PENGARUH TERAPI *SLEEP HYGIENE* TERHADAP GANGGUAN TIDUR PADA ANAK USIA SEKOLAH YANG MENJALANI HOSPITALISASI

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Ilmu Keperawatan

Oleh:

Shindy Anggreini Putri

NIM. 105070201131001

JURUSAN KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

MALANG

2014

repository.ub.ac.id

HALAMAN PENGESAHAN

TUGAS AKHIR

PENGARUH TERAPI *SLEEP HYGIENE* TERHADAP GANGGUAN TIDUR PADA ANAK USIA SEKOLAH YANG MENJALANI HOSPITALISASI

Shindy Anggreini Putri
NIM. 105070201131001

Telah diuji pada
Hari : Kamis
Tanggal : 04 Desember 2014

Dan dinyatakan LULUS oleh:

Penguji I

dr. Danik Agustin Purwantiningrum, MKes
19720822 199802 2 002

Penguji II/Pembimbing I

Dr. Ahsan, S.Kp, M.Kes
19640814 198401 1 001

Penguji III/Pembimbing II

Ns. Rinik Eko Kapti, S.Kep,M.Kep
19820131 200812 2 003

Ketua Jurusan Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Prof. Dr. dr. Kusworini, M.Kes, Sp.PK
19560331 198802 2 001

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

ABSTRAK

Putri, Shindy Anggreini. 2014. ***Pengaruh Terapi Sleep Hygiene terhadap Gangguan Tidur pada Anak Usia Sekolah yang Menjalani Hospitalisasi*.** Tugas Akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Dr. Ahsan, S.Kp, M.Kes. (2) Ns. Rinik Eko Kapti, S.Kep, M.Kep.

Gangguan tidur merupakan masalah yang sering muncul pada populasi anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi. Pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur penting untuk mendapatkan energi demi memulihkan status kesehatan. Terapi *sleep hygiene* sebagai salah satu terapi non-farmakologis gangguan tidur mempromosikan pembentukan rutinitas tidur, pola tidur yang baik dan tidur berkualitas. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi. Penelitian semu dengan desain *non-equivalent control pre test-post test* dilakukan pada 16 responden kelompok kontrol dan intervensi dengan memberikan intervensi *sleep hygiene* pada kelompok intervensi. Analisis uji T dependen menunjukkan hasil signifikan (p=0,002) pada kelompok intervensi dan uji T independen menunjukkan nilai signifikan pada *post test* (p=0,002). Kesimpulan penelitian ini adalah terdapat pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi secara nyata.

Kata kunci : Gangguan tidur, Anak Usia Sekolah, Hospitalisasi, *Sleep Hygiene.*

repository.ub.ac.id

ABSTRACT

Putri, Shindy Anggreini. 2014. **Therapeutic Effects of Sleep Hygiene to Sleep Disturbance in Hospitalized School-Aged Children.** Final Project, Nursing Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Supervisors : (1) Dr. Ahsan, S.Kp, M.Kes. (2) Ns. Rinik Eko Kapti, S.Kep, M.Kep.

Sleep disturbances are problem which emerge frequently in the population of hospitalized school-aged children. Fulfilling the need for rest and sleep is important to gain the energy for restoring health status. Sleep hygiene therapy as one of the non-pharmacological therapy for sleep disturbance promote the establishment of sleep routine, a good sleep patterns and quality. This research aims to know the influence of sleep hygiene therapy to sleep disturbance in school-aged children who underwent hospitalization. Quasi experimental with non-equivalent control pre test – post test design conducted on 16 respondents of control and intervention group by providing sleep hygiene intervention in the intervention group. The paired T-test analysis showed significant results (p=0.002) in the intervention group and independent T test showed a significant value on the post test (p=0.002). This study conclude that there is an evident influence of sleep hygiene therapy to sleep disturbances in school-aged children who underwent hospitalization.

Keywords : Sleep Disturbances, School-Aged Children, Hospitalization, Sleep Hygiene.

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

DAFTAR ISI

Halaman Judul i
Halaman Pengesahan ii
Halaman Persetujuan iii
Halaman Peruntukan iv
Kata Pengantar v
Abstrak vii
Abstract viii
Daftar Isi ix
Daftar Tabel xii
Daftar Gambar xiii
Daftar Lampiran xiv

BAB I PENDAHULUAN
1.1 Latar Belakang 1
1.2 Rumusan Masalah 4
1.3 Tujuan Penelitian 4
1.4 Manfaat Penelitian 4

BAB II TINJAUAN PUSTAKA
2.1 Konsep Hospitalisasi Pada Anak
2.1.1 Definisi Hospitalisasi 6
2.1.2 Stresor Hospitalisasi 7
2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Respon Anak terhadap Hospitalisasi 9
2.1.4 Reaksi dan Dampak Hospitalisasi pada Anak Usia Sekolah 10
2.2 Konsep Tidur
2.2.1. Definisi Tidur 12
2.2.2. Fisiologi Tidur 12
2.2.3. Tahapan Tidur 13
2.2.4. Mekanisme Tidur 16
2.2.5. Faktor yang Mempengaruhi Tidur 19
2.3 Konsep Gangguan Tidur
2.3.1. Definisi Gangguan Tidur 21
2.3.2. Penyebab Gangguan Tidur 22
2.3.3. Klasifikasi Gangguan Tidur 22
2.4 Konsep *Sleep Hygiene*
2.4.1 Definisi *Sleep Hygiene* 27
2.4.2 Perkembangan *Sleep Hygiene* 28
2.4.3 Hal Utama dalam *Sleep Hygiene* 31
2.4.4 *Sleep Hygiene* untuk Anak 32
2.5 Patofisiologi Gangguan Tidur dari Stres Hospitalisasi 34
2.6 Kerangka Teori 35

BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN
3.1 Kerangka Konsep 37
3.2 Hipotesis Penelitian 38

BAB IV METODE PENELITIAN
4.1 Rancangan Penelitian 39
4.2 Populasi dan Sampel
4.2.1 Populasi 40
4.2.2 Sampel 40
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel 41
4.2.4 Jumlah Sampel 42
4.3 Variabel Penelitian
4.3.1 Dependen 43
4.3.2 Independen 43
4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian 44
4.5 Bahan dan Alat
4.5.1 Alat Ukur Penelitian 44
4.5.1.1 Data Karakteristik Responden 44
4.5.1.2 Kuesioner Kebiasaan Tidur Anak di Rumah Sakit 44
4.5.2 Uji Validitas dan Reliabilitas 45
4.6 Definisi Operasional 46
4.7 Pengumpulan Data
4.7.1 Administratif 48
4.7.2 Pelaksanaan 48
4.8 Analisis Data
4.8.1 Pre Analisa 49
4.8.2 Analisa
4.8.2.1 Univariat 49
4.8.2.2 Bivariat 50
4.9 Etika Penelitian 50
4.10 Prosedur Penelitian 52

BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA
5.1 Karakteristik Responden 53
5.1.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia 53
5.1.2 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Jenis Kelamin 54
5.1.3 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Pengalaman Rawat Inap Sebelumnya 55
5.1.4 Distribusi Skor Gangguan Tidur 56
5.2 Pengaruh Terapi *Sleep Hygiene* terhadap Gangguan Tidur 56
5.2.1 Perbedaan Gangguan Tidur *Pre test* dan *Post Test* Pada Kelompok Kontrol 57
5.2.2 Perbedaan Gangguan Tidur *Pre test* dan *Post Test* Pada Kelompok Intervensi 58
5.2.3 Perbedaan Gangguan Tidur *Pre test* dan *Post Test* Antar Kelompok 58
5.2.4 Perbandingan Perubahan Tidur Yang Dialami Anak Usia Sekolah Saat Hospitalisasi Pada *Pre test* dan *Post test* Di Kelompok Kontrol dan Intervensi 59

BAB VI PEMBAHASAN
6.1 Karakteristik Responden 61
6.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia 61
6.1.2 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Jenis Kelamin 62
6.1.3 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Pengalaman Rawat Inap Sebelumnya 63
6.1.4 Distribusi Skor Gangguan Tidur 64
6.2 Pengaruh *Sleep Hygiene* terhadap Gangguan Tidur 64
6.2.1 Perbedaan Gangguan Tidur *Pre Test* dan *Post Test* Pada Setiap Kelompok 64
6.2.2 Perbedaan Gangguan Tidur *Pre Test* dan *Post Test* Antar Kelompok 68
6.3 Keterbatasan Penelitian 71
6.4 Implikasi Keperawatan
6.4.1 Praktik dan Pelayanan Keperawatan 72
6.4.2 Penelitian dan Pendidikan Keperawatan 72

BAB VII PENUTUP
7.1 Kesimpulan 73
7.2 Saran 74
Daftar Pustaka 76
LAMPIRAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Angka kesakitan anak di Indonesia berdasarkan Survei Kesehatan Nasional (Susenas) tahun 2010 di daerah perkotaan menurut kelompok usia 0-4 tahun sebesar 25,8%, usia 5-12 tahun sebanyak 14,91%, usia 13-15 tahun sekitar 9,1%, usia 16-21 tahun sebesar 8,13%. Angka kesakitan anak di Indonesia disebabkan oleh penyakit akut seperti penyakit pernafasan 50%, infeksi dan penyakit parasit 11%, cedera 15% dan ketidakmampuan yang dapat diukur dengan aktivitas dalam derajat tertentu (Pless dan Pless, 1997 dalam Wong, 2009). Anak usia prasekolah dan usia sekolah rentan terkena penyakit, sehingga banyak anak pada usia tersebut yang harus dirawat di rumah sakit dan menyebabkan populasi anak yang dirawat di rumah sakit mengalami peningkatan yang sangat dramatis (Wong, 2009). Rata-rata anak mendapat perawatan selama enam hari. Di Indonesia 30% dari 180 anak antara 3 sampai 12 tahun mempunyai pengalaman dengan rumah sakit (Luthfi, 2007).

Hospitalisasi atau dirawat di rumah sakit terbukti dapat menyebabkan gangguan istirahat-tidur, ketidakmampuan klien mendapatkan posisi yang nyaman dan rasa nyeri merupakan penyebab tersering gangguan istirahat-tidur (Craven & Hirnle, 2000). Hagemann menemukan bahwa anak-anak berusia 3 sampai 8 tahun yang menjalani hospitalisasi kehilangan 20% sampai 25% dari waktu tidur yang diharapkan mereka, terutama karena latensi tidur berkepanjangan. Penelitian lain oleh White mencatat waktu tidur yang lebih telat secara signifikan pada anak-anak rawat inap. Anak hospitalisasi diduga beresiko

mengalami insomnia pediatrik karena faktor lingkungan yang rawat inap dan masalah medis, seperti nyeri dan kecemasan (Hagemann *et al*., 1981, White *et al*., 1988, 1990, Meltzer *et al*., 2007 dalam Meltzer *et al*., 2007). Stresor yang diterima anak selama dirawat dapat berupa lingkungan rumah sakit yang asing, rasa nyeri dan penyakit yang anak alami serta pemeriksaan medis di rumah sakit sehingga stres pada anak dapat menyebabkan gangguan tidur, penurunan nafsu makan dan gangguan perkembangan yang dapat menunda proses penyembuhan penyakit. Anak kemudian dapat menunjukkan ciri-ciri yang maladaptif yaitu anak menjadi tidak kooperatif, tidur tidak nyenyak, tidak mau makan serta mungkin ditunjukkan dengan reaksi regresi yang diekspresikan secara verbal maupun non verbal (Kazemi *et al*., 2012 & Wong, 2003).

Keadaan stres yang dialami anak akan menimbulkan reaksi tubuh dalam menghantarkan rangsangan keatas melalui batang otak dan akhirnya menuju puncak median hipotalamus. Selanjutnya hipotalamus akan merangsang kelenjar hipofisis anterior melepaskan *Adrenocorticotropic hormone* (ACTH) yang berperan dalam pelepasan kortisol secara cepat yang menyebabkan rangsangan susunan saraf pusat otak yang berakibat tubuh menjadi waspada dan sulit tidur (Guyton, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh Wahyuningsih & Febriana (2011) di Ruang Anak RS Baptis Kediri menunjukkan hasil bahwa sebanyak 62% responden anak yang menjalani hospitalisasi mengalami pola dan kualitas tidur yang buruk.

Gangguan tidur sangat lazim dalam populasi khusus, termasuk anak-anak hospitalisasi, namun hanya sedikit data yang ada mengenai perawatan gangguan tidur pada populasi ini. Apabila kebutuhan istirahat dan tidur tersebut cukup, maka jumlah energi yang diharapkan untuk memulihkan status kesehatan

dan mempertahankan kegiatan dalam kehidupan sehari-hari terpenuhi (Alimul, 2006). Proses perbaikan sel-sel yang rusak dalam kondisi tidur didorong oleh *Growth Hormone* (GH) yang dihasilkan pada tahap tidur dalam. Mengingat tidur berhubungan dengan fungsi imun dan kesembuhan pada pasien maka penting bagi perawat untuk mengoptimalkan kualitas dan kuantitas pada pasien anak yang menjalani hospitalisasi. Medikasi terkait pengobatan untuk gangguan tidur pada anak-anak belum ada yang diterima oleh *Food and Drug Administration* (FDA) sehingga terapi non-farmakologis lebih aman dilakukan.

Terapi *sleep hygiene* diupayakan dengan membina kebiasaan atau ritual yang konsisten yang mencakup aktivitas waktu tenang sebelum tidur sebagai pendekatan awal untuk mengatasi insomnia dan kesulitan tidur lainnya dan secara umum dapat digambarkan sebagai promosi perilaku untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas tidur yang diperoleh seorang individu setiap malam. *Sleep hygiene* mengacu pada sekumpulan daftar hal-hal yang dapat dilakukan untuk memfasilitasi mulainya tidur dan mempertahankannya. Daftar ini berisi beberapa komponen yang meningkatkan kecenderungan alami untuk tidur dan mengurangi hal yang mengganggu tidur (Butkov & Lee-Chiong, 2007).

Seperti uraian di atas, anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi berjumlah cukup tinggi terutama karena penyakit akut dan gangguan tidur merupakan masalah yang sering muncul namun penangannya pada populasi ini masih kurang sehingga memerlukan perhatian khusus untuk ditangani dengan salah satu terapi non-farmakologis berupa *sleep hygiene*. Hal tersebut membuat peneliti tertarik untuk menyelidiki adanya pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dirumuskan masalah :

Apakah *sleep hygiene* berpengaruh terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui adanya pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gangguan tidur yang dialami oleh anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi.
2. Mengidentifikasi terapi *sleep hygiene* pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi.
3. Menganalisis pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan tambahan yang bermanfaat untuk pengembangan ilmu keperawatan khususnya kurikulum pediatrik dan menambah pengetahuan tentang gangguan tidur yang dialami oleh anak usia sekolah saat menjalani hospitalisasi serta memberikan sumbangan untuk pengembangan konsep keperawatan yang terkait dan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya mengenai gangguan tidur.

1.4.2 Manfaat Praktis

Hasil penelitian yang diperoleh akan menunjukkan keefektifan terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur yang dialami anak usia sekolah saat menjalani hospitalisasi sehingga diharapkan terapi ini dapat diaplikasikan prakteknya baik dalam lingkungan klinis maupun sehari-hari. Penelitian ini juga diharapkan dapat dijadikan bahan pertimbangan bagi perawat dalam upaya merespon dan menangani gangguan tidur serta pemecahan masalah dalam memberikan asuhan keperawatan yang tepat bagi anak usia sekolah yang mengalami gangguan tidur pada saat menjalani hospitalisasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Hospitalisasi Pada Anak

2.1.1 Definisi Hospitalisasi

Hospitalisasi adalah masuknya individu ke rumah sakit sebagai pasien dengan berbagai alasan seperti untuk pemeriksaan diagnostik, prosedur operasi, perawatan medis, pemberian obat dan menstabilkan atau pemantauan kondisi tubuh (Costello, 2008)

Hospitalisasi adalah proses karena suatu alasan yang terencana atau darurat, mengharuskan anak untuk tinggal di rumah sakit. Menjalani terapi dan perawatan sampai dipulangkan kembali ke rumah. Di rawat di rumah sakit tetap merupakan masalah besar dan menimbulkan ketakutan, cemas, bagi anak. Dampak hospitalisasi yang dialami bagi anak dan keluarga akan menimbulkan stres dan tidak merasa aman (Supartini, 2004).

Hospitalisasi untuk perawatan penyakit akut memberikan pengobatan yang diperlukan untuk penyakit dalam jangka waktu yang singkat dengan tujuan debit (discharge) segera setelah pasien sehat dan stabil. Penyakit dan hospitalisasi seringkali menjadi krisis pertama yang harus dihadapi anak. Anak-anak, terutama usia satu tahunan, sangat rentan terhadap krisis penyakit dan hospitalisasi karena stres akibat perubahan dari keadaan sehat dan rutinitas lingkungan serta karena anak memiliki jumlah mekanisme koping yang terbatas untuk menyelesaikan stresor (Hockenberry & Wilson, 2009).

2.1.2 Stresor Hospitalisasi

Hospitalisasi merupakan suatu keadaan krisis pada anak, saat anak sakit dan dirawat di rumah sakit. Keadaaan ini terjadi karena anak berusaha untuk beradaptasi dengan lingkungan baru yaitu rumah sakit, sehingga kondisi tersebut menjadi faktor stresor bagi anak baik terhadap anak maupun orang tua dan keluarga. Adapun stresor utama dari hospitalisasi adalah sebagai berikut :

a. Cemas akibat perpisahan

Kecemasan pada anak akibat perpisahan dengan orang tua atau orang yang menyayangi merupakan sebuah mekanisme pertahanan dan karakteristik normal dalam perkembangan anak (Mendez *et al*., 2008, dalam Ramdaniati, 2011). Perawatan di rumah sakit memaksa anak untuk berpisah dari lingkungan yang dirasakan aman, penuh kasih sayang dan menyenangkan, yaitu lingkungan rumah, permainan dan teman sepermainan (Supartini, 2004). Jika perpisahan itu dapat dihindari, maka anak-anak akan memiliki kemampuan yang besar untuk menghadapi stress lainnya. Perilaku utama yang ditampilkan anak sebagai respon dari kecemasan akibat perpisahan ini terdiri atas tiga fase (Wong, 2009), yaitu:

1) Fase Protes

Pada fase protes anak-anak bereaksi secara agresif terhadap perpisahan dengan orang tua. Anak menangis dan berteriak memanggil orang tuanya, menolak perhatian dari orang lain, dan sulit dikendalikan. Perilaku yang dapat diamati pada anak usia prasekolah antara lain menyerang orang asing secara verbal, misal dengan kata “pergi”; menyerang orang asing secara fisik, misalnya memukul atau mencubit; mencoba kabur; mencoba menahan orang tua secara fisik agar tetap menemaninya. Perilaku tersebut dapat berlangsung dari

beberapa jam hingga beberapa hari. Protes dengan menangis dapat terus berlangsung dan hanya berhenti jika lelah. Pendekatan orang asing dapat mencetuskan peningkatan stres.

2) Fase Putus Asa

Pada fase putus asa, tangisan berhenti dan mulai muncul depresi. Anak kurang aktif, tidak tertarik untuk bermain atau terhadap makanan dan menarik diri dari orang lain. Perilaku yang dapat diobservasi adalah tidak aktif, menarik diri dari orang lain, depresi, sedih, tidak tertarik terhadap lingkungan, tidak komunikatif, mundur ke perilaku awal seperti menghisap ibu jari atau mengompol. Lama perilaku tersebut berlangsung bervariasi. Kondisi fisik anak dapat memburuk karena menolak untuk makan, minum atau bergerak.

3) Fase Pelepasan

Anak menjadi lebih tertarik pada lingkungan sekitar, bermain dengan orang lain dan tampak membentuk hubungan baru. Perilaku yang dapat diobservasi adalah menunjukan peningkatan minat terhadap lingkungan sekitar, berinteraksi dengan orang asing atau pemberi asuhan yang dikenalnya, membentuk hubungan baru namun dangkal, tampak bahagia. Biasanya terjadi setelah perpisahan yang terlalu lama dengan orang tua. Hal tersebut merupakan upaya anak untuk melepaskan diri dari perasaan yang kuat terhadap keinginan akan keberadaan orang tuanya.

b. Kehilangan kendali

Kehilangan kendali yang dirasakan anak saat dirawat di rumah sakit merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi jumlah stres anak. Kurangnya kendali akan meningkatkan persepsi ancaman dan dapat mempengaruhi keterampilan koping anak-anak (Hockenbery & Wilson, 2009).

Anak akan kehilangan kebebasan dalam mengembangkan otonominya akibat sakit dan dirawat di rumah sakit. Anak akan bereaksi agresif dengan marah dan berontak akibat ketergantungan yang dialaminya (Supartini, 2004).

Aktivitas rutinitas rumah sakit seperti tirah baring yang lama dan dipaksakan, penggunaan pispot, ketidakmampuan memilih menu, kurangnya privasi bantuan mandi di tempat tidur dapat menyebabkan ancaman keamanan bagi anak. Selain itu lingkungan rumah sakit dan kondisi penyakit juga dapat menyebabkan perasaan hilang kendali. Salah satu masalah yang paling signifikan dari anak usia sekolah ini adalah berpusat pada perasaan bosan (Hockenbery & Wilson, 2009)

c. Cedera tubuh dan adanya nyeri

Nyeri dan ketidaknyamanan secara fisik yang dialami anak saat hospitalisasi merupakan salah satu kondisi yang mungkin akan dihadapi selain perpisahan dengan rutinitas dan orang tua, lingkungan yang asing, serta kehilangan kontrol (Pilliteri, 2009 dalam Ramdaniati, 2011). Konsep nyeri dan penyakit yang dimiliki oleh seorang anak akan berbeda bergantung dari tingkat perkembangannya begitu pula dengan respon terhadap nyeri. Perkembangan kognitif anak menentukan pola pikir dan konsep terhadap sakit dan rasa nyeri (Wong, 2009).

