

SKRIPSI

**PENGARUH TERAPI *GUIDED IMAGERY* TERHADAP RESPON
FISIOLOGIS DAN KUALITAS TIDUR PASIEN CHF DI PJT RSUP
DR WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk
mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



Oleh :

Yunda Yeci

C12116002

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2020



Halaman Persetujuan Skripsi

**PENGARUH TERAPI *GUIDED IMAGERY* TERHADAP RESPON FISILOGIS DAN
KUALITAS TIDUR PASIEN CHF DI PJT RSUP DR. WAHIDIN SUDIROHUSODO
MAKASSAR**

oleh :

**YUNDA YECI
C12116002**

Disetujui untuk diseminarkan

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Titi Iswanti Afelva, Kep., Ns., M. Kep., Sp. KMB
NIP.198610102018016001

Syahrul Ningrat, S. Kep., Ns.M. Kep., Sp. KMB
NIP. 198310162018015001

Diketahui,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin



Dr. Arivanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2001



Halaman Pengesahan

**Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir
Pada**

Hari/ Tanggal: Senin/08 Juni 2020

Pukul : 10.00 Wita

Tempat : Via online

Disusun Oleh :

YUNDA YECI

C121 16 002

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Pembimbing I : Titi Iswanti Afelya, Kep., Ns., M. Kep., Sp. KMB_

Pembimbing II : Syahrul Ningrat, S. Kep., Ns. M. Kep., Sp. KMB

Penguji I : Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes

Penguji II : Akbar Harisa, S. Kep., Ns., PMNC., MN

Mengetahui,

**Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**

Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si

Nip. 19680421 200112 2 002



PERYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Yunda Yeci

NIM : C12116002

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali dari pihak manapun.

Makassar, April 2020

Yang membuat pernyataan


Yunda Yeci



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan berkat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Skripsi yang berjudul “Pengaruh Terapi *Guided Imagery* Terhadap Respon Fisiologis dan Kualitas Tidur pada Pasien *Congestive Heart Failure* di PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar”.

Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk mendapatkan gelar sarjana pada program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universita Hasanuddin. Dalam proses penyusunan skripsi ini, tentunya penulis mengalami berbagai kesulitan dan hambatan. Namun adanya bimbingan, arahan dan masukan dari berbagai pihak, penulis dapat menyelesaikan penyusunan Skripsi ini. Pada kesempatan ini, izinkan saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep.,M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Kes selaku ketua Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Titi Iswanti Afelya, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku pembimbing pertama dan Syahrul Ningrat, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku pembimbing kedua yang selalu sabar dan memberikan arahan-arahan serta masukan dalam penyempurnaan penyusunan Skripsi ini.



4. Dr. Elly L. Sjattar, S. Kp., M. Kes dan Akbar Harisa, S. Kep., Ns., PMNC., MN selaku tim penguji yang telah memberikan masukan-masukan demi menyempurnakan penulisan Skripsi ini.
5. Seluruh dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
6. Ayah, Ibu, saudara-saudara dan segenap keluarga atas segala doa, dan dukungan, serta motivasi kepada penulis dalam penyelesaian proposal ini.
7. Teman-teman angkatan 2016 “Tr16eminus” terima kasih atas dukungan, bantuan, dan motivasi kepada penulis setiap saat.
8. Teman-teman KKN- PK Lembang Pali Bittuang, Kabupaten Tana Toraja yang telah memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis.
9. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu namanya yang turut membantu dalam penyusunan proposal ini.

Semua dukungan, bimbingan, dan arahan yang telah diberikan dari semua pihak sangat bermanfaat bagi penulis. Penulis menyadari ada banyak kekurangan dan ketidak sempurnaan dari proposal ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan masukan dan saran yang membangun sehingga penulis dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata penulis mohon maaf jika ada kesalahan maupun kekhilafan dalam proposal ini, semoga kita semua senantiasa diberkati oleh Tuhan Yang Maha Esa.

Makassar, Juni 2020

Yunda Yeci



ABSTRAK

Yunda Yeci: C12116002. Pengaruh Terapi *Guided Imagery* Terhadap Kualitas Tidur Dan Respon Fisiologis Pasien CHF Di PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, dibimbing oleh Titi Iswanti Afelya dan Syahrul Ningrat.

