

KUALITAS TIDUR DAN FAKTOR-FAKTOR GANGGUAN TIDUR KLIEN LANJUT USIA YANG DIRAWAT INAP DI RUANG PENYAKIT DALAM RUMAH SAKIT, MEDAN 2003 *

Evi Karota Bukit **

Abstrak

Penelitian deskriptif ini bertujuan untuk mengeksplorasi kualitas tidur dan faktor-faktor gangguan tidur klien lanjut usia yang dirawat di ruang penyakit dalam. Seratus klien sesuai dengan kriteria diambil sebagai sampel dari 2 rumah sakit di Medan. Penelitian menggunakan kuisioner dengan wawancara terstruktur meliputi personal data, informasi kesehatan, riwayat tidur di rumah, kualitas tidur, dan faktor yang mempengaruhi gangguan tidur di rumah sakit. Mayoritas klien memulai tidur >60 menit (57%), total jam tidur malam <5 jam (62%), frekuensi terbangun tiga kali atau lebih (80%), tidur tidak nyenyak (55%), tidak puas terhadap tidur (51%), tidak merasa segar bangun pagi (52%), merasa lelah dan mengantuk siang hari (46%). Mayoritas klien (77%) melaporkan kualitas tidur mereka buruk di rumah sakit. Analisis *paired t-test* menunjukkan ada perbedaan signifikan antara kualitas tidur klien di rumah dengan di rumah sakit ($p < 0.001$). Faktor-faktor gangguan tidur selama perawatan di rumah sakit adalah faktor fisiologis, rutinitas tindakan perawat, lingkungan, dan psikologis. Dari faktor fisiologis, yang menyebabkan gangguan tidur tingkat tinggi adalah nyeri, sesak napas, dan batuk. Mayoritas klien mempersepsikan rutinitas tindakan perawat di malam hari umumnya hanya gangguan tidur ringan, termasuk tindakan perawat terhadap klien lain, mengukur tanda vital, dan memberikan obat. Selanjutnya, faktor lingkungan yang mengganggu tidur klien pada tingkat ringan-sedang yaitu suara bising dari berbagai sumber, suhu ruangan panas, dan lampu terlalu terang. Faktor psikososial menunjukkan 24% klien mengalami cemas dan 43% depresi. Hasil penelitian ini menunjukkan kualitas tidur klien buruk selama dirawat di rumah sakit. Untuk itu perawat perlu memberikan perhatian khusus kepada klien dengan gejala penyakit tertentu, keluhan rasa tidak nyaman, gangguan lingkungan, cemas, depresi, dan juga memberikan tindakan keperawatan untuk mengeliminasi faktor-faktor tersebut.

Kata kunci: gangguan tidur, klien, kualitas tidur, lansia

Abstract:

This descriptive study is aimed to explore sleep quality of elderly during hospitalization and describe factors perceived by hospitalized elderly as sleep interference. One hundred elderly clients who met the inclusion criteria were recruited from medical wards of two hospitals in Medan. Subject's personal data, health information, sleep history, sleep quality, and factors interfering with sleep were obtained by structured interview. The majority of subjects reported experiencing sleep latency > 60 minutes (57%), total sleep time less than 5 hours (62%), awakening three times or more (80%), very shallow sleep (55%), not at all satisfied with sleep (51%), not feeling refreshed in the morning (52%), and feeling fatigued and sleepy during the daytime (46%). Moreover, 77% of the clients considered their sleep as poor. In addition, paired t-test analysis revealed that the sleep quality of the clients during hospitalization and at home were significantly different ($p < .001$). Factors interfering with sleep during hospitalization included physiological, routine nursing interventions, environmental, psychological factors. The most prevalent and highest level sleep interference in physiological factors were caused by pain, dyspnea, cough. The majority of clients perceived that routine nursing interventions, checking vital signs, nurses attending to other clients, and giving treatments interfered with their sleep at a low level of sleep interference. Likewise, environmental factors including noise from all sources, hot room temperature, and bright light were commonly reported as sleep interference at the low and moderate level. In psychological factors, 24% of the subjects experienced anxiety, while 43% reported depression. The results study found that sleep quality of the subject was poorer during hospitalization. Thus, nurses should pay more attention to the clients having symptom of diseases, discomfort, environment disturbances, anxiety, depression and also give interventions to eliminate these factors.