2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Respon Anak terhadap Hospitalisasi

Menurut Supartini (2004) reaksi anak terhadap sakit dan hospitalisasi di pengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

a. Tingkat perkembangan anak

Perkembangan anak terhadap sakit berbeda-beda sesuai tingkat perkembangan anak. Berkaitan dengan umur anak, semakin muda anak maka

akan semakin sukar baginya untuk menyesuaikan diri dengan pengalaman di rumah sakit.

b. Pengalaman dirawat di rumah sakit sebelumnya

Apabila anak pernah mengalami tidak menyenangkan saat dirawat di rumah sakit sebelumnya, akan menyebabkan anak takut dan trauma, sebaliknya apabila saat dirawat di rumah sakit anak mendapatkan perawatan yang baik dan menyenangkan maka anak akan lebih kooperatif pada perawat dan dokter.

c. Dukungan keluarga

Anak akan mencari dukungan yang ada dari orang lain untuk melepaskan tekanan akibat penyakit yang dideritanya. Anak biasanya akan meminta dukungan kepada orang terdekat dengannya contohnya orang tua atau saudaranya. Perilaku ini biasanya ditandai dengan permintaan anak untuk ditunggui selama dirawat di rumah sakit, didampingi saat dilakukan *treatment* padanya, minta dipeluk saat merasa takut dan cemas bahkan sangat merasa ketakutan.

d. Perkembangan koping dalam menangani stresor

Apabila mekanisme koping anak baik dalam menerima keadaan bahwa dia harus dirawat di rumah sakit maka akan lebih kooperatif anak tersebut dalam menjalani perawatan di rumah sakit.

2.1.4 Reaksi dan Dampak Hospitalisasi pada Anak Usia Sekolah

Anak usia sekolah yang dirawat di rumah sakit, stresor yang dihadapi anak adalah lingkungan baru dan asing, pengalaman yang menyakitkan dengan petugas, prosedur tindakan keperawatan, diagnostik dan terapi, berpisah dengan orang tua dalam arti semetara. Kondisi ini akan menyebabkan anak mengalami kecemasan (Rasmun, 2004). Anak usia sekolah membayangkan dirawat di

rumah sakit merupakan hukuman, dipisahkan, merasa tidak aman dan kemandiriannya terlambat. Mereka menjadi ingin tahu dan bingung, anak bertanya kenapa orang itu, mengapa berada di rumah sakit, bermacam pertanyaan dilontarkan karena anak tidak mengetahui yang sedang terjadi (Wong & Whaley, 2007).

Mekanisme pertahanan utama anak usia sekolah adalah reaksi formasi, yaitu suatu mekanisme pertahanan yang tidak disadari, anak menganggap suatu tindakan adalah berlawanan dengan dorongan hati yang mereka sembunyikan. Anak usia sekolah dapat bereaksi terhadap perpisahan dengan menunjukkan kesedihan, kebosanan, isolasi, dan depresi. Anak mungkin juga menunjukkan agresi, iritabilitas, serta kemampuan berhubungan dengan saudara kandung dan teman sebayanya. Perasaan kehilangan kendali dikaitkan dengan bergantung pada orang lain dan gangguan peran dalam keluarga. Takut cedera dan nyeri tubuh merupakan akibat dari rasa takut terhadap penyakit, kecacatan dan kematian (Muscari, 2001).

Beberapa anak usia sekolah, kemampuan menguasai stres hospitalisasi merupakan dasar dalam mencapai peningkatan koping untuk mengatasi kesulitan situasi lain (Potts, Mandleco, 2007). Anak bereaksi terhadap stres pada saat sebelum, selama dan setelah proses hospitalisasi. Perubahan perilaku yang dapat diamati pada anak setelah pulang dari rumah sakit adalah merasa kesepian, tidak mau lepas dari orang tua, menuntut perhatian dari orang tua dan takut perpisahan (Supartini, 2004). Dampak negatif hospitalisasi juga berhubungan dengan lamanya rawat inap, tindakan invasif yang dilakukan serta kecemasan orang tua. Respon yang biasa muncul pada anak akibat hospitalisasi antara lain regresi, cemas karena perpisahan, apatis, takut, dan gangguan tidur

terutama terjadi pada anak yang berusia kurang dari 7 tahun (Melnyk, 2000, dalam Ramdaniati, 2011).

2.2 Konsep Tidur

2.2.1 Definisi Tidur

Menurut Chopra (2003), tidur merupakan dua keadaan yang bertolak belakang dimana tubuh beristirahat secara tenang dan aktivitas metabolisme juga menurun namun pada saat itu juga otak sedang bekerja lebih keras selama periode bermimpi dibandingkan dengan ketika beraktivitas di siang hari. Tidur adalah suatu proses perubahan kesadaran yang terjadi berulang-ulang selama periode tertentu (Potter dan Perry, 2005). Dari sudut pandang ilmiah, tidur didefinisikan atas dasar perilaku orang saat tidur maupun perubahan fisiologis terkait yang terjadi dengan ritme listrik otak yang terjaga dalam tidur. Kriteria perilaku terdiri dari kurangnya mobilitas atau mobilitas sedikit, gerakan mata lambat, karakteristik posisi tidur spesifik, berkurangnya respon terhadap rangsangan eksternal, meningkatnya waktu reaksi, peningkatan ambang terbangun, fungsi kognitif terganggu dan keadaan sadar reversibel. Kriteria fisiologis didasarkan pada temuan di *Elektro Ensefalo Grafi* (EEG), *Elektro Oculo Grafi* (EOG) dan *Elektro Mio Grafi* (EMG) (Chokroverty, 2009).

2.2.2 Fisiologi Tidur

Selama tidur dalam tubuh seseorang terjadi perubahan proses fisiologis. Perubahan tersebut antara lain :

a. Penurunan tekanan darah, denyut nadi
b. Dilatasi pembuluh darah perifer
c. Kadang-kadang terjadi peningkatan aktivitas traktus gastrointestinal

d. Relaksasi otot-otot rangka

e. Basal metabolisme rate (BMR) menurun 10-30%

Tidur tidak dapat diartikan sebagai manifestasi deaktifasi sistem saraf pusat. Sebab pada orang yang tidur, sistem saraf pusatnya tetap aktif dalam sinkronisasi terhadap neuron-neuron substansia retikularis dari batang otak. Ini dapat diketahui melalui pemeriksaan EEG. Alat tersebut dapat memperlihatkan fluktuasi energi (gelombang otak) pada kertas grafik (Asmadi, 2008).

Sistem yang mengatur siklus atau perubahan dalam tidur adalah Reticular Activating *System* (RAS) dan *Bulbar Synchronizing Regional* (BSR) yang terletak pada batang otak (Potter & Perry, 2005). RAS merupakan sistem yang mengatur seluruh tingkatan kegiatan susunan saraf pusat termasuk kewaspadaan dan tidur. RAS ini terletak dalam mesenfalon dan bagian atas pons. Selain itu RAS dapat memberi rangsangan visual, pendengaran, nyeri dan perabaan juga dapat menerima stimulasi dari korteks serebri termasuk rangsangan emosi dan proses pikir. Dalam keadaan sadar, neuron dalam RAS akan melepaskan katekolamin seperti norepineprin. Demikian juga pada saat tidur, disebabkan adanya pelepasan serum serotonin dari sel khusus yang berada di pons dan batang otak tengah, yaitu BSR (Potter dan Perry, 2005).

2.2.3 Tahapan Tidur

Hakekatnya tidur dapat diklasifikasikan ke dalam dua kategori yaitu tidur dengan gerakan bola mata cepat (*Rapid Eye Movement*-REM) dan tidur dengan gerakan bola mata lambat (*Non-Rapid Eye Movement*-NREM). Tidur diawali dengan fase NREM yang terdiri dari empat stadium, yaitu tidur stadium satu, tidur stadium dua, tidur stadium tiga dan tidur stadium empat; lalu diikuti oleh fase REM.

a. Tidur NREM

Merupakan tidur yang nyaman dan dalam. Pada tidur NREM gelombang otak lebih lambat dibandingkan pada orang yang sadar atau tidak tidur. Tanda-tanda tidur NREM antara lain: mimpi berkurang, keadaan istirahat, tekanan darah turun, kecepatan pernafasan turun, metabolisme turun dan gerakan bola mata lambat(Asmadi, 2008). Tidur NREM, yang terdiri dari tahap 1, 2, 3 dan 4, biasanya terjadi pada 60 sampai 90 menit pertama tidur, diikuti oleh tidur REM. Tidur satu malam biasanya terdiri dari 4-6 siklus NREM-REM (Lee, 2012).

Tahap-tahap tidur NREM :

1) Tahap I

Tahap I merupakan tahap transisi di mana seseorang beralih dari sadar menjadi tidur. Pada tahap I ini ditandai dengan seseorang merasa kabur dan rileks, seluruh otot menjadi lemas, kelopak mata menutup mata, kedua bola mata bergerak ke kiri dan ke kanan, kecepatan jantung dan pernafasan menurun secara jelas, pada EEG terlihat terjadi penurunan voltasi gelombang-gelombang alfa. Seseorang yang tidur pada tahap I ini dapat dibangunkan dengan mudah.

2) Tahap II

Tahap tidur ringan dan proses tubuh terus turun. Tahap II ini ditandai dengan kedua bola mata berhenti bergerak, suhu tubuh menurun, tonus otot perlahan-lahan berkurang, serta kecepatan jantung dan pernafasan turun dengan jelas. Pada EEG timbul gelombang beta yang berfrekuensi 14-18 siklus/detik. Tahap II berlangsung sekitar 10-15 menit.

3) Tahap III

Pada tahap ini, keadaan fisik lemah lunglai karena tonus otot lenyap secara menyeluruh. Kecepatan jantung, pernafasan, dan proses tubuh berlanjut

mengalami penurunan akibat dominasi sistem saraf parasimpatis. Pada EEG memperlihatkan perubahan gelombang beta menjadi 1-2 siklus/detik. Seseorang yang tidur pada tahap III ini sulit untuk dibangunkan.

4) Tahap IV

Tahap IV merupak tahap tidur di mana seseorang berada dalam keadaan rileks, jarang bergerak karena keadaan fisik yang sudah lemah lunglai, dan sulit dibangunkan. Pada EEG tampak hanya terlihat gelombang delta yang lambat dengan frekuensi 1-2 siklus/detik. Denyut jantung dan pernafasan menurun sekitar 20-30%. Pada tahap ini dapat terjadi mimpi. Selain itu, tahap IV ini dapat memulihkan keadaan tubuh.

Selain keempat tahap tersebut, sebenarnya ada satu tahap lagi yakni tahap V. Tahap kelima ini merupakan tidur REM dimana setelah tahap IV seseorang masuk ke tahap V. Hal tersebut ditandai dengan kembali bergeraknya kedua bola mata yang berkecepatan lebih tinggi dari tahap-tahap sebelumnya. Tahap V ini berlangsung sekitar 10 menit, dapat pula terjadi mimpi.

b. Tidur REM

Tidur REM merupakan tidur dalam kondisi aktif atau tidur paradoksial. Hal tersebut berarti tidur REM ini sifatnya nyenyak sekali, namun fisiknya yaitu gerakan bola matanya bersifat sangat aktif. Tidur REM ditandai dengan mimpi, otot-otot kendor, tekanan darah bertambah, gerakan mata cepat (mata cenderung bergerak bolak-balik), sekresi lambung meningkat, ereksi penis pada laki-laki, gerakan otot tidak teratur, kecepatan jantung, dan pernafasan tidak teratur sering lebih cepat, serta suhu dan metabolisme meningkat (Asmadi, 2008). REM disebut juga aktivitas otak yang tinggi dalam tubuh yang lumpuh atau tidur paradoks (Ganong, 1998). Pada waktu REM jam pertama prosesnya

berlangsung lebih cepat dan menjadi lebih intens dan panjang saat menjelang pagi atau bangun (Japardi, 2002).

2.2.4 Mekanisme Tidur

Pengaturan mekanisme tidur dan bangun sangat dipengaruhi oleh sistem yang disebut *Reticular Activity System* (RAS). Bila aktivitas RAS ini meningkat maka orang tersebut dalam keadaan sadar, jika aktivitas RAS menurun orang tersebut akan dalam keadaan tidur. Aktivitas RAS ini sangat dipengaruhi oleh aktivitas neurotransmitter seperti sistem serotoninergik, noradrenergik, kolinergik, histaminergik (Japardi, 2002).

a. Sistem serotoninergik

Hasil serotoninergik sangat dipengaruhi oleh hasil metabolisme asam amino triptofan. Dengan bertambahnya jumlah triptofan, maka jumlah serotonin yang terbentuk juga meningkat akan menyebabkan keadaan mengantuk/tidur. Bila serotonin dalam triptofan terhambat pembentukannya, maka terjadi keadaan tidak bisa tidur. Aktivitas serotonis di *nucleus raphe dorsalis* berhubungan dengan REM tidur.

b. Sistem adrenergik

Neuron yang terbanyak mengandung norepinefrin terletak di badan sel *nucleus cereleus* di batang otak. Kerusakan sel neuron pada lokus *cereleus* sangat mempengaruhi penurunan atau hilangnya REM tidur. Obat-obatan yang mempengaruhi peningkatan aktivitas neuron noradrenergik akan menyebabkan penurunan yang jelas pada tidur REM dan peningkatan keadaan jaga.

c. Sistem kolinergik

Menurut Sitaram dkk, (1976) dalam (Japardi, 2002) membuktikan dengan pemberian prostigimin intravena dapat mempengaruhi episode tidur REM.

Stimulasi jalur kolinergik ini, mengakibatkan aktivitas gambaran EEG seperti dalam kedaan jaga. Gangguan aktivitas kolinergik sentral yang berhubungan dengan perubahan tidur ini terlihat pada orang depresi, sehingga terjadi pemendekan latensi tidur REM.

d. Sistem hormon

Siklus tidur dipengaruhi oleh beberapa hormon seperti *Adrenal* Corticotropin *Hormone* (ACTH), *Growth Hormon* (GH), *Tyroid Stimulating Hormon* (TSH), *Lituenizing Hormon* (LH). Hormon-hormon ini masing-masing disekresi secara teratur oleh kelenjar hipofisis anterior melalui jalur hipotalamus. Sistem ini secara teratur mempengaruhi pengeluaran neurotransmitter norepinefrin, dopamin, serotonin yang bertugas mengatur mekanisme tidur dan bangun.

Proses tidur juga berada di bawah kontrol formasio retikularis. Seperti keadaan terjaga, tidur adalah proses aktif yang terjadi apabila pusat tertentu di batang otak mengirim sinyal inhibisi dengan pelepasan neurotransmiter serotonin oleh sel formasio retikularis ke neuron di sepanjang RAS. Serotonin menghambat stimulasi RAS, yang secara temporer mengakhiri perilaku yang disadari. Kadar serotonin di otak akhirnya turun, dan individu tersebut bangun. Tidur dan terjaga biasanya mengikuti pola siklik kecuali pola tersebut dihambat, diubah atau diinterupsi (Corwin, 2009).

Menurut Postawski (2004), terdapat sistem dasar yang mengatur tidur dan energi serta kualitas tidur kita yang ditentukan oleh seberapa lelap dan seberapa lama kita tidur. Sistem mekanisme ini disebut sleep clock. Sleep clock terdiri dari sejumlah variabel dalam tubuh yang memberitahu kapan seseorang

merasa lelah dan terjaga. Variabel utama tersebut adalah circadian rhytm, melatonin dan cahaya matahari, level aktivitas dan keterjagaan sebelumnya.

a. *Circadian rhythm*

Circadian *rhythm* adalah ritme suhu tubuh. Setiap orang memiliki ritme suhu tubuh masing-masing. Biasanya, ritme suhu tubuh akan mengikuti pola yang sama. Suhu tubuh sebenarnya tidak konstan 37^0C, melainkan naik-turun seiring jam bertambah dalam satu hari. Perbedaan suhu tubuh yang terjadi sekitar 2^0C. Saat suhu tubuh naik, seseorang menjadi lebih terjaga dan energik, sedangkan saat suhu tubuh turun menjadi lebih lelah dan malas. Ritme suhu tubuh inilah penyebab rasa mengantuk dan terbangun pada jam yang sama setiap hari. Secara umum, suhu tubuh akan meningkat pada pagi hingga mencapai puncak pada sekitar siang menjelang sore, kemudian suhu tubuh akan menurun hingga mencapai titik terendah sebelum meningkat lagi. Selain itu, dapat dilihat bahwa pada siang hari suhu tubuh kita sempat menurun. Hal ini menjelaskan mengapa pada siang hari terkadang merasa mengantuk dan membutuhkan tidur siang.

b. Melatonin dan cahaya matahari

Melatonin adalah hormon yang dibentuk kelenjar pineal dan retina, bertugas untuk membuat seseorang tertidur dan mengembalikan energi fisik ketika kita tidur. Apabila melatonin tinggi, seseorang akan merasa mengantuk, lemah, dan sebagainya. Level melatonin dalam tubuh sangat tergantung pada jumlah cahaya matahari yang diterima mata pada suatu hari. Banyak cahaya matahari akan memperlambat proses pembentukan melatonin, sebaliknya kekurangan cahaya matahari akan membuat peningkatan secara cepat pada jumlah melatonin yang berakibat timbulnya rasa mengantuk dan lelah.

c. Level aktivitas

Jumlah pergerakan dan latihan kardiovaskular yang dilakukan pada saat malam berimbas besar pada ritme suhu tubuh. Setiap bergerak atau berolahraga akan meningkatkan kenaikan suhu dengan cepat yang bisa sangat bermanfaat bagi sistem tidur. Beraktivitas dapat meningkatkan puncak suhu tubuh lebih tinggi pada siang hari dan meningkatkan level energi, memperlambat turunnya suhu tubuh pada akhir hari sehingga membuat terjaga lebih lama dan pada akhirnya akan menyebabkan tidur yang lebih lelap.

d. Keterjagaan sebelumnya

Keterjagaan seseorang di hari sebelumnya juga sangat berpengaruh terhadap *sleep clock*, karena keterjagaan sebelumnya sangat berkaitan dengan 3 faktor di atas. Dengan lebih lama terjaga, seseorang dapat melakukan level aktivitas yang lebih tinggi. Selain itu terjaga lebih lama nyaris berarti lebih banyak pula terkena cahaya matahari. Karena itu, apabila seseorang tidur 8-9 jam per hari dan tetap merasa lemas, ini bisa berarti membutuhkan tidur lebih sedikit. Tidur terlalu banyak harus meningkatkan keterjagaannya untuk mendapat tidur yang lebih lelap dan ritme suhu tubuh yang lebih seimbang.

2.2.5 Faktor yang Mempengaruhi Tidur

Pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur setiap orang berbeda-beda. Ada yang kebutuhannya terpenuhi dengan baik maupun yang mengalami gangguan. Seseorang bisa tidur ataupun tidak dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya sebagai berikut :

a. Status kesehatan

Seseorang yang kondisi tubuhnya sehat memungkinkan ia dapat tidur dengan nyenyak. Tetapi pada orang yang sakit dan rasa nyeri, maka kebutuhan

istirahat dan tidurnya tidak dapat dipenuhi dengan baik sehingga ia tidak dapat tidur dengan nyenyak. Misalnya, pada klien yang menderita gangguan pada sistem pernafasan dengan kondisi yang sesak nafas, maka seseorang tidak dapat istirahat dan tidur.

b. Lingkungan

Pada lingkungan yang tenang memungkinkan seseorang dapat tidur dengan nyenyak. Sebaliknya lingkungan yang ribut, bising dan gaduh akan menghambat seseorang untuk tidur.

c. Stres psikologis

Cemas dan depresi akan menyebabkan gangguan pada frekuensi tidur. Kondisi cemas akan meningkatkan norepinefrin darah melalui sistem saraf simpatis yang mengurangi tahap IV NREM dan REM.

d. Diet

Makanan yang banyak mengandung L-Triptofan seperti keju, susu, daging, dan ikan tuna dapat menyebabkan seseorang mudah tidur. Sebaliknya, minuman yang mengandung kafein maupun alkohol akan mengganggu tidur.

e. Gaya hidup.

Kelelahan dapat mempengaruhi pola tidur seseorang. Kelelahan tingkat menengah membuat orang dapat tidur dengan nyenyak. Sedangkan pada kelelahan yang berlebihan akan menyebabkan periode tidur REM lebih pendek.

f. Obat-obatan.

Obat-obatan yang dikonsumsi seseorang ada yang berefek menyebabkan tidur, ada pula yang sebaliknya mengganggu tidur. Misalnya, obat golongan amfetamin akan menurunkan REM.

g. Motivasi.

Motivasi merupakan suatu dorongan atau keinginan seseorang untuk tidur, yang dapat mempengaruhi proses tidur. Keinginan untuk tetap terjaga terkadang dapat menutupi perasaan lelah seseorang. Sebaliknya perasaan bosan atau tidak adanya motivasi untuk terjaga sering kali dapat menyebabkan kantuk.

h. Nutrisi.

Terpenuhinya kebutuhan nutrisi yang cukup dapat mempercepat proses tidur. Protein yang tinggi dapat mempercepat terjadinya proses tidur, karena adanya triptofan yang merupakan asam amino dari protein yang dicerna. Demikian sebaliknya, kebutuhan gizi yang kurang dapat juga mempengaruhi proses tidur, bahkan terkadang sulit untuk tidur (Aswadi, 2008).

2.3 Konsep Gangguan Tidur

2.3.1 Definisi Gangguan Tidur

Gangguan tidur adalah perubahan pola atau kebiasaan tidur. Kantuk di siang hari yang berlebihan, napas tidak teratur atau banyak gerakan selama tidur, sulit tidur dan perilaku tidur abnormal adalah tanda-tanda gangguan tidur. Sebuah gangguan tidur dapat mempengaruhi kesehatan, keselamatan, dan kualitas hidup secara keseluruhan (MayoClinic, 2013). Gangguan tidur adalah sekelompok sindrom yang ditandai dengan gangguan dalam jumlah tidur individu, kualitas atau waktu tidur, atau dalam perilaku maupun kondisi fisiologis yang berkaitan dengan tidur (*Encyclopedia of Children's Health*). Tidur yang terganggu dapat berarti banyak hal tetapi sering disamakan dengan insomnia, yang secara klinis didefinisikan sebagai kesulitan terus-menerus dalam memulai

atau mempertahankan tidur, atau tidur non-restoratif, yang menyebabkan tekanan yang signifikan di siang hari dan gangguan fungsi sosial atau pekerjaan. (*American Psychiatric Association*, 2000)

2.3.2 Penyebab Gangguan Tidur

Gangguan tidur dapat disebabkan faktor fisik, psikologis dan lingkungan. Gangguan tidur sering memiliki lebih dari satu penyebab, misalnya, faktor-faktor seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, gaya hidup, stres emosional dan akhirnya lingkungan fisik di mana orang tidur, semua dapat mempengaruhi gangguan tidur. (Poter PA, Patrishia AG dalam Eslami Akbar R, 2012).

