

**KUALITAS TIDUR PADA RESPONDEN DENGAN RIWAYAT STROKE  
*SLEEP QUALITY IN RESPONDEN WITH STROKE HISTORY***

**<sup>1\*</sup>Dian Wahyuni, <sup>2</sup>Fuji Rahmawati, <sup>3</sup>Khairul Latifin, <sup>4</sup>Mia audina**  
<sup>1,2,3,4</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya  
Email: [dianwahyuni@fk.unsri.ac.id](mailto:dianwahyuni@fk.unsri.ac.id)

**Abstrak**

Stroke adalah salah satu masalah kesehatan yang serius. Pasien stroke bisa mengalami gangguan dan masalah tidur sehingga kualitas tidur menjadi buruk. Penelitian dilakukan untuk mengetahui kualitas tidur pada pasien riwayat stroke. Desain yang digunakan adalah Deskripsi. Sampel dengan metode *total sampling* sebanyak 19 responden. Karakteristik usia terbanyak yaitu 56-60 tahun, jenis kelamin terbanyak perempuan yaitu 12 responden, sedangkan frekuensi stroke responden dengan serangan pertama yaitu 19 responden. Distribusi frekuensi kualitas tidur 19 responden (100%) mengalami kualitas tidur buruk. Implikasi penelitian diharapkan agar dapat memahami dan mengurangi gangguan dan masalah tidur pada pasien dengan riwayat stroke

**Kata kunci:** kualitas tidur, stroke

**Abstract**

*Stroke is a serious health problem. Stroke patients can experience sleep disturbances and problems so that sleep quality becomes worse. The study was conducted to determine the quality of sleep in patients with a history of stroke. The design used is Description. The sample with a total sampling method was 19 respondents. The highest age characteristics are 56-60 years, the highest gender of women is 12 respondents, while the stroke frequency of respondents with the first attack is 19 respondents. Frequency distribution of sleep quality 19 respondents (100%) experienced poor sleep quality. Research implications are expected to be able to understand and reduce sleep disturbances and problems in patients with a history of stroke.*

**Keywords:** sleep quality, stroke

**PENDAHULUAN**

Stroke adalah salah satu masalah kesehatan yang serius. Stroke atau CVD (*Cerebro Vaskuler Disease*) merupakan defisit neurologis secara mendadak susunan saraf pusat yang disebabkan oleh peristiwa iskemik atau hemoragik mempunyai etiologi dan patogenesis yang multi kompleks. Stroke menjadi penyebab utama kecacatan fisik atau mental pada usia lanjut maupun usia produktif dan dengan sifat-sifatnya tersebut (Smeltzer & Bare, 2002).

Berdasarkan hasil data diagnosis tenaga kesehatan prevalensi stroke di Indonesia adalah sebesar 7,0 per mil dan yang berdasarkan gejala sebesar 12,1 per mil. Jadi, sebanyak 57,9% penyakit stroke telah

terdiagnosa oleh nakes (Riskesdas, 2013). Selain penyakit kanker, penyakit stroke merupakan permasalahan utama dalam perawatan paliatif (Friedman, 2010).

Dalam penelitian terkait yang telah dilakukan pada pasien stroke yang memerlukan perawatan *Palliative homecare* menunjukkan bahwa pasien merasakan kualitas hidup mereka adalah rendah untuk domain emosi, istirahat dan tidur, kognitif, komunikasi, mobilitas, perasaan mental, rasa sakit dan kelelahan (Baumann, 2014). Pasien stroke bisa mengalami gangguan dan masalah tidur sehingga kualitas tidur menjadi buruk dan dapat mempengaruhi derajat disabilitas pada pasien stroke (Sterr A., et al, 2008).