Keywords: client, hospitalized elderly, sleep interfering, sleep quality

LATAR BELAKANG

Peningkatan umur harapan hidup dan populasi lanjut usia (lansia) merupakan salah satu masalah penting dunia pada abad ke-21 ini, baik di negara maju atau di negara berkembang (Reimer, 2000). Di Indonesia, Boedhi-Darmojo dan Martono (1999) melaporkan bahwa populasi lansia meningkat 3.96% setiap tahun dan pada tahun 2000 mencapai 22.277.700 jiwa. Keadaan ini dapat berdampak pada status kesehatan lansia terutama peningkatan perawatan lansia di rumah sakit akibat berbagai penyakit kronis, khususnya penyakit dalam seperti COPD, diabetes melitus, miokard infark, hipertensi, dll. Kondisi ini juga mengakibatkan masalah tidur dan kualitas tidur buruk bagi lansia (Boedhi-Darmojo & Martono, 1999; Southwell & Wistow, 1995).

Kualitas tidur klien di rumah sakit lebih buruk dari pada di rumah (Ersser et al., 1999). Penelitian Laempet (2001), kualitas tidur klien lansia penyakit dalam di rumah sakit lebih buruk dibandingkan di rumah ($p < 0.001$). Southwell dan Wistow (1995) menemukan 65% (N=153) klien yang dirawat mengalami gangguan tidur. Sedangkan Closs (1988a) dalam Ersser et al., 1999) melaporkan 61% (N=122) mengalami gangguan tidur selama di rumah sakit. Umumnya klien tidak dapat mempertahankan tidur secara adekuat sesuai kebutuhan karena berbagai gangguan tidur (Craven & Hirnle, 2000; Fordham, 1991).

Tidur yang tidak adekuat dan kualitas tidur buruk dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan fisiologi dan psikologi. Dampak fisiologi meliputi penurunan aktivitas sehari-hari, rasa capai, lemah, koordinasi neuromuskular buruk, proses penyembuhan lambat, daya tahan tubuh menurun, dan ketidakstabilan tanda vital (Briones et al., 1996; Dawson, & Lack, 2000). Sedangkan dampak psikologi meliputi depresi, cemas, tidak konsentrasi, koping tidak efektif. Perawat bertanggung jawab untuk memfasilitasi dan meningkatkan kualitas tidur mereka selama perawatan dengan memberikan rasa nyaman dan mengeliminasi faktor-faktor gangguan tidur (Miller, 1995; Roy, 1999).

METODOLOGI

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif yang bertujuan untuk mengeksplorasi kualitas tidur dan faktor-faktor gangguan tidur klien lansia di rumah sakit. Pengambilan sampel dengan teknik *convenient sampling* pada 100 klien penyakit dalam rumah sakit di Medan dengan kriteria (1) usia klien 60 tahun atau lebih, (2) kesadaran penuh dengan orientasi orang, tempat, dan waktu baik, (3) lama perawatan klien sudah 24 jam, (4) tidak dilakukan tindakan pembedahan selama dalam perawatan. Pengumpulan data dengan *interview* kuesioner meliputi: (1) personal data, (2) informasi masalah kesehatan, (3) riwayat tidur di rumah, (4) kualitas tidur di rumah sakit, dan (5) faktor gangguan tidur.

Kualitas Tidur Kuesioner (KTK) dimodifikasi dari *The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* (Buysse, et al., 1988) dan *St. Mary's Hospital (SMH) sleep questionnaire* (Ellis et al., 1981), meliputi: total jam tidur malam, waktu memulai tidur, frekuensi terbangun, perasaan segar saat bangun pagi, kedalaman tidur, kepuasan tidur, perasaan lelah/mengantuk siang hari. Faktor-faktor Gangguan Tidur Kuesioner (FGTK) meliputi faktor fisik, tindakan keperawatan, dan lingkungan menggunakan skala likert 0-3 (0= tidak ada gangguan dan 3= sangat mengganggu tidur). Faktor psikososial, cemas, dan depresi menggunakan *The Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)* (Zigmond & Snaith, 1983).

Content validity KTK dan FGTK telah dianalisis 3 ahli *Sleep and Medical, Psychological Nursing, & Gerontological Nursing* dari Prince of Songkla University, Thailand. Internal konsistensi *Cronbach's Alpha Coefficient* KTK .89 dan *Interrater Reliability* FGTK .89-1 (fisik), .88-1 (tindakan keperawatan), .76-1 (lingkungan). Internal Konsistensi *Cronbach's Alpha* (HADS) untuk cemas .81 dan depresi .76. Analisis data menggunakan deskriptif statistik, analisis tambahan uji *paired t-test* untuk membandingkan kualitas tidur klien di rumah sakit dan di rumah. *Crosstab analisis* digunakan mengidentifikasi cemas dan depresi klien yang mengalami kualitas tidur buruk.