Penyebab gangguan tidur, dapat dibagi menjadi 4 kategori utama berdasarkan gejala : 1) insomnia, atau kesulitan memulai dan mempertahankan tidur terus menerus, 2) kantuk yang berlebihan, 3) gangguan irama sirkadian tidur-bangun, di mana siklus tidur-bangun yang tidak sinkron dengan siklus siang-malam, dan 4) parasomnia, di mana motorik yang tidak diinginkan, perilaku dan aktivitas otonom terjadi sebelum, selama, atau setelah tidur.

2.3.3 Klasifikasi Gangguan Tidur

International *Classification of Sleep Disorder* membagi jenis-jenis gangguan tidur menjadi 4 kategori utama :

a. *Dissomnia*

Dissomnia adalah gangguan tidur yang menyebabkan baik kantuk berlebihan atau kesulitan dalam memulai atau mempertahankan tidur. Disomnia dibagi menjadi tiga kelompok utama: gangguan tidur intrinsik, gangguan tidur ekstrinsik, dan gangguan tidur irama sirkadian.

1) Gangguan tidur intrinsik

Gangguan tidur intrinsik terutama gangguan tidur yang baik berasal atau berkembang dalam tubuh atau yang timbul dari penyebab dalam tubuh. Istilah intrinsik menyiratkan bahwa penyebab utama dari gangguan adalah kelainan pada fisiologi atau patologi dalam tubuh.

a) Gangguan utama yang menyebabkan insomnia : insomnia psikofisiologis, keadaan mispersepsi tidur, sindrom kaki gelisah, dan idiopatik insomnia
b) Gangguan utama yang menyebabkan mengantuk berlebihan : narkolepsi, hipersomnia berulang, hipersomnia idiopatik, dan hipersomnia pasca-trauma
c) Gangguan utama yang menyebabkan baik insomnia maupun mengantuk berlebihan : sindrom apnea tidur obstruktif, sindrom sleep apnea pusat, sindrom hipoventilasi alveolar sentral, dan gangguan gerakan tungkai periodik

2) Gangguan tidur ekstrinsik

Gangguan tidur ekstrinsik termasuk gangguan yang berasal atau berkembang dari penyebab di luar tubuh. Faktor eksternal merupakan bagian integral dalam menyebabkan gangguan tidur, dan penghapusan faktor eksternal mengarah ke resolusi gangguan tidur. Yang termasuk gangguan tidur eksternal: tidur yang tidak sehat, lingkungan, insomnia tinggi, perubahan posisi tidur, sindrom kekurangan tidur, insomnia alergi makanan, sindrom makan/minum nokturnal, induksi toksik, ketergantungan alkohol, obat hipnotik atau stimulant

3) Gangguan tidur irama sirkadian

Gangguan tidur irama sirkadian adalah gangguan yang terkait dengan waktu tidur dalam 24 jam sehari. Beberapa gangguan ini dipengaruhi oleh waktu periode tidur yang berada di bawah kontrol individu (misalnya, kerja

shift atau perubahan zona waktu), sedangkan yang lain adalah gangguan mekanisme neurologis (misalnya, pola tidur-bangun tidak teratur dan sindrom fase tidur maju). Beberapa gangguan ini bisa hadir di kedua bentuk intrinsik dan ekstrinsik, namun, hubungan umunya adalah melalui *chronobiologic*, mekanisme patofisiologi menentukan untuk mengenalinya sebagai kelompok gangguan yang homogen. Fitur utama dari gangguan ini adalah ketidaksesuaian antara pola tidur pasien dan pola tidur yang diinginkan atau dianggap sebagai norma sosial.

Kebanyakan gangguan tidur irama sirkadian masalah mendasar adalah bahwa pasien tidak bisa tidur ketika tidur sedang diinginkan, dibutuhkan, atau diharapkan. Sebagai hasil dari episode tidur yang terjadi pada waktu yang tidak tepat, periode bangun yang sesuai dapat terjadi pada waktu yang tidak diinginkan. Oleh karena itu, pasien mengeluh insomnia atau kantuk berlebihan. Yang termasuk kelompok ini adalah : sindrom *jet lag*, perubahan jadwal kerja, sindroma fase terlambat tidur, sindroma fase tidur belum waktunya, bangun tidur tidak teratur, tidak tidur selama 24 jam.

b. Parasomnia

Parasomnia terdiri dari gangguan klinis yang bukan kelainan proses yang bertanggung jawab untuk tidur dan keadaan terjaga, melainkan merupakan fenomena fisik yang tidak diinginkan yang terjadi terutama saat tidur. Parasomnia adalah gangguan terbangun, terbangun parsial, dan transisi tahap tidur. Banyak dari parasomnia adalah manifestasi dari aktivasi sistem saraf pusat. Perubahan sistem saraf otonom dan aktivitas otot rangka adalah fitur dominan dari kelompok gangguan ini. Parasomnia dibagi menjadi empat kelompok sebagai berikut :

1) Gangguan terbangun

Gangguan terbangun dikelompokkan bersama karena gangguan terbangun dari tidur telah dianggap sebagai penyebab gangguan ini. Terjadinya gangguan ini dalam gelombang tidur lambat adalah fitur khasnya. Hal yang termasuk dalam gangguan terbangun dari tidur adalah terbangun konfusional, tidur berjalan dan teror tidur.

2) Gangguan transisi tidur-bangun

Gangguan transisi tidur-bangun terjadi pada transisi dari terjaga hingga tidur, dalam transisi dari tidur menjadi terjaga, atau, lebih jarang, dalam transisi keadaan tidur. Yang termasuk dalam gangguan ini adalah gerak tiba-tiba, tidur berbicara, kram kaki dan gangguan gerak berirama.

3) Parasomnia berhubungan dengan gerakan cepat mata (REM)

Parasomnia ini biasanya berhubungan dengan tahap tidur REM. Dikelompokkan bersama karena beberapa mekanisme patofisiologis umum yang mendasari terkait dengan tidur REM mungkin mendasari gangguan ini. Yang termasuk gangguan ini adalah gangguan mimpi buruk, gangguan tingkah laku, gangguan *sinus arrest* dan paralisis tidur.

4) Parasomnia lainnya

Parasomnia lain adalah parasomnia yang tidak termasuk ke dalam kategori gangguan terbangun, gangguan transisi tidur-bangun, atau parasomnia yang terkait dengan tidur REM. Yang termasuk parasomnia lainnya adalah *bruxism* (otot rahang mengeram), mengompol, sukar menelan dan distonia paroksismal.

c. Gangguan tidur berhubungan dengan mental, neurologis, atau gangguan kesehatan

Gangguan yang bukan merupakan gangguan tidur utama tetapi merupakan gangguan mental, neurologis, ataupun medis yang mempunyai gangguan tidur atau kantuk berlebihan sebagai fitur utama dari gangguan. Jenis gangguan dibagi menjadi tiga kelompok sebagai berikut :

1) Berhubungan dengan gangguan mental

Kebanyakan gangguan mental dapat memiliki gangguan tidur yang terkait. Gangguan tidur paling umum hadir pada pasien dengan psikosis, gangguan mood, gangguan kecemasan, gangguan panik, dan alkoholisme.

2) Berhubungan dengan gangguan neurologis

Gangguan neurologis yang umumnya terkait dengan gangguan tidur adalah gangguan degeneratif serebral, demensia, dan penyakit Parkinson.

3) Berhubungan dengan gangguan medis lainnya

Berbagai gangguan kesehatan lainnya dengan gejala yang terjadi selama tidur atau yang menyebabkan gangguan tidur misalnya *sleeping sickness*, iskemia nokturnal jantung, PPOK, penyakit maag peptikum dan fibromyalgia

d. Gangguan tidur yang diusulkan/yang tidak terklasifikasi

Gangguan yang tidak memiliki cukup informasi yang tersedia untuk mengkonfirmasi keberadaan tegas dari gangguan. Yang termasuk dalam gangguan ini adalah : tidur pendek, tidur panjang, gangguan tidur terkait menstruasi dan kehamilan.

2.4 Konsep *Sleep Hygiene*

2.4.1 Definisi *Sleep Hygiene*

Sleep hygiene adalah praktek perilaku yang meningkatkan kualitas tidur, durasi tidur yang cukup, dan kesiapan penuh di siang hari. *Sleep hygiene* penting untuk memprediksi kualitas dan kuantitas tidur pada seseorang (Kor & Mullan, 2011, Mastin et al., 2006 dalam Nursalam et al., 2013).

Sleep hygiene melibatkan praktek perilaku berdasarkan pemahaman tentang fisiologi dan farmakologi tidur, serta faktor lingkungan yang telah diidentifikasi untuk mempromosikan tidur yang baik. Pertama kali diperkenalkan oleh Peter Hauri pada tahun 1977, *sleep hygiene* telah menjadi alat yang umum dari dokter dalam pengobatan insomnia. Perawatan *sleep hygiene* untuk insomnia menargetkan masalah perilaku yang mungkin menghasilkan atau mempertahankan kesulitan dalam memulai atau mempertahankan tidur. Dalam proposal awal, Hauri mendirikan satu set sederhana pedoman untuk memperbaiki tidur (Smith, Comella, Högl, 2008).

Praktek *sleep hygiene* mencakup berbagai perilaku dan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kualitas tidur. *Sleep hygiene* yang inadekuat diperkenalkan sebagai kategori diagnostik dalam International *Classification of Sleep Disorders* (ICSD) pada tahun 1991 dengan definisi baru yang muncul dalam edisi 2005 oleh *American Academy of Sleep Disorders*. Seseorang harus memiliki keluhan tidur dan hanya menunjukkan salah satu perilaku yang tercantum dalam rangka memenuhi syarat untuk diagnosis ini. Saat ini, beberapa praktek *sleep hygiene* dalam berbagai macam populasi didasarkan kriteria diagnostik berikut (Brown, et al, 2006; Lebourgeois, Giannotti, Cortesi, Wolfson & Harsh, 2005; Stepanski & Wyatt, 2003 dalam Barker, 2008).

Ciri Praktek *Sleep Hygiene* Inadekuat :

a. Tidur siang hari setidaknya dua kali setiap minggu.
b. Memiliki waktu tidur dan waktu bangun yang berbeda-beda.
c. Seringkali (2-3x per minggu) menghabiskan jumlah waktu yang lebih lama yang dihabiskan di tempat tidur.
d. Rutin menggunakan produk yang mengandung alkohol, tembakau, atau kafein pada periode sebelum tidur.
e. Penjadwalan latihan/olahraga terlalu dekat dengan waktu tidur.
f. Terlibat dalam kegiatan menarik atau menjengkelkan terlalu dekat dengan waktu tidur.
g. Sering menggunakan tempat tidur untuk kegiatan lain selain tidur (misalnya, menonton TV, membaca, belajar).
h. Tidur di tempat tidur tidak nyaman (kasur tipis, selimut tidak memadai).
i. Membiarkan kamar tidur menjadi terlalu terang, terlalu penuh, terlalu berantakan, terlalu panas, terlalu dingin, atau dalam beberapa hal tidak kondusif untuk tidur.
j. Melakukan kegiatan yang menuntut konsentrasi tingkat tinggi sesaat sebelum tidur.
k. Membiarkan aktivitas mental, seperti berpikir, berencana, dan mengingat-ingat terjadi di tempat tidur.

2.4.2 Perkembangan *Sleep Hygiene*

Melalui psikoedukasi dan saran umum, pasien dianjurkan untuk membatasi perilaku yang dianggap mengganggu tidur seperti konsumsi nikotin atau alkohol dan untuk menciptakan lingkungan yang kondusif untuk tidur (misalnya mengatur suhu kamar).

Edukasi *sleep hygiene* tradisional Hauri terdiri dari daftar 10 rekomendasi : (1) menghindari *oversleeping* / tidur berlebih, (2) menetapkan waktu bangun yang teratur, (3) latihan setiap hari, (4) mengurangi kebisingan yang berpotensi mengganggu, (5) mengatur suhu kamar, (6) makan makanan ringan sebelum tidur untuk mengatur rasa lapar, (7) menghindari penggunaan kronis hipnotik, (8) menghindari kafein di malam hari, (9) menghindari alkohol sebelum tidur, dan (10) tidak melawan ketidakmampuan untuk tidur, seperti menyalakan lampu kembali dan melakukan sesuatu yang lain. Konseptualisasi berikutnya dari *sleep hygiene* telah memperluas daftar rekomendasi untuk memasukkan hal-hal seperti menghilangkan jam kamar tidur, menambahkan mandi air hangat atau *pre-sleep activities* santai yang rutin, sehingga lebih mengaburkan garis antara edukasi *sleep hygiene* dan intervensi lainnya.

Tiga kategori utama *sleep hygiene* termasuk rutinitas tidur, lingkungan tidur dan makan atau minum sebelum tidur. Dengan pengetahuan *sleep hygiene* yang tepat, perilaku dan kebiasaan baru dapat dimasukkan dalam keseharian yang lebih mempromosikan pola tidur yang sehat daripada mengganggunya. Melakukan dan menjaga *sleep hygiene* yang baik juga dianjurkan bagi mereka yang menderita masalah tidur selain insomnia atau kondisi medis atau psikologis lain yang mempengaruhi tidur secara negatif. Intervensi *sleep hygiene* untuk anak hospitalisasi layak dilakukan sebagai langkah-langkah untuk usaha meningkatkan tidur.

Beberapa penelitian telah dilakukan terkait *sleep hygiene* dan dampaknya terhadap tidur. Di negara berkembang seperti Indonesia, studi tentang perilaku *sleep hygiene* masih sedikit. Salah satunya adalah penelitian oleh Nursalam, dkk.(2013) yang melakukan penelitian terkait *sleep hygiene* pada remaja Bali.

Hasil dari penelitian adalah *sleep hygiene* remaja Bali berada pada kategori kurang dan sedang.

Penelitian sebelumnya tentang *sleep hygiene* :

Tabel 2.4 Penelitian-penelitian terkait

Peneliti	Tan *et al*. (2012)	LeBourgeois *et al.* (2005)	Witcher *et al.* (2012)
Judul	*Sleep hygiene intervention for youth aged 10 to 18 years with problematic sleep: a before-after pilot study*	*The Relationship Between Reported Sleep Quality and Sleep Hygiene in Italian and American Adolescents*	*Sleep Hygiene and Problem Behaviors in Snoring and Non-Snoring School-Age Children*
Variabel	Dependen	Dependen	Dependen
	praktek *sleep hygiene,* kualitas tidur, gejala siang hari	*self-report* kualitas tidur	masalah perilaku siang hari bermasalah
	Independen	Independen	Independen
	intervensi *sleep hygiene*	praktek *sleep hygiene*	*sleep hygiene* yang buruk
Instrumen	*Adolescent Sleep Hygiene Scale* (ASHS), *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), *Sleep Disturbance Scale for Children* (SDSC), *Pediatric Daytime Sleepiness Scale* (PDSS)	*Adolescent Sleep-Wake Scale* (ASWS), *Adolescent Sleep Hygiene Scale* (ASHS), *Pubertal Development Scale* (PDS), dan *Morningness/ Eveningness* (M/E) *Scale*	*Children's Sleep Hygiene Scale* (CSHS) dan *Conners' Parent Rating Scales-Revised* (CPRS-R:L)
Hasil	Program edukasi *sleep hygiene* mungkin efektif meningkatkan tidur pada anak dan remaja	Hubungan linear sedang sampai kuat ditemukan antara *sleep hygiene* dan kualitas tidur	Ada hubungan buruknya *sleep hygiene* pada anak yang mengorok dengan masalah perilaku siang hari

2.4.3 Hal Utama dalam *Sleep Hygiene*

Dr. Tom Jackson (2012) menulis dalam sebuah artikel di situs *Star City Health* mengenai empat pilar dari *sleep hygiene* yang baik pada anak. Seperti kesehatan gigi, menanamkan kebiasaan *sleep hygiene* yang baik di awal akan mendorong retensi dan pendukungan kebiasaan yang baik sepanjang hidup anak.

Sleep hygiene bahkan dapat membantu anak-anak menghindari seluruh pembawa gangguan tidur yang berhubungan. Berikut ini adalah empat pilar *sleep hygiene* yang baik :

a. Jadwal Tidur (*Bedtime Schedule*)

Membuat rutinitas tidur yang bekerja untuk anak dan kemudian menaatinya. Tidur dan siklus bangun harus bertindak selaras dengan semua siklus tubuh lainnya, seperti suhu tubuh, metabolisme, jadwal diet dan aktivitas hormonal, ini disebut *circadian rhythm*. Tubuh dirancang untuk secara alami mencari "*homeostasis*" atau kondisi di mana semua sistem tubuh menemukan keseimbangan. Untuk mencapai homeostasis itu, semua *circadian rhythm* harus sinkron dengan lancar antara satu dengan yang lain.

b. Rutinitas Tidur (*Bedtime Routine*)

Membentuk rutinitas tidur yang teratur untuk anak. Sebuah rutinitas tidur yang teratur, sekitar 30 menit selama menjelang waktu tidur itu sendiri adalah bagaimana hal tersebut dapat membantu anak untuk mempersiapkan tidur malam yang baik. Rutinitas tidur termasuk keterlibatan dalam kegiatan menghibur dan akrab yang juga santai.

c. Kondisi Lingkungan Kamar Tidur (*Environmental Conditions of the Bedroom*)

Kualitas tertentu dari pengaturan kamar anak untuk tidur dapat memainkan peran penting dalam kualitas tidur. Pengkondisian dapat berupa mengatur suhu dan gelapnya ruangan yang nyaman, memastikan ventilasi cukup dan memberi lingkungan yang tenang.

d. Perilaku dan Kebiasaan Siang Hari (*Daytime Behaviors and Habits*)

Faktor yang mempengaruhi tidur anak yang paling banyak bahkan tidak terjadi pada malam hari. Sebaliknya, berbagai kebiasaan dan perilaku yang berdampak besar pada tidurnya terjadi di siang hari.

2.4.4 *Sleep Hygiene* untuk Anak

Seattle Children's Hospital menyarankan sebuah daftar *sleep* hygiene berisi 16 poin untuk anak sebagai berikut :

a. Mempertahankan waktu tidur dan waktu bangun yang konsisten.
b. Menghindari menghabiskan banyak waktu selain tidur di ranjang. Menghabiskan berjam-jam berbaring di tempat tidur melakukan kegiatan lain sebelum tidur membuat otak tidak terbiasa untuk menghubungkan ranjang dengan waktu tidur .
c. Kamar tidur anak harus sejuk, tenang dan nyaman .
d. Waktu tidur harus mengikuti urutan peristiwa yang terprediksi, seperti menyikat gigi dan membaca cerita .
e. Latihan fisik sebagai bagian dari keseharian membantu waktu tidur berjam-jam kemudian.
f. Menghindari kegiatan stimulasi tinggi sebelum tidur, seperti menonton televisi dan bermain video game.

g. Membalikkan jam dari anak agar tidak dapat dilihat.

h. Teknik relaksasi seperti melakukan napas perut dalam yang lambat atau membayangkan adegan positif seperti berada di pantai dapat membantu anak rileks.

i. Menghindari kafein (soda, coklat, teh, kopi) di sore/malam hari. Bahkan walaupun kafein tidak mencegah jatuh tertidur namun masih dapat menyebabkan tidur dangkal atau sering terbangun

j. Tidak boleh khawatir saat waktu tidur. Anak harus didorong untuk berpikir dan berdiskusi tentang kekhawatiran mereka dengan orang tua dan tidur setelah kekhawatirannya hilang.

k. Lebih baik bagi anak yang terjaga di tempat tidur dan tidak bisa diam untuk keluar dari kamar untuk melakukan aktivitas stimulasi rendah (misalnya membaca), kemudian kembali ke tempat tidur untuk tidur lagi.

l. Anak-anak harus ditidurkan dalam keadaan mengantuk, tapi masih terjaga. Membiarkan anak tertidur di tempat lain membentuk kebiasaan yang sulit untuk dirubah.