Menurut Lanywati (2001) kebutuhan tidur yang cukup ditentukan oleh jumlah jam tidur (kuantitas tidur) juga oleh kedalaman tidur mempertahankan kesehatan tubuh maka akan berdampak pada keadaan pelupa, konfusi dan disorientasi. Studi pendahuluan yang dilakukan pada sebuah klinik bekam pada 5 pasien riwayat stroke, mereka mengeluhkan kualitas tidurnya karena adanya masalah/gangguan pada tidur sebanyak 100%. Berdasarkan teori dan temuan masalah dilapangan tersebut didapat masalah

(kualitas tidur). Secara fisiologis, jika seseorang tidak mendapatkan kebutuhan tidur yang cukup untuk dapat bagaimanakah gambaran kualitas tidur pada pasien riwayat stroke.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif pada semua pasien dengan riwayat stroke di sebuah klinik bekam. Data disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

## HASIL

**Tabel 1.** Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden dengan Riwayat Stroke

No	Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase
	Usia (Th)	Usia 30-35	0	0%
		Usia 36-40	2	10,5%
		Usia 41-45	1	5,3%
		Usia 46-50	4	21,1%
		Usia 51-55	3	15,8%
		Usia 56-59	9	47,4%
2	Jenis Kelamin	Laki-Laki	7	36,8%
		Perempuan	12	63,2%
3	Frekuensi Stroke	Serangan Pertama	19	100%

**Tabel 2.** Distribusi Frekuensi Kualitas Tidur Pasien Riwayat Stroke

Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	0	0
Buruk	19	100
Total	19	100

## PEMBAHASAN

### a. Karakteristik Responden

Usia merupakan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi namun merupakan faktor risiko terpenting untuk terjadinya serangan stroke baik stroke iskemik maupun hemoragik. Setelah individu berusia 55 tahun, risiko terserang stroke menjadi dua kali lipat untuk setiap penambahan usia 10 tahun baik pada laki-laki maupun perempuan (AHA, 2010). Hal ini sejalan dengan hasil penelitian ini yang menunjukkan bahwa rentang usia 51-59 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan usia 30-50 tahun yaitu sebesar 63,2% dan 36,8%. Hal ini sesuai dengan pendapat Warlow *et al*

(2001) mengungkapkan bahwa usia memiliki hubungan yang sangat kuat dengan kejadian stroke dikarenakan kejadian stroke meningkat seiring dengan peningkatan usia seseorang.

Responden yang berjenis kelamin perempuan pada penelitian ini lebih banyak dibandingkan dengan responden yang berjenis kelamin laki-laki, dimana dari total 19 responden dalam penelitian 12 orang berjenis kelamin perempuan dan hanya 7 orang yang berjenis kelamin laki-laki. Walaupun hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden perempuan lebih banyak dibandingkan laki-laki, namun menurut *Heart Disease and Stroke Statistic 2010*, penderita stroke laki-laki 1,25 kali lebih

banyak dibandingkan perempuan dan sekitar 55.000 lebih perempuan dibandingkan laki-laki yang mengalami stroke setiap tahunnya (AHA, 2010). Hal ini sangat mungkin terjadi karena ternyata stroke menyerang laki-laki pada usia yang lebih muda sehingga tingkat kelangsungan hidupnya lebih tinggi dan membuat angka kejadian stroke lebih banyak pada laki-laki. Selain itu, perempuan terserang stroke pada usia lebih tua, sehingga lebih banyak wanita dibandingkan laki-laki yang meninggal setiap tahunnya akibat stroke (Lewis *et al*,2007).

Berdasarkan hasil penelitian didapat frekuensi stroke responden terjadi pada serangan pertama sebanyak 19 responden. Hasil penelitian ini sejalan dengan pernyataan *American Heart Association* (2010) bahwa setiap tahunnya, sekitar 750.000 orang mengalami stroke dimana sekitar 610.000 diantaranya merupakan serangan pertama dan 185.000 sisanya merupakan serangan berulang. Responden yang diambil dalam penelitian ini sebanyak 19 orang yang merupakan pasien lama yang rutin melakukan terapi komplementer bekam.

Pada subjek penelitian ini responden dengan stroke serangan pertama ciri-cirinya belum ada penurunan kesadaran, kelumpuhan total tidak ada hanya terkadang susah untuk berdiri lama dan responden dengan serangan kedua mempunyai ciri yang sama yaitu belum adanya penurunan kesadaran, kelumpuhan total tidak ada, susah bicara tidak ada hanya ada beberapa yang sedikit kurang kooperatif sehingga tampak terbata-bata dan wajah terlihat lemah dan bingung. Serta kedua responden banyak mengeluh pusing. Hal ini sejalan dengan patofisiologi stroke menurut Batticaca (2012) bahwa iskemik yang terjadi dalam waktu singkat hanya 10–15 menit maka dapat menyebabkan defisit sementara sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu lama dapat menyebabkan defisit permanen dan mengakibatkan infark pada otak. Defisit fokal permanen ini tidak diketahui jika pertama kali mengalami iskemik otak total.

