

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. KONSEP TEORI**

##### **1. Kecemasan**

###### **a. Definisi Komunikasi Kecemasan**

merupakan reaktivitas emosional berlebihan, depresi yang tumpul, atau konteks sensitif respon emosional (Clift, 2011). Kecemasan merupakan perwujudan tingkah laku psikologis dan berbagai pola perilaku yang timbul dari perasaan kekhawatiran subjektif dan ketegangan (Ratih, 2012). Ansietas atau kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya dengan keadaan emosi yang tidak memiliki objek (Stuart, 2012). Dikuatkan oleh pendapat Sarwono (2012) menjelaskan bahwa kecemasan merupakan takut yang tidak jelas objeknya dan tidak jelas pula alasannya.

###### **b. Faktor – Faktor yang mempengaruhi Kecemasan**

Menurut Stuart (2013), faktor yang mempengaruhi kecemasan dibedakan menjadi 2 yaitu:

Faktor Predisposisi yang menyangkut tentang teori kecemasan:

- 1) Teori Pskoanalitik : Teori Psikoanalitik menjelaskan tentang konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian diantaranya Id dan Ego. Id mempunyai dorongan naluri dan impuls primitive seseorang, sedangkan Ego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan oleh norma-norma budaya seseorang. Fungsi kecemasan dalam ego adalah mengingatkan ego bahwa adanya bahaya yang akan datang.

- 2) Teori Interpersonal : Stuart (2013) menyatakan, kecemasan merupakan perwujudan penolakan dari individu yang menimbulkan perasaan takut. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan yang menimbulkan kecemasan. Individu dengan harga diri yang rendah akan mudah mengalami kecemasan.
- 3) Teori Prilaku : Pada teori ini, kecemasan timbul karena adanya stimulus lingkungan spesifik, pola berpikir yang salah, atau tidak produktif dapat menyebabkan perilaku maladaptif. Menurut Stuart (2013), penilaian yang berlebihan terhadap adanya bahaya dalam situasi tertentu dan menilai rendah kemampuan dirinya untuk mengatasi ancaman merupakan penyebab kecemasan pada seseorang.
- 4) Teori Teori biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus yang dapat meningkatkan neuroregulator inhibisi (GABA) yang berperan penting dalam mekanisme biologis yang berkaitan dengan kecemasan. Gangguan fisik dan penurunan kemampuan individu untuk mengatasi stressor merupakan penyerta dari kecemasan.

#### Faktor Presipitasi :

- 1) Faktor Eksternal :
  - a) Ancaman Integritas Fisik : Seperti ketidakmampuan fisiologis terhadap kebutuhan dasar sehari-hari yang bisa dikarenakan sakit, trauma fisik, dan kecelakaan.
  - b) Ancaman Sistem Diri : Diantaranya seperti ancaman terhadap identitas diri, harga diri, kehilangan, perubahan status dan peran, tekanan kelompok, dan sosial budaya.

2) Faktor Internal :

- a) Usia : Kecemasan lebih mudah dialami oleh individu yang mempunyai usia lebih muda dibandingkan individu dengan usia yang lebih tua (Kaplan & Sadock, 2010).
- b) Stressor : Sifat stresor dapat berubah secara tiba-tiba dan dapat mempengaruhi individu dalam menghadapi kecemasan, tergantung mekanisme koping individu tersebut. Semakin banyak stresor yang dialami individu, semakin besar pula dampaknya bagi fungsi tubuh sehingga jika terjadi stresor yang kecil dapat mengakibatkan reaksi berlebihan.
- c) Lingkungan : Individu yang berada di lingkungan asing lebih mudah mengalami kecemasan dibanding bila dia berada di lingkungan yang biasa dia tempati (Stuart, 2013).
- d) Jenis Kelamin : Wanita memiliki tingkat kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan pria. Hal ini dikarenakan bahwa wanita lebih peka dengan emosinya, yang pada akhirnya mempengaruhi perasaan cemasnya.
- e) Pendidikan : Menurut Kaplan dan Sadock (2010), kemampuan berpikir individu dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka individu semakin mudah berpikir rasional dan menangkap informasi baru. Mekanisme koping individu juga berkaitan dengan tingkat pendidikan individu yang bersangkutan.

Menurut Blacburn & Davidson (dalam Safaria & Saputra, 2012) menjelaskan faktor-faktor yang menimbulkan kecemasan, seperti pengetahuan yang dimiliki seseorang mengenai situasi yang sedang dirasakannya, apakah situasi tersebut mengancam atau tidak memberikan ancaman, serta adanya pengetahuan mengenai kemampuan diri untuk mengendalikan dirinya.

c. Rentang Respon Kecemasan

Ansietas sangat berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki obyek yang spesifik. Kondisi dialami secara subyektif dan dikomunikasikan dalam hubungan interpersonal. Ansietas berbeda dengan rasa takut, yang merupakan penilaian intelektual terhadap sesuatu yang berbahaya. Ansietas adalah respons emosional terhadap penilaian tersebut. Kapasitas untuk menjadi cemas diperlukan untuk bertahan hidup, tetapi tingkat ansietas yang parah tidak sejalan dengan kehidupan (Stuart & Sundeen).

Tingkat ansietas sebagai berikut:

- 1) *Ansietas ringan* berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Ansietas dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan dan kreativitas.
- 2) *Ansietas sedang* memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih terarah.
- 3) *Ansietas berat* sangat mengurangi lahan persepsi seseorang. Seseorang cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik dan tidak dapat berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area lain.
- 4) *Tingkat panik dari ansietas* berhubungan dengan terperagah, ketakutan dan teror. Rincian terpecah dari proporsinya. Karena mengalami kehilangan kendali, orang yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Panik melibatkan disorganisasi kepribadian. Dengan panik, terjadi

peningkatan aktivitas motorik menurunnya kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain, persepsi yang menyimpang, dan kehilangan pemikiran yang rasional. Tingkat ansietas ini tidak sejalan dengan kehidupan, dan jika berlangsung terus dalam waktu yang lama, dapat terjadi kelelahan yang sangat bahkan kematian.



Gambar 2.1  
Rentang Respon Kecemasan menurut Stuart & Sundeen (1998)

#### d. Tanda dan Gejala Kecemasan

Gejala-gejala psikologis kecemasan antara lain pikiran yang tidak menentu, seperti khawatir, sukar konsentrasi, pikiran kosong, memandang diri sebagai sangat sensitif, dan merasa tidak berdaya. Reaksi biologis kecemasan yang timbul seperti berkeringat, gemetar, pusing, jantung berdebar-debar, mual dan mulut kering (Mulyani, 2013).