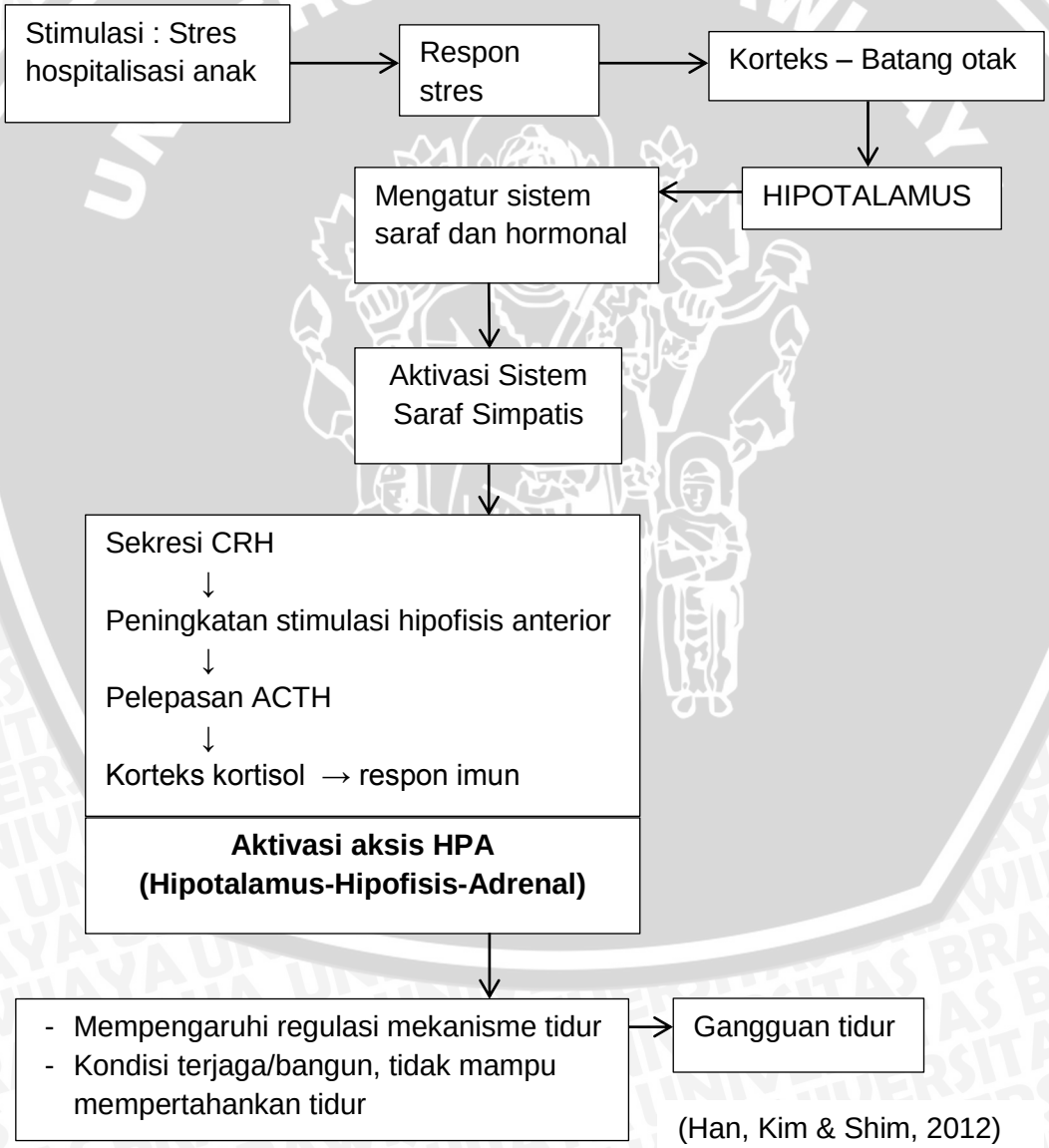
m. Objek untuk kenyamanan seperti boneka, mainan atau selimut akan banyak membantu anak pada waktu tidur.

n. Jika anak tidak pernah mengantuk di waktu tidur yang direncanakan, penundaan sementara waktu tidur sekitar 30 menit sampai anak mulai mengantuk dapat dicoba sehingga anak tertidur lebih cepat setelah mereka naik ke tempat tidur. Tidur kemudian harus secara bertahap dimajukan hingga waktu tidur awal yang diinginkan tercapai.

o. Ketika memeriksa pada anak di malam hari, pemeriksaan harus "singkat dan membosankan". Tujuannya adalah untuk meyakinkan anak adanya kehadiran seseorang dan anak baik-baik saja.

p. Mengisi sle*ep diary* untuk melacak tidur siang, waktu tidur malam dan kegiatan untuk menemukan pola dan daerah sasaran masalah.

2.5 Patofisiologi Gangguan Tidur dari Stres Hospitalisasi



(Han, Kim & Shim, 2012)

Gambar 2.5 Patofisiologi Gangguan Tidur dari Stres Hospitalisasi

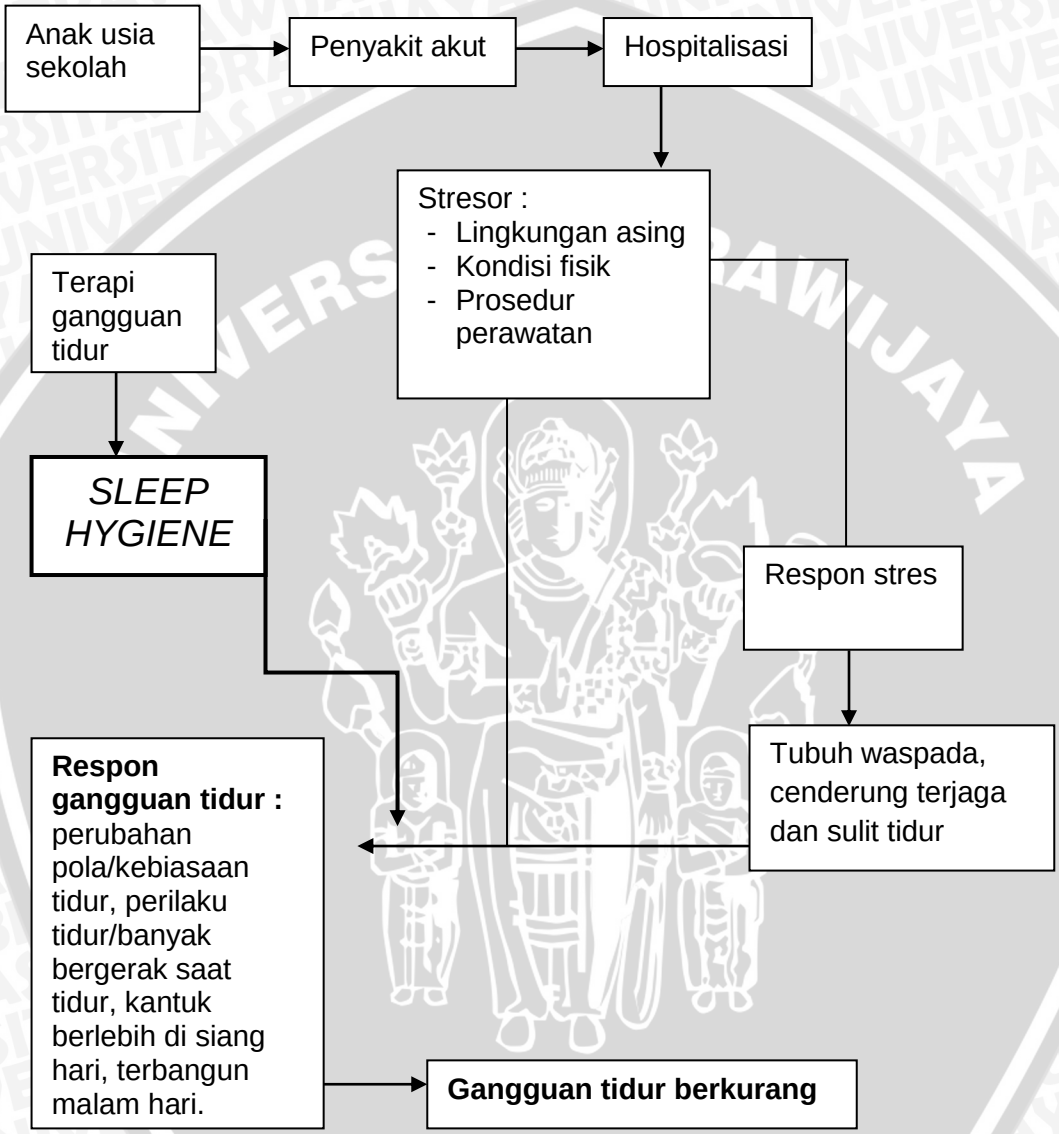
2.6 Kerangka Teori

Hospitalisasi dianggap sebagai suatu peristiwa yang bisa membuat stres pada anak-anak. Stressor yang diterima anak selama dirawat dapat berupa lingkungan rumah sakit yang asing, kondisi fisik seperti rasa sakit dan penyakit yang anak alami, prosedur perawatan dan pemeriksaan medis di rumah sakit. Hospitalisasi untuk perawatan penyakit akut memberikan pengobatan yang diperlukan untuk penyakit dalam jangka waktu yang singkat dengan tujuan *discharge* segera setelah pasien sehat dan stabil. Keadaan fisik yang tidak nyaman karena nyeri dari penyakit akut yang diderita dan mekanisme *coping* terhadap lingkungan asing dalam jangka waktu yang pendek tersebut akan memunculkan respon pada anak, salah satunya adalah gangguan tidur yang dipicu oleh stress dan kecemasan saat berada di rumah sakit dengan merangsang respon tubuh yang menyebabkan tubuh cenderung waspada dan sulit tidur.

Gangguan tidur dikarakteristikkan sebagai perubahan pola/kebiasaan tidur, perilaku tidur/banyak bergerak saat tidur, kantuk berlebih di siang hari, perilaku tidur abnormal dan gangguan ini cenderung disebabkan faktor eksternal. Karakteristik tersebut sangat mungkin terjadi pada anak berpenyakit akut yang dihospitalisasi.

Mendapatkan tidur yang lebih baik di rumah sakit sangat penting karena berbagai efek yang merugikan kesehatan yang berpotensi dapat memperburuk pemulihan atau penyembuhan klien. *Sleep hygiene* merupakan salah satu terapi yang paling aman sebagai tindakan pertama mengatasi gangguan tidur. *Sleep hygiene* merujuk pada berbagai pola dan perilaku yang dapat diadopsi atau dilakukan dengan mudah dalam usaha mempromosikan tidur yang berkualitas.

Terapi ini dapat diterapkan pada pasien anak yang dihospitalisasi untuk membangun sebuah pola tidur pada *setting* rumah sakit dan dapat dilanjutkan untuk dijadikan kebiasaan tidur yang baik dalam kehidupan anak sehari–hari.

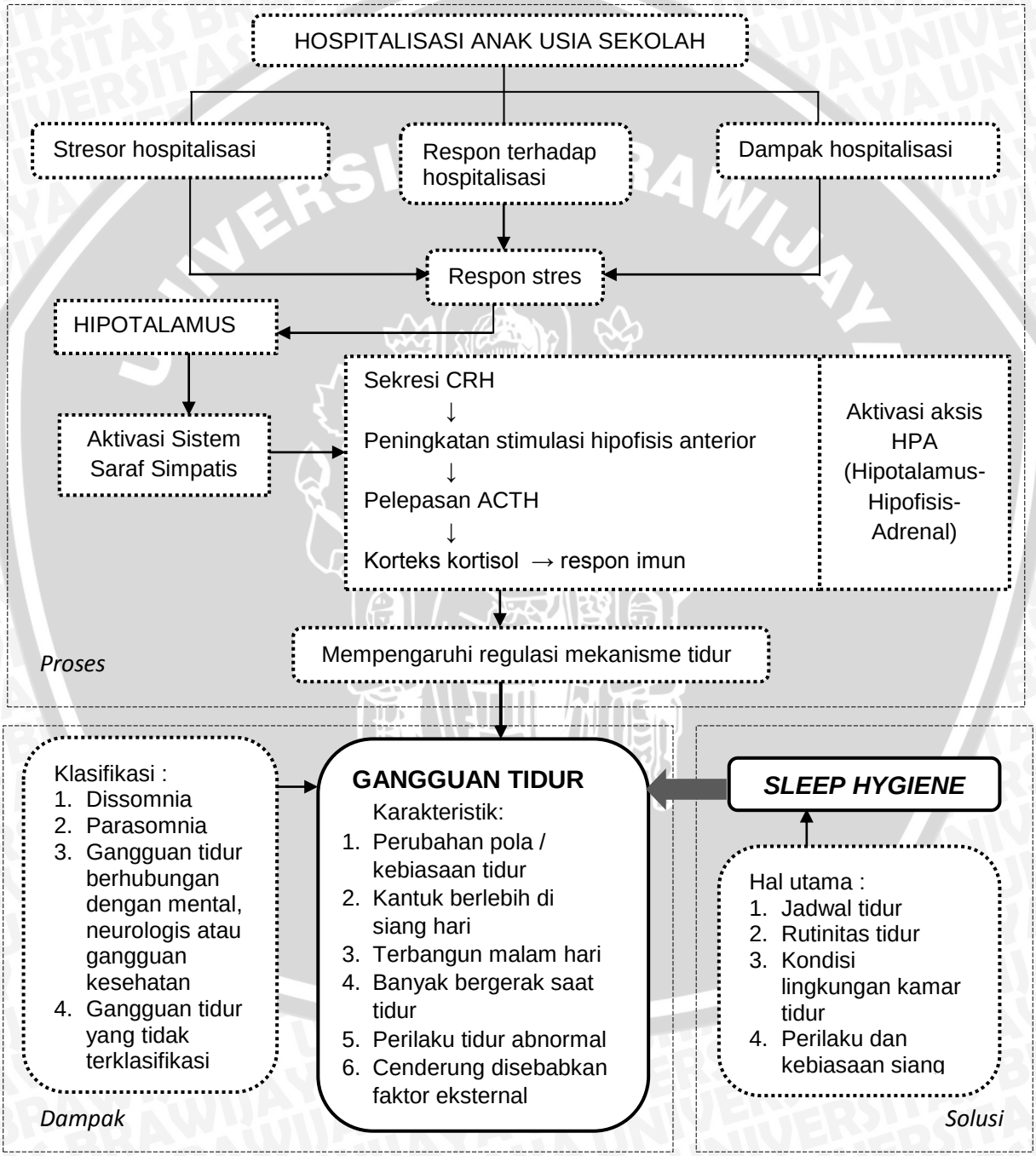


Gambar 2.6 Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Keterangan : Diteliti Tidak diteliti

3.2 Hipotesis Penelitian

3.2.1 Hipotesis Nol

H_0 : Tidak ada pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi

3.2.2 Hipotesis Alternatif

H_1 : Ada pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif. Rancangan penelitian ini adalah penelitian semu atau *quasi experimental* dengan *nonequivalent control group pretest-posttest design*. Desain *non-equivalent control group pretest-posttest design* merupakan metode eksperimental dengan melibatkan kelompok intervensi dan kelompok kontrol, dengan masing-masing kelompok dilakukan pengukuran atau observasi sebelum dan sesudah diberikan intervensi (Polit & Beck, 2003). Rancangan *non-equivalent control group* ini sangat baik digunakan untuk evaluasi program pendidikan kesehatan. Pada desain penelitian *non-equivalent control group pretest-posttest design* tidak dilakukan pengacakan (Sevilla et al, 2006)

Peneliti ingin mencari tahu pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi. Penelitian dilakukan dengan menggunakan dua kelompok yaitu kelompok intervensi anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi yang mendapatkan perlakuan terapi *sleep hygiene* dan kelompok kontrol anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi yang tidak diberikan perlakuan

Subjek	Pre	Perlakuan	Post
I	O1	X	O2
K	O3	-	O4

Tabel 4.1 Tabel *non-equivalent control group pretest-posttest design*

Keterangan :

I : Kelompok intervensi

K : Kelompok kontrol

X : Perlakuan dengan intervensi terapi *sleep hygiene*

\- : Perlakuan standar aktifitas di rumah sakit

O1 : *Pre Test* kelompok eksperimen

O2 : *Post Test* kelompok eksperimen

O3 : *Pre Test* kelompok kontrol

O4 : *Post Test* kelompok kontrol

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah anak usia sekolah (6-12 tahun) yang menjalani hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan, Kepanjen.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari populasi yang mewakili populasi tersebut (Saryono, 2011). Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. *Purposive sampling* disebut juga *judgement sampling* adalah suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti, sehingga sampe tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam, 2008).

Pengambilan kelompok perlakuan dan kontrol dengan karakteristik yang sama bertujuan untuk menghomogenkan sampel. Sampel dimasukkan ke masing-masing kelompok dengan cara acak. Sampel diambil dari anak usia sekolah (6-12 tahun) yang menjalani hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan yang memenuhi kriteria inklusi dan dianggap mewakili seluruh populasi.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Sampel diambil secara *nonprobability sampling* berupa *purposive sampling* untuk menentukan sampel dari populasi dengan pertimbangan tertentu. Kriteria pengambilan sampel ada dua, yaitu kriteria inklusi dan eksklusi.

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum yang terdapat pada subyek penelitian (Sastroasmoro & Ismael, 2010). Adapun kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1) Anak berusia 6-12 tahun
2) Anak dengan penyakit akut (penyakit pernafasan, cedera, infeksi dan penyakit parasit)
3) Anak dirawat minimal 5 hari
4) Anak berada dalam kondisi stabil atau *maintenance*
5) Anak dengan kesadaran *compos mentis* dan mampu berkomunikasi baik secara verbal maupun non verbal
6) Anak dan ibu atau keluarga bersedia dan setuju jika anak menjadi responden serta bersedia menandatangani *informed consent*

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah karakteristik atau faktor yang menyebabkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi tidak dapat ikut dalam penelitian (Sastroasmoro dan Ismael, 2010). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :

1) Anak yang memiliki gangguan visual dan pendengaran
2) Anak dengan kelainan jiwa dan retardasi mental

Anak yang memenuhi kriteria inklusi dan diambil menjadi sampel adalah anak yang menjalani hospitalisasi dengan diagnosis penyakit akut seperti ISPA,

gastroenteritis akut, demam, DBD, pneumoni, infeksi saluran kemih, infeksi kulit, infeksi cacing dan infeksi telinga.

4.2.4 Jumlah Sampel

Besar sampel dihitung dengan menggunakan rumus besar sampel untuk penelitian analitik numerik tidak berpasangan. Pada penelitian analitik numerik tidak berpasangan, ditentukan oleh nilai rata-rata dan standar deviasi pada penelitian sebelumnya (Dahlan, 2009). Rumus besar sampel untuk penelitian analitik numerik tidak berpasangan adalah :

$$N_1 = N_2 = 2\left(\frac{(Z\alpha+Z\beta)S}{X_1-X_2}\right)^2$$

$$S = \sqrt{\frac{{S_1}^2(n_1-1)+{S_2}^2(n_2-1)}{n_1+n_2-2}}$$

Keterangan :

Zα = deviat baku alpha 1,96 (nilai z 95% confidence interval α = 0,05)

Zβ = deviat baku beta 1,64

S = simpangan baku gabungan

X1 - X2= selisih rerata minimal yang dianggap bermakna

S1 = simpangan baku kelompok 1 pada penelitian sebelumnya

n1 = besar sampel kelompok 1 pada penelitian sebelumnya

S2 = simpangan baku kelompok 2 pada penelitian sebelumnya

n2 = besar sampel kelompok 2 pada penelitian sebelumnya

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan Rajin (2012) tentang terapi *Spiritual Emotional Freedom Tehnique* (SEFT) untuk meningkatkan kualitas tidur pasien pasca operasi, diperoleh nilai mean±SD pada kelompok 1 (kontrol) adalah 5,30±1,494 dengan jumlah sampel 10 pasien, dan nilai mean SD pada kelompok 2 (perlakuan) adalah 8,10±1,449 dengan jumlah sampel 10 pasien.

Maka diperoleh simpangan baku gabungan adalah sebagai berikut :

$$S = \sqrt{\frac{1{,}494^2(10-1)+1{,}449^2(10-1)}{10+10-2}}$$

$$S = \sqrt{\frac{38{,}984733}{18}} = \sqrt{2{,}1658185} = 1{,}471672008$$

$$\approx 1{,}47$$

Setelah diperoleh simpangan baku gabungan selanjutnya dihitung besar sampel sebagai berikut :

$$N_1 = N_2 = 2\left(\frac{(1{,}96+1{,}64)1{,}47}{5{,}30-8{,}10}\right)^2$$

$$N_1 = N_2 = 2\left(\frac{5{,}292}{2{,}8}\right)^2 = 7{,}1442$$

$$\approx 7 \text{ anak}$$

Berdasarkan perhitungan di atas, maka jumlah minimal untuk masing-masing kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebesar 7 anak ditambah dengan 10-20% dari jumlah tersebut untuk mengantisipasi kejadian *drop out* yaitu sebesar 8 orang anak. Jadi total sampel untuk kedua kelompok sebanyak 16 anak.

4.3 Variabel Penelitian

4.3.1 Dependen

Variabel dependen (variabel terikat) adalah variabel yang timbul akibat dari efek penelitian (Saryono, 2011), dalam penelitian ini adalah gangguan tidur pada anak usia sekolah yang dihospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kepanjen

4.3.2 Independen

Variabel independen adalah variabel yang merangsang atau menstimulasi variabel target (Saryono, 2011), dalam penelitian ini adalah terapi *sleep hygiene.*

4.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Kanjuruhan pada sekitar bulan Oktober hingga November tahun 2014.

4.5 Bahan dan Alat

4.5.1 Alat Ukur Penelitian

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap tingkat gangguan tidur anak usia sekolah yang dihospitalisasi adalah lembar kuesioner untuk mengetahui karakteristik responden dan gangguan tidur yang mereka alami.

4.5.1.1 Data Karakteristik Responden

Instrumen ini digunakan untuk mendapatkan data tentang karakteristik responden yang meliputi kode responden dan karakteristik anak. Data karakteristik anak mencakup nama, usia anak, jenis kelamin, dan riwayat hospitalisasi sebelumnya.

4.5.1.2 Kuesioner Kebiasaan Tidur Anak di Rumah Sakit

Instrumen kedua digunakan untuk mengukur gangguan tidur yang dialami anak usia sekolah yang dihospitalisasi. Instrumen dalam penelitian ini adalah modifikasi kuesioner *Children's Sleep Habit Questionnaire* (CSHQ) oleh Owens *et al.,* (2000). CSHQ merupakan kuesioner 45 item untuk orang tua yang dipakai untuk mengidentifikasi masalah tidur pada anak usia sekolah dan telah digunakan pada banyak studi tentang gangguan tidur pada anak.

Owens mengelompokkan item secara konseptual ke dalam delapan sub-skala : *Bedtime Resistance, Sleep Onset Delay, Sleep Duration, Sleep Anxiety, Night Wakings, Parasomnias, Sleep-Disordered Breathing, Daytime Sleepiness*. CSHQ dimodifikasi oleh peneliti dengan menghapus beberapa item yang tidak

sesuai untuk kondisi di ruang rawat inap. *Scoring* dari Kuesioner Kebiasaan Tidur Anak di Rumah Sakit masih sesuai dengan instrumen baku CSHQ yaitu semakin tinggi skor mengindikasikan gangguan tidur yang lebih.

4.5.2 Uji Validitas dan Reliabilitas

Uji validitas adalah ukuran yang menunjukkan sejauh mana pernyataan pengukur mampu mengukur sesuatu yang ingin diukur. Uji validitas menggunakan *Pearson Product Moment* (r), dasar pengambilan keputusan adalah valid jika r hitung > r tabel dan tidak valid jika r hitung < r tabel. Taraf signifikan yang digunakan adalah 5% (Riwidikdo, 2007). Uji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung pada Cronbach's Alpha. Jika r *Cronbach's Alpha* lebih besar dari r tabel, maka pertanyaan pada instrumen tersebut reliabel (Hastono, 2007).