Jika aliran darah ke setiap bagian otak terjadi hambatan karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Jika terjadi maka kekurangan oksigen dalam satu menit saja dapat menunjukkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lebih lama menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron dan terjadi infark.

Proses hematoma pun terjadi karena adanya perdarahan mengisi ventrikel yang dapat merusak jaringan otak. Peningkatan cairan serebrospinal (CSS), obstruksi vena. Sehingga adanya peningkatan tekanan intrakranial dan vasospasme pembuluh darah serebral yang dapat berakibat pada disfungsi otak global (sakit kepala, penurunan kesadaran) maupun fokal (hemiparese, gangguan hemisensorik, afasia) terjadi karena pecahnya arteri menuju ruang subaraknoid secara mendadak.

Pada fisiologis tidur menurut Potter & Perry (2005) sistem yang mengatur siklus atau perubahan dalam tidur terbagi dua yaitu *Reticular Activating System* (RAS) dan *Bulbar Synchronizing Regional* (BSR) yang terdapat pada batang otak. RAS adalah suatu sistem yang dapat mengatur seluruh tingkatan kegiatan susunan saraf pusat termasuk kewaspadaan dan tidur. Selain itu RAS dapat memberi rangsangan visual,nyeri,menerima stimulasi dari korteks serebri termasuk rangsangan emosi dan proses pikir. RAS (*Reticular Activating System*) terletak pada bagian *mesencefalon* dan bagian atas pons sehingga dalam keadaan sadar neuron dalam RAS akan melepaskan katekolamin seperti norepineprin yang akan membuat sulit tidur. Demikian juga pada saat tidur RAS akan melepaskan serum serotonin dari sel khusus yang berada di pons dan batang otak tengah, yaitu BSR (*Bulbar Synchronizing Regional*).

## **b. Kualitas Tidur pada Responden dengan Riwayat Stroke**

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti dengan menggunakan kuisisioner

*Pittsburgh Sleep Quality (PSQI)* yang terdiri atas 9 pertanyaan yang meliputi dimensi kualitas tidur yaitu kualitas tidur subjektif, durasi tidur, latensi tidur, disturbansi tidur, penggunaan obat tidur, efisiensi kebiasaan tidur dan disfungsi tidur pada siang hari (Buysee et al., 1989). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak 19 responden dengan riwayat stroke semuanya mengalami kualitas tidur buruk pada 9 pertanyaan tersebut. Pada domain 1 tentang kualitas tidur semua responden mengalami kualitas tidur yang buruk, domain 2 yaitu subjektif tidur responden mengalami gangguan tidur seperti kesulitan untuk memulai tidur dimana responden menghabiskan waktu sekitar 30-60 menit ditempat tidur sampai akhirnya dapat tertidur. Pada domain 3 dan 4 tentang durasi tidur dan efisiensi tidur sehari-hari 16 responden mengalami jumlah jam tidur yang kurang yaitu hanya 5-6 jam dan 4 responden mengalami tidur yang cukup yaitu 7 jam akan tetapi saat dijumlahkan dalam persentase semua responden berada pada skor 3 yaitu masalah berat. Semua responden juga mengaku bahwa sering terbangun pada tengah malam, merasa kedinginan atau kepanasan di malam hari, merasa sulit bernafas dengan nyaman dan mengalami mimpi buruk yang merupakan pertanyaan dari domain 5 tentang disturbansi tidur. Pada domain 6 tentang penggunaan obat tidur semua responden tidak menggunakan atau mengkonsumsi obat tidur untuk membantu tidurnya. Dan pada domain 7 tentang disfungsi siang hari hampir semua responden mengaku bahwa masalah yang dialaminya dapat mengganggu saat berkendara, makan atau beraktivitas sosial.

Responden yang mengalami masalah pada domain latensi tidur dikarenakan masih sulit untuk memulai tidurnya. Hal ini sejalan dengan pernyataan bahwa gangguan tidur irama sirkadian terjadi karena tidak tepatnya jadwal tidur seseorang dengan pola normal tidur sirkadiannya (Harkreader et al., 2007; dikutip Agustin, 2012). Seperti seseorang tidak dapat tidur ketika orang tersebut berharap untuk tidur, ingin tidur, atau pun

pada saat membutuhkan tidur. Sebaliknya, seseorang mengantuk di saat waktu yang tidak diinginkan sehingga jumlah jam tidur seseorang menjadi berkurang (Craven & Hirnle, 2000 ; dikutip Agustin, 2012).

Sedangkan pada responden mengalami masalah pada domain disturbansi tidur seperti terbangun pada malam hari dikarenakan merasa kepanasan pada malam hari, mengalami batuk akan tetapi frekuensinya berkurang dari sebelumnya. Hal ini sejalan dengan Asmadi (2008) bahwa lingkungan dapat meningkatkan atau menghalangi seseorang untuk tidur. Jika kondisi lingkungan seseorang bersih, bersuhu dingin, suasananya tenang dan penerangan yang tidak terlalu terang maka akan membuat seseorang tersebut tertidur dengan nyenyak, begitupun sebaliknya jika lingkungan seseorang kotor, bersuhu panas, suasana yang ramai dan penerangan yang sangat terang dapat mempengaruhi kualitas tidurnya. Dan seseorang yang kondisi tubuhnya sehat memungkinkan ia dapat tidur dengan nyenyak, sedangkan untuk seseorang yang kondisinya kurang sehat (sakit) dan rasa nyeri, maka kebutuhan tidurnya akan tidak nyenyak.

## KESIMPULAN

Karakteristik pasien riwayat stroke yang dilakukan penelitian meliputi usia dan jenis kelamin. Rentang usia 56-60 adalah yang tertinggi yaitu 9 responden (47,4%), jenis kelamin yang paling banyak yaitu perempuan sebesar 63,2% (12 responden). Kualitas tidur pada responden dengan riwayat stroke memiliki kualitas tidur buruk yaitu 19 responden atau sebesar 100 %.

## DAFTAR PUSTAKA

Agustin, Destiana. (2012). *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Tidur pada Pekerja Shift di PT Krakatau Tirta Industri Cilegon*. Depok : Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

Seminar Nasional Keperawatan “Tren Perawatan Paliatif sebagai Peluang Praktik Keperawatan Mandiri”

- American Heart Association. (2010). *Heart disease and stroke statistic –2010 update*. Dallas Texas : American Heart Association.
- Asmadi. (2008). *Teknik Prosedural Keperawatan, Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika.
- Batticaca, Fransisca (2012) *Asuhan Keperawatan dengan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Baumann., et al (2014). *Associations between quality of life and socioeconomic factors, functional impairments and dissatisfaction with received information and home-care services among survivors living at home two years after stroke onset*.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/> diakses pada 10 Agustus 2017.
- Buysse, D. J., et al. (1989). *The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): A new Instrument for Psychiatric Practice and Research*, Pittsburgh: Elsevier Scientific Publishers Ireland Ltd.
- Friedman, M. (2010). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Riset, Teori, dan Praktek*. Edisi 5. Jakarta: EGC.
- Lanywati. (2001). *Insomnia, Gannguan Sulit Tidur*. Jakarta: EGC.
- Lewis, S. L., Heitkemper, M. M., Bucher, L., et al. (2007). *Medicalsurgical nursing: Assesment and management of clinical Problems* (Vol. 2,7th Ed). St.Louis: Mosby Elsevier.
- Potter, P.A& Perry, A.G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Riskesdas. (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementrian Kesehatan Tahun 2013*.
- Smeltzer, S.C. & Bare B. G. (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner &Suddarth (Ed. 8)* (Agung Waluyo [et al], alih bahasa). Jakarta: EGC.
- Smith, M. & Segal. (2010). *How Much Sleep Do You Need? Sleep Cycles &Stages, Lack of Slep, and Getting The Hours You Need*. <http://helpguide.org/> diakses pada 10 Agustus 2017.
- Sterr, A., et al. (2008).*Time to wake up: sleep problems and daytime sleepness in long-term stroke survivors*.<http://ncbi.nlm.nih.gov/> diakses pada 10 Agustus 2017.
- Warlow, C. P., Dennis M. S, Gijn van, J., Hankey, G.J., Sandercock, P.A., Bamford, J.M., et al. (2001). *Stroke A practical guide to management* (2nd Ed.). Oxford: Blackwell Sciences