penelitian
Kecemasan pada pasien stroke

Identitas Pasien

Nama (inisial) :
Hari/tanggal :
Umur :
Jenis Kelamin : Laki-laki perempuan

Petunjuk pengisian

- a. Berilah tanda ceklis (✓) pada jawaban yang tersedia.
- b. Tidak ada yang salah pada butir pertanyaan, oleh karena itu saya mohon kesediaan anda untuk menjawab dengan jujur dan sesuai dengan yang anda rasakan atau alami.

| NO | PERTANYAAN | TIDAK PERNAH | KADANG-KADANG | SEBAGIAN WAKTU | HAMPIR SETIAP WAKTU |
|----|---|--------------|---------------|----------------|---------------------|
| 1. | Saya lebih sering merasa gelisah, firasat buruk dan cemas dari biasanya | | | | |
| 2. | Saya merasa takut tanpa ada alasan yang jelas | | | | |

| | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|
| 3. | Saya merasa mudah marah /tersinggung | | | | |
| 4 | Saya merasa semua baik-baik saja dan tidak ada hal buruk yang akan terjadi | | | | |
| 5 | Saya mengalami gangguan tidur seperti terbangun pada malam hari, tidur tidak nyenyak,bangun dengan lesu dan mimpi buruk | | | | |
| 6 | Kedua tangan dan kaki saya terasa lemah dan cepat lelah | | | | |
| 7 | Saya merasa terganggu dengan sakit kepala/nyeri leher, nyeri otot,kaku | | | | |
| 8 | Badan saya terasa lemah dan cepat lelah | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 9 | Saya merasa tenang dan dapat duduk diam dengan mudah | | | | |
| 10 | Saya merasa jantung saya berdebar sangat cepat | | | | |
| 11 | Saya merasa terganggu oleh rasa pusing/sakit kepala | | | | |
| 12 | Saya merasa akan pingsan atau perasaan seperti itu | | | | |
| 13 | Saya dapat menarik dan mengeluarkan nafas dengan mudah | | | | |
| 14 | Saya merasa mati rasa dan kesemutan pada jari-jari tangan dan kaki | | | | |
| 15 | Saya terganggu oleh sakit perut atau gangguan pencernaan | | | | |
| 16 | Saya buang air kecil lebih dari biasanya | | | | |

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|
| 17 | Tangan saya selalu kering dan hangat | | | | |
| 18 | Wajah saya menjadi pucat, panas dan memerah | | | | |
| 19 | Saya tertidur dengan mudah dan mendapatkan istirahat malam yang baik | | | | |
| 20 | Saya mendapatkan mimpi buruk | | | | |

Kuesioner Penelitian
Pola Tidur pada Pasien Stroke

Identitas Pasien

Nama (inisial) :
Hari/tanggal :
Umur :
Jenis Kelamin : Laki-laki perempuan

Petunjuk pengisian

- a. Berilah tanda ceklis (✓) pada jawaban yang tersedia.
- b. Tidak ada yang salah pada butir pertanyaan, oleh karena itu saya mohon kesediaan anda untuk menjawab dengan jujur dan sesuai dengan yang anda rasakan atau alami.

1. Berapa lama jam tidur anda perhari?

- () >7 jam
() 5 jam 30 menit - 6 jam 30 menit
() 4 jam 30 menit - 5 jam 30 menit
() < 4 jam 30 menit

2. Apakah anda mengalami mimpi saat tidur?

- () tidak ada
() terkadang mimpi yang menyenangkan atau mimpi biasa saja
() selalu bermimpi dan tidak mengganggu
() mimpi buruk atau mimpi yang tidak menyenangkan

3. Bagaimana kualitas tidur anda dalam sehari?

- () dalam dan sulit terbangun
() terhitung tidur yang baik dan sulit terbangun
() tidur yang dangkal dan sangat mudah untuk terbangun

4. Berapa lama waktu yang anda butuhkan untuk tertidur?

- <5 menit
- antara 6-15 menit
- antara 16-30 menit
- antara 45-60 menit
- > 1 jam

5. Berapa kali anda terbangun di malam hari?

- tidak terbangun sama sekali
- sekali atau dua kali terbangun
- tiga sampai empat kali terbangun
- lebih dari empat kali terbangun

6. Berapa lama waktu anda untuk kembali tidur, setelah bangun pada malam hari?

- <5 menit
- antara 6-15 menit
- antara 16-30 menit
- > 1 jam

7. Apakah anda bangun dini hari?

- saya bangun sekitar waktu bangun tidur
- saya bangun 30 menit lebih awal dari waktu bangun tidur saya dan tidak dapat tertidur lagi
- saya bangun 1 jam lebih awal dari waktu bangun tidur saya dan tidak dapat tertidur lagi
- saya bangun lebih dari 1 jam lebih awal dari waktu bangun tidur saya dan tidak dapat tertidur lagi.