Latar Belakang: Pasien CHF dapat mengalami tanda dan gejala sklinis sebagai respon fisiologis tubuh terhadap penyakit. Munculnya gejala klinis tersebut akan menimbulkan masalah keperawatan dan mengganggu kebutuhan dasar manusia salah satunya adalah gangguan tidur. Dalam hal ini, pasien tak hanya membutuhkan terapi farmakologi namun juga terapi non farmakologi. Salah satu terapi non farmakologi untuk masalah tidur adalah terapi *guided imagery*. Terapi *guided imagery* merupakan salah satu jenis terapi yang sering digunakan untuk meningkatkan kualitas tidur dan menurunkan respon fisiologis karena terapi ini mampu memberikan efek relaksasi bagi yang mendengarkannya.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh terapi *guided imagery* terhadap respon fisiologis dan kualitas tidur pasien CHF di PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Metode: Penelitian ini merupakan jenis penelitian *Quasi experimental* dengan rancangan penelitian yang digunakan adalah *Time Series Control Group Design*. Responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini dipilih berdasarkan kriteria inklusi seperti bersedia berpartisipasi dalam penelitian dan pasien dengan derajat CHF I-III. Sedangkan, pasien dengan gangguan pendengaran tidak termasuk. Responden dibagi menjadi 2 kelompok, yakni kelompok kontrol dan kelompok intervensi dengan masing-masing kelompok terdiri dari 18 responden. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah kusioner PSQI, *headphone*, *handphone* *Sphygmomanometer* digital dan Termometer.

Hasil: penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden dalam kelompok kontrol dan kelompok intervensi adalah laki-laki dengan usia lebih dari lima puluh tahun, riwayat penyakit 2-5 tahun dan derajat CHF nya 3. Hasil Uji *Repeated Measures Anova* variabel tekanan darah sistolik, tekanan darah diastolik, nadi, pernapasan dan suhu pada kelompok intervensi diperoleh nilai $p > 0,05$, yang artinya tidak ada pengaruh intervensi *guided imagery* terhadap respon fisiologis sedangkan hasil uji *wilcoxon* untuk kualitas tidur diperoleh nilai $p < 0,05$ yang artinya ada pengaruh intervensi *guided imagery* terhadap kualitas tidur.

Kesimpulan dan saran: Disimpulkan bahwa terapi *guided imagery* tidak berpengaruh terhadap penurunan respon fisiologis tetapi berpengaruh terhadap peningkatan kualitas tidur pasien CHF. Oleh karena itu diharapkan pemberian intervensi *guided imageri* sebagai terapi non farmakologi dalam pelayanan perawatan untuk meningkatkan kualitas tidur pasien.

Kata kunci: *Guided Imagery*, respon fisiologis, kualitas tidur, *Congestive Heart Failure*.



ABSTRACT

Yunda Yeci: C12116002. *The Effectiveness of Guided Imagery Therapy to Increase Sleep Quality and Physiological Response of Congestive Heart Failure Patients in PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, guided by Titi Iswanti Afelya and Syahrul Ningrat.*

Background: CHF patients have clinical signs and symptoms as the body's physiological response to disease. The emergence of this clinical problem will cause nursing problems and basic human needs, which is the sleep's problem. In this case patient not only need pharmacology therapy but also non pharmacology therapy. One of non pharmacology therapy for sleep problem is guided imagery therapy. Guided imagery therapy is one type of therapy that is provides a relaxing effect for those who receive it.

Objective: This research aimed to known the effect of guided imagery therapy on the physiological response and sleep quality of CHF patients at PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.

Method: This research used a quasi-experimental study with the Time Series Control Group Design. The respondents who participated in this study selecting by the inclusion criteria such as The inclusion criteria were conscious patients, willing to participate in the study and patients with CHF degrees I-III; meanwhile, patients who have hearing impaired were excluded..Respondent divided into 2 groups, they are intervention and control group which each groups consist of 18 respondents. The instruments in this study were PSQI questionnaire, headphones, digital Sphygmomanometer, handpone and Thermometer.

Results: This study showed that majority the respondent in control and intervention group they were man over the age of fifty, history of disease 2-5 years and CHF degree III. Based on Anova Repeated Size Test Results known that cystoloic blood pressure, diastolic blood pressure, pulse, respiration and temperature in the intervention group obtained $p > 0.05$, which means that there was no effects of guided imagery to the physiological response in respondent. But the Wilcoxon test showed p value $< 0, 05$ which means there was an effect on guided imagery to better sleep quality of intervention group.