Pada penelitian ini instrumen Kuesioner Kebiasaan Tidur Anak di Rumah Sakit diuji validitasnya dan reliabilitasnya, dengan df=16-2=14 dan tingkat signifikansi 5%, pada tabel diperoleh angka r-tabel=0,4973. Uji validitas 40 butir pertanyaan menunjukkan hasil r hitung > 0,4973 dan uji reliabilitas menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* 0,971. Pada uji validitas 5 faktor dalam kuesioner diperoleh hasil r hitung > 0,4973 dan uji reliabilitas menunjukkan nilai *Cronbach's Alpha* 0,889. Hasil uji tersebut membuktikan bahwa instrumen penelitian ini valid dan reliabel.

4.6 Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Hasil Ukur
Terapi *Sleep Hygiene*	Aktivitas yang dilakukan untuk mempersiapkan tidur malam yang baik dalam usaha membentuk kebiasaan atau rutinitas tidur yang teratur, membangun sebuah pola tidur, dan mempromosikan tidur yang berkualitas.	1. Tidur malam dan bangun pagi pada jam yang sama 2. Menghindari konsumsi kafein (soda, coklat, teh, kopi) 3. Makan makanan ringan dan minum yang cukup sebelum tidur sehingga tidak lapar saat tidur 4. Menyikat gigi, mencuci muka, tangan dan kaki sebelum tidur 5. Mengosongkan kandung kemih sebelum tidur 6. Memaksimalkan kenyamanan tempat tidur (sprei bersih, selimut hangat, guling atau boneka bila perlu) 7. Orang tua menggosok punggung dan atau memijat bagian tubuh (kepala, bahu, tangan atau kaki) agar anak nyaman serta membantu anak melakukan teknik relaksasi 8. Mengisi *sleep diary*	Perlakuan		

Gangguan tidur pada anak usia sekolah yang dihospitalisasi	Perubahan pola atau kebiasaan tidur berupa kesulitan memulai dan mempertahankan tidur, lama dan kualitas tidur yang kurang yang dialami oleh anak usia sekolah yang sedang menjalani hospitalisasi	1. Waktu tidur 2. Perilaku tidur 3. Terbangun pada malam hari 4. Bangun pagi 5. Mengantuk siang hari	Kuesioner	Rasio	Kebiasaan tidur dinilai dari 3 poin yang mengindikasikan seberapa sering kelakuan tertentu ditunjukkan anak. 1 = tidak pernah (0 kali) 2 = terkadang (1-2 kali) 3 = biasanya (3kali/lebih) Seluruh skor dijumlah untuk menghitung skor total gangguan tidur. Semakin tinggi skor mengindikasikan gangguan tidur yang lebih.

4.7 Pengumpulan Data

4.7.1 Administratif

Peneliti melakukan pendaftaran untuk *ethical clearance* di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya agar memenuhi syarat etis penelitian serta perijinan di lokasi populasi berada. Peneliti melakukan pengecekan kembali terhadap kelengkapan data penelitian yang akan digunakan yaitu kuesioner data karakteristik responden dan Kuesioner Kebiasaan Tidur Anak di Rumah Sakit untuk mengukur gangguan tidur yang dialami anak usia sekolah yang dihospitalisasi, formulir untuk persetujuan menjadi responden dalam penelitian, surat ijin melakukan penelitian, serta formulir dari tim etik fakultas. Peneliti juga melakukan permintaan ijin dari pihak rumah sakit untuk mengadakan penelitian.

4.7.2 Pelaksanaan

Pengumpulan data dilakukan di RSUD Kanjuruhan Kepanjen dengan menemui orang tua dan anak yang menjalani hospitalisasi. Sebelumnya dilakukan pemilihan responden yang sesuai kriteria inklusi untuk kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Setelah memberikan penjelasan kepada responden mengenai penelitian dan manfaatnya serta menjelaskan prosedur penelitian dan kesediaan untuk menjadi responden, *informed consent* beserta lembar persetujuan orang tua diisi. Kemudian kuesioner data responden dan Kuesioner Kebiasaan Tidur Anak di Rumah Sakit dibagikan, diisi, lalu dikumpulkan kembali. Selama 3 hari ke depan orang tua dari responden kelompok intervensi memfasilitasi dilakukannya terapi *sleep hygiene* pada anaknya. Pada hari selanjutnya kelompok intervensi maupun kontrol diminta mengisi kembali Kuesioner Kebiasaan Tidur Anak di Rumah Sakit sebagai *post-test*.

4.8 Analisis Data

4.8.1 Pre Analisa

a. Editing

Tahap ini adalah tahap dimana peneliti melakukan pengeditan pada data kuesioner yang akan digunakan dan memastikan bahwa semua pertanyaan pada kuesioner sudah tercantum untuk mendapatkan hasil data yang diinginkan.

b. Scoring

Peneliti memberikan skor pada masing – masing jawaban kuesioner untuk menilai gangguan tidur yang terjadi pada anak usia sekolah yang dihospitalisasi.

c. Coding

Tahap pengkodean dilakukan untuk mengelompokkan dan mengkode pada setiap data yang terkumpul baik pada kelompok intervensi maupun keompok kontrol.

d. Tabulating

Data yang terkumpul dari kuesioner, kemudian dilakukan tabulasi data dalam tabel untuk melihat adanya pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi.

4.8.2 Analisa

4.8.2.1 Univariat

Analisa univariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisa ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2003). Analisis univariat digunakan untuk menganalisis data usia, jenis kelamin, pengalaman rawat inap sebelumnya dan skor gangguan tidur. Setelah melakukan analisis univariat, peneliti melakukan uji homogenitas data.

4.8.2.2 Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2003). Analisis data yang dilakukan untuk menilai adanya pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang dihospitalisasi menggunakan perhitungan statistik. Teknik analisis data dengan menggunakan program aplikasi *SPSS Statistics 20.* Analisis bivariat dilakukan dengan menggunakan :

a. Uji T dependen (*Paired T test*). menurut Sastroasmoro (2010), *Paired T test* digunakan untuk membandingkan *mean* dua kelompok data kategorik dan numerik. Uji ini digunakan untuk mengetahui perbedaan gangguan tidur anak sebelum dan sesudah diberikan terapi *sleep hygiene* pada masing-masing kelompok.
b. Uji T independen (Uji beda mean independen). Uji ini digunakan mengetahui perbedaan dari nilai sebelum, sesudah dilakukan terapi *sleep hygiene* dan selisih keduanya antara kelompok intervensi dengan kelompok kontrol.

4.9 Etika Penelitian

Sebelum memulai penelitian, peneliti mengajukan permohonan ijin kepada institusi (Fakultas) untuk mendapatkan surat keterangan penelitian yang sebelumnya harus lulus uji *Ethical Clearance* yang memenuhi aspek etika penelitian.

a. *Autonomy*

Peneliti memberikan kebebasan pada responden dalam memutuskan kesediaannya untuk menjadi responden penelitian tidak ada paksaan dari

siapapun. Dibuktikan dengan kesediaan responden dalam surat pernyataan responden.

b. *Justice*

Penerapan keadilan pada penelitian ini adalah berkaitan dengan penerimaan perlakuan. Responden diperlakukan secara adil dalam pelaksanaan penelitian atas keikutsertaan dalam penelitian. Responden yang termasuk dalam kelompok kontrol dan tidak mendapat intervensi selama penelitian akan dipenuhi keadilan haknya setelah penelitian selesai dengan memberikan edukasi dan cara menerapkan *sleep hygiene*.

c. *Beneficience*

Responden yang mengikuti penelitian ini mendapatkan manfaat berupa tambahan informasi terkait pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang mudah diterapkan dan dilanjutkan di rumah untuk dijadikan kebiasaan tidur yang baik dalam kehidupan anak sehari–hari.

d. *Non-Maleficience*

Peneliti meyakinkan responden bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang diberikan tidak dipergunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan responden dengan cara memberikan pemahaman tentang maksud dan tujuan penelitian, serta pernyataan kepada responden untuk menyatakan perjanjian.

e. *Confidentiality*

Informasi yang dikumpulkan peneliti dijamin kerahasiaanya. Lembar format pengumpulan data yang sudah terisi akan disimpan dan hanya peneliti yang bisa mengaksesnya. Responden dapat meminta hasil data miliknya sendiri dengan meminta salinannya kepada peneliti.

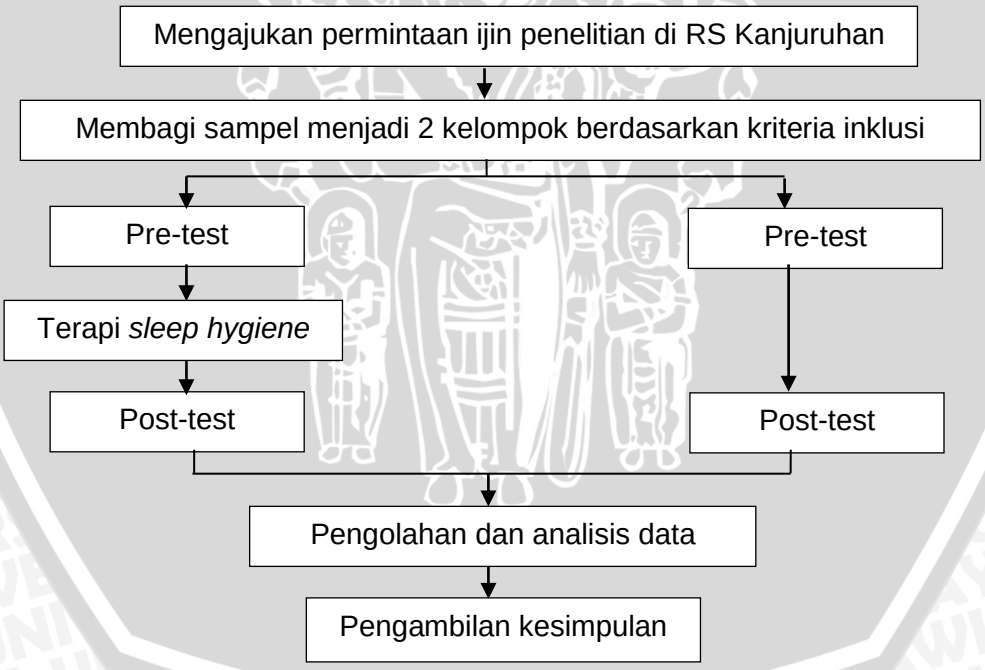
f. *Informed Consent*

Menghindari hal-hal yang tidak diinginkan, maka orang tua dan anak diberikan lembar penjelasan penelitian tentang tujuan, manfaat, prosedur, resiko penelitian, hak responden, dan waktu pelaksanaanya. Bila orang tua dan anak bersedia menjadi responden, selanjutnya *informed consent* berupa lembar pernyataan kesediaan menjadi responden diisi oleh orang tua.

g. *Fidelity*

Peneliti tetap menjaga kesetiaan dan tetap berkomitmen serta menepati janji yang telah disepakati dalam pelaksanaan penelitian.

4.10 Prosedur Penelitian



Gambar 4.10 Alur Prosedur Penelitian

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Bab ini menguraikan hasil penelitian dan analisis data pada penelitian tentang pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi di RSUD Kanjuruhan Kepanjen. Penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober hingga November 2014 dengan jumlah responden sebanyak 16 pasien anak usia 6-12 tahun yang terbagi menjadi kelompok kontrol dan intervensi dari ruang anak Empu Tantular RSUD Kanjuruhan Kepanjen. Hasil penyajian data ini diperoleh melalui pengisian kuesioner oleh orang tua sesuai yang terjadi pada anak.

5.1 Karakteristik Responden

Karakteristik responden meliputi usia, jenis kelamin dan pengalaman dirawat sebelumnya. Hasil rekapitulasi menggambarkan distribusi karakteristik responden yang diperoleh dari kelompok kontrol maupun intervensi dengan total responden sebanyak 16 pasien anak.

Distribusi frekuensi dari data usia, jenis kelamin dan pengalaman dirawat sebelumnya disajikan dalam jumlah dan presentase. Khusus pada data usia ditambah penyajian nilai *mean*(rata-rata), standar deviasi dan nilai minimal maksimalnya. Hasil uji homogenitas juga disajikan di dalam kolom *p-value*.

5.1.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Responden dalam penelitian ini berusia antara 6 sampai 12 tahun. Distribusi jumlah responden dan karakteristik berdasarkan usia dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

No	Usia (tahun)	Kelompok		Jumlah	Presentase (%)	*p-value*
		Kontrol	Intervensi			
1	6	0	2	2	12,5	
2	7	1	0	1	6,3	
3	8	0	1	1	6,3	
4	9	1	1	2	12,5	
5	10	3	2	5	31,3	
6	11	1	1	2	12,5	
7	12	2	1	3	18,8	
	Total	8	8	16	100	
	Usia Mean±SD Min-Max	10,13±1,642 7 – 12	9,00±2,204 6 – 12			0,309

Berdasarkan tabel 5.1 distribusi usia dari total 16 responden menunjukkan usia yang terbanyak pada dua kelompok adalah usia 10 tahun sejumlah 5 responden, dengan rincian pada kelompok kontrol 3 orang dan pada kelompok intervensi 2 orang yang jumlah presentase keseluruhannya sebesar 31,3%.

Rata-rata usia responden pada kelompok kontrol adalah 10,13 tahun dengan usia terendah 7 tahun dan tertinggi 12 tahun. Sedangkan rata-rata usia pada kelompok intervensi adalah 9 tahun dengan usia terendah 6 tahun dan tertinggi 12 tahun.

Hasil uji homogenitas usia menunjukkan usia responden pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi setara dengan nilai p=0,309.

5.1.2 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.2 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

No	Jenis Kelamin	Kelompok		Jumlah	Presentase (%)	*p-value*
		Kontrol	Intervensi			
1	Laki-laki	4	5	9	56,3	0,506
2	Perempuan	4	3	7	43,8	
	Total	8	8	16	100	

Hasil penelitian pada tabel 5.2 menunjukkan bahwa distribusi data jenis kelamin responden terbanyak yaitu laki-laki sebanyak 9 responden (56,3%) dan perempuan sebanyak 7 responden (43,8%). Hasil uji homogenitas menunjukkan jenis kelamin kelompok kontrol dan kelompok intervensi setara dengan nilai p=0,506.

5.1.3 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Pengalaman Rawat Inap Sebelumnya

Tabel 5.3 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Pengalaman Rawat Inap

No	Pengalaman Rawat Inap	Kelompok		Jumlah	Presentase (%)	*p-value*
		Kontrol	Intervensi			
1	Pernah	4	3	7	43,8	0,506
2	Belum pernah	4	5	9	56,3	
Total		8	8	16	100	

Distribusi data pengalaman rawat inap pada tabel 5.3 menunjukkan responden yang belum pernah dirawat inap sebelumnya sebanyak 9 responden sebagai yang terbanyak (56,3%), sedangkan yang memiliki pengalaman pernah dirawat inap sebelumnya sebanyak 7 responden (43,8%). Hasil uji homogenitas menunjukkan pengalaman rawat inap sebelumnya pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi setara dengan nilai p=0,506.

5.1.4 Distribusi Skor Gangguan Tidur

Tabel 5.4 Distribusi Skor Gangguan Tidur

	Kelompok Perlakuan			
	Kontrol		Intervensi	
	Pre	Post	Pre	Post
Skor Gangguan Tidur				
1	64	68	64	56
2	66	68	77	63
3	73	62	70	58
4	79	74	69	57
5	60	63	58	56
6	61	59	65	63
7	62	60	69	64
8	69	64	69	58
Min-Max	60 – 79	59 – 74	58 – 77	56 – 64
Mean	66,75	64,75	67,625	59,375
Selisih Pre-Post	2		8,25	

Berdasarkan tabel 5.4 rata-rata gangguan tidur saat pre-intervensi pada kelompok kontrol adalah 66,75 sedangkan pada kelompok intervensi rata-ratanya lebih tinggi yaitu sebesar 67,625. Di kolom *post* intervensi kelompok kontrol rata-rata gangguan tidurnya adalah 64,75 sedangkan pada kelompok intervensi skor rata-rata lebih rendah yaitu sebesar 59,375 dengan selisih rata-rata *pre* dan *post* pada masing-masing kelompok adalah 2 dan 8,25.

5.2 Pengaruh *Sleep Hygiene* terhadap Gangguan Tidur

Gangguan tidur yang dialami anak usia sekolah saat menjalani hospitalisasi berbeda-beda, karena itu peneliti melakukan *pre test* pada seluruh responden untuk mendapatkan data awal gangguan tidur. Selanjutnya intervensi *sleep hygiene* diberikan pada responden di kelompok intervensi, sedangkan kelompok kontrol tidak diberi perlakuan. Pengaruh intervensi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur kemudian dapat dilihat setelah responden kedua

kelompok mendapatkan *post test* dari peneliti dengan membandingkan hasil skor *pre test* dan *post test*.

Analisis data untuk menilai adanya pengaruh intervensi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur menggunakan analisis bivariat dengan uji T dependen (*paired T test)* untuk membandingkan *pre* dan *post test* pada masing-masing kelompok kontrol dan kelompok intervensi, dan uji T independen untuk membandingkan *pre* dan *post test* antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi.

5.2.1 Perbedaan Gangguan Tidur *Pre test* dan *Post test* Pada Kelompok Kontrol

Perbedaan gangguan tidur pada *pre* dan *post test* sesuai rata-rata skor pada kelompok kontrol yang diuji T dependen disajikan di tabel 5.5.

Tabel 5.5 Perbedaan gangguan tidur pada *pre* dan *post test* kelompok kontrol

	mean±SD	n	mean	*p-value*
Pre test	72,57±7,47	8	2,55	0,290
Post test	70,03±5,17			

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa hasil analisis uji T dependen dari rata-rata skor gangguan tidur *pre* dan *post test* pada kelompok kontrol diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,290 dengan α=0,05. Karena nilai *p-value* > 0,05 maka H_0 diterima yang berarti tidak ada perbedaan gangguan tidur responden sebelum dan sesudahnya, dengan kata lain gangguan tidur responden kelompok kontrol pada *pre* dan *post test* adalah sama. Nilai *mean* yang bernilai positif menunjukkan penurunan skor gangguan tidur dengan selisih skor rata-rata *pre test* dan *post test* sebesar 2,55.

5.2.2 Perbedaan Gangguan Tidur *Pre test* dan *Post test* Pada Kelompok Intervensi

Perbedaan gangguan tidur pada *pre* dan *post test* sesuai rata-rata skor pada kelompok intervensi yang diuji T dependen dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 Perbedaan gangguan tidur pada *pre* dan *post test* kelompok intervensi

	mean±SD	n	mean	*p-value*
Pre test	71,83±6,64	8	10,402	0,002
Post test	61,43±3,98			

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui bahwa hasil analisis uji T dependen dari rata-rata skor gangguan tidur *pre* dan *post test* pada kelompok intervensi diperoleh nilai *p-value* sebesar 0,002 dengan α=0,05. Karena nilai *p-value* < 0,05 maka H_0 ditolak, yang berarti gangguan tidur responden kelompok intervensi pada *pre* dan *post test* adalah tidak sama/berbeda secara nyata. Nilai *mean* yang bernilai positif menunjukkan penurunan skor gangguan tidur dengan selisih skor rata-rata *pre test* dan *post test* sebesar 10,402.

5.2.3 Perbedaan Gangguan Tidur *Pre test* dan *Post test* Antar Kelompok

Perbedaan gangguan tidur pada *pre* dan *post test* sesuai rata-rata skor serta selisih antara kelompok kontrol dan intervensi yang diuji T independen dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7 Perbedaan gangguan tidur pada *pre* dan *post test* antar kelompok

	Mean±SD		
	Kontrol	Intervensi	*p-value*
Pre test	72,57±7,47	71,83±6,64	0,838
Post test	70,03±5,17	61,43±3,98	0,002
Selisih	5,62±3,30	10,40±5,87	0,065

Tabel 5.7 menggambarkan perbedaan rata-rata gangguan tidur dari skor pre test dan post test serta selisihnya pada kelompok kontrol dan intervensi. Rata-rata skor pre test kelompok kontrol adalah 72,75 sedangkan pada kelompok intervensi adalah 71,38. Nilai p-value sebesar 0,838 dengan α=0,05 menunjukkan H_0 diterima yang berarti tidak ada perbedaan gangguan tidur saat *pre test* antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Rata-rata skor *post test* kelompok kontrol adalah 70,03 sedangkan pada kelompok intervensi adalah 61,43. Nilai *p-value* sebesar 0,002 dengan α=0,05 menunjukkan H_0 ditolak sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan gangguan tidur pada *post test* antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Selisih skor gangguan tidur dianalisa dari rata-rata selisih skor *pre test* dan *post test* pada masing-masing kelompok yang kemudian diuji T independen sehingga didapat selisih rata-rata skor *pre test* dan *post test* kelompok kontrol sebesar 5,62 sedangkan pada kelompok intervensi adalah 10,40. Nilai *p-value* sebesar 0,065 dengan α=0,05 menunjukkan H_0 diterima yang berarti tidak ada perbedaan selisih rata-rata skor gangguan tidur saat *pre test* dan *post test* antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi, dimana walaupun selisih skor tersebut adalah gambaran penurunan skor gangguan tidur namun perbedaannya pada kedua kelompok belum cukup besar.

5.2.4 Perbandingan Perubahan Gangguan Tidur Yang Dialami Anak Usia Sekolah Saat Hospitalisasi Pada *Pre test* dan *Post test* Di Kelompok Kontrol dan Intervensi

Hasil dari analisis uji T dependen dan T independen diatas dibandingkan untuk melihat pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi, disajikan pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi

	p-value			
	T dependen	T independen		
		Pre test	*Post test*	Selisih
Kontrol	0,290	0,838	0,002	0,065
Intervensi	0,002			

Tabel 5.8 menggambarkan perbandingan hasil uji T dependen dan independen untuk menarik kesimpulan tentang pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi. Pada uji T dependen, skor gangguan tidur saat *pre test* dan *post test* dianalisis pada setiap kelompok dimana pada kelompok kontrol nilai *p-value* sebesar 0,290 dan kelompok intervensi 0,002 dengan α=0,05 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi (p=0,002) H_0 ditolak, yang berarti gangguan tidur saat sebelum dan sesudah diberikan intervensi adalah tidak sama/berbeda secara nyata. Pada uji T independen, skor gangguan tidur di setiap *pre test, post test* dan selisih skor *pre-post* antara kelompok kontrol dan intervensi dianalisis hingga didapatkan nilai *p-value* dari *pre test* sebesar 0,838, *p-value post test* sebesar 0,002, dan *p-value* selisih *pre-post* sebesar 0,065. Nilai *p-value post test* (p=0,002) <0,05 menunjukkan H_0 ditolak yang artinya terdapat perbedaan gangguan tidur pada *post test* antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

Berdasarkan uji T diatas dapat disimpulkan bahwa intervensi terapi *sleep hygiene* memiliki pengaruh terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi (p=0,002), dimana pengaruhnya nyata sesudah intervensi/*post test* (p=0,002). Dengan demikian H_0 ditolak.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini menyajikan pembahasan berupa interpretasi hasil penelitian yang telah didapat pada bab sebelumnya, keterbatasan penelitian dan implikasi hasil penelitian dalam profesi keperawatan.