Hawari (2011), seorang individu dapat mengalami gangguan kecemasan apabila individu tersebut tidak mampu mengatasi stressor psikososial yang dihadapinya. Selain gejala cemas yang biasa, biasanya disertai dengan kecemasan yang menyeluruh dan menetap, dengan dua kategori gejala sebagai berikut:

- 1) Rasa khawatir berlebihan akan hal-hal yang akan datang adalah cemas, khawatir, takut, berpikir ulang (*ruminaton*), membayangkan akan mengalami kemalangan pada dirinya atau orang lain.

- 2) Kewaspadaan berlebihan yaitu mengamati lingkungan secara berlebihan sehingga mengakibatkan perhatian mudah teralih, sukar konsentrasi, sukar tidur, mudah tersinggung dan tidak sabar.

Menurut Jeffrey S. Nevid, dkk (dalam Annisa dan Ifdil, 2016) beberapa ciri-ciri dan tanda gejala kecemasan diantaranya:

- 1) Ciri-ciri fisik dari kecemasan, diantaranya: a) kegelisahan, kegugupan, b) tangan atau anggota tubuh yang gemetar, c) sensasi dari pita ketat yang mengikat di sekitar dahi, d) kekencangan pada pori-pori kulit perut atau dada, e) banyak berkeringat, f) telapak tangan yang berkeringat, g) pening atau pingsan, h) mulut atau kerongkongan terasa kering, i) sulit berbicara, j) sulit bernafas, k) bernafas pendek, l) jantung berdetak kencang, m) suara yang terdengar bergetar, n) jari-jari atau anggota tubuh menjadi dingin, o) pusing, p) merasa lemas atau mati rasa, q) sulit menelan, r) kerongkongan merasa tersekat, s) leher dan punggung terasa kaku, t) sensasi seperti tercekik atau tertahan, u) tangan yang dingin dan lembab, v) terdapat gangguan sakit perut atau mual, x) panas dingin, y) sering BAK, z) wajah terasa memerah, aa) diare, bb) merasa sensitif atau mudah marah.
- 2) Ciri-ciri behavioral dari kecemasan, diantaranya: a) perilaku menghindar, b) perilaku dependen, dan c) perilaku terguncang.
- 3) Ciri-ciri kognitif dari kecemasan, diantaranya: a) khawatir tentang sesuatu, b) perasaan terganggu akan ketakutan terhadap sesuatu yang akan terjadi di masa depan, c) keyakinan bahwa sesuatu yang mengerikan akan terjadi, tanpa ada penjelasan yang jelas, d) terpaku pada sensasi ketubuhan, e) sangat waspada terhadap sensasi ketubuhan, f) merasa terancam oleh orang atau peristiwa yang normalnya hanya sedikit atau tidak mendapatkan perhatian, g) ketakutan akan kehilangan kontrol, h) ketakutan akan

ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, i) berpikir bahwa dunia mengalami keruntuhan, j) berpikir bahwa semua tidak bisa lagi dikendalikan, k) berpikir bahwa semuanya sangat membingungkan dan tidak bisa diatasi, l) khawatir terhadap hal-hal yang sepele, m) berpikir tentang sesuatu hal yang mengganggu secara berulang-ulang, n) berpikir bahwa harus bisa kabur dari keramaian, kalau tidak pasti akan pingsan, o) pikiran terasa tercampur aduk atau kebingungan, p) tidak mampu menghilangkan pikiran-pikiran mengganggu, q) berpikir akan segera mati, meskipun dokter tidak menemukan sesuatu yang salah secara medis, r) khawatir akan ditinggal sendirian, dan s) sulit berkonsentrasi dan memusatkan pikiran.

e. Pengukuran Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan dapat diukur dengan beberapa instrumen diantaranya *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*, *Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS)*, *Spielberger State Trait Anxiety Inventory (STAI)*, *Beck Anxiety Inventory (BAI)*, *Anxiety Analog Scal*, dan *Visual Analog Scale* (Kaplan & Sadock, 2010)

1) *Hamilton Anxiety rating Scale (HARS)*

Hawari (2011) mempopulerkan alat ukur kecemasan *Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)*. Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing kelompok dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik untuk mengukur semua tanda kecemasan baik psikis maupun somatik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka 0-4, yang artinya adalah nilai 0 tidak ada gejala (keluhan), nilai 1 gejala ringan, nilai 2 gejala sedang, nilai 3 gejala berat, dan nilai 4 gejala berat sekali. Kemudian masing-masing nilai

tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan tersebut dapat diketahui derajat kecemasan seseorang, yaitu total nilai <14 tidak ada kecemasan, 14-20 kecemasan ringan, 21-27 kecemasan sedang, 28-41 kecemasan berat, dan nilai 42-56 kecemasan berat sekali.

## 2) *Zung Self-rating Anxiety Scale (ZSAS)*

Instrumen yang digunakan dalam mengumpulkan data pada penelitian ini melalui kuesioner skala SAS/SRAS (*Zung Self-Rating Anxiety Scale*). Kuesioner diadopsi dari Buku Metode Penelitian Ilmu Keperawatan oleh Nursalam (2016) untuk mengukur tingkat kecemasan responden. Terdapat 20 pertanyaan, yang mencakup empat kelompok manifestasi yaitu motorik, otonom, kognitif, dan gejala sistem saraf pusat (Pang, Tu, and Cai, 2019). Setiap pertanyaan dari instrumen kuesioner diberikan dinilai 1- 4 pilihan jawaban dengan pembobotan sebagai berikut :

1 : Tidak pernah

2 : Kadang-kadang

3 : Sebagian waktu

4 : Hampir setiap waktu

Setelah semua nilai terkumpul, kemudian dihitung menggunakan skor standar derajat kecemasan dengan penilaian 20-80, dengan pengelompokan sebagai berikut :

Skor 20 - 44 (Normal/tidak ada kecemasan)

Skor 45 – 59 (Kecemasan ringan)

Skor 60 – 74 (Kecemasan sedang)

Skor 75 -80 (Kecemasan berat)

Kuisisioner ini berisi 20 pertanyaan *multiple choice* 5 pertanyaan positif dan 15 pertanyaan negatif yang menggambarkan gejala-gejala kecemasan diadopsi dari Nursalam (2016).