Conclusions and suggestions: It was concluded that image-guided therapy did not argue for a decrease in physiological responses but influenced the improvement in sleep quality of CHF patients. It is therefore expected that on assistance is guided as a non-pharmacological therapy in care to the patient's sleep quality.

Keywords: Guided Image, physiological response, sleep quality, Congestive failure.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN SKRIPSI.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II PEMBAHASAN.....	10
A. Tinjauan tentang Congestive Heart Failure.....	10
B. Tinjauan Tentang Respon Fisiologis dan Psikologis Pasien Congestive Hearth Failure (CHF).....	21
C. Tinjauan Tentang <i>Guided Imagery</i>	34
D. Tinjauan Tentang Kualitas Tidur.....	39
E. Tinjauan Tetang Kualitas Tidur Pasien CHF.....	44
F. Kerangka Teori.....	46
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS.....	47
A. Kerangka Konsep.....	47
B. Hipotesis.....	48
BAB IV METODE PENELITIAN.....	49
A. Rancangan Penelitian.....	49
Batas Waktu dan Waktu Penelitian.....	50
Populasi dan Sampel.....	50
Metode Penelitian.....	54



E. Variabel Penelitian	55
F. Pengumpulan Data dan Instrumen Penelitian	57
G. Pengolahan dan Analisa Data	66
H. Masalah Etik	68
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	70
A. Hasil Penelitian	70
B. Pembahasan.....	81
C. Keterbatasan Penelitian	95
BAB VI KESIMPULAN DAN SARA.....	96
A. Kesimpulan	96
B. Saran	97
DAFTAR PUSTAKA	99
LAMPIRAN.....	105



DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, lama riwayat dan derajat pasien CHF di PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar.....	71
Tabel 5.2 Distribusi nilai tekanan darah, nadi, pernapasan suhu dan kusioner PSQI sebelum diberikan terapi <i>guided imagery</i> (pre test).....	74
Tabel 5.3 Distribusi analisis perubahan tekanan darah, nadi, pernapasan dan suhu responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum (Pre) dan Setelah (Post) Diberi Terapi <i>Guided Imagery</i>	75
Tabel 5.4 Analisis perubahan skor kualitas tidur responden pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol sebelum (pre) dan setelah (post) diberikan terapi <i>Guided Imagery</i>	79
Tabel 5.5 Hasil Analisis Perbedaan Tekanan Darah, Nadi, Pernapasan, Suhu dan Kualitas Tidur Pada Kelompok Intervensi Dan Kontrol Setelah Diberikan Terapi <i>Guided Imagery</i> di PJT RSUP Dr Sudirohusodo Makassar.....	80



DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1. Kerangka Penelitian.....	46
Bagan 3.1. Kerangka Konsep Penelitian.....	47
Bagan 4.1. Alur Penelitian.....	54



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Untuk Responden.....	105
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Responden.....	106
Lampiran 3. Kuesioner Penelitian.....	107
Lampiran 4. SOP Terapi <i>Guided Imagery</i>	111
Lampiran 5. Prosedur Pengukuran Tekanan Darah, Nadi, Pernapasan.....	115
Lampiran 6. Lembar Observasi Terapi <i>Guided Imagery</i>	116
Lampiran 7. Lembar Pengukuran Tekanan Darah, Nadi, dan Pernapasan.....	117
Lampiran 8. Master Tabel.....	118
Lampiran 9. Hasil Analisis SPSS.....	126
Lampiran 10. Surat-Surat.....	141



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gagal jantung atau *Congestive Heart Failure* adalah ketidak mampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi keseluruhan tubuh. Prevalensi gagal jantung di dunia maupun di Indonesia masih sangat tinggi. *American Heart association (AHA)* berdasarkan *Heart disease and Stroke Statistics*, menyebutkan prevalensi gagal jantung terus meningkat pada orang dewasa diatas 20 tahun. Antara tahun 2009 sampai tahun 2012 diperkirakan sekitar 5,7 juta orang di Amerika serikat terkena gagal jantung kemudian antara tahun 2011 sampai 2014 meningkat menjadi 6,5 juta orang (Benjamin et al., 2018).