6.1 Karakteristik Responden

6.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

Periode usia sekolah dimulai dari anak berusia 6 tahun hingga 12 tahun dan dibagi menjadi 3 tahapan umur yaitu tahap transisi atau tahap primer (6-7 tahun), tahap pertengahan (7-9 tahun) dan pra-remaja (10-12 tahun) (Potter & Perry, 2005, Wong, *et.al*, 2003). Semakin muda usia anak, maka akan semakin sulit bagi anak untuk menyesuaikan diri dengan lingkungan baru yang asing. Anak usia 10 tahun berada pada periode usia sekolah tahap pra-remaja dan kemampuan adaptasinya sudah berkembang baik. Responden yang berjumlah 16 anak berusia antara 6 hingga 12 tahun dengan terbanyak anak usia 10 tahun.

Menurut Wong, *et.al* (2009), anak usia sekolah secara fisik memiliki keseimbangan badan yang relatif berkembang baik, memiliki kecakapan motorik yang cukup, dan jiwa sosial yang cukup baik. Keadaan sakit menjadikan anak tampak berkurang perhatiannya pada lingkungan sekitar, walaupun demikian anak pada usia sekolah mampu menyesuaikan diri.

Kebutuhan tidur setiap anak pada usia sekolah bervariasi, tetapi biasanya memiliki rentang dari 8 sampai 10 jam setiap malam. Anak usia sekolah yang dihospitalisasi cenderung tidak mampu mencapai kuota tidur yang dibutuhkan karena saat dirawat inap pola istirahat sering mengalami perubahan dari adanya

penyakit atau rasa nyeri dan stres hospitalisasi, padahal anak tersebut justru membutuhkan istirahat lebih banyak dibanding anak yang sehat dengan umur yang sama.

Untuk mengatasi stres, anak usia sekolah menggunakan mekanisme pemecahan masalah dan pertahanan meliputi regresi, penolakan, agresi dan supresi. Beberapa kategori perilaku koping anak usia sekolah yang mengalami hospitalisasi meliputi ketidakaktifan (diam total, kurang beraktivitas, dan apatis), orientasi pra-koping (melihat dan mendengar, berjalan berkeliling dan mengamati dan menanyakan pertanyaan), kooperasi (kepatuhan terhadap perawatan), resistensi (berusaha menghindari situasi dengan menolak atau membuat serangan fisik atau verbal) dan mengendalikan (memikul tanggung jawab terhadap perawatan mandiri dan menyarankan bagaimana suatu hal dapat diselesaikan) (Potter & Perry, 2005).

Selain memiliki kemampuan koping yang baik, periode usia sekolah merupakan periode kritis untuk penerimaan latihan perilaku dan kesehatan menuju kebiasaan sehat. Terapi *sleep hygiene* diberikan pada anak usia sekolah untuk membantu pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur. Dengan respon koping terhadap stres hospitalisasi dan pemenuhan kuota tidur yang sesuai tahap perkembangannya, anak usia sekolah dapat menunjukkan sikap kooperatif untuk melakukan hal-hal yang termasuk dalam terapi *sleep hygiene.*

6.1.2 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Jenis Kelamin

Hurlock (2002) menyatakan jenis kelamin anak akan memengaruhi aktivitas bermain anak. Anak laki-laki lebih banyak melakukan permainan yang menghabiskan energi dibandingkan anak perempuan, sehingga anak laki-laki lebih beresiko terkena penyakit atau cidera.

Jenis kelamin responden penelitian menunjukkan sebagian besar berjenis kelamin laki-laki sebanyak 9 anak. Peneliti mengamati saat penelitian responden laki-laki masuk rumah sakit kebanyakan mengalami cedera atau kecelakaan karena jatuh saat bermain atau perilaku aktif, sedangkan anak perempuan dirawat karena penyakit akut seperti infeksi. Respon anak perempuan dan laki-laki berbeda saat menjalani rawat inap. Menurut penelitian Sari dan Sulisno (2012) anak perempuan lebih cemas daripada anak laki-laki karena anak perempuan lebih sensitif dan mendapat stressor lebih intensif daripada anak laki-laki yang eksploratif. Anak laki-laki lebih aktif sehingga sakit merupakan hukuman baginya karena dapat membatasi aktivitasnya.

6.1.3 Distribusi Jumlah Responden Berdasarkan Pengalaman Rawat Inap Sebelumnya

Anak yang pernah dirawat di rumah sakit yang sama akan merasa lebih terbiasa dibandingkan dengan yang baru pertama kali dirawat (Hockenberry & Wilson, 2009). Pengalaman hospitalisasi sebelumnya seharusnya akan menurunkan dampak hospitalisasi selanjutnya yang dapat mengganggu pola tidur, namun akan berakibat sebaliknya jika anak pernah mengalami pengalaman yang tidak menyenangkan selama dirawat sebelumnya. Karakteristik responden antara kelompok kontrol dan intervensi berdasarkan pengalaman rawat inap sebelumnya serupa sehingga tidak akan menimbulkan bias dari faktor ini untuk dilakukan intervensi terapi *sleep hygiene* karena terdapat kesetaraan pengalaman antar kelompok.

Menurut hasil penelitian Kit-Fong (2008) bahwa anak yang dirawat mengalami trauma secara psikologis, pengalaman yang tidak menyenangkan selama dirawat selalu diingat oleh anak. Maka dari itu menurut Supartini (2004) sebaiknya apabila saat dirawat di rumah sakit anak mendapatkan perawatan

yang baik dan menyenangkan maka anak akan lebih kooperatif pada perawat dan dokter.

6.1.4 Distribusi Skor Gangguan Tidur

Gangguan pola tidur merupakan suatu keluhan yang paling sering ditemukan pada penderita yang datang ke praktik. Gangguan pola tidur dapat dialami oleh semua lapisan masyarakat, yang paling sering ditemukan pada anak yang sedang dirawat di rumah sakit (Wahyuningsih & Febriana, 2011). Gambaran skor gangguan tidur yang dialami responden menunjukkan rentang skor *pre test* baik pada kelompok kontrol maupun intervensi kurang lebih sama sedangkan skor *post test* cukup berbeda.

Lingkungan fisik rumah sakit dengan fasilitas tempat tidur yang sempit dan kurang nyaman, pencahayaan yang terlalu terang atau terlalu gelap, berbagai peralatan medis yang dianggap menyeramkan dan bau obat-obatan yang sangat menyengat akan membuat anak merasa tidak nyaman. Kondisi tersebut akan berdampak pada pemenuhan kebutuhan tidur anak selama hospitalisasi. Anak akan mengalami sulit tidur akibat ketidaknyamanan yang dirasakannya (Whaley & Wong, 2002, Muscari, 2005 dalam Yuniartini *et.al,* 2013)

.

6.2 Pengaruh *Sleep Hygiene* terhadap Gangguan Tidur

Gangguan tidur adalah sekumpulan gejala yang ditandai oleh gangguan dalam jumlah, kualitas dan waktu tidur pada seseorang. Gangguan tidur pada anak sekolah ditemukan sekitar 46% dengan tipe gangguan yang paling sering adalah gangguan memulai dan mempertahankan tidur (Hobson JA, 2010, Bruni *et.al,* 1996 dalam Natalita, *et.al*, 2011). Terapi *sleep hygiene* mengacu pada sekumpulan daftar hal-hal yang dapat dilakukan untuk memfasilitasi mulainya tidur dan mempertahankannya.

Pengaruh terapi *sleep hygiene* dan tanda gejala gangguan tidur dinilai dari kebiasaan tidur anak seperti perubahan keadaan bangun dan tidurnya. Responden penelitian mengisi lembar kuesioner kebiasaan tidur anak di rumah sakit sebagai alat penilaian gangguan tidur.

6.2.1 Perbedaan Gangguan Tidur *Pre test* dan *Post test* Pada Setiap Kelompok

Hasil analisis T dependen kelompok intervensi yang membandingkan skor gangguan tidur pada *pre test* dan *post test* menunjukkan hasil yang signifikan (p=0,002), sesuai dengan penelitian Yuniartini (2013) yang menyatakan bahwa ada pengaruh terapi bercerita terhadap kualitas tidur anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi. Terapi *sleep hygiene* dan terapi bercerita memiliki dasar yang sama, yaitu sesuai teori Potter & Perry (2005) bahwa orang tua paling berhasil membawa anak usia prasekolah tidur dengan cara membina ritual yang konsisten yang mencakup waktu tenang.

Menurut hasil penelitian Wahyuningsih & Febriani (2011), ada pengaruh stres hospitalisasi terhadap gangguan pola tidur anak usia prasekolah. Bila anak mengalami stres maka dalam dirinya akan timbul gejala-gejala diantaranya gejala psikologis seperti kecemasan yang membuat respon hipotalamus meningkat sehingga individu akan sulit tertidur dan cenderung terjaga. Gangguan tidur yang muncul sebagai masalah akibat stres hospitalisasi anak perlu diatasi dengan serangkaian tindakan yang konsisten dan mampu dilakukan anak usia sekolah. Pedoman praktek terapi *sleep hygiene* yang sederhana dan mudah dilakukan seperti rutinitas tidur, kebiasaan sebelum tidur dan modifikasi faktor lingkungan demi mendapatkan tidur restoratif yang berkualitas dipercaya dapat membantu memenuhi kebutuhan tidur anak yang sedang sakit.

Anak kelompok kontrol dan intervensi sama-sama menerima stresor saat dirawat dimana anak akan berusaha mengembangkan perilaku atau strategi dalam menghadapi stresor tersebut sehingga perilaku ini menjadi akan berpengaruh terhadap masalah yang dideritanya. Terapi *sleep hygiene* menjadi perilaku yang dilakukan anak kelompok intervensi sebagai mekanisme koping terhadap masalah gangguan tidurnya. Hal inilah yang menyebabkan perbedaan gangguan tidur kedua kelompok dimana kedua kelompok mengalami penurunan skor post test, namun kelompok intervensi skornya turun lebih banyak sehingga terlihat efek terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur anak.

Penurunan skor gangguan tidur pada *post test* kelompok intervensi yang cukup besar membuktikan bahwa terapi *sleep hygiene* mampu mengubah pola tidur anak menjadi lebih baik dengan meningkatkan kemampuan koping anak terhadap masalah tidurnya. Menurut Potts & Mandleco (2007) pada anak usia sekolah kemampuan menguasai stres hospitalisasi merupakan dasar dalam mencapai peningkatan koping untuk mengatasi kesulitan situasi lain. Dalam penitian ini, situasi yang dimaksud adalah adanya gangguan tidur. Pemberian informasi tentang masalah tidur yang akurat dan bagaimana cara mengatasinya dengan penjelasan sederhana mudah diterima oleh anak usia sekolah, sehingga penerapan kegiatan maupun perilaku mandiri dari terapi *sleep hygiene* membantu anak beradaptasi terhadap kondisinya secara lebih baik. Informasi yang diterima anak memberikan pemahaman akan kondisinya sehingga anak merasa mampu menguasai keadaan dengan memanipulasi faktor-faktor pemicu gangguan tidur. Penerimaan informasi masalah tidur yang akurat juga membuat anak lebih percaya terhadap penyedia informasi, dalam hal ini peneliti, dan menunjukkan sikap kooperatif untuk menerapkan *sleep hygiene*.

Sleep hygiene diterapkan dengan mengontrol perilaku sebelum tidur seperti kebiasaan dan rutinitas tidur serta meminimalkan gangguan dari faktor lingkungan yang mungkin dapat mempengaruhi tidur. Serangkaian kegiatan sebelum tidur yang termasuk dalam terapi *sleep hygiene* seperti menyikat gigi, mencuci muka, tangan dan kaki, kencing, dan tidak mengkonsumsi makanan dan minuman yang mengandung kafein mampu dilakukan secara mandiri oleh anak. Didukung dengan kemampuan kognitif dan adaptif anak usia sekolah terapi *sleep hygiene* dapat diterapkan dengan baik pada anak kelompok intervensi.

Kelompok kontrol yang juga ada penurunan skor gangguan tidur walaupun nilainya kecil kemungkinan berkaitan dengan kemampuan adaptasi anak. Teori menyebutkan bahwa pada dasarnya setiap orang memiliki kemampuan adaptasi dan adaptasi ini memerlukan waktu yang sangat tergantung pada kondisi anak untuk dapat menyesuaikan diri dengan situasi baru (Roy, 1991 dalam Solikhah, 2011). Perkembangan sosial anak usia sekolah akan melalui proses adaptasi yang mempengaruhi bagaimana responnya terhadap masalah tidur. Pola tidur anak mungkin akan berubah jika kondisi penyakit anak membaik sehingga anak tidak lagi merasa nyeri dan tidurnya lebih baik.

Perbedaan skor gangguan tidur setelah intervensi menunjukkan bahwa dengan adanya terapi *sleep hygiene* untuk membantu anak beradaptasi pada kondisinya saat menjalani hospitalisasi dapat menghasilkan koping yang lebih baik terhadap masalah tidur sehingga dapat disimpulkan bahwa kelompok intervensi mengalami perbedaan yang signifikan pada skor gangguan tidur saat *pre test* dan *post test* karena menerapkan terapi *sleep hygiene* sebagai upaya pendukung proses adaptasi pemecahan masalah pemenuhan kebutuhan tidurnya.

6.2.2 Perbedaan Gangguan Tidur *Pre test* dan *Post test* Antar Kelompok

Hasil analisis T independen dari skor total kuesioner diperoleh rata-rata skor *pre test* kelompok kontrol dan kelompok intervensi tidak menunjukkan perbedaan gangguan tidur sebelum adanya intervensi (p=0,838). Rata-rata skor *pre test* yang memiliki rentang tidak jauh antar dua kelompok ini kemungkinan dipengaruhi karena responden kelompok kontrol dan intervensi memiliki karakteristik yang hampir sama dari karateristik usia, jenis kelamin dan pengalaman dirawatnya. Saat *pre test* diberikan anak kelompok kontrol dan intervensi sama-sama berada dalam tahap penyesuaian awal terhadap situasi dan kondisinya serta berfokus untuk beradaptasi di lingkungan barunya.

Rata-rata skor *post test* kelompok kontrol dan kelompok intervensi dari hasil analisis uji T independen menunjukkan terdapat perbedaan gangguan tidur yang bermakna (p=0,002), namun tidak ada perbedaan selisih skor gangguan tidur saat *pre test* dan *post test* pada kedua kelompok (p=0,065). Hasil analisis T independen saat *post test* yang signifikan sesudah diberikan intervensi (p=0,002) sejalan dengan hasil penelitian Tan et.al (2012) yaitu program edukasi F.E.R.R.E.T(*Food, Emotions, Routine, Restrict, Environment and Timing*) *sleep hygiene* yang mungkin efektif untuk meningkatkan tidur anak dan remaja yang memiliki problem tidur teridentifikasi.

Kegiatan terapi *sleep hygiene* pada penelitian ini serupa dengan konsep F.E.R.R.E.T yakni mencakup beberapa tindakan untuk menegakkan 4 pilar utama *sleep hygiene* yaitu jadwal tidur, rutinitas tidur, pengkondisian lingkungan kamar tidur dan perilaku serta kebiasaan siang hari. Menurut penelitian Mindell, et.al (2009), praktek *sleep hygiene* yang baik berhubungan dengan tidur yang lebih baik, dengan beberapa poin seperti tidur larut malam (di atas jam 9) berhubungan dengan tidur yang buruk, dimana tidur yang lebih larut

menyebabkan berkurangnya waktu total tidur dan lebih banyak terbangun malam sedangkan anak yang memiliki rutinitas tidur yang konsisten dapat tidur 1 jam lebih lama pada malam hari daripada yang tidak.

Terapi *sleep hygiene* yang dilakukan dalam penelitian ini disesuaikan dengan kondisi di rumah sakit. Anak kelompok intervensi melakukan terapi *sleep hygiene* dalam tiga malam selama dirawat dan pemberian terapi juga disesuaikan dengan kebiasaan tidur anak sebelumnya. Mengusahakan anak tidur dan bangun pada jam yang sama membuat tubuh terbiasa untuk tidur di waktu tertentu sehingga membentuk suatu ritme kebiasaan tidur. Konsumsi kafein sebelum tidur dihindari karena dapat mengganggu kemampuan tuduh untuk tertidur. Sedangkan konsumsi makanan kecil dan minuman tanpa kafein dilakukan agar anak tidak kelaparan dan terbangun karena merasa lapar. Begitupun dengan mengosongkan kandung kemih sebelum tidur dimaksudkan agar anak tidak terbangun malam karena ingin kencing. Kegiatan bersih diri seperti menyikat gigi, mencuci muka, tangan dan kaki serta merapikan tempat tidur dilakukan untuk memaksimalkan kenyamanan anak saat tidur. Orang tua membantu anak rileks dengan menggosok punggung atau memijat bagian tubuh anak sebagai usaha mengurangi rasa nyeri dan tidur yang lebih nyenyak. Pengisian *sleep diary* adalah usaha untuk memantau rutinitas jadwal tidur anak.

Rangkaian kegiatan dari terapi *sleep hygiene* dilakukan untuk membentuk jadwal tidur yang teratur dan rutinitas tidur yang konsisten serta pengkondisian lingkungan tidur yang baik dengan maksud untuk menyelaraskan tidur dan siklus bangun dengan siklus tubuh lain seperti suhu tubuh, metabolisme dan jadwal hormonal yang membentuk irama sirkadian. Sinkronisasi irama sirkadian bertujuan untuk mencapai kondisi homeostasis yang diancam oleh adanya stresor hospitalisasi. Seperti yang diterangkan oleh McEwen dan Mendelson

(1993), respon stres merupakan “rangkaian peristiwa neural dan hormonal yang mengakibatkan konsekuensi jangka pendek dan panjang bagi otak dan tubuh... stresor adalah suatu peristiwa yang menantang homeostasis, dengan terjadinya penyakit bila terjadi kegagalan proses normal adaptasi terhadap stres” (Potter & Perry, 2005).

Homeostasis biasanya dilakukan dengan aktivasi siklus umpan balik negatif. Stimulus awal (yaitu stresor) menyebabkan aktivasi respon, yang kemudian secara langsung atau tidak langsung menyebabkan berkurangnya stimulus awal. Putaran umpan balik ini memungkinkan tubuh untuk tetap berada dalam keadaan dinamis terus, dengan cara tersebut tubuh terus menyesuaikan diri untuk mempertahankan komposisi internal dan fungsinya (Corwin, 2009). Aksi neural dan hormonal untuk memelihara keseimbangan homeostasis diintegrasi oleh hipotalamus yang tersusun atas banyak nuklei dan struktur, termasuk di dalamnya adalah *reticular activating system* (RAS) dan *bulbar synchronizing regional* (BSR) yang mengatur mekanisme tidur dan bangun serta adanya integrasi terhadap sistem saraf simpatis yang dapat mengaktifkan aksis HPA untuk merespon stres.

Kegiatan dalam terapi *sleep hygiene* merupakan upaya mencapai keadaan homeostasis berupa perbaikan siklus tidur yang selaras dan seimbang dengan siklus tubuh secara keseluruhan. Studi tentang *sleep hygiene* telah melaporkan hasil positif dalam berbagai aspek kualitas tidur. Pada studi ini hasil uji T dependen kelompok intervensi (p=0,002) dan uji T independen hasil *post test* (p=0,002) menunjukkan hasil yang signifikan sehingga dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh terapi *sleep hygiene* untuk mengatasi masalah gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian yang ditemukan peneliti selama penelitian berlangsung adalah :

6.3.1 Penelitian dilakukan dalam waktu yang terbatas, intervensi terapi *sleep hygiene* hanya dilakukan selama 3 malam. Akan lebih baik jika penelitian yang serupa selanjutnya dilakukan dalam jangka waktu yang lebih lama seperti sejak pertama kali dirawat hingga hari terakhir dirawat. Selain itu keefektifan terapi bisa dinilai juga perlu dibandingkan dengan terapi lain untuk mengatasi gangguan tidur. Instrumen juga perlu dikembangkan untuk mengukur gangguan tidur di lingkungan klinik.

6.3.2 Kasus gangguan tidur yang kurang homogen. Gangguan tidur memiliki cakupan yang luas dan bahkan terdapat beberapa klasifikasi/tingkatan di dalamnya, namun penelitian ini tidak secara spesifik menyebutkan jenis gangguan tidur mana yang diteliti.

6.3.3 Adanya *confounding factor* yang tidak dapat dikendalikan saat penelitian yaitu : jenis penyakit yang diderita responden dan tindakan invasif yang dilakukan sehingga terapi *sleep hygiene* terhambat. Untuk penelitian selanjutnya mungkin juga perlu dilakukan analisis hubungan karakteristik responden dan faktor lainnya terhadap gangguan tidur.

6.4 Implikasi Keperawatan

6.4.1 Praktik dan Pelayanan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat bermanfaat untuk meningkatkan pelayanan keperawatan khususnya dalam mengatasi gangguan tidur pada anak yang menjalani hospitalisasi sehingga kebutuhan istirahat dan tidurnya

terpenuhi.Pemenuhan kuota tidur pada anak yang sakit akan membantu proses penyembuhan penyakit dan memperpendek lama rawat inap. Pelaksanaan terapi *sleep hygiene* dengan melibatkan keluarga mudah dilakukan dan mampu membentuk hubungan saling percaya antara anak, keluarga dan perawat.