HASIL PENELITIAN

1. Personal Data Responden

Usia responden 60–70 tahun (73%), 71–85 tahun (27%) dengan usia rata-rata 66.8 tahun (SD=6.5) dengan jenis kelamin pria 72%. Mayoritas suku Batak (68%), tingkat pendidikan SMP (60%), dan SMU (40%), status menikah dengan pasangan masih hidup (83%), tidak bekerja (54%), biaya rumah sakit ditanggung asuransi (38%), sebagian (36%), dan biaya sendiri (26%). Pendapatan responden rata-rata Rp 760.000,-/ bulan dan jumlah klien dalam satu ruangan adalah 2–5 orang (68%).

2. Informasi Masalah Kesehatan

Mayoritas klien mengalami gangguan sistem pernapasan seperti TBC (30%), COPD (14%), dan kanker paru (7%), masalah digestif (36%), kardiovaskuler (15%), dan perkemihan (2%). Klien dengan penyakit kronis (52%) dirawat di rumah sakit untuk yang kedua kalinya adalah 39% dan klien yang dirawat untuk ketiga kali atau lebih 29%.

3. Kualitas Tidur Lansia Di Rumah Sakit

Berdasarkan parameter tidur di rumah sakit (tabel 1) menunjukkan bahwa 62% klien memiliki total jam tidur semalam <5 jam ($X = 5.16$, $SD = 1.13$), 57% klien waktu mulai tertidur > 60 menit ($X = 65.76$, $SD = 35.21$), 79% terbangun tiga kali atau lebih semalam, 52% merasa tidak segar bangun di pagi hari, 55% merasa tidurnya tidak nyenyak, 51% tidak merasa puas dengan tidurnya, dan 46% merasa lelah dan mengantuk di siang hari.

Kualitas tidur 77% klien buruk selama dirawat di rumah sakit ($X = 6.87$, $SD = 4.65$) dan 43% klien memiliki kualitas tidur buruk di rumah ($X = 10.07$, $SD = 4.66$). Analisis tambahan uji *paired t-test* menunjukkan perbedaan yang signifikan antara mean total kualitas tidur klien di rumah sakit dengan riwayat tidur klien di rumah ($6.87:10.07$, $p < .001$).

Tabel 1.
Persentase parameter tidur responden di rumah sakit
(N= 100), Tahun 2003

Parameter tidur	Persentase (%)
Total jam tidur malam hari	
< 5 jam	62
5 - 6 jam	19
> 6 - 7 jam	16
> 7 jam	3
Waktu untuk memulai tidur	
< 60 menit	57
31 - 60 menit	56
16 - 30 menit	11
< 15 menit	6
Frekuensi terbangun malam	
> 5 kali	43
3 - 4 kali	37
1 - 2 kali	17
tidak ada	3
Perasaan segar bangun pagi	
Sangat mengantuk	9
Mengantuk	43
Sedikit mengantuk	36
Segar, bersemangat	12
Kedalaman tidur	
Sebentar terbangun	55
Tidur dan terbangun	17
Tidur tapi tidak nyenyak	21
Tidur sangat nyenyak	7
Kepuasan tidur	
Tidak puas	51
Sedikit puas	28
Sedang	18
Sangat puas	3
Mengantuk di siang hari	
Sangat mengantuk	13
Sedang	33
Sedikit mengantuk	40
Tidak ada	14

4. Faktor Gangguan Tidur

4.1. Faktor Fisiologi

Tabel 2 menunjukkan tanda gejala penyakit yang dialami oleh mayoritas klien adalah nyeri (97%), sesak napas (96%), dan batuk (94%) dengan tingkat gangguan tidur yang tinggi. Walaupun rasa gatal dan inkontinensia tidak banyak dialami oleh responden, namun tingkat gangguan tidur dilaporkan mayoritas tingkat gangguan tidur yang tinggi (50% dan 33%).