Prevalensi gagal jantung berdasarkan diagnose dokter di Indonesia sebesar 1,5%, dan yang terdiagnosis dokter atau gejala sebesar 0,3 %. Prevalensi berdasarkan jenis kelamin lebih banyak perempuan yaitu 1,6 % dibanding laki-laki sebesar 1,3%. Prevalensi *congestive heart failure* berdasarkan diagnosis dan gejala dokter di Sulawesi Selatan sebesar 1,5 % (kementrian kesehatan, 2018). Data yang diperoleh dari rumah sakit Dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar, pada tahun 2017 penyakit *Congestive Heart Failure* menduduki peringkat ke tiga pasien rawat inap yaitu sebanyak 100 pasien sedangkan pada tahun 2018 menduduki peringkat kedua pasien rawat inap yaitu sebanyak 556 pasien.



Angka diatas merupakan angka kejadian gagal jantung yang telah terdeteksi dan menggunakan layanan kesehatan. Angka ini belum mencakup penderita gagal jantung yang belum terdata di layanan kesehatan. Angka tersebut merupakan angka yang cukup besar dan memerlukan perhatian khusus untuk penanganan maupun pencegahannya.

Gagal jantung memiliki tanda dan gejala yang khas seperti sesak napas saat istirahat atau saat aktivitas, kelelahan, serta adanya tanda retensi cairan seperti kongesti paru atau edema pergelangan kaki. Gagal jantung juga biasanya ditandai dengan takikardi, takipnea, ronki, efusi pleura bahkan hepatomegaly (Imaligy, 2014). Tanda dan gejala lain yang dapat muncul yaitu peningkatan tekanan darah, peningkatan denyut nadi, yang diakibatkan oleh gangguan oksigenasi (Ardiansyah, 2012). Munculnya berbagai gejala klinis pada pasien gagal jantung tersebut akan menimbulkan masalah keperawatan dan mengganggu kebutuhan dasar manusia salah satunya adalah adanya gangguan tidur (Fachrunnisa, Nurchayanti, & Arneliwati, 2015). Gejala yang terjadi pada pasien gagal jantung cenderung memburuk pada malam hari sehingga dapat memperburuk kualitas tidur pasien gagal jantung. (Shahab, Fauzan, & Budiharto, 2016).

Tidur merupakan kebutuhan dasar manusia dan merupakan proses biologis yang umum pada semua orang yang memungkinkan proses perbaikan. kualitas

pasien dengan gagal jantung dapat terganggu karena beberapa faktor
ti kesulitan bernapas karena ventrikel kiri tidak mampu memompa darah
datang dari paru sehingga terjadi peningkatan tekanan dalam sirkulasi



paru yang menyebabkan cairan terdorong ke jaringan paru. pasien gagal jantung kongestif sering kesulitan mempertahankan oksigenasi sehingga mereka cenderung sesak napas yang kemudian mengakibatkan penurunan kualitas tidur (Rottie & Massi, 2016).

Kualitas tidur yang buruk atau tidur yang tidak adekuat dapat mengakibatkan gangguan keseimbangan fisiologis seperti penurunan aktivitas sehari-hari, rasa lelah, lemah, daya tahan tubuh menurun dan tanda-tanda vital tidak seimbang. (Potter & Parry, 2010). Selain itu, dampak psikologis juga dapat dirasakan pasien gagal jantung dan memperburuk kualitas tidur pasien. Perasaan khawatir akan kondisi fisiknya yang semakin menurun atau melemah menjadi beban pikiran dan menambah ketakutan bagi pasien karena jantung merupakan salah satu organ yang penting dan jika jantung mengalami masalah maka kesehatan juga ikut menurun (Fitriyani, 2015). Masalah psikologis yang muncul pada penderita gagal jantung seperti stress, kecemasan, ketidakberdayaan, ketakutan dan depresi (Polikandrioti, 2015). Diantara masalah psikologis tersebut yang paling sering dijumpai pada pasien jantung adalah kecemasan dan depresi (Rutledge, T., Linke et al., 2010). Kualitas tidur yang buruk pada pasien gagal jantung akan memperlama proses pemulihan kondisi klien sehingga memperlama proses perawatan di rumah sakit (Shahab et al., 2016). Lamanya perawatan di rumah sakit akan menambah beban bagi pasien gagal jantung kemudian dapat menimbulkan respon hospitalisasi bagi pasien (Runnisa et al., 2015).