3) *Spielberg State Trait Anxiety Inventory* (STAI)

Selanjutnya instrumen *Spielberger State Trait Anxiety Inventory* (STAI) yang diciptakan oleh Charles D. Spielberger. STAI banyak digunakan dalam kondisi reumatologis. Cocok digunakan secara umum dalam penelitian di klinik reumatologi dan perbandingan dengan populasi sehat, psikiatri, dan populasi medis. Skala ini terdiri dari 40 item total (20 sifat cemas dan 20 keadaan cemas). Seluruh respon tiap item terdiri dari 4 skala Likert, yaitu untuk keadaan cemas/ kecemasan seesaat (*State Anxiety*) adalah 1- tidak sama sekali, 2- agak, 3- cenderung, 4- sangat tepat. Sedangkan untuk sifat cemas/ kecemasan dasar (*Trait Anxiety*) terdiri dari 1- hampir tidak pernah, 2- kadang-kadang, 3- sering, dan 4- selalu.

4) *Beck Anxiety Inventory* (BAI)

Instrumen *Beck Anxiety Inventory* (BAI) dibentuk oleh Aaron T. Beck. BAI berfokus pada gejala kecemasan somatik yang dikembangkan untuk membedakan antara kecemasan dan depresi. Skala ini terdiri dari 21 item kecemasan, tiap item memiliki respon dengan skala 4 poin (dari 0-3), dengan 0 berarti tidak sama sekali, 1 ringan, 2 sedang, dan 3 banyak mengganggu. Rentang penilaian skor pada *Beck Anxiety Inventory* (BAI) ini yaitu 0-21 berarti kecemasan rendah, 22-35 kecemasan sedang, dan >35 kecemasan berat.

5) *Visual Analog Scale* (VAS)

Breivik H, Borchgrevink P.C, Allen , mengemukakan VAS sebagai salah satu skala pengukuran yang digunakan untuk mengukur intensitas kecemasan pasien yang biasa digunakan. VAS digunakan secara luas karena kesederhanaannya, hanya saja VAS memiliki keterbatasan seperti pada pasien lansia yang mungkin memiliki gangguan kognitif atau masalah keterampilan motorik. Terdapat 11 titik, mulai dari tidak ada rasa cemas (nilai 0) hingga rasa cemas

terburuk yang bisa dibayangkan (10). VAS merupakan pengukuran tingkat kecemasan yang cukup sensitif dan unggul karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian, daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka. Pengukuran dengan VAS pada nilai 0 dikatakan tidak ada kecemasan, nilai 1 - 3 dikatakan sebagai cemas ringan, nilai 4 – 6 dikatakan sebagai cemas sedang, diantara nilai 7 – 9 cemas berat, dan 10 dianggap panik atau kecemasan luar biasa.

## 2. Kualitas Tidur

### a. Definisi Tidur

Tidur sebagai suatu keadaan bawah sadar seseorang yang masih dapat dibangunkan dengan pemberian rangsang sensorik atau dengan rangsang lainnya (Guyton and Hall 1997 dalam Indarwati, 2012).

Tidur merupakan kata yang berasal dari bahasa Latin Somnus yang berarti alami periode pemulihan, keadaan fisiologis dari istirahat untuk tubuh dan pikiran. Tidur merupakan kondisi dimana persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungan mengalami penurunan (Mubarak, et all. 2015).

### b. Fisiologi Tidur

Fisiologi tidur merupakan pengaturan kegiatan tidur oleh adanya mekanisme serebral yang secara bergantian untuk mengaktifkan dan menekan pusat otak agar dapat tidur dan bangun. Salah satu aktivitas tidur ini diatur oleh sistem pengaktivasi retikularis yang merupakan sistem yang mengatur seluruh tingkatan kegiatan susunan saraf pusat termasuk pengatur kewaspadaan tidur. Pusat pengatur aktivitas kewaspadaan dan tidur terletak dalam mensensefalon dan bagian atas pons.

Selain itu, *reticular activating system* (RAS) dapat memberikan 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 norepinefrin. Demikian juga pada saat tidur, kemungkinan disebabkan adanya pelepasan serum serotonin dari sel khusus yang berada di pons dan batang otak tengah, yaitu *bulbar synchronizing regional* (BSR), sedangkan bangun tergantung pada keseimbangan implus yang diterima di pusat otak dan sistem limbik. Dengan demikian, sistem pada batang otak yang mengatur siklus atau perubahan dalam tidur adalah RAS dan BSR.

#### c. Jenis – Jenis Tidur

Dalam prosesnya tidur dibagi menjadi dua jenis. Pertama tidur yang disebabkan oleh menurunnya kegiatan dalam sistem pengaktivasi reticularis, disebut dengan tidur gelombang lambat (slow wave sleep) karena gelombang otak bergerak sangat lambat, atau disebut juga dengan tidur *non rapid eye movement* (NREM). Kedua, jenis tidur yang disebabkan penyaluran abnormal dari isyarat-isyarat dalam otak meskipun kegiatan otak mungkin tidak tertekan secara berarti, disebut dengan jenis tidur paradoks atau disebut juga tidur *rapid eye movement* (REM).

##### 1) Tidur gelombang lambat

Jenis tidur ini dikenal dengan jenis tidur dalam, istirahat penuh, atau juga dikenal dengan tidur nyenyak. Pada tidur jenis ini, gelombang otak bergerak lebih lambat, sehingga menyebabkan tidur tanpa bermimpi. Tidur gelombang lambat bisa juga disebut dengan tidur gelombang delta, dengan ciri-ciri : betul-betul istirahat penuh, tekanan darah menurun, frekuensi nafas menurun, pergerakan bola mata

melambat, mimpi berkurang dan metabolisme menurun. Adapun tahapan tidur gelombang lambat :

- a) Tahap I : Jenis tidur ini dikenal dengan jenis tidur dalam, istirahat penuh, atau juga dikenal dengan tidur nyenyak. Pada tidur jenis ini, gelombang otak bergerak lebih lambat, sehingga menyebabkan tidur tanpa bermimpi. Tidur gelombang lambat bisa juga disebut dengan tidur gelombang delta, dengan ciri-ciri : betul-betul istirahat penuh, tekanan darah menurun, frekuensi nafas menurun, pergerakan bola mata melambat, mimpi berkurang dan metabolisme menurun. Adapun tahapan tidur gelombang lambat :
  - b) Tahap II : Tahap II merupakan tahap tidur ringan dan proses tubuh terus menurun dengan ciri yaitu mata pada umumnya menetap, denyut jantung dan frekuensi nafas menurun, temperatur tubuh menurun, metabolisme menurun, berlangsung pendek dan berakhir 10-15 menit.
  - c) Tahap III : Tahap III merupakan tahap tidur dengan ciri denyut nadi dan frekuensi nafas dan proses tubuh lainnya lambat, disebabkan oleh adanya dominasi sistem saraf parasimpatis dan sulit untuk bangun.
  - d) Tahap IV : Tahap IV merupakan tahap tidur dalam dengan ciri kecepatan jantung dan pernafasan turun, jangan bergerak dan sulit dibangunkan, gerak bola mata cepat, sekresi lambung menurun serta tonus otot menurun.
- 2) Tidur Paradoks
- Tidur jenis ini dapat berlangsung pada tidur malam yang terjadi selama 5-20 menit, rata-rata timbul 90 menit. Periode pertama terjadi selama 80-100 menit, akan tetapi apabila kondisi orang sangat lelah, maka awal tidur sangat cepat bahkan jenis tidur ini tidak ada. Ciri tidur paradoks adalah sebagai berikut.