Tabel 2.
Frekuensi, persentase gangguan tidur klien akibat
simptom penyakit (N=100), tahun 2003

Simptom	Dialami		Tingkat Gangguan Tidur			
	Tidak n (%)		Ringan n (%)	Sedang n (%)	Tinggi n (%)	
Nyeri	66	2 (3)	23 (35)	17 (26)	24 (36)	
Dyspnea	65	3 (4)	15 (23)	20 (31)	27 (42)	
Batuk	64	4 (6)	15 (23)	17 (27)	28 (44)	
Nokturia	87	18 (21)	30 (34)	20 (23)	19 (22)	
NGT/Infus	69	15 (22)	29 (42)	24 (35)	1 (1)	
Keterbatasan gerak	65	11 (17)	32 (49)	16 (25)	6 (9)	
Sakit kepala	52	2 (4)	26 (50)	21 (40)	3 (6)	
Distensi abd.	43	8 (18)	17 (40)	10 (23)	8 (19)	
Mual/muntah	39	4 (10)	16 (41)	11 (28)	8 (21)	
Demam	29	0 (0)	17 (59)	6 (21)	6 (21)	
Rasa gatal	22	1 (5)	4 (18)	6 (27)	11 (50)	
Inkontinensia	12	3 (25)	3 (25)	2 (17)	4 (33)	

4.2. Faktor Tindakan Keperawatan

Tabel 3 menunjukkan umumnya klien melaporkan tindakan perawat pada klien lain dalam satu ruangan seperti pemberian obat-obatan, pengukuran tanda-tanda vital (90, 89, 73%, berurutan) mengganggu tidur klien, namun hanya pada tingkat gangguan tidur ringan. Pengukuran tanda-tanda vital dan pemberian obat-obatan dilaporkan klien sebagai gangguan tidur tingkat tinggi (1 dan 2%).

Tabel 3.
Frekuensi, persentase gangguan tidur pasien dari
tindakan keperawatan (N=100), tahun 2003

Tindakan Kewp.	Dialami		Tingkat Gangguan Tidur			
	Tidak n (%)		Ringan n (%)	Sedang n (%)	Tinggi n (%)	
Tind. pada pasien	90	22 (24)	60 (67)	8 (9)	-	-
Tind. Perawat	89	15 (17)	58 (65)	14 (16)	2 (2)	
Mengukur VS	73	22 (30)	40 (55)	10 (14)	1 (1)	
Memberi obat	63	27 (43)	31 (49)	5 (8)	-	-
Mencatat IO	47	33 (70)	14 (30)	-	-	-

4.3. Faktor Lingkungan

Gangguan tidur umumnya dari suara bising dari berbagai sumber, suhu ruangan panas, sorot lampu terlalu terang. Namun kondisi ini pada tingkat gangguan tidur ringan-sedang. Gigitan nyamuk dilaporkan 45% mengganggu tidur tingkat gangguan tidur tinggi.

Tabel 4.
Frekuensi, persentase gangguan tidur pasien dari
lingkungan rumah sakit (N=100), tahun 2003

Lingkungan Rumah Sakit	Dialami		Tingkat Gangguan Tidur			
	Tidak n (%)		Ringan n (%)	Sedang n (%)	Tinggi n (%)	
Suara pasien lain	98	7 (7)	57 (58)	24 (25)	10 (10)	
Luar ruangan	86	24 (28)	36 (42)	18 (21)	8 (9)	
Percakapan	75	19 (25)	38 (51)	17 (23)	1 (1)	
Alat medis	53	5 (9)	29 (55)	19 (36)	-	
Pergantian shift	51	10 (20)	26 (51)	14 (27)	10 (2)	
Lingk. Baru	87	37 (43)	43 (49)	5 (6)	2 (2)	
Ruang panas	60	7 (12)	40 (66)	9 (15)	4 (7)	
Tidak nyaman TT	59	7 (29)	34 (58)	8 (13)	-	
Tidak privacy	52	38 (73)	10 (19)	4 (8)	-	
Lampu terang	46	25 (54)	7 (15)	10 (22)	4 (9)	
Ventilasi kurang	25	6 (24)	12 (48)	4 (16)	3 (12)	
Nyamuk	11	2 (18)	2 (18)	2 (18)	5 (46)	

4.4. Faktor Psikologi

Pada tabel 5 menunjukkan persentasi klien yang diidentifikasi mengalami cemas 24% (N=24), 91% di antaranya melaporkan kualitas tidur buruk. Sedangkan klien depresi 43% (N=43), 86% di antaranya mengalami kualitas tidur buruk selama di rumah sakit.