Adapun tingkat kualitas tidur pada pasien dapat diukur dengan menggunakan *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI), yang terdiri atas 9 poin penilaian kualitas tidur seperti: pukul berapa pasien tidur, berapa menit pasien membutuhkan waktu untuk dapat tidur, pukul berapa pasien bangun, berapa menit pasien terjaga sebelum bangun, dan seberapa sering pasien terjaga karena tidak dapat tidur dalam waktu 30 menit, terbangun tengah malam atau pagi-pagi sekali, terbangun karena ingin ke kamar mandi, terganggu pernapasan, merasa kedinginan, merasa kepanasan, mimpi buruk dsb, seberapa sering pasien mengonsumsi obat agar pasien dapat tidur, berapa sering anda tidak dapat menahan kantuk, berapa sering anda mengalami kesukaran konsentrasi, bagaimana penilaian pasien terhadap kualitas tidurnya selama sebulan (Carole, Msn, & Gnp, 2012).

Gangguan tidur dapat diatasi dengan terapi farmakologis dan terapi non farmakologis. Terapi farmakologis yaitu terapi dengan menggunakan obat-obatan seperti golongan obat hipnotik, antidepresan, terapi hormone melatonin dan agonis melatonin, antihistamin. Sedangkan terapi non farmakologis adalah terapi yang tidak menggunakan obat seperti *stimulus control therapy*, *paradoxical intention therapy*, *relaxation therapy*, *sleep restriction therapy*, *temporal control therapy*, *sleep hygiene* (Deswita, Asterina, & Hikmah, 2014). Terapi non farmakologi yang sering digunakan salah satunya adalah Teknik relaksasi. *Guided imagery* adalah sebuah teknik

relaksasi dengan menggunakan imajinasi yang bertujuan untuk mengurangi stres, meningkatkan perasaan tenang dan damai, kontraksi otot, serta



merupakan obat penenang untuk situasi yang sulit dalam kehidupan memfasilitasi dan meningkatkan tidur. (Sucipto, 2012) (Deswita et al., 2014)

Imajinasi terbimbing memberikan manfaat untuk belajar rileks, menghilangkan atau merubah perilaku yang tidak diinginkan, meningkatkan manajemen nyeri secara efektif, serta untuk meningkatkan tidur. Dari penelitian sebelumnya oleh (Deswita et al., 2014) membuktikan bahwa *guided imagery* dapat meningkatkan kualitas tidur. Hasil penelitian yang diperoleh terdapat peningkatan durasi tidur responden dari 6-7 jam menjadi 8-9 jam yang menunjukkan telah tercukupinya kebutuhan tidur responden dengan tidak terbangun pada malam hari, tidak sering menguap atau mengantuk pada siang hari, tidak mengalami gangguan mood/perasaan, tidak susah untuk tidur kembali, tidak sulit untuk memulai tidur, tidak gelisah. Rata-rata terjadi peningkatan durasi tidur dari 6,39 menjadi 8,42.

Wang (2010) dalam (Dewi, 2017) pasien dengan gagal jantung harus didedukasi tentang *sleep Higiene* dan meningkatkan kegiatan rekreasi, manajemen penyakitnya, dan keterampilan penyesuaian emosional untuk meningkatkan kualitas tidur. Selain itu, pasien juga harus dibantu untuk berada dalam keadaan santai atau diberikan sugesti khusus untuk imajinasi untuk mengurangi stres dan meningkatkan relaksasi (Afdila, 2016) .

Dari uraian diatas, penulis tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul Pengaruh *guided imagery* terhadap kualitas tidur pasien *congestive failure* (CHF). Peneliti memilih PJT RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo



Makassar sebagai tempat penelitian karena merupakan rumah sakit pusat jantung dan pusat rujukan Indonesia timur, sehingga pasien-pasien jantung yang tidak dapat ditangani di pelayanan kesehatan/ rumah sakit dengan tingkat yang lebih rendah dapat dirujuk ke rumah sakit ini untuk mendapatkan pelayanan yang lebih baik.

B. Rumusan Masalah

Prevalensi penyakit kardiovaskuler semakin meningkat tiap tahunnya dan menjadi penyebab kematian pertama di dunia. Salah satu penyakit kardiovaskuler yang banyak terjadi yaitu *congestive heart failure*. *congestive heart failure* adalah ketidak mampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi hal ini dapat menyebabkan pasien gagal jantung dapat mengalami beberapa masalah yang mengakibatkan gangguan tidur. Selain itu, *congestive heart failure* dapat menimbulkan dampak fisiologis bagi penderita. Umumnya penderita *congestive heart failure* menunjukkan reaksi fisiologis seperti peningkatan tekanan darah, nadi dan pernapasan. Terapi non farmakologis dapat berfungsi sebagai terapi yang dapat meningkatkan perasaan tenang dan damai. Salah satu terapi non farmakologi yang disarankan adalah *guided imagery*. Berdasarkan uraian dari latar belakang, maka rumusan masalah yang muncul dalam penelitian ini adalah “apakah ada pengaruh terapi *guided imagery* terhadap respon fisiologis

ualitas tidur pada pasien CHF di PJT RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo
Makassar ?”