6.4.2 Penelitian dan Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut dengan jumlah sampel yang lebih besar dan jangka waktu yang lebih lama. Selain itu hasil penelitian juga bisa dijadikan sebagai *evidence based practice* yang bisa diterapkan pada pengembangan pendidikan keperawatan khususnya pada keperawatan anak tentang terapi untuk mengatasi gangguan tidur anak yang dirawat di rumah sakit.

BAB VII

PENUTUP

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di ruang anak Empu Tantular RSUD Kanjuruhan Kepanjen tentang pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi didapatkan kesimpulan sebagai berikut :

7.1.1 Gangguan tidur yang dialami oleh anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi menunjukkan gambaran rentang skor gangguan tidur sebesar 58 hingga 79 dengan skor *pre test* baik pada kelompok kontrol maupun intervensi kurang lebih sama sedangkan skor *post test* cukup berbeda.

7.1.2 Terapi *sleep hygiene* pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi dapat diterapkan dengan baik karena didukung oleh kemampuan kognitif dan adaptif anak usia sekolah serta kegiatan terapi yang dapat disesuaikan sesuai kondisi di rumah sakit.

7.1.3 Ada pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur yang ditunjukkan dengan perbedaan yang signifikan pada rata-rata skor gangguan tidur saat *pre test* dan *post test* kelompok intervensi (p=0,002) dan rata-rata skor *post test* antara kelompok kontrol dan kelompok intervensi menunjukkan terdapat perbedaan gangguan tidur yang bermakna (p=0,002).

7.2 Saran

Berdasarkan penelitian dan pembahasan hasil mengenai pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi, peneliti ingin menyampaikan saran sebagai berikut :

7.2.1 Bagi insitusi

Berdasarkan hasil akan adanya pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur anak diharapkan bagi institusi rumah sakit untuk mempertimbangkan penerapan terapi *sleep hygiene* oleh perawat ruangan selama anak menjalani hospitalisasi sebagai upaya memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur anak serta membangun dan mempertahankan pola tidur anak sesuai kebiasaan di rumah. Rangkaian kegiatan terapi yang relatif mudah dilakukan dapat dijadikan sarana untuk membina hubungan saling percaya dan keterlibatan keluarga maupun pasien akan mempermudah pemberian asuhan keperawatan karena pihak pasien kooperatif pada perawat.

7.2.2 Bagi akademik

Bagi akademik pendidikan keperawatan diharapkan dapat menjadi tambahan informasi untuk mengembangkan konsep keperawatan anak terkait gangguan tidur dan memberi sumbangan pengetahuan tentang terapi *sleep hygiene* untuk mengatasi gangguan tidur pada anak disamping metode lain yang sudah ada.

7.2.3 Bagi penelitian selanjutnya

Bagi penelitian selanjutnya hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar untuk meneliti keefektifan terapi *sleep hygiene* dibandingkan terapi gangguan tidur lainnya pada sampel yang lebih besar dan dalam jangka waktu lama khususnya pada populasi klinik.

7.2.4 Bagi masyarakat/orang tua

Bagi masyarakat khususnya orang tua dapat dipertimbangkan untuk melanjutkan terapi *sleep hygiene* saat di rumah sakit untuk diterapkan di rumah. *Sleep hygiene* dapat membantu membentuk kebiasaan tidur yang baik pada anak dalam kehidupan sehari-hari sehingga gangguan tidur dapat diantisipasi sejak dini.

DAFTAR PUSTAKA

Alimul, Aziz H. 2006. *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta : Salemba Medika

American Psychiatric Association. 2000. Sleep Disorders. Diunduh dari http://www.appi.org/Pages/SleepDisorders.aspx pada 24 Januari 2014 pukul 07.47

Asmadi. 2008. Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi. Kebutuhan Dasar Klien, Salemba Medika, Jakarta.

Chokroverty S. 2009. *An overview of normal sleep. In: Chokroverty S, editor. Sleep disorders medicine: Basic science, technical considerations and clinical aspects, 3rd ed*. Elsevier/Butterworth, Philadelphia.

Chopra, Deepak. 2003. *Tidur nyenyak, mengapa tidak? : ucapkan selamat tinggal pada insomnia*. Yogyakarta: Ikon Teralitera.

Corwin, E.J. 2009. *Buku Saku Patofisiologi*, Edisi Ketiga, EGC, Jakarta.

Costello, Angela M. 2008. *Hospitalization*. http://www.answers.com/topic /hospitalization diakses 24 Januari 2014 pukul 06:58

Craven, F Ruth & Hirnle, J Constance. 2000. *Fundamentals of Nursing Human Health and Function. Fourth Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Dahlan, M. S. 2009. Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan, Seri *evidence based medicine* 2. Jakarta: Salemba Medika

Guyton, A.C., dan Hall, J.E. 2008. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 11. Jakarta: EGC

Han, K.S., Kim, L., Shim, I. Stress and Sleep Disorder. *Experimental Neurobiology*. 2012. 21(4): 141-150.

Hastono, S.P. 2007. *Analisis data dasar*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Hockenbery, M.J & Wilson D. 2009. *Wong's essential pediatric nursing. 8th edition*. St. Louis: Mosby Elsevier

Hurlock. (2000). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta : Erlangga

Japardi, I. 2002. *Gangguan Tidur*. Fakultas Kedokteran Bagian Bedah Universitas Sumatera Utara.

Jackson, Tom. 2012. *The four pillars of good sleep hygiene for kids*. Diunduh dari http://journalstar.com/niche/star-city-health/kids/the-four-pillars-of-good-sleep-hygiene-for-kids/article_40ccf4bf-c1d9-5b06-b10c-e00b1cb01cb3.html pada 25 Januari 2014 pukul 05.41

Kazemi,S., Ghazimoghaddam, K., Besharat, S., Kashani, L. 2012. Music and anxiety in hospitalized children. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* Vol 6(1), 94-96

Kit-Fong, K.W. 2008. The impact on families with hospitalized children development of a hospitalization impact and coping scale on families (HICS). *Thesis*. School of Nursing. The Hongkong Polytechnic University.

LeBourgeois, M.K., Giannotti, F., Cortesi, F., Wolfson, A.R., Harsh, J. The Relationship Between Reported Sleep Quality and Sleep Hygiene in Italian and American Adolescents. *Pediatrics*. 2005; 115(1): 257-265.

Lutfhi, A. (2007). Pengaruh terapi bermain terhadap kecemasan anak pre-sekolah yang dirawat di instalasi rawat inap Rumah Sakit Sarila Husada Sragen. Skripsi, Universitas Muhamadiyah Surakarta. http://etd.eprints.ums.ac.id/16625/.

MayoClinic. 2013. *Sleep disorders*. Diunduh dari http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/sleep-disorders/basics/definition/con-20037263 pada 24 Januari 2014 pukul 08.00

Meltzer LJ, Mindell JA, Owens JA, Byars KC. The use of sleep medications in hospitalized pediatric patients. *Pediatrics*. 2007;119(6): 1047–1055

Mindell, J.A., Meltzer, L.J., Carskadon, M.A., Chervin, R.D. Developmental aspects of sleep hygiene: Findings from the 2004 National Sleep Foundation Sleep in America Poll. *Sleep Medicine*. 2009; 10:771-779.

Muscari, M. E. 2001. *Advanced pediatric clinical assessment: skill and procedure.* Philadelphia: Lippincott.

Natalita, C., Sekartini, R., Poesponegoro, H. Skala Gangguan Tidur untuk Anak (SDSC) sebagai Instrumen Skrining Gangguan Tidur pada Anak Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama. *Sari Pediatri*. 2011; 12(6): 365-372

Nic Butkov, Teofilo L. Lee-Chiong. 2007. *Fundamentals of sleep technology*. New York: Lippincott Williams & Wilkins

Nursalam, Apriani, N.K, Has, Eka M. M, Efendi, Ferry. Sleep hygiene behavior among Balinese adolescent. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2013; 4(3): 155-160

Owens, et al. 2002. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) : Psychometric Properties of A Survey Instrument for School-Aged Children. *American Academy of Sleep Medicine*, 23 (8): 1043-1051.

Potter dan Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses dan Praktik*, Edisi 4, Volume 2, EGC, Jakarta.

Potts, N. L & Mandleco, B. L. 2007. *Pediatric nursing: caring for children and their families*. Canada: Thomson, Delmar Learning

Postawski, Kacper M. 2004. *Powerful Sleep – Secrets of the Inner Sleep Clock*. Diunduh dari http://www.20daypersuasion.com/ powerfulsleepexcerpt. pdf pada 24 Januari 2014 pukul 07.27

Rajin, Mukhamad. 2012. Terapi Spiritual Emotional Freedom Tehnique (SEFT) untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Pasien Pasca Operasi di Rumah Sakit. Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum (Unipdu) Jombang

Rasmun. 2004. *Stres, koping dan adaptasi*. Jakarta : Sagung Seto.

Sari, F. S., & Sulisno, Madya. (2012). Hubungan kecemasan ibu dengan kecemasan anak saat hospitalisasi anak. *Journal Nursing Study.* Volume 1, Nomor 1, Tahun 2012. Hal 51-59.

Saryono. 2011. *Metodologi penelitian keperawatan*. Purwokerto: UPT. Percetakan dan Penerbitan UNSOED

Sastroasmoro, S., Ismael, S. 2010. *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta: Sagung seto

Seattle Children's. 2011. *Sleep Hygiene for Children*. Diunduh dari www.seattlechildrens.org/pdf/PE1066.pdf pada 25 Januari 2014 pukul 09.11

Setiadi. 2007. *Konsep & Penulisan Riset Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu

Sevilla, G, et al. 2006. *Pengantar Metode Penelitian*. Penerjemah: Alimudin Tuwu. Jakarta: UI Press

Smith, Harold R., Comella, Cynthia L., Högl, Birgit. 2008. *Sleep Medicine*. Cambridge University Press

Supartini, Y. (2004). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Anak*, Cetakan 1. Jakarta: EGC.

Tan, E., Healey, D., Gray, A.R., Galland, B.C. Sleep hygiene intervention for youth aged 10 to 18 years with problematic sleep: a before-after pilot study. *BMC Pediatrics*. 2012. 12: 189

Solikhah, Umi. Therapeutic peer play sebagai upaya menurunkan kecemasan anak usia sekolah selama hospitalisasi. *Jurnal Keperawatan Soedirman*. 2011; 6(1): 20-30

Wahyuningsih, A & Febriana, D. (2011). Kajian stres hospitalisasi terhadap pemenuhan pola tidur anak usia prasekolah di ruang anak RS Baptis Kediri. Diunduh dari http://puslit2.petra.ac.id/ejournal/index.php /stikes/article/view/18429 pada 24 Januari 2014 pukul 06:42

Witcher, Lisa A., Gozal, D., Molfese, D.M., Salathe, S.M., Spruyt, K., Crabtree, V.M. Sleep Hygiene and Problem Behaviors in Snoring and Non-Snoring School-Age Children. *Sleep Med*. 2012; 13(7):802-809

Wong, Donna L. 2003. *Pedoman Medis Keperawatan Pediatrik*. Jakarta: EGC

Wong, Donna L, dkk.(2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Edisi 6.Jakarta: EGC*

Wong, Donna L, dkk.(2009).*Buku Ajar Keperawatan Pediatrik*. Volume 2. Jakarta: EGC

Yuniartini, P.E., Widastra, M., Utami, K.C. 2013. Pengaruh terapi bercerita terhadap kualitas tidur anak usia prasekolah yang menjalani hospitalisasi di ruangan perawatan anak RSUP Sanglah Denpasar. Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Udayana.

LAMPIRAN 1. Kuesioner Kebiasaan Tidur Anak di Rumah Sakit

Kuesioner Kebiasaan Tidur Anak di Rumah Sakit

Nama :
Usia :

Pernyataan berikut adalah tentang kebiasaan tidur anak Anda dan kemungkinan adanya kesulitan dengan tidurnya. Isi kuesioner sesuai apa yang terjadi pada anak Anda.

Jawaban 'Biasanya' jika sesuatu terjadi 3 kali atau lebih;
Jawaban 'Terkadang' jika pernah terjadi 1 hingga 2 kali;
Jawaban 'Tidak pernah' jika sesuatu tidak pernah terjadi.

Juga, silakan menunjukkan apakah kebiasaan tidur tersebut menjadi suatu masalah dengan mencentang (√) 'Ya' atau 'Tidak'

Waktu Tidur

	3 Biasanya (3 kali/lebih)	2 Terkadang (1-2 kali)	1 Tidak pernah (0 kali)	Masalah?	
Anak pergi tidur pada jam yang sama di malam hari	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak tertidur dalam waktu 20 menit setelah tidur	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak tertidur sendirian di tempat tidurnya sendiri	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak tertidur dengan gerakan goyang atau berirama	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak membutuhkan orang tua di ruangan untuk tertidur	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak siap untuk pergi tidur pada waktu tidur malam	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak menolak tidur pada waktu tidur malam	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak meronta pada waktu tidur (menangis, menolak untuk tetap di tempat tidur, dll)	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak takut tidur dalam gelap	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak takut tidur sendirian	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐

Perilaku Tidur

	3 Biasanya (3 kali/lebih)	2 Terkadang (1-2 kali)	1 Tidak pernah (0 kali)	Masalah?	
Anak kurang tidur	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak terlalu banyak tidur	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak tidur secukupnya/tepat	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐

Anak tidur lamanya hampir sama setiap hari	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak mengompol di malam hari	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak berbicara saat tidur	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak gelisah dan bergerak banyak selama tidur	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak tidur berjalan pada malam hari	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak melaporkan nyeri tubuh saat tidur. Jika demikian, di mana? _____	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak menggertakkan gigi saat tidur	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak mendengkur keras	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak tampaknya berhenti bernapas saat tidur	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak mendengus dan / atau terengah-engah saat tidur	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak memiliki kesulitan tidur saat jauh dari rumah	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak terbangun pada malam menjerit, berkeringat, dan tidak bisa ditenangkan	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak terbangun terkejut oleh mimpi yang menakutkan	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐

Terbangun Pada Malam Hari

	3 Biasanya (3 kali/lebih)	2 Terkadang (1-2 kali)	1 Tidak pernah (0 kali)	Masalah?	
Anak terbangun sekali pada malam hari	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak terbangun lebih dari sekali pada malam hari	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak kembali tidur tanpa bantuan setelah bangun tidur	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐

Bangun Pagi

	3 Biasanya (3 kali/lebih)	2 Terkadang (1-2 kali)	1 Tidak pernah (0 kali)	Masalah?	
Anak bangun oleh dia/dirinya sendiri	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak bangun dengan jam alarm	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐

Anak bangun dalam suasana hati(mood) yang negatif	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Orang dewasa atau saudara yang membangunkan anak	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak mengalami kesulitan bangun tidur di pagi hari	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak membutuhkan waktu yang lama untuk menjadi siaga di pagi hari	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak bangun sangat awal di pagi hari	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak memiliki nafsu makan yang baik di pagi hari	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐

Mengantuk Siang Hari

	3 Biasanya (3 kali/lebih)	2 Terkadang (1-2 kali)	1 Tidak pernah (0 kali)	Masalah?	
Anak tidur siang pada siang hari	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak tiba-tiba jatuh tertidur di tengah perilaku aktif	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐
Anak tampak lelah	☐	☐	☐	Ya☐	Tidak☐

^^ TERIMA KASIH ATAS PARTISIPASI ANDA ^^

LAMPIRAN 2. Prosedur Terapi *Sleep Hygiene*

Prosedur terapi *Sleep Hygiene*

Tindakan	Hari 1		Hari 2		Hari 3	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1. Ibu atau keluarga mengusahakan anak tidur malam dan bangun pagi pada jam yang sama 2. Ibu atau keluarga tidak memberikan makanan dan minuman yang mengandung kafein (soda, coklat, teh, kopi) pada anak 3. Ibu atau keluarga memberikan anak makanan ringan dan minum yang cukup sebelum tidur sehingga tidak lapar saat tidur 4. Ibu atau keluarga memaksimalkan kenyamanan tempat tidur sebelum anak tidur : membersihkan sprei, memberi selimut hangat, guling atau boneka bila perlu 5. Ibu atau keluarga menyuruh anak menyikat gigi, mencuci muka, tangan dan kaki sebelum tidur 6. Ibu atau keluarga menyuruh anak mengosongkan kandung kemih sebelum tidur 7. Ibu atau keluarga menggosok punggung dan atau memijat bagian tubuh (kepala, bahu, tangan atau kaki) agar anak nyaman serta membantu anak lebih rileks 8. Ibu atau keluarga mengajak dan membantu anak untuk mengisi *sleep diary*						

LAMPIRAN 3. Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Saya Shindy Anggreini Putri adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Dalam rangka untuk menyelesaikan tugas akhir, saya meminta Anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian saya yang berjudul **"Pengaruh Terapi *Sleep Hygiene* terhadap Gangguan Tidur pada Anak Usia Sekolah yang Menjalani Hospitalisasi"**. *Sleep hygiene* adalah terapi yang merujuk pada berbagai pola dan perilaku yang dapat diadopsi atau dilakukan dengan mudah dalam usaha mempromosikan tidur yang berkualitas.
2. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui adanya pengaruh terapi *sleep hygiene* terhadap gangguan tidur pada anak usia sekolah yang menjalani hospitalisasi/rawat inap dan manfaat yang yang diperoleh adalah hasil penelitian ini akan menunjukkan keefektifan terapi *sleep hygiene* untuk mengatasi gangguan tidur anak sehingga diharapkan terapi ini dapat diaplikasikan prakteknya baik dalam lingkungan klinis maupun sehari-hari.
3. Penelitian ini akan berlangsung selama ±4 hari. Saat penelitian, Anda diminta untuk membantu anak Anda menerapkan terapi *sleep hygiene* di malam hari selama 3 malam. Anda juga diminta untuk mengisi kuesioner tentang gangguan tidur anak Anda pada hari pertama dan keempat dengan menjawab butir-butir pertanyaan yang ada pada lembar pertanyaan yang telah disediakan. Peneliti akan memaparkan lebih lanjut tentang konsep *sleep hygiene* dan langkah-langkah untuk menerapkannya setelah anda bersedia menjadi responden.
4. Penelitian ini tidak memberikan efek samping dan tidak membahayakan bagi keselamatan dan kesehatan anak Anda dan Anda sendiri.
5. Ketidaknyamanan mungkin akan Anda rasakan karena penelitian membutuhkan waktu hingga 4 hari yang mungkin akan memakan waktu dan membutuhkan kerjasama anak Anda. Untuk meminimalkan ketidaknyamanan tersebut, peneliti hanya akan memulai penelitian pada responden yang merasa tidak keberatan dan tidak merasa terganggu selama berpartisipasi dalam penelitian ini.
6. Anda dapat menentukan pilihan bersedia atau tidak bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini tanpa ada paksaan dari siapapun. Jika Anda bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini, silahkan menandatangani persetujuan menjadi responden penelitian.

7. Apabila Anda telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini, Anda berhak untuk mengundurkan diri selama proses penelitian berlangsung tanpa disertai sanksi apapun.
8. Data diri Anda dijamin kerahasiaannya oleh peneliti dengan cara tidak adanya pencantuman nama Anda pada daftar pertanyaan. Data yang didapat hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Atas kesediaan dan kerjasama Anda dalam penelitian ini, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti,

Shindy Anggreini Putri

105070201131001

LAMPIRAN 4. Lembar Pernyataan Kesediaan Menjadi Responden

LEMBAR PERNYATAAN KESEDIAAN

MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan mengenai tujuan, manfaat, resiko yang mungkin ditimbulkan, prosedur pelaksanaan penelitian, dan hak-hak responden dari penelitian yang berjudul **"Pengaruh Terapi *Sleep Hygiene* terhadap Gangguan Tidur pada Anak Usia Sekolah yang Menjalani Hospitalisasi"**, maka saya, Orang tua dari anak :

Nama (Inisial) :

Usia :

menyatakan *(bersedia / tidak bersedia)** menjadi responden penelitian tersebut.

Dan apabila sewaktu-waktu saya tidak bersedia atau mengundurkan diri dari penelitian ini, maka tidak ada tuntutan atau sanksi yang dikenakan dikemudian hari kepada saya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Malang, ... 2014

Peneliti

Shindy Anggreini Putri

NIM. 105070201131001

Yang membuat pernyataan

(.....)

Saksi I

(.....)

Saksi II

(.....)

*Keterangan, * : coret yang tidak perlu*

LAMPIRAN 5. Penjelasan *Sleep Hygiene* Untuk Responden

SLEEP HYGIENE
(Kebersihan Tidur)

Sleep hygiene yang bila diartikan ke dalam Bahasa Indonesia menjadi 'Kebersihan tidur' adalah praktek perilaku yang meningkatkan kualitas tidur, durasi tidur yang cukup, kesiapan penuh di siang hari dan mempromosikan tidur yang baik. Praktek *sleep hygiene* mencakup berbagai perilaku dan faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kualitas tidur.

Beberapa kebiasaan berikut dapat menjadi awal *sleep hygiene* yang tidak baik :

a. Memiliki waktu tidur dan waktu bangun yang berbeda-beda.
b. Seringkali menghabiskan jumlah waktu yang lebih lama yang dihabiskan di tempat tidur.
c. Mengkonsumsi kafein pada periode sebelum tidur.
d. Sering menggunakan tempat tidur untuk kegiatan lain selain tidur (misalnya, menonton TV, membaca, belajar).
e. Tidur di tempat tidur tidak nyaman (kasur tipis, selimut tidak memadai).
f. Membiarkan kamar tidur terlalu terang, terlalu penuh, terlalu berantakan, terlalu panas, terlalu dingin, atau dalam beberapa hal tidak kondusif untuk tidur.
g. Melakukan kegiatan yang menuntut konsentrasi tingkat tinggi sesaat sebelum tidur.
h. Membiarkan aktivitas mental, seperti berpikir, berencana, dan mengingat-ingat terjadi di tempat tidur.

Sleep Hygiene Anak

Seperti kesehatan gigi, menanamkan kebiasaan *sleep hygiene* yang baik sejak kecil akan meminimalisir potensi gangguan tidur dan pendukungan kebiasaan yang baik sepanjang hidup anak.

Empat pilar utama *sleep hygiene* :

1. Jadwal tidur
2. Rutinitas tidur
3. Kondisi lingkungan kamar tidur
4. Perilaku dan kebiasaan siang hari

Hal yang disarankan untuk membangun *sleep hygiene* yang baik bagi anak :

a. Mempertahankan waktu tidur dan waktu bangun yang konsisten.
b. Menghindari menghabiskan banyak waktu selain tidur di ranjang. Menghabiskan berjam-jam berbaring di tempat tidur melakukan kegiatan lain sebelum tidur membuat otak tidak terbiasa untuk menghubungkan ranjang dengan waktu tidur .
c. Kamar tidur anak harus sejuk, tenang dan nyaman .
d. Waktu tidur harus mengikuti urutan peristiwa yang terprediksi, seperti menyikat gigi dan membaca cerita .
e. Latihan fisik sebagai bagian dari keseharian membantu waktu tidur berjam-jam kemudian.
f. Menghindari kegiatan stimulasi tinggi sebelum tidur, seperti menonton televisi dan bermain *video game*.
g. Membalikkan jam dari anak agar tidak dapat dilihat.
h. Teknik relaksasi seperti melakukan napas perut dalam yang lambat atau membayangkan adegan positif seperti berada di pantai dapat membantu anak rileks.
i. Menghindari kafein (soda, coklat, teh, kopi) di sore/malam hari. Bahkan walaupun kafein tidak mencegah jatuh tertidur namun masih dapat menyebabkan tidur dangkal atau sering terbangun
j. Tidak boleh khawatir saat waktu tidur. Anak harus didorong untuk berpikir dan berdiskusi tentang kekhawatiran mereka dengan orang tua dan tidur setelah kekhawatirannya hilang.
k. Lebih baik bagi anak yang terjaga di tempat tidur dan tidak bisa diam untuk keluar dari kamar untuk melakukan aktivitas stimulasi rendah (misalnya membaca), kemudian kembali ke tempat tidur untuk tidur lagi.
l. Anak-anak harus ditidurkan dalam keadaan mengantuk, tapi masih terjaga. Membiarkan anak tertidur di tempat lain membentuk kebiasaan yang sulit untuk dirubah.

m. Objek untuk kenyamanan seperti boneka, mainan atau selimut akan banyak membantu anak pada waktu tidur.

n. Ketika memeriksa pada anak di malam hari, pemeriksaan harus "singkat dan membosankan". Tujuannya adalah untuk meyakinkan anak adanya kehadiran seseorang dan anak baik-baik saja.

o. Jika anak tidak pernah mengantuk di waktu tidur yang direncanakan, penundaan sementara waktu tidur sekitar 30 menit sampai anak mulai mengantuk dapat dicoba sehingga anak tertidur lebih cepat setelah mereka naik ke tempat tidur. Tidur kemudian harus secara bertahap dimajukan hingga waktu tidur awal yang diinginkan tercapai.

p. Mengisi *sleep diary* untuk melacak tidur siang, waktu tidur malam dan kegiatan untuk menemukan pola dan daerah sasaran masalah.

LAMPIRAN 6. Lembar Konsultasi Tugas Akhir

KEMENTRIAN PENDIDIKAN NASIONAL
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA
Jalan Veteran Malang – 65145
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
e-mail : sekr_fkub@fk.unibraw.ac.id http://fk.brawijaya.ac.id
JAWA TIMUR – INDONESIA
Lab : Jurusan :

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : Shindy Anggreini Putri
N I M : 105070201131001
Program Studi : ~~PSPD~~ / PSIK / ~~PSIG~~ / ~~PSPDG~~
Judul Tugas Akhir :
Pengaruh Terapi Sleep Hygiene terhadap Gangguan Tidur pada Anak Usia Sekolah yang Mengalami Hospitalisasi

Pembimbing I : Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes.
Pembimbing II : .....

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
20/1 2014	I	Konsul judul + BAB I	Pemantapan judul, penguatan latar belakang.	
27/1 2014	I	BAB II	fix bab 2, perbaikan di numbering, integrasi bab 2 ke bab 3.	
4/2 2014	I	BAB III	Pembuatan kerangka konsep yg tepat + fix bab 3.	
13/3 2014	I	BAB IV	Mencantumkan kriteria inklusi dan eksklusi yang benar	
19/3 2014.	I	BAB 1 - 4.	fix bab I - 4.	
16/4 2014	I	-	Acc sidang ujian proposal	

repository.ub.ac.id

KEMENTRIAN PENDIDIKAN NASIONAL
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA
Jalan Veteran Malang – 65145
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
e-mail : sekr_fkub@fk.unibraw.ac.id http://fk.brawijaya.ac.id
JAWA TIMUR – INDONESIA

Lab : Jurusan :

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : Shindy Anggreini Putri
N I M : 105070201131001
Program Studi : ~~PSPD~~ / PSIK / ~~PSIG / PSPDG~~
Judul Tugas Akhir : Pengaruh Terapi Sleep Hygiene terhadap Gangguan Tidur pada Anak Usia Sekolah yang Menjalani Hospitalisasi

Pembimbing I : Dr. Ahsan, S.Kp., M.Kes
Pembimbing II : ...

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
21/7 2014	I	Revisi Sempro	Ditambahkan tentang penelitian terkait	[signature]
23/11 2014	I	BAB 5 & 6	Memperbaiki susunan pembahasan dan penulisan hasil.	[signature]
26/11 2014	I	Revisi bab 5 & 6 + konsul bab 7.	Perbaiki bab IV	[signature]
27/11 2014	I		Perbaiki kesimpulan	[signature]
28/11 2014			Acc dapat diujikan	[signature]

UNIVERSITAS BRAWIJAYA

KEMENTRIAN PENDIDIKAN NASIONAL
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA
Jalan Veteran Malang – 65145
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
e-mail : sekr_fkub@fk.unibraw.ac.id http://fk.brawijaya.ac.id
JAWA TIMUR – INDONESIA
Lab : Jurusan :

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : Shindy Anggreini Putri
NIM : 105070201131001
Program Studi : ~~PSPD~~ / PSIK / ~~PSIG~~ / ~~PSPDG~~
Judul Tugas Akhir :
Pengaruh Terapi Sleep Hygiene p terhadap Gangguan Tidur pada Anak Usia Sekolah yang Mengalami Hospitalisasi

Pembimbing I :
Pembimbing II : Ns. Rinik Eko Kapti S.Kep., M.Kep

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
20/1 2014	II	konsul judul	Menentukan topik yang kuat dari sisi keperawatan	
29/1 2014	II	BAB I	melengkapi data masalah & mencari literatur relevan untuk BAB 2.	
27/1 2014	II	BAB II	Bab 2 fix, lanjut ke bab 3.	
4/2 2014	II	BAB III	Menentukan hipotesa yang sesuai dengan tujuan penelitian	
13/3 2014	II	BAB IV	Merubah sedikit definisi operasional dan parameter yang sesuai.	
14/3 2014	I	Bab 1-4	fix bab 1-4.	

KEMENTRIAN PENDIDIKAN NASIONAL
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA
Jalan Veteran Malang – 65145
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
e-mail : sekr_fkub@fk.unibraw.ac.id http://fk.brawijaya.ac.id
JAWA TIMUR – INDONESIA

Lab : Jurusan :

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : Shindy Anggreini Putri
NIM : 105070201131001
Program Studi : ~~PSPD~~ / PSIK / ~~PSIG / PSPDG~~
Judul Tugas Akhir : Pengaruh Terapi Sleep Hygiene terhadap Gangguan Tidur pada Anak Usia Sekolah yang Mengalami Hospitalisasi

Pembimbing I :
Pembimbing II : Ns. Rinik Eko Kapti S.Kep., M.Kep.

Tgl	Pembimbing I / II	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
21/7 2014	II	Revisi Sempro	Perbaikan kuesioner	
23/1_ 2014	II	BAB 5 & 6	Memperbaiki pembahasan tentang opini peneliti	
26/11 2014	II	BAB 7	fix bab 5, 6 & 7.	
27/11 2014	II		Acc semhas	

LAMPIRAN 7. Keterangan Kelaikan Etik

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
THE MINISTRY OF EDUCATION AND CULTURE
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FACULTY OF MEDICINE UNIVERSITY OF BRAWIJAYA
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
Jalan Veteran Malang – 65145
Telp./ Fax. (62) 341 - 553930

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")

No. 471 / EC / KEPK – S1 – PSIK / 08 / 2014

KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL	:	**Pengaruh Terapi *Sleep Hygiene* terhadap Gangguan Tidur pada Anak Usia Sekolah yang Menjalani Hospitalisasi**
PENELITI UTAMA	:	**Shindy Anggreini Putri**
UNIT / LEMBAGA	:	**S1 Ilmu Keperawatan – Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang**
TEMPAT PENELITIAN	:	**RSUD Kanjuruhan**

DINYATAKAN LAIK ETIK.

Malang, 26 AUG 2014

An. Ketua,
Koordinator Divisi I

Prof. Dr. dr.Teguh W.Sardjono, DTM&H, MSc, SpPark
NIP.19520410 198002 1 001

Catatan :
Keterangan Laik Etik Ini Berlaku 1 (Satu) Tahun Sejak Tanggal Dikeluarkan
Pada Akhir Penelitian, Laporan Pelaksanaan Penelitian Harus Diserahkan Kepada KEPK-FKUB Dalam Bentuk Soft Copy. Jika Ada Perubahan Protokol Dan / Atau Perpanjangan Penelitian, Harus Mengajukan Kembali Permohonan Kajian Etik Penelitian (Amandemen Protokol).

LAMPIRAN 8. Surat Ijin Penelitian dan Pengambilan Data dari FKUB

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
Jalan Veteran Malang – 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (0341) 551611 Pes. 213.214; 569117, 567192 – Fax. (62) (0341) 564755
e-mail : sekr.fk@ub.ac.id http://www.fk.ub.ac.id

Nomor : 9023 /UN10.7/AK-TA.PSIK/2014 02 SEP 2014
Lampiran : --
Perihal : Permohonan Ijin penelitian dan Pengambilan Data

Yth. Direktur RSUD Kanjuruhan Kepanjen
Kabupaten Malang

Sehubungan dengan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah/Tugas Akhir (TA) sebagai prasyarat wajib bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Univ. Brawijaya, bersama ini mohon ijin untuk melaksanakan penelitian serta pengambilan data bagi mahasiswa yang tersebut dibawah ini :

N a m a	:	Shindy Anggreini Putri
N i m	:	105070200111001
Semester	:	8
Program studi	:	Ilmu Keperawatan
Judul	:	**PENGARUH TERAPI SLEEP HYGIENE TERHADAP GANGGUAN TIDUR PADA ANAK USIA SEKOLAH YANG MENJALANI HOSPITALISASI**

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terma kasih

An. Dekan
Pembantu Dekan Bidang Akademik,

Dr.dr. Sri Andarini, M.Kes
NIP. 19580414 198701 2 001

LAMPIRAN 9. Surat Ijin Penelitian dan Pengambilan Data dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang

PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jalan KH. Agus Salim No. 7 Telp. (0341)366260 Fax. 366260
MALANG - 65119

SURAT KETERANGAN

Nomor : 072/ 58 /421.205/2014

Untuk melakukan Survey / Research / Penelitian / KKN / PKL / Magang

Menunjuk : Surat dari Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang Nomor : 9023/UN10.7/AK-TA.PSIK/2014 Tanggal 2 September 2014 Perihal Penelitian

Dengan ini kami **TIDAK KEBERATAN** dilaksanakannya kegiatan **Penelitian** oleh :

Nama / Instansi	:	Shindy Anggreini Putri/ Mhs Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
Alamat	:	Jl. Veteran Malang
Thema/Judul/Survey/Research	:	Pengaruh Terapi Sleep Hygiene Terhadap Gangguan Tidur pada Anak Usia Sekolah yang Menjalani Hospitalisasi
Daerah/tempat kegiatan	:	di RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kab Malang
Lamanya	:	September s/d Oktober 2014
Pengikut	:	-

Dengan Ketentuan :

1. Mentaati ketentuan - ketentuan / Peraturan yang berlaku
2. Sesampainya ditempat supaya melapor kepada Pejabat setempat
3. Setelah selesai mengadakan kegiatan harap segera melapor kembali ke Bupati Malang Cq. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Malang ;
4. Surat Keterangan ini tidak berlaku apabila tidak memenuhi ketentuan tersebut di atas

Malang, 22 September 2014

An. **KEPALA BADAN KESBANG DAN POLITIK KABUPATEN MALANG**
Kabid Ideologi HAM dan WASBANG

BUDIANTO HERMAWAN SH.Msi
Pembina
NIP : 19671204 199303 1 007

TEMBUSAN :

Yth.

1. Sdr. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang
2. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan Kab Malang
3. Sdr. Direktur RSUD Kanjuruhan Kepanjen Kab Malang
4. Sdr. Mhs Ybs
5. Arsip

LAMPIRAN 10. Surat Ijin Penelitian dan Pengambilan Data dari RSUD Kanjuruhan Kepanjen

PEMERINTAH KABUPATEN MALANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH "KANJURUHAN"KEPANJEN
Jalan Panji No.100 Telp (0341) 395041 Fax (0341) 395024
E-mail : rsud-kanjuruhan@malangkab.go.id Website : http://rsud-kanjuruhan.malangkab.go.id
KEPANJEN – MALANG 65163

NOTA DINAS

Kepada	:	Yth. Ka. Ru. Empu Tantular
Dari	:	Ka. Inst. Diklat Litbang & Perpustakaan
Tanggal	:	10 Oktober 2014
Lampiran	:	berkas
Nomor	:	423.4/ 377 /421.215.204/2014
Perihal	:	Penghadapan peserta Penelitian dan pengambilan data

Menunjuk Surat Direktur Rumah Sakit Umum Daerah "Kanjuruhan" Kepanjen tanggal 6 Oktober 2014 Nomor : 423.4/1279/421.215/2014 Perihal Ijin Penelitian dan pengambilan data bersama ini kami hadapkan peserta Mahasiswa Program Studi S-I Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang atas :

Nama	:	**SHINDY ANGGREINI PUTRI**
NIM	:	105070201111001
Program Studi	:	Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian	:	Pengaruh Terapi Sleep Hygiene Terhadap Gangguan Tidur Pada Anak Usia Sekolah Yang Menjalani Hospitalisasi
Tempat Uji Validasi	:	Empu Tantular RSUD "Kanjuruhan" Kepanjen

Sehubungan dengan hal tersebut di mohon untuk :

1. Memberikan Informasi / data seputar dengan topik Penelitian Peserta
2. Melaporkan Mahasiswa tersebut apabila melakukan pelanggaran / kedisiplinan.

Demikian untuk menjadikan perhatian dan atas kerja samanya disampaikan terima kasih.

an. Ka. Instalasi Diklat Litbang & Perpustakaan
Wa. Ka. Inst. Diklat Litbang & Perpustakaan

NURJANNAH
NIP. 19690522 199202 2002

Tindasan Yth :
1. Ka. IRNA
   Di RSUD "Kanjuruhan" Kepanjen

LAMPIRAN 11. Hasil Analisis Data Penelitian

Hasil Analisis Data Penelitian

UJI VALIDITAS DAN RELIABILITAS KUESIONER

Uji validitas butir pertanyaan kuesioner

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
butir_1	73,62500	390,917	,573	,971
butir_2	74,37500	393,050	,603	,971
butir_3	73,62500	387,183	,686	,970
butir_4	73,62500	387,183	,686	,970
butir_5	74,37500	393,050	,603	,971
butir_6	74,12500	385,983	,916	,969
butir_7	74,37500	393,050	,603	,971
butir_8	74,37500	393,050	,603	,971
butir_9	73,62500	390,917	,573	,971
butir_10	73,75000	391,133	,798	,970
butir_11	73,37500	395,450	,747	,970
butir_12	74,37500	393,050	,603	,971
butir_13	74,12500	385,983	,916	,969
butir_14	74,12500	385,983	,916	,969
butir_15	73,62500	390,917	,573	,971
butir_16	74,37500	393,050	,603	,971
butir_17	73,62500	387,183	,686	,970
butir_18	73,37500	395,450	,747	,970
butir_19	73,62500	390,917	,573	,971
butir_20	74,37500	393,050	,603	,971
butir_21	74,12500	385,983	,916	,969
butir_22	73,62500	387,183	,686	,970
butir_23	74,37500	393,050	,603	,971
butir_24	73,62500	390,917	,573	,971
butir_25	73,62500	390,917	,573	,971
butir_26	74,37500	393,050	,603	,971
butir_27	74,37500	393,050	,603	,971
butir_28	74,12500	385,983	,916	,969
butir_29	74,00000	390,133	,840	,970
butir_30	73,37500	395,450	,747	,970
butir_31	73,75000	391,133	,798	,970
butir_32	74,00000	390,133	,840	,970
butir_33	73,62500	390,917	,573	,971

butir_34	74,37500	393,050	,603	,971
butir_35	74,37500	393,050	,603	,971
butir_36	74,37500	393,050	,603	,971
butir_37	74,37500	393,050	,603	,971
butir_38	73,62500	390,917	,573	,971
butir_39	73,75000	391,133	,798	,970
butir_40	74,37500	393,050	,603	,971

Uji reliabilitas butir pertanyaan kuesioner

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,971	40

Uji validitas faktor

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Waktu_tidur	57,00000	227,467	,991	,798
Perilaku_tidur	44,62500	147,717	,947	,898
terbangun_mlm	70,75000	348,733	,909	,891
bangun_Pagi	61,12500	274,250	,924	,833
Mengantuk_sianghr	70,00000	353,600	,979	,895

Uji reliabilitas faktor

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,889	5

ANALISIS UNIVARIAT

DISTRIBUSI KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. USIA

usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	6	2	12,5	12,5	12,5
	7	1	6,3	6,3	18,8
	8	1	6,3	6,3	25,0
	9	2	12,5	12,5	37,5
	10	5	31,3	31,3	68,8
	11	2	12,5	12,5	81,3
	12	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
usia	16	6	12	9,56	,491	1,965
usia_intervensi	8	6	12	9,00	,779	2,204
usia_kontrol	8	7	12	10,13	,581	1,642
Valid N (listwise)	8					

2. JENIS KELAMIN

jenis_kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	9	56,3	56,3	56,3
	perempuan	7	43,8	43,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

3. PENGALAMAN RAWAT SEBELUMNYA

riwayat_hospitalisasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	pernah dirawat	7	43,8	43,8	43,8
	belum pernah dirawat	9	56,3	56,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

UJI HOMOGENITAS

Test of Homogeneity of Variances

usia

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,117	1	14	,309

Test of Homogeneity of Variances

jenis_kelamin

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,467	1	14	,506

Test of Homogeneity of Variances

riwayat_hospitalisasi

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,467	1	14	,506

ANALISIS BIVARIAT

UJI T DEPENDEN KELOMPOK KONTROL

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	sebelum	72,5724	8	7,46776	2,64025
	sesudah	70,0273	8	5,16973	1,82777

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	sebelum & sesudah	8	,555	,153

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	sebelum - sesudah	2,54513	6,29637	2,22610	-2,71877	7,80902	1,143	7	,290

UJI T DEPENDEN KELOMPOK INTERVENSI

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	sebelum_intervensi	71,8348	8	6,64098	2,34794
	sesudah_intervensi	61,4328	8	3,98376	1,40847

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	sebelum_intervensi & sesudah_intervensi	8	,482	,227

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	sebelum_intervensi - sesudah_intervensi	10,40200	5,87172	2,07597	5,49312	15,31088	5,011	7	,002

UJI T INDEPENDEN PRE TEST

Group Statistics

	kelompok	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
perlakuan	kontrol	8	72,5724	7,46776	2,64025
	intervensi	8	71,8348	6,64098	2,34794

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
perlakuan	Equal variances assumed	,341	,569	,209	14	,838	,73763	3,53324	-6,84041	8,31566
	Equal variances not assumed			,209	13,812	,838	,73763	3,53324	-6,85012	8,32537

UJI T INDEPENDEN POST TEST

Group Statistics

	KELOMPOK_POST	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
perlakuan_post	kontrol	8	70,0273	5,16973	1,82777
	intervensi	8	61,4328	3,98376	1,40847

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
perlakuan_post	Equal variances assumed	,230	,639	3,725	14	,002	8,59450	2,30750	3,64541	13,54359
	Equal variances not assumed			3,725	13,146	,003	8,59450	2,30750	3,61508	13,57392

UJI T INDEPENDEN SELISIH PRE-POST TEST

Group Statistics

	kelompok_perlakuan	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
selisih_prepost	intervensi	8	10,4020	5,87158	2,07592
	kontrol	8	5,6234	3,30227	1,16753

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
selisih_prepost	Equal variances assumed	6,850	,020	2,006	14	,065	4,77863	2,38171	-,32964	9,88689
	Equal variances not assumed			2,006	11,026	,070	4,77863	2,38171	-,46201	10,01926

LAMPIRAN 12

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Shindy Anggreini Putri

NIM : 105070201131001

Jurusan : Ilmu Keperawatan

Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila di kemudian hari dapat dibuktikan bahwa Tugas Akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 04 Desember 2014

Yang membuat pernyataan,

Shindy Anggreini Putri

NIM. 105070201131001

LAMPIRAN 13

CURICULUM VITAE (CV)

Biodata

Nama	:	Shindy Anggreini Putri
NIM	:	105070201131001
Jurusan / Angkatan	:	Ilmu Keperawatan / 2010
Tempat / tanggal lahir	:	Trenggalek, 03 Oktober 1992
Jenis Kelamin	:	Perempuan
Agama	:	Islam
Kewarganegaraan	:	WNI (Warga Negara Indonesia)
Motto	:	“Dream as if you will live forever, and live as if you’ll die today”

Kontak

Alamat Rumah	:	Desa Pakel RT 03/RW 01, Kec.Pule, Kab.Trenggalek
Alamat Kos	:	Jalan Sumbersari Gg. IV no. 64, Lowokwaru, Malang
No. HP	:	0852-3456-5808
Email	:	shindyanggreini.putri@gmail.com

Riwayat pendidikan

No.	Pendidikan	Tempat	Tahun
1	TK Dharma Wanita Pakel	Trenggalek	1996 - 1998
2	SDN 1 Pakel	Trenggalek	1998 - 2004
3	SMPN 1 Trenggalek	Trenggalek	2004 - 2007
4.	SMAN 1 Trenggalek	Trenggalek	2007 – 2010
5.	PSIK – FKUB	Malang	2010 – sekarang