- a) Biasanya disertai dengan mimpi aktif
  - b) Lebih sulit dibangunkan daripada selama tidur nyenyak gelombang lambat
  - c) Tonus otot selama tidur nyenyak sangat tertekan, menunjukkan inhibisi kuat proyeksi spinal atas sistem pengaktivasi retikularis
  - d) Frekuensi jantung dan pernafasan menjadi tidak teratur
  - e) Pada otot perifer terjadi beberapa gerakan otot yang tidak teratur
  - f) Mata cepat tertutup dan terbuka, nadi cepat dan irregular, tekanan darah meningkat atau berfluktuasi, sekresi gaster meningkat dan metabolisme meningkat.
  - g) Tidur ini penting untuk keseimbangan mental, emosi, juga berperan dalam belajar, memori, dan adaptasi.
- 2) Kebutuhan Tidur

Kebutuhan tidur manusia bergantung pada tingkat perkembangan, berikut adalah tabel kebutuhan tidur berdasarkan usia.

Tabel 2.1 Kebutuhan tidur manusia (Alimul, Aziz H. 2015)

<b>Usia</b>	<b>Tingkat Perkembangan</b>	<b>Jumlah Kebutuhan Tidur</b>
0-1 bulan	Masa neonatus	14-18 jam/hari
1-18 bulan	Masa bayi	12-14 jam/hari
18 bulan – 3 Th	Masa anak	11-12 jam/hari
3-6 tahun	Masa prasekolah	11 jam/hari
6-12 tahun	Masa sekolah	10 jam/hari
12-18 tahun	Masa remaja	8,5 jam/hari
18-40 tahun	Masa dewasa muda	7-8 jam/hari

40-60 tahun	Masa paruh baya	7 jam/hari
60 tahun ke atas	Masa dewasa tua	6 jam/hari

(Alimul, Aziz H. 2015)

d. Faktor – faktor yang mempengaruhi tidur

Kualitas dan kuantitas tidur dipengaruhi oleh beberapa faktor. Kualitas tersebut dapat menunjukkan adanya kemampuan individu untuk tidur dan memperoleh jumlah istirahat sesuai dengan kebutuhannya. Faktor yang dapat mempengaruhinya adalah sebagai berikut:

- 1) Penyakit : Sakit dapat mempengaruhi kebutuhan tidur seseorang, banyak penyakit yang memperbesar kebutuhan tidur, misalnya penyakit yang disebabkan oleh infeksi (infeksi limpa) akan memerlukan lebih banyak waktu tidur untuk mengatasi kelelahan. Banyak juga keadaan sakit menjadikan pasien kurang tidur, bahkan tidak bisa tidur seperti hipertensi.
- 2) Latihan dan Kelelahan : Kelelahan akibat aktivitas yang tinggi dapat memerlukan lebih banyak tidur untuk menjaga keseimbangan energi yang dikeluarkan sehingga akan lebih cepat untuk tidur karena tahap tidur gelombang lambatnya diperpendek.
- 3) Stress Psikologi : Kondisi psikologis dapat terjadi pada seseorang akibat ketegangan jiwa. Hal tersebut terlihat ketika seseorang yang memiliki masalah psikologis mengalami kegelisahan sehingga sulit untuk tidur.
- 4) Obat : Obat dapat juga mempengaruhi proses tidur. Beberapa jenis obat yang dapat memengaruhi proses tidur adalah jenis golongan obat diuretik menyebabkan seseorang insomnia, antidepresan dapat menekan REM, kafein dapat meningkatkan saraf simpatis yang

menyebabkan kesulitan untuk tidur, golongan beta blocker dapat berefek pada timbulnya insomnia, dan golongan narkotik dapat menekan REM sehingga mudah mengantuk.

- 5) Nutrisi : Terpenuhinya kebutuhan nutrisi yang cukup dapat mempercepat proses tidur. Demikian sebaliknya, kebutuhan gizi yang kurang dapat juga mempengaruhi proses tidur, bahkan terkadang sulit untuk tidur.
  - 6) Lingkungan : Keadaan lingkungan yang aman dan nyaman bagi seseorang dapat mempercepat terjadinya proses tidur.
  - 7) Motivasi : Motivasi merupakan suatu dorongan atau keinginan seseorang untuk tidur yang dapat mempengaruhi proses tidur. Selain itu, adanya keinginan untuk menahan tidur dapat menimbulkan gangguan proses tidur.
  - 8) Tekanan Darah : Seseorang yang memiliki riwayat tekanan darah rendah maupun tinggi biasanya memiliki gangguan tidur seperti insomnia, terbangun di malam hari, dll.
- e. Tanda - tanda Kualitas Tidur baik atau buruk

Kualitas tidur adalah kemampuan setiap orang untuk mempertahankan keadaan tidur dan untuk mendapatkan tahap tidur REM dan NREM yang pantas (Khasanah, 2012). Kualitas tidur merupakan fenomena yang sangat kompleks yang melibatkan berbagai domain, antara lain, penilaian terhadap lama waktu tidur, gangguan tidur, masa laten tidur, disfungsi tidur pada siang hari, efisiensi tidur, kualitas tidur, penggunaan obat tidur. Jadi apabila salah satu dari ketujuh domain tersebut terganggu maka akan mengakibatkan terjadinya penurunan kualitas tidur (Buysee 1989 dalam Indarwati, 2012).