C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum:

Diketuainya pengaruh terapi *guided imagery* terhadap respon fisiologis dan kualitas tidur pasien CHF di PJT RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2 Tujuan Khusus :

a. Diketuainya skor kualitas tidur pada pasien CHF sebelum pemberian terapi *guided imagery* di PJT RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar.

b. Diketuainya skor kualiatas tidur pasien CHF setelah pemberian terapi *guided imagery* di PJT RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar.

c. Diketuainya tekanan darah sistol dan diastol, frekuensi nadi, dan frekuensi pernapasan sebelum pemberian terapi *guided imagery* pada pasien CHF di PJT RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar.

d. Diketuainya tekanan darah sistol dan diastol, frekuensi nadi, dan frekuensi pernapasan setelah pemberian terapi *guided imagery* pada pasien CHF di PJT RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar.



- e. Diketuainya perbedaan kualitas tidur pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi
- f. Diketuainya perbedaan respon fisiologis pada kelompok kontrol dan kelompok intervensi.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Institusi

Memberikan informasi ilmiah mengenai pengaruh terapi *guided imagery* terhadap respon fisiologis kualitas tidur pada pasien CHF di PJT RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makassar.

2. Manfaat Bagi Rumah Sakit

Dapat dijadikan sebagai referensi atau bahan tambahan dalam menyusun program pelayanan kesehatan khususnya dalam pemberian asuhan keperawatan yang lebih komprehensif bagi pasien CHF

3. Manfaat Bagi Keperawatan

Dapat dijadikan referensi dalam melakukan tindakan keperawatan kepada pasien khususnya pasien CHF yang memiliki gangguan tidur.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini menambah pengetahuan dan pemahaman peneliti serta memperluas wawasan mengenai



pengaruh terapi *guided imagery* terhadap respon fisiologis dan kualitas tidur pasien CHF.

5. Manfaat Bagi Peneliti Selanjutnya

Menjadi landasan dalam melakukan penelitian selanjutnya tentang pengaruh terapi *guided imagery* terhadap respon fisiologis dan kualitas tidur pasien CHF.



BAB II

PEMBAHASAN

A. Tinjauan tentang Congestive Heart Failure

1. Devinisi *Congestive Heart Failure* (CHF)

Congestive Heart Failure adalah sindrom klinis (sekumpulan tanda dan gejala), ditandai dengan sesak napas dan fatigue (saat istirahat atau saat aktifitas) oleh karena ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat. Keadaan ini adalah suatu kondisi fisiologis ketika jantung tidak dapat memompa darah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik tubuh yang disebabkan oleh kelainan, struktur atau fungsi jantung (Setiati, Sudoyo, Setiyohadi, & Dkk, 2014), (Smeltzer & Bare, 2013) Gagal jantung terjadi karena perubahan fungsi sistolik dan diastolik ventrikel kiri. Istilah gagal jantung merujuk pada sindrom klinis yang ditandai oleh manifestasi kelebihan volume darah, perfusi jaringan yang tidak adekuat, dan toleransi aktivitas yang buruk. Istilah lain untuk menyebut gagal jantung adalah *gagal jantung kronis*, *dekompensasi jantung*, *insufisiensi jantung*, dan *gagal ventrikel* (Black & Hawks, 2014). Setelah diagnosis klinis, gagal jantung umumnya dikaitkan dengan pengurangan fraksi ejeksi ventrikel kiri (LVEF) di bawah 50% (HF_rEF)

atau LVEF yang diawetkan 50% atau lebih (HF_pEF) (Heart Fondation, 2018).