Tabel 5.
Frekuensi, persentase pasien yang mengalami cemas dan
depresi dengan kualitas tidur buruk di rumah sakit (N=100),
tahun 2003

Variabel	Mengalami Fr (%)	Kualitas Tidur Buruk Fr (%)
Cemas	24 (24)	22 (91)
Depresi	43 (43)	37 (86)

PEMBAHASAN

1. Kualitas Tidur Klien Lansia di Rumah Sakit dan di Rumah

Total jam tidur malam klien mayoritas (62%) <5 jam (M=5.16), pada penelitian sebelumnya total jam tidur malam klien dewasa dan lansia dengan penyakit dalam adalah 5-6 jam (Yinnon et al., 1992). Dilihat dari total jam tidur lansia normal 6.5-7.5 jam, maka total jam tidur malam klien di rumah sakit lebih singkat 1-2 jam (Evan & Rogers, 1994).

Tidak nyaman fisik nyeri, status kesehatan yang memburuk dapat meningkatkan waktu mulai tertidur klien. Waktu mulai tertidur >60 menit dialami 57% klien, hal ini dimungkinkan dari efek penyakit dalam yang diderita klien. Dilaporkan waktu mulai tertidur klien dengan *coronary artery disease* 50-70 menit (Edell-Gustaffon, 2002), nonmaligna kondisi nyeri 41 menit (Manefee et al., 2000), sedangkan untuk lansia normal 10-15 menit (Evan & Rogers, 1994).

Hampir 80% klien terbangun 3 kali/ lebih semalam. Ersser et al., (1999) menyatakan klien penyakit dalam di rumah sakit sering terbangun pada malam hari, ini juga terjadi pada lansia sehat (Evan & Rogers, 1994). Hal ini menunjukkan bahwa sering terbangun malam yang dialami oleh klien lansia tidak hanya karena efek hospitalisasi tapi juga karena efek lain seperti proses penuaan.

Pada penelitian ini 52% klien tidak segar saat bangun di pagi hari. Kondisi ini ditemukan juga pada populasi di Amerika dengan gangguan pencernaan dan dispepsia (61.8%) (Fass et al., 2000). Temuan Bliwise, King, Harris and Haskell (1992) pada populasi sehat usia 50-65 tahun juga mengalami hal yang sama. Ini mengindikasikan bahwa tidak segar sewaktu bangun di pagi hari dapat disebabkan berbagai faktor masalah kesehatan yang meningkatkan frekuensi terbangun (Miller, 1995).

Lebih dari separuh klien mempersepsikan tidurnya tidak nyenyak. Seiring pendapat Vitiello and Printz (1990) bahwa 25-40% lansia mengeluh tidur tidak nyenyak dan mengalami waktu terjaga yang panjang. Hasil pemeriksaan laboratorium juga menunjukkan lansia mengalami waktu tidur lebih singkat pada siklus tidur tahap 3 dan 4 (Miller, 1995).

Keluhan klien 79% tidurnya tidak puas. Southwell & Wistow (1995) juga mencatat 50% lansia tidurnya tidak puas di rumah sakit. Menurut Roy & Andrew (1999) hasil ini dapat disebabkan dari rasa tidak nyaman fisik, nyeri, depresi, dan cemas. Konsisten dengan pendapat di atas, penelitian ini 66% klien nyeri, 24% cemas, 43% depresi (tabel 2, 5).

Mayoritas klien merasa lelah dan mengantuk di siang hari. Ini dapat terjadi karena klien terjaga di malam hari dalam waktu yang panjang dan klien sering terbangun (Roehers & Roth, 2000). Pacini and Fitzpatrick (1982, dalam Miller, 1995) mengemukakan rasa lelah dan mengantuk siang hari sering terjadi pada klien lansia baik dalam perawatan di rumah sakit maupun di rumah. Sehingga perlu disadari bahwa penyebabnya sangat multifaktorial.

Dari analisis di atas, secara umum (77%) kualitas tidur buruk klien di rumah sakit. Analisis uji *paired t-test* menunjukkan ada perbedaan signifikan, di mana kualitas tidur di rumah sakit lebih buruk dari tidur di rumah ($p < .001$). Hasil yang sama Laempet (2001) dan Yinnon et al. (1992) kualitas tidur klien lansia buruk di rumah sakit dari pada di rumah. Penyebabnya gejala penyakit, lingkungan, cemas, depresi. Kualitas tidur buruk di rumah juga dialami 43% Klien. Kajian tidur terdahulu melaporkan kualitas tidur buruk di rumah umumnya karena riwayat penyakit kronis (Ersser et al. 1999; Southwell & Wistow, 1995).

2. Faktor-faktor Gangguan Tidur Lansia di Rumah Sakit

Faktor Fisiologis. Penyebab utama gangguan tidur klien pada tingkat gangguan yang tinggi adalah nyeri, sesak napas, dan batuk. Nyeri membuat klien terbangun dari tidurnya dan sulit mempertahankan tidur. Nyeri dapat timbul dari kondisi infeksi pernapasan, pencernaan, dispepsia, serangan angina, MCI, kanker, dll. Sesak napas, batuk, gatal-gatal pada kulit dan inkontinensia mengakibatkan klien sulit memulai tidur dan sering terbangun (Fass, Fullerton, Tung, & Mayer, 2000; Menefe et al, 2000; Reimer, 2000).

Faktor Tindakan Perawat. Tindakan perawat pada klien lain, pemberian obat, pengukuran tanda vital mengganggu tidur klien hanya pada tingkat ringan. Ini beralasan karena klien menerima tindakan perawat tersebut sebagai upaya pertolongan untuk mengeliminasi gejala penyakit yang mengganggu tidur (Simpson, Lee & Cameron, 1996).

Faktor Lingkungan. Keadaan lingkungan yang mengganggu tidur klien adalah suara bising, suhu ruangan panas, tempat tidur tidak nyaman, lampu terlalu terang. Namun gangguannya tingkat ringan-sedang. Bising yang dikeluhkan klien mengindikasikan bahwa suara (dari berbagai sumber) tersebut sudah melewati level >40 dB, di antaranya dari bunyi telepon, bel ruangan, instrumen medis, dan aktivitas tim kesehatan (Toft, Bookman, & Arand, 1996). *The U.S. Environmental Protection Agency* (1974) dalam Freedman, Kotzer, & Schwab (1999) merekomendasikan level suara di rumah sakit termasuk ruangan penyakit dalam pada malam hari seharusnya <40 dB.

Faktor Psikologi. Dari klien yang cemas, 91% (N=22) mengalami kualitas tidur buruk, dan klien yang teridentifikasi depresi, 86% (N=37) mengalami kualitas tidur buruk. Ini menunjukkan perawatan di rumah sakit menimbulkan cemas dan depresi klien akibat dari rasa khawatir karena kondisi penyakit, biaya pengobatan, dan prosedur tindakan medis (Craven & Hirnle, 2000). Menurut Miller (1995) dan Fordham (1991) cemas dan depresi dapat membangunkan klien dari tidurnya, sulit tertidur kembali dan bangun lebih pagi.

KESIMPULAN

Mayoritas klien mengalami total jam tidur <5 jam, waktu memulai tidur >60 menit, frekuensi terbangun 3 kali atau lebih, tidur tidak nyenyak, tidak merasa segar saat bangun di pagi hari, tidur tidak puas dan mengantuk di siang hari (46%). Secara umum, kualitas tidur klien buruk selama dirawat di rumah sakit (77%). Melalui uji *paired t-test* ada perbedaan yang signifikan, di mana kualitas tidur klien di rumah sakit lebih buruk dibandingkan dengan riwayat tidur klien di rumah ($p < 0.001$). Gangguan tidur utama dari faktor fisik adalah nyeri, sesak napas, dan batuk. Tindakan perawat pada malam hari seperti pengukuran tanda vital, pemberian obat-obatan dan kontrol perawat terhadap klien lain mengganggu tidur klien hanya pada tingkat ringan. Sedangkan dari lingkungan: suara bising, suhu ruangan panas, lampu terlalu

terang mengganggu tidur klien pada tingkat ringan-sedang. Faktor psikososial seperti cemas dan depresi juga menyebabkan kualitas tidur buruk selama di rumah sakit.

Perawat perlu memberikan perhatian khusus pada gejala penyakit yang dialami klien, seperti: nyeri, sesak napas, batuk yang merupakan penyebab utama gangguan tidur pada tingkat gangguan tinggi. Perawat harus memfasilitasi dan meminimalkan gangguan tidur klien dengan melakukan pengontrolan lingkungan rumah sakit. Perawat perlu menyadari bahwa klien lansia berisiko mengalami cemas dan depresi selama dirawat di rumah sakit yang dapat menyebabkan kualitas tidur mereka menjadi buruk.