8. Bagaimana perasaan anda saat bangun tidur?

- sangat segar
- segar
- cukup
- tetap mengantuk
- sangat mengantuk

Lampiran 4

Frequencies

| | | Statistics | |
|-------------|---------|------------|------|
| | | Umur | JK |
| N | Valid | 24 | 24 |
| | Missing | 0 | 0 |
| Percentiles | 25 | 2.00 | 1.00 |
| | 50 | 4.00 | 1.50 |
| | 75 | 5.00 | 2.00 |

| | | Umur | | | Cumulative |
|-------|-------|-----------|---------|---------------|------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Percent |
| Valid | 48-51 | 5 | 20.8 | 20.8 | 20.8 |
| | 52-55 | 2 | 8.3 | 8.3 | 29.2 |
| | 56-59 | 4 | 16.7 | 16.7 | 45.8 |
| | 60-63 | 4 | 16.7 | 16.7 | 62.5 |
| | 64-67 | 4 | 16.7 | 16.7 | 79.2 |
| | 68-71 | 5 | 20.8 | 20.8 | 100.0 |
| | Total | 24 | 100.0 | 100.0 | |

| | | JK | | | Cumulative |
|-------|-----------|-----------|---------|---------------|------------|
| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Percent |
| Valid | laki-laki | 12 | 50.0 | 50.0 | 50.0 |
| | perempuan | 12 | 50.0 | 50.0 | 100.0 |
| | Total | 24 | 100.0 | 100.0 | |

Statistics

| | | kecemasan | Tidur |
|-------------|---------|-----------|-------|
| N | Valid | 24 | 24 |
| | Missing | 0 | 0 |
| Percentiles | 25 | 3.00 | 2.00 |
| | 50 | 3.00 | 2.00 |
| | 75 | 3.00 | 2.00 |

Kecemasan

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | cemas ringan | 1 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| | cemas sedang | 2 | 8.3 | 8.3 | 12.5 |
| | cemas berat | 21 | 87.5 | 87.5 | 100.0 |
| | Total | 24 | 100.0 | 100.0 | |

Tidur

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | tidak ada gangguan | 1 | 4.2 | 4.2 | 4.2 |
| | ada gangguan | 23 | 95.8 | 95.8 | 100.0 |
| | Total | 24 | 100.0 | 100.0 | |

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|---|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| tingkat kecemasan * gangguan pola tidur | 24 | 100.0% | 0 | 0.0% | 24 | 100.0% |

tingkat kecemasan * gangguan pola tidur Crosstabulation

| | | gangguan pola tidur | | Total |
|--|--|---------------------|--------------|-------|
| | | tidak ada gangguan | ada gangguan | |
| | | | | |

| | | | | | |
|----------------------|------------------------------|------------------------------|--------|--------|--------|
| tingkat kecemasan | cemas ringan | Count | 1 | 0 | 1 |
| | | Expected Count | .0 | 1.0 | 1.0 |
| | | % within tingkat kecemasan | 100.0% | 0.0% | 100.0% |
| | | % within gangguan pola tidur | 100.0% | 0.0% | 4.2% |
| | | % of Total | 4.2% | 0.0% | 4.2% |
| | cemas sedang | Count | 0 | 2 | 2 |
| | | Expected Count | .1 | 1.9 | 2.0 |
| | | % within tingkat kecemasan | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| | | % within gangguan pola tidur | 0.0% | 8.7% | 8.3% |
| | | % of Total | 0.0% | 8.3% | 8.3% |
| | cemas berat | Count | 0 | 21 | 21 |
| | | Expected Count | .9 | 20.1 | 21.0 |
| | | % within tingkat kecemasan | 0.0% | 100.0% | 100.0% |
| | | % within gangguan pola tidur | 0.0% | 91.3% | 87.5% |
| | | % of Total | 0.0% | 87.5% | 87.5% |
| Total | Count | 1 | 23 | 24 | |
| | Expected Count | 1.0 | 23.0 | 24.0 | |
| | % within tingkat kecemasan | 4.2% | 95.8% | 100.0% | |
| | % within gangguan pola tidur | 100.0% | 100.0% | 100.0% | |
| | % of Total | 4.2% | 95.8% | 100.0% | |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2- sided) |
|--------------------|---------------------|----|--|
| Pearson Chi-Square | 24.000 ^a | 2 | .000 |

| | | | |
|------------------------------|--------|---|------|
| Likelihood Ratio | 8.314 | 2 | .016 |
| Linear-by-Linear Association | 15.125 | 1 | .000 |
| N of Valid Cases | 24 | | |

a. 5 cells (83,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

Symmetric Measures

| | | Value | Asymptotic Standard Error ^a | Approximate T ^b | Approximate Significance |
|----------------------|-------------------------|-------|---|----------------------------|-----------------------------|
| Nominal by Nominal | Contingency Coefficient | .707 | | | .000 |
| Interval by Interval | Pearson's R | .811 | .165 | 6.500 | .000 ^c |
| Ordinal by Ordinal | Spearman Correlation | .603 | .235 | 3.546 | .002 ^c |
| N of Valid Cases | | 24 | | | |

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Case Processing Summary

| | Cases | | | | | |
|---|-------|---------|---------|---------|-------|---------|
| | Valid | | Missing | | Total | |
| | N | Percent | N | Percent | N | Percent |
| tingkat kecemasan2 * gangguan pola tidur | 24 | 100.0% | 0 | 0.0% | 24 | 100.0% |

tingkat kecemasan2 * gangguan pola tidur Crosstabulation

| | | gangguan pola tidur | Total |
|----------|-----------|---------------------|-------|
| gangguan | tidak ada | ada | |
| | gangguan | gangguan | |

| | | | | | | |
|--------------------|--------------|------------------------------|------------------------------|--------|--------|--------|
| tingkat kecemasan2 | cemas ringan | Count | 1 | 0 | 1 | |
| | | Expected Count | .0 | 1.0 | 1.0 | |
| | | % within tingkat kecemasan2 | 100.0% | 0.0% | 100.0% | |
| | | % within gangguan pola tidur | 100.0% | 0.0% | 4.2% | |
| | | % of Total | 4.2% | 0.0% | 4.2% | |
| | | cemas sedang + berat | | Count | 0 | 23 |
| | | Expected Count | 1.0 | 22.0 | 23.0 | |
| | | % within tingkat kecemasan2 | 0.0% | 100.0% | 100.0% | |
| | | % within gangguan pola tidur | 0.0% | 100.0% | 95.8% | |
| | | % of Total | 0.0% | 95.8% | 95.8% | |
| Total | | | Count | 1 | 23 | 24 |
| | | | Expected Count | 1.0 | 23.0 | 24.0 |
| | | | % within tingkat kecemasan2 | 4.2% | 95.8% | 100.0% |
| | | | % within gangguan pola tidur | 100.0% | 100.0% | 100.0% |
| | | | % of Total | 4.2% | 95.8% | 100.0% |

Chi-Square Tests

| | Value | df | Asymptotic Significance (2- sided) | Exact Sig. (2- sided) | Exact Sig. (1- sided) |
|------------------------------------|---------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| Pearson Chi-Square | 24.000 ^a | 1 | .000 | | |
| Continuity Correction ^b | 5.490 | 1 | .019 | | |
| Likelihood Ratio | 8.314 | 1 | .004 | | |
| Fisher's Exact Test | | | | .042 | .042 |
| Linear-by-Linear Association | 23.000 | 1 | .000 | | |
| N of Valid Cases | 24 | | | | |

a. 3 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

b. Computed only for a 2x2 table

Symmetric Measures

| | | Value | Asymptotic Standard Error ^a | Approximate Significance |
|----------------------|-------------------------|-------|---|-----------------------------|
| Nominal by Nominal | Contingency Coefficient | .707 | | .000 |
| Interval by Interval | Pearson's R | 1.000 | .000 ^c | |
| Ordinal by Ordinal | Spearman Correlation | 1.000 | .000 ^c | |
| N of Valid Cases | | 24 | | |

a. Not assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Lampiran 5

**JADWAL RECANA KEGIATAN
HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN GANGGUAN POLA TIDUR PADA PASIEN STROKE
DI RUMAH SAKIT STELLA MARIS
MAKASSAR**

| No | Kegiatan | September | | | | Oktober | | | | November | | | | Desember | | | | Januari | | | | Februari | | | | Maret | | | | April | | | |
|-----|-------------------------------------|-----------|---|---|---|---------|---|---|---|----------|---|---|---|----------|---|---|---|---------|---|---|---|----------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Pengajuan judul | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | ACC judul | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Menyusun proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Ujian proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Pelaksanaan penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Pengelolaan dan analisa penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Penyusunan laporan hasil penelitian | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Ujian hasil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | Perbaikan skripsi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | pengumpulan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



RS. Stella Maris

Jl. Somba Opu No. 273
Makassar 90111 - Indonesia

Tel +62 411 854341
+62 411 871391
+62 411 873346

Fax +62 411 859545

SURAT KETERANGAN

Nomor : 881 .DIR.SM.DIKL.KET.EX.IV.2018

Yang bertanda tangan dibawah menerangkan bahwa :

- a. N a m a : Aprilia Yulita
Tempat / Tanggal Lahir : Makassar, 10 April 1996
N I M : C1414201003
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar
- b. N a m a : Benedicta Gerda
Tempat / Tanggal Lahir : Akelamo, 24 Maret 1996
N I M : C1414201005
Asal Pendidikan : Program Sarjana Keperawatan
STIK Stella Maris Makassar

Telah melaksanakan penelitian di RS. Stella Maris dalam rangka penyusunan Skripsi yang dimulai pada tanggal 19 Februari 2018 sampai dengan 8 Maret 2018 dengan judul:

“ Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Gangguan Pola Tidur di Rumah Sakit Stella Maris Makassar ”

Demikian surat keterangan ini diberikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 23 April 2018

Hormat kami,
Direktur,
an.



RS. Stella Maris
dr. Thomas Soharto, M. Kes

cc. Arsip