2. Etiologi *Congestive Heart Failure* (CHF)

Ada beberapa hal yang dapat menjadi penyebab gagal jantung menurut (Smeltzer & Bare, 2013) yaitu kelainan otot jantung, aterosklerosis coroner, hipertensi sistemik atau pulmonal, peradangan dan penyakit miokardium degenerative, penyakit jantung lain, dan faktor sistemik. Etiologi tersebut lebih jelasnya dijelaskan sebagai berikut:

a. Kelainan otot jantung

Gagal jantung paling sering terjadi pada penderita kelainan otot jantung, yang menyebabkan menurunnya kontraktilitas jantung. Penyebab kelainan fungsi otot mencakup aterosklerosis coroner, hipertensi arterial, dan penyakit otot degeneratif atau inflamasi (Smeltzer & Bare, 2013).

b. Aterosklerosis coroner

Aterosklerosis coroner mengakibatkan disfungsi miokardium karena terganggunya aliran darah ke otot jantung akibat penumpukan asam laktat sehingga terjadi hipoksia dan asidosis. Kematian sel jantung atau Infark miokard biasanya mendahului terjadinya gagal jantung (Smeltzer & Bare, 2013).

c. Hipertensi sistemik atau pulmonal

Hipertensi sistemik atau pulmonal (peningkatan *afterload*) meningkatkan beban kerja jantung dan dapat mengakibatkan hipertrofi serabut otot jantung. Efek tersebut (hipertrofi miokard) dapat dianggap sebagai mekanisme kompensasi karena akan



meningkatkan kontraktilitas jantung sehingga hipertrofi otot jantung tidak dapat berfungsi secara normal dan akhirnya akan terjadi gagal jantung (Smeltzer & Bare, 2013).

d. Peradangan dan penyakit miokardium degenerative

Peradangan dan penyakit miokardium degenerative berhubungan dengan gagal jantung karena kondisi ini secara langsung merusak serabut jantung, menyebabkan kontraktilitas menurun (Smeltzer & Bare, 2013).

e. Penyakit jantung lain

Gagal jantung juga dapat terjadi akibat penyakit jantung yang sebenarnya tidak secara langsung mempengaruhi jantung. Mekanisme yang biasanya terjadi mencakup gangguan aliran darah melalui jantung (*mis.* Stenosis katup semivalvular), ketidakmampuan jantung untuk mengisih darah, (*mis.* tamponade pericardium, pericarditis konstriktif, atau stenosis katup AV) peningkatan mendadak *after load* akibat peningkatan tekanan darah sistemik (hipertensi “maligna”) dapat menyebabkan gagal jantung meskipun tidak ada hipertrofi miokardial (Smeltzer & Bare, 2013).

f. Faktor Sistemik

Meningkatnya laju metabolisme (*mis.* Demam, tirotoksikosis), hipoksia, dan anemia memerlukan peningkatan curah jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen sistemik. Hipoksia dan anemia juga dapat menurunkan suplai oksigen ke



jantung. Asidosis (respiratorik atau metabolik) dan abnormalitas elektrolit dapat menurunkan kontraktilitas jantung. Disritmia jantung yang dapat terjadi dengan sendirinya atau secara sekunder akibat gagal jantung menurunkan efisiensi keseluruhan fungsi jantung (Smeltzer & Bare, 2013).

3. **Klasifikasi dan Manifestasi Gagal Jantung**

Umumnya gagal jantung diklasifikasikan dalam beberapa cara berbeda yakni gagal jantung sistolik versus gagal jantung diastolik, gagal sebelah kiri versus sebelah kanan, gagal curah tinggi versus curah rendah, dan gagal akut versus kronik. Pengklasifikasian ini dilakukan bergantung pada patologi dasarnya. Klasifikasi tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. gagal sistolik versus diastolik

Gagal Sistolik terjadi bila ventrikel gagal berkontraksi secara adekuat untuk mengeluarkan volume darah yang cukup ke dalam sistem arteri. Fungsi sistolik dipengaruhi oleh kehilangan sel miokardium akibat iskemia atau infark, kardiomiopati, atau inflamasi. Manifestasi gagal sistolik adalah manifestasi penurunan curah jantung: kelemahan, keletihan, dan penurunan toleransi terhadap latihan fisik (Priscilla LeMone, RN, DSN, Karen M. Burke, RN, & Gerene Bouldoff, RN, PHD, 2014).

Gagal Diastolik terjadi bila jantung tidak dapat rileks secara sempurna pada diastol, mengganggu pengisian normal.