Pada penilaian terhadap lama waktu tidur yang dinilai adalah waktu dari tidur yang sebenarnya yang dialami seseorang pada malam hari. Penilaian ini dibedakan dengan waktu yang dihabiskan di ranjang. Pada penilaian terhadap gangguan tidur dinilai apakah seseorang terbangun tidur pada tengah malam atau bangun pagi terlalu cepat, bangun untuk pergi ke kamar mandi, sulit bernafas secara nyaman, batuk atau mendengkur keras, merasa keedinginan, merasa kepanasan, mengalami mimpi buruk, merasa sakit, dan alasan lain yang mengganggu tidur (Buysee 1989 dalam Angkat, 2012, maghfirah 2016).

Adapun tanda-tanda kualitas tidur baik dan buruk :

- a) Tanda Kualitas Tidur Buruk : Tanda –tanda kualitas tidur yang kurang dapat dibagi menjadi tanda fisik dan tanda psikologis (Hidayat, 2015).
  - 1) Tanda Fisik : Ekspresi wajah (gelap di area sekitar mata, bengkak di kelopak mata, konjungtiva kemerahan dan mata terlihat cekung), kantuk yang berlebihan (sering menguap), tidak mampu berkonsentrasi (kurangnya perhatian), terlihat tanda-tanda keletihan seperti penglihatan kabur, mual dan pusing.
  - 2) Tanda Psikologis : Menarik diri, apatis dan respon menurun, merasa tidak enak badan, malas berbicara, daya ingat menurun, bingung, timbul halusinasi, dan ilusi penglihatan atau pendengaran, kemampuan memberikan keputusan atau pertimbangan menurun.
- b) Tanda Kualitas Tidur Baik : Kualitas tidur seseorang dikatakan baik apabila tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami masalah dalam tidurnya (Hidayat, 2008).



Adanya kualitas tidur buruk disebabkan karena seseorang memiliki gangguan tidur diantaranya adalah :

- a) **Insomnia** : Insomnia merupakan suatu keadaan ketidakmampuan mendapatkan tidur yang adekuat, baik kualitas maupun kuantitas tidur dengan keadaan tidur yang hanya sebentar atau susah tidur.
- b) **Hipersomnia** : Hipersomnia merupakan gangguan tidur dengan kriteria tidur berlebihan, pada umumnya lebih dari sembilan jam pada malam hari. Disebabkan karena adanya masalah psikologis, depresi, kecemasan, gangguan susunan saraf pusat, ginjal dan hati.
- c) **Parasomnia** : Parasomnia merupakan kumpulan beberapa penyakit yang dapat mengganggu pola tidur seperti berjalan-jalan dalam tidur.
- d) **Enuresis** : Enuresis merupakan buang air kecil yang tidak disengaja pada waktu tidur atau disebut dengan mengompol.
- e) **Apneu Tidur dan Mendengkur** : Mendengkur pada umumnya tidak termasuk dalam gangguan tidur, tetapi mendengkur yang disertai dengan keadaan apnea dapat menjadi masalah.
- f) **Narkolepsi** : Narkolepsi merupakan keadaan tidak dapat mengendalikan diri untuk tidur, misalnya tertidur dalam keadaan berdiri, mengemudikan kendaraan.
- g) **Mengigau** : Mengigau dikategorikan dalam gangguan tidur bila terlalu sering dan di luar kebiasaan.

#### f. **Pengukuran Kualitas Tidur**

Beberapa alat ukur ini dapat mengidentifikasi masalah yang berkaitan dengan kualitas tidur dan gangguan tidur, diantaranya adalah :

## 1) Sleep Diaries :

Buku harian tidur adalah cara sederhana namun efektif untuk mendapatkan wawasan pola tidur dan kebiasaan tidur seseorang. Buku harian tidur merupakan catatan yang terdiri dari waktu ketika pergi ke tempat tidur, latensi tidur, jumlah terbangun malam hari, total waktu di tempat tidur, waktu bangun tidur, kualitas tidur, penggunaan obat-obatan, kopi, rokok, dan alkohol, tidur siang dan kegiatan diluar kebiasaan. Buku harian tidur diisi oleh pasien selama 1-2 minggu.

Pasien diminta untuk melengkapi buku tidur selama 1-2 minggu berdasarkan kunjungan mereka. Walaupun pertanyaan bervariasi, buku tidur terdiri atas informasi kualitas dan kuantitas tidur malam dan konsekuensi sepanjang hari bila tidur mereka terganggu.

Tabel 2.2 Pengukuran Kualitas Tidur Sleep Diaries

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Waktu tidur</b> – waktu ketika mereka pergi ke tempat tidur sampai mereka mencoba tidur</li> <li>2. <b>Latensi tidur</b> – perkiraan lama waktu yang diperkirakan untuk jatuh tidur</li> <li>3. <b>Terbangun</b> – jumlah terbangun selama tidur dan durasi ketika terbangun</li> <li>4. <b>Waktu di tempat tidur</b> – total waktu selama di tempat tidur ketika malam hari</li> <li>5. <b>Total waktu tidur</b> – perkiraan jumlah tidur nyenyak sepanjang malam</li> <li>6. <b>Waktu bangun</b> – rentang waktu ketika bangun pada pagi hari samai meninggalkan tempat tidur</li> <li>7. <b>Kualitas tidur</b> – penilaian subjektif terhadap kualitas tidurnya</li> <li>8. <b>Penggunaan obat-obatan, kopi, rokok dan alkohol</b> – penggunaan obat-obatan sedatif, kopi, rokok, dan alcohol</li> <li>9. <b>Tidur siang</b> – apakah pasien tidur siang atau tidak</li> <li>10. <b>Kegiatan di luar kebiasaan</b> – kegiatan khusus atau di luar kebiasaan dalam beberapa minggu terakhir yang mempengaruhi tidur</li> </ol> |
|---|

## 2) Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Skala kantuk Epworth digunakan untuk mengukur secara umum tingkat kantuk pasien di siang hari atau kecenderungan tidur rata-rata mereka dalam kehidupan sehari-hari. Skala kantuk Epworth merupakan kuesioner sederhana berdasarkan laporan retrospektif kemungkinan tertidur atau jatuh tertidur dalam berbagai situasi yang berbeda (Johns, 1991). Berikut adalah Skala Tidur Epworth.

Tabel 2.3 Pengukuran Kualitas Tidur Skala Epworth

Tujuan : menilai kecenderungan mudah tidur  
 Nama :  
 Umur/ Tanggal Lahir :  
 Tanggal :  
 Jenis Kelamin : pria / wanita

Isilah skala berikut dengan memilih skor yang cocok buat setiap situasi di jalur kiri.  
 Normal : skor  $\leq 10$

No.	Situasi	Skor			
		0	1	2	3
1.	Duduk dan membaca				
2.	Menonton Tv				
3.	Duduk santai di tempat keramaian seperti bioskop				
4.	Sebagai penumpang mobil dalam perjalanan 1 jam tanpa berhenti				
5.	Segera setelah rebahan saat istirahat sore hari di lingkungan yang memungkinkan				
6.	Duduk dan bicara dengan seseorang				
7.	Duduk setelah makan siang tanpa konsumsi alkohol				
8.	Dalam mobil berhenti saat traffic light berwarna merah atau tanda berhenti				

Skor 0 : tidak tertidur 1 : kemungkinan kecil tertidur 2 : kemungkinan tertidur sedang 3 : kemungkinan tertidur besar
---

(Johns, M.W. 1991)

### 3) **Insomnia Severity Index (ISI)**

Insomnia Severity Index (ISI) merupakan instrumen singkat yang dirancang untuk menilai keparahan insomnia baik malam maupun siang hari. ISI berisi laporan diri yang menilai sifat, tingkat keparahan dan dampak insomnia (Morin et al, 2011).

Tabel 2.4 Pengukuran Kualitas Tidur Insomnia Severity Index (ISI)

Petunjuk : berikan jawaban pada setiap pertanyaan di bawah ini dengan melingkari angka yang paling menggambarkan pola tidur anda pada 1 minggu terakhir.

1.	Silahkan anda menilai tingkat keparahan insomnia yang terjadi pada minggu terakhir	Tidak ada	Ringan	Sedang	Berat	Sangat berat
	Kesulitan memulai tidur	0	1	2	3	4
	Kesulitan mempertahankan tidur	0	1	2	3	4
	Terbangun lebih awal	0	1	2	3	4
		Sangat puas	puas	netral	Tidak puas	Sangat tidak puas
2.	Seberapa puas/tidak puas anda terhadap pola tidur anda akhir	0	1	2	3	4

	akhir ini					
		Tidak berpen- garuh	Sedikit mengga- nggu	Agak mengga- nggu	mengga- nggu	Sangat mengga- nggu
3.	Sejauh mana anda merasa gangguan tidur tersebut mengganggu aktivitas sehari- hari  (seperti merasa lelah pada siang hari, kemampuan untuk bekerja/tugas sehari-hari)	0	1	2	3	4
4.	Seberapa nyata/jelaskan gangguan tidur anda mempengaruhi kualitas hidup anda menurut orang lain	0  Tidak cemas sama sekali	1  Sedikit cemas	2  Agak cemas	3  cemas	4  Sangat cemas
5.	Seberapa cemas/tertekan- an anda terhadap gangguan tidur yang anda alami?	0	1	2	3	4

(Morin et al, 2011)

- Total skor : 0-7 = no clinically significant insomnia  
8-14 = subthreshold insomnia  
15-21 = clinical insomnia (moderate severity)  
22-28 = clinical insomnia (severe)

#### 4) **Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)**

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) adalah instrument efektif yang digunakan untuk mengukur kualitas tidur dan pola tidur orang dewasa. PSQI dikembangkan untuk mengukur dan membedakan individu dengan kualitas tidur yang baik dan kualitas tidur yang buruk. Kualitas tidur merupakan fenomena yang kompleks dan melibatkan beberapa dimensi yang seluruhnya dapat tercakup dalam PSQI. Dimensi tersebut antara lain kualitas tidur subjektif, sleep latensi, durasi tidur, gangguan tidur, efisiensi kebiasaan tidur, penggunaan obat tidur, dan disfungsi tidur pada siang hari. Dimensi tersebut dinilai dalam bentuk pertanyaan dan memiliki bobot penilaian masing-masing sesuai dengan standar baku. (Mirghani et al., 2015).

Aspek-aspek dari kualitas tidur diukur dengan skala Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) versi bahasa Indonesia. Instrument ini telah baku dan banyak digunakan dalam penelitian kualitas tidur seperti dalam penelitian Cecep Eli Kosasih Universitas Padjajaran Bandung (2018). Skala Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) versi bahasa Indonesia ini terdiri dari 9 pertanyaan. Pada variabel ini menggunakan skala ordinal dengan skor keseluruhan dari Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) adalah 0 sampai dengan nilai 21 yang diperoleh dari 7 komponen penilaian diantaranya kualitas tidur secara subjektif (*subjective sleep quality*), waktu yang diperlukan untuk memulai tidur (*sleep latency*), lamanya waktu tidur (*sleep duration*), efisiensi tidur (*habitual sleep efficiency*), gangguan tidur yang sering dialami pada malam hari (*sleep disturbance*), penggunaan obat untuk membantu tidur (*using*

medication) dan gangguan tidur yang sering dialami siang hari (daytime disfunction). (Curcio et al, 2012).

Tabel 2.5 Pengukuran Kualitas tidur Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

1. Jam berapa biasanya anda mulai tidur malam ?
2. Berapa lama biasanya anda baru bisa tertidur tiap malam ?
3. Jam berapa anda biasanya bangun pagi ?
4. Berapa lama anda tidur dimalam hari ?

5.	<b>Seberapa sering masalah-masalah di bawah ini mengganggu tidur anda?</b>	<b>Tidak pernah</b>	<b>1x seminggu</b>	<b>2x seminggu</b>	<b>≥ 3 x seminggu</b>
a)	Tidak mampu tertidur selama 30 menit sejak berbaring				
b)	Terbangun ditengah malam atau terlalu dini				
c)	Terbangun untuk ke kamar mandi				
d)	Tidak mampu bernafas dengan leluasa				
e)	Batuk atau mengorok				
f)	Kedinginan dimalam hari				
g)	Kepanasan dimalam hari				
h)	Mimpi buruk				
i)	Terasa nyeri				
j)	Alasan lain.....				
6.	Seberapa sering anda menggunakan obat tidur				
7.	Seberapa sering anda mengantuk ketika melakukan				

	aktifitas disiang hari				
		<b>Tidak Antusias</b>	<b>Kecil</b>	<b>Sedang</b>	<b>Besar</b>
8.	Seberapa besar antusias anda ingin menyelesaikan masalah yang anda hadapi				
		<b>Sangat Baik</b>	<b>Baik</b>	<b>Kurang</b>	<b>Sangat Kurang</b>
9.	Bagaimana kualitas tidur anda selama sebulan yang lalu				
	Bagaimana kualitas tidur anda selama seminggu yang lalu				

**Total skoring (0-21) :**

**Keterangan : kualitas tidur baik  $\leq 5$  / kualitas tidur buruk  $> 5$**

### 5) Sleep Condition Indicator (SCI)

SCI adalah alat skrining klinis yang singkat, sensitif dan spesifik untuk mengidentifikasi pasien dengan gangguan insomnia. SCI mencakup dua item kuantitatif yang menilai kontinuitas tidur (masalah memulai dan mempertahankan tidur), dua item kualitatif tentang kepuasan pasien dengan kualitas tidur, dua item kuantitatif mengenai tingkat keparahan keluhan tidur dan dua item kualitatif tentang disfungsi siang hari pasien (Espie et al, 2014).**Error! Bookmark not defined.**



Tabel 2.6 Pengukuran Kualitas Tidur Sleep Condition Indicator (SCI)

Indikator kondisi tidur

Nama :

Umur :

No. RM :

No.	Pertanyaan	Skor				
		4	3	2	1	0
	Berhubungan dengan tidur malam hari anda selama 1 bulan terakhir					
1.	Berapa lama waktu yang anda butuhkan untuk tertidur?	0-15 menit	16-30 menit	31-45 menit	46-60 menit	>61 menit
2.	Jika anda terbangun di tengah malam, berapa lama total waktu anda terbangun?					
3.	Berapa malam dalam seminggu anda memiliki masalah dengan tidur anda?	0-1	2	3	4	5-7
4.	Seberapa baik anda menilai kualitas tidur anda?	Sangat baik	baik	cukup	buruk	Sangat buruk
	Berhubungan dengan bulan-bulan					

	sebelumnya seberapa jauh gangguan tidur anda?					
5.	Mempengaruhi kondisi suasana hati, energi dan interaksi sosial anda dengan orang lain?	Tidak sama sekali	Sedikit	Agak	Banyak	Sangat banyak
6.	Mempengaruhi konsentrasi, produktifitas atau kemampuan anda untuk tetap aktif/terjaga?					

### 3. Perawat

#### a. Definisi Perawat

Perawat profesional adalah perawat ahli madya, perawat ahli, ners, ners spesialis dan ners konsulan yang pendidikan keperawatannya berasal dari jenjang perguruan tinggi keperawatan (Kusnanto, 2004: 93).

Perawat (*nurse*) berasal dari bahasa latin yaitu *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara, dasar seorang perawat yaitu seseorang yang berperan dalam merawat, memelihara, membantu, serta melindungi seseorang karena sakit, cedera (*injury*), dan proses penuaan (Sudarma, 2008: 68).

#### b. Peran Perawat

Kusnanto pada tahun 2004: 82 menjelaskan peran perawat adalah sebagai berikut:

- 1) *Care giver*, sebagai pemberi asuhan keperawatan
- 2) *Clien advocate*, sebagai pembela untuk melindungi klien
- 3) *Counsellor*, sebagai pemberi bimbingan/konseling klien
- 4) *Educator*, sebagai pendidik klien
- 5) *Collaborator*, sebagai anggota tim kesehatan yang dituntut untuk dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain
- 6) *Coordinator*, sebagai koordinator agar dapat memanfaatkan sumber – sumber dan potensi klien
- 7) *Change agent*, sebagai pemburu yang selalu dituntut untuk mengadakan perubahan – perubahan
- 8) *Consultant*, sebagai sumber informasi yang dapat membantu memecahkan masalah klien.

## **B. PENELITIAN TERKAIT**

Penelitian ini ditunjukkan dengan menyertakan beberapa penelitian terdahulu sebagai kelanjutan atas penelitian – penelitian sebelumnya. Penelitian – penelitian terdahulu yang memiliki relevansi dengan penelitian ini adalah:

1. Lilin, Indriono pada tahun 2020 menjelaskan dalam judul “Dampak Psikologis Dalam Memberi Perawatan dan Layanan Kesehatan Pasien Covid – 19 Pada Tenaga Profesional Kesehatan ”. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui Dampak Psikologi tenaga Kesehatan selama memberikan perawatan dan pelayanan pasien selama masa pandemi. Teknik Penelitian dengan Literatur Review. Hasil dari analisis literature ini adalah: Stress dan kecemasan adalah reaksi terhadap situasi yang mengancam dan tidak terduga dan petugas kesehatan adalah yang paling rentan akan hal tersebut selama pandemic ini. Reaksi terkait stres meliputi perubahan konsentrasi, lekas marah, cemas, susah tidur, berkurangnya produktivitas, dan konflik antarpribadi, dalam kasus

selanjutnya, mereka akan mengalami kondisi kejiwaan yang lebih parah dan mungkin akan bertahan lebih lama, pemisahan dari keluarga, situasi abnormal, peningkatan paparan, ketakutan akan penularan COVID-19, perasaan gagal dalam menangani prognosis, fasilitas teknis yang tidak memadai. Petugas kesehatan mengalami kesulitan mempertahankan kondisi kesehatan fisik dan mental yang berisiko mengalami gangguan psikologis seperti depresi, kecemasan, stres berat, dan kelelahan.

2. Fadli, Safrudin dkk, Tahun 2020 dengan judul “ Faktor Yang Mempengaruhi Kecemasan Pada Tenaga Kesehatan Dalam UPaya Pencegahan Covid – 19” Tujuan Penelitian ini untuk mengetahui factor yang paling mempengaruhi kecemasan tenaga kesehatan dalam upaya pencegahan covid – 19. Penelitian kuantitatif menggunakan metode obsevasional analitik dengan rancangan *cross-sectional* ini dilakukan di tiga Rumah Sakit dan sembilan Layanan Kesehatan pada bulan April 2020. Penentuan teknik pengambilan sampel menggunakan *cluster random sampling* dengan jumlah sampel 115 reponden. *Uji pearson chi-square* dilakukan untuk menilai hubungan antara kecemasan dan usia, jenis kelamin, status keluarga, kejujuran pasien, ketersediaan peralatan perlindungan pribadi, dan pengetahuan. Masing-masing variabel independen dievaluasi menggunakan analisis *uji regresi logistik* untuk menentukan variabel yang paling berpengaruh. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa ada pengaruh usia ( $p=0.024$ ); status keluarga ( $p=0.022$ ); kejujuran pasien ( $p=0.034$ ); ketersediaan alat pelindung diri ( $0.014$ ); pengetahuan ( $p=0.030$ ) terhadap kecemasan petugas. Dari hasil uji regresi logistik menunjukkan variabel ketersediaan alat pelindung diri yang paling berpengaruh terhadap kecemasan ( $r=0.517$ ;  $CI=1.34-8.06$ ), yang artinya ketersediaan alat pelindung memiliki pengaruh

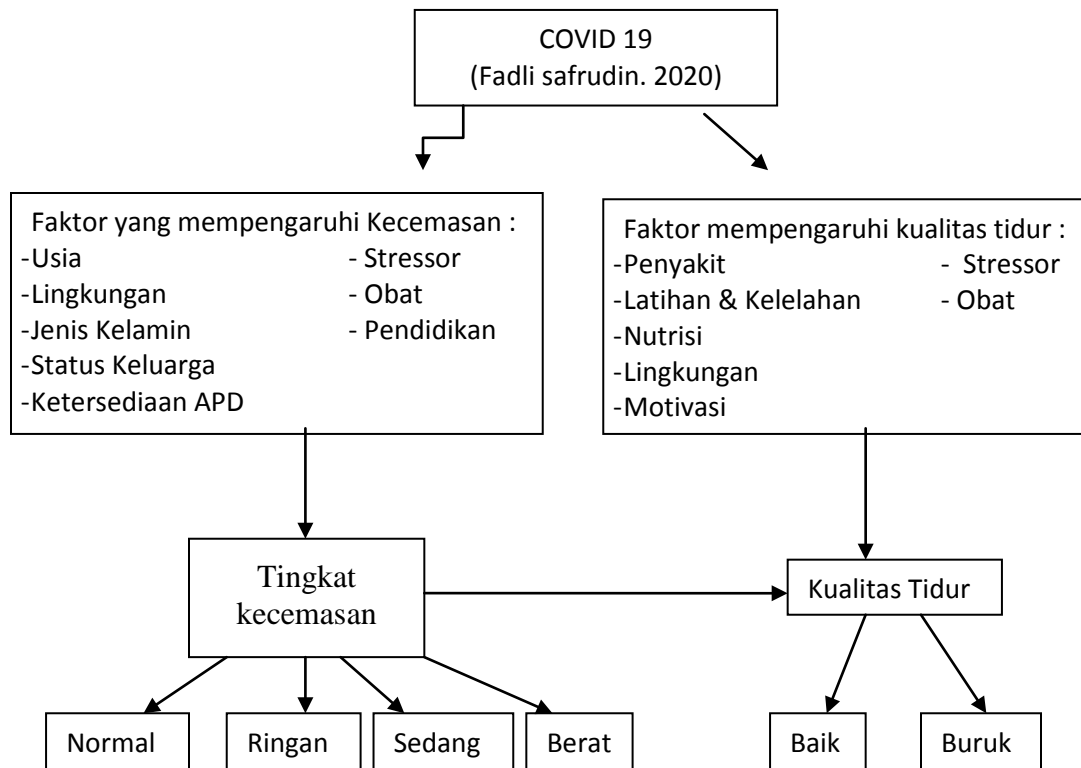
51.7% terhadap kecemasan petugas kesehatan dalam upaya pencegahan Covid-19.

3. Dinah, Subanur Tahun 2020, dengan judul “ Gambaran Tingkat Kecemasan Perawat saat Pandemi Covid 19 Di Negara Berkembang dan Negara Maju. Penelitian ini menggunakan Literatur Review dengan data base Pubmed, google scholar, dan Biomed Central. Adapun Tujuan dari Study Litratu ini adalah untuk mengetahui tingkat kecemasan tenaga perawat di neggara Cina,Itali,dan Iran. Sedangkan Hasil dari Studi Literatur ini adalah : Dari 10 artikel yang mengulas tentang kecemasan perawat saat pandemi COVID 19. dari ke 3 negara tersebut ternyata tingkat kecemasan perawat di Negara Italia lebih tinggi dari Negara iran dan China. Hal tersebut karena pada negara italia mereka rendahnya tingkat kesadaran terhadap diri sendiri, *self-efficacy* yang rendah, dan kurangnya informasi. Dengan Simpulan Tenaga perawat harus lebih mampu mengontrol emosi dan memiliki pedoman jiwa.
  
4. Rina, Suminanto dkk tahun 2020, dengan judul “ Kondisi dan Strategi Penanganan Kecemasan pada tenaga Kesehatan Saat Pandemi Covid 19”. Penelitian ini menggunakan Studi Literatur, dengan memberikan informasi kondisi dan strategi penanganan kecemasan pada tenaga kesehatan di masa pandemi Covid-19. 13 dari 106 artikel yang memenuhi syarat kualitatif dari berbagai basis data seperti: Pubmed, Web of Science, Google Scholar, dan Elsevier yang terpublikasi antara tahun 2019-2020. Kata kunci untuk ulasan ini antara lain: “*COVID 19 and Anxiety and Health workers*” dan “*COVID 19 and anxiety and strategy*”, “*COVID 19 and anxiety and Health workers and strategy*” dan “*COVID 19 and anxiety and programs to solve*” dan “*COVID 19 and anxiety and*

*review*”. Didapatkan hasil Faktor risiko kecemasan antara lain: sosiodemografis, jam kerja yang tinggi, stigma, dan kekhawatiran terpapar Covid-19. Beberapa langkah bisa dipertimbangkan diantara: pembentukan kelompok pendukung upaya penyelesaian kecemasan (*battle buddies*), penyediaan layanan konseling, dan pelatihan koping.

5. Abi Yulianto Tahun 2018 dengan Judul “Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Infark Miokard Akut Di RSUD Tidar Magelang”. Jenis Penelitian Deskriptik analitik dengan rancangan Kohort sampel diambil dengan tehnik Purpose sampling sebanyak 19 pasien IMA dengan menggunakan kuisisioner S-AI dan RCSQ dan hasil penelitian dengan uji Spearman. Hasil dari penelitian ini didapatkan Hasil penelitian ini menunjukkan kecemasan pada pasien IMA di ruang ICU RSUD Tidar dalam kategori cemas ringan (31,6%) dan cemas sedang (68,4%), Kualitas tidur pada pasien IMA kategori baik (47,4%) dan buruk (52,6%). Terdapat keeratan hubungan kecemasan dengan kualitas tidur dengan nilai  $p$  sebsar  $< 0,005$ . **Kesimpulan :** Ada hubungan kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien IMA di RSUD Tidar Magelang dengan keeratan hubungan dalam kategori sedang.

### C. KERANGKA TEORI



**Gambar 2.2.** Kerangka Teori Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur Tenaga Perawat Pada masa Pandemi Covid 19 (Fadli sfrudin,2020; alimulaziz 2015; stuart n sunden 2013)