REKOMENDASI

Perawat perlu memberikan perhatian khusus pada *simptom* penyakit pasien, seperti: nyeri, sesak napas, batuk yang merupakan penyebab gangguan tidur tingkat gangguan tinggi. Perawat harus dapat meminimalkan gangguan tidur pasien dengan kontrol lingkungan rumah sakit. Perawat perlu menyadari bahwa pasien lansia berisiko mengalami cemas dan depresi selama dirawat di rumah sakit yang dapat menyebabkan kualitas tidur mereka buruk (HH).

* Thesis in Adult Nursing, Prince of Songkla University, Thailand

** Evi Karota Bukit, S.Kp., MNS : Koordinator Bagian Keperawatan Komunitas PSIK FK USU, Medan

KEPUSTAKAAN

- Bliwise, D. L., King, A. C., Harris, R. B., & Haskell, W. L. (1992). Prevalence of self reported poor sleep in a healthy population aged 50 – 65. *Social Science Medicine*, 34 (1), 49 – 55.
- Boedhi-Darmojo, R., & Martono, H. (1999). *Buku ajar Geriatri: Ilmu kesehatan usia lanjut*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Briones et al. (1996). Sleepiness and health: Relationship between sleepiness and general health status. *Sleep*, 19 (7), 583 – 588.
- Buysse, D. J. et al. (1988). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatric Research*, 28, 193–213.
- Craven, R. F., & Hirnle, C. J. (1992). *Fundamental of nursing: Human health and function*. New York: J. B. Lippincott Company.
- Edell-Gustaffson, U. M. (2002). Insufficient sleep, cognitive anxiety and health transition in men with coronary artery disease: a self-report and polisomnographic study. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (5), 414 – 422.
- Ellis, B. W. et al. (1981). The St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire: A study of reliability. *Sleep*, 4 (1), 93 – 97.
- Ersser et al. (1999). The sleep of older people in hospital and nursing home. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 360 – 368.
- Evans, B., & Rogers, A.E. (1994). 24-Hour sleep/wake patterns in healthy elderly persons. *Applied Nursing Research*, 7 (2), 75-83.
- Fass, R., Fullerton, S., Tung, S. & Mayer, E. (2000). Sleep disturbances in clinic patients with functional bowel disorders. *The American Journal of the Gastroenterology*, 95 (5), 1195 – 1200.
- Fordham, M. Sleep and rest In Redfern, S. J. (1991). *Nursing elderly people* (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Laempet, W. (2001). Sleep and factors interfering sleep among hospitalized elders in medical units. *Master of Nursing Science Thesis in Adult Nursing (Thesis in Thai)*, Prince of Songkla University Thailand (Thesis Abstract in English).
- Lushington, K., Dawson, D., & Lack, L. (2000), Core body temperature is elevated during constant wakefulness in elderly poor sleepers. *Sleep*, 23 (4), 504 – 510.
- Manefee, L.A. et al. (2000). Self-reported sleep quality and quality of life for individuals with chronic pain conditions. *The clinical journal of pain*, 16, 290 – 297.
- Miller, C.A. (1995). *Nursing care of older adults: Theory & practice*. Philadelphia: J. B. Lippincott
- Reimer, M. Sleep and sensory disorder. In Black, J. M. & Jacobs, E. M. (2000). *Medical surgical nursing: Clinical management for continuity of care* (5th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Roy, S. C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model*. USA: Appleton & Lange.
- Simpson, T., Lee, E. R., & Cameron, C. (1996). Relationship among sleep dimensions and factors that impair sleep after cardiac surgery. *Research in Nursing & Health*, 19, 213– 223.
- Southwell, M. T., Wistow G. (1995). Sleep in hospitals at night: are patients' needs being met? *Journal of Advanced Nursing*, 21, 1101-1109.
- Topf, M., Bookman, M. & Arand, D. (1996). Effects of critical care unit noise on the subjective quality sleep. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 545-551
- Vitiello, M.V. & Prinz, P. N. Sleep and sleep disorders in normal aging In Thorpy, (1990). *Handbook of sleep disorders*. New York: Marcel Dekker,
- Yinnon, A. M., et al. (1992). Quality of sleep in the medical department. *British Journal of Clinical Practice*, 46 (2), 88-91.
- Zigmoid, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatry Scandinavia*, 67, 361 – 370.