Pengisian diastolik pasif menurun, meningkatkan pentingnya kontraksi atrium pada preload. Gangguan fungsi diastolik disebabkan oleh penurunn komplians ventrikel akibat hipertrofi dan perubahan sel serta kerusakan relaksasi otot jantung. Manifestasi ini terjadi akibat peningkatan tekanan dan bendungan di ventrikel: Napas pendek, takipnea, dan ronki respiratorik bila ventrikel kiri terkena; distensi vena leher, pembesaran hati, anoreksia, dan mual bila ventrikel kanan terkena (Priscilla LeMone, RN, DSN et al., 2014).

b. Gagal sebelah kiri versus sebelah kanan

Gagal ventrikel kiri, jantung tidak mampu memompa darah yang datang dari paru-paru oleh karena itu gagal ventrikel kiri sinonim dengan edema paru akut dan biasanya kongestif paru menonjol adalah gagal ventrikel kiri. Manifestasi klinis yang terjadi meliputi dyspneu, batuk, mudah lelah, denyut jantung cepat (takikardia) dengan bunyi jantung S3, kecemasan dan kegelisahan. (Smeltzer & Bare, 2013).

Gagal fungsi sistolik Ventrikel kiri diukur dengan fraksi ejeksi. Fraksi ejeksi merupakan perbandingan jumlah darah di jantung dengan jumlah darah yang dipompa keluar. Fraksi ejeksi dapat menjadi tolak ukur seberapa baik jantung memompa darah ke Tubuh (Failure, 2015).



Jumlah yang dikeluarkan oleh ventrikel pada satu kali kontraksi (denyut jantung) disebut volume sekuncup (*strok volme*) dan fraksi ejeksi (*ejection fraction*) (Black & Hawks, 2014). Pada pembagian gagal jantung dengan fraksi ejeksi, terdapat pasein jantung dengan fraksi ejeksi :

- 1). ≥ 50 % disebut dengan *Heart Failure with preserved Ejection Fraction (HFpEF)*
- 2). Pasien gagal jantung dengan fraksi ejeksi 40-49% disebut dengan *Heart Failure with mid-range Ejection Fraction (HFmrEF)*
- 3). Pasien gagal jantung dengan fraksi ejeksi $< 40\%$ disebut *Heart Failure with reduced Ejection Fraction (HFrEF)*. (Ponikowski, Voors, & Dkk, 2016)

Bila ventrikel kanan gagal, yang menonjol adalah kongesti visera dan jaringan perifer. Hal ini terjadi karena sisi kanan jantung tidak mampu mengosongkan volume darah dengan adekuat sehingga tidak dapat mengakomodasi semua darah yang secara normal kembali dari sirkulasi vena. manifestasi klinis yang muncul meliputi edema ekstremitas bawah, (edema dependen), yang biasanya merupakan *pitting edema*, penambahan berat badan, hepatomegaly, distensi vena leher, asites, anoreksia dan mual, nokturia dan lemah (Smeltzer & Bare, 2013). Pengukuran fungsi ventrikel kanan dapat dilakukan dengan pemeriksaan ekokardiografi



salah satu cara praktis yang dapat digunakan adalah Tricuspid Annular Plane Systolic Excursion (TAPSE). Pada saat sistolik, terjadi kontraksi miokard kearah longitudinal, radial, dan sirkumferensial. Pada ventrikel kanan, gerakan longitudinal merupakan gerakan yang dominan pada fase sistolik. Gerakan memendek pada sistolik dan kembali memanjang ke posisi semula dapat dilihat dari gerakan annulus tricuspid. Jarak pergerakan annulus tersebut dapat menggambarkan fungsi kontraksi ventrikel kanan (Soesanto, 2009).

c. Gagal curah tinggi versus curah rendah

Gagal jantung *curah tinggi* terjadi saat jantung tidak mampu memenuhi kebutuhan tubuh yang meningkat (meskipun tingkat keluarannya tinggi atau normal). Penyebabnya meliputi sepsis, penyakit paget, beri-beri, anemia, tirotoksikosis, fistula arterio vena dan kehamilan.

Gagal jantung *curah rendah* terjadi pada kebanyakan bentuk penyakit jantung, menyebabkan hipoperfusi sel jaringan. Gangguan yang mendasari tidak berhubungan dengan kebutuhan metabolik yang meningkat tetapi berhubungan dengan kerja pemompaan ventrikel yang buruk dan curah jantung yang rendah. (Black & Hawks, 2014)



d. Gagal akut versus Kronik

Gagal akut adalah awitan mendadak cedera miokardium yang disebabkan oleh penurunan mendadak fungsi jantung dan tanda penurunan curah jantung. Gagal kronik adalah perburukan progresif otot jantung akibat kardiomiopati, penyakit valvular, atau CHD (Priscilla LeMone, RN, DSN et al., 2014).

e. Manifestasi Lain

Selain manifestasi sebelumnya, ada beberapa manifestasi lain yang mungkin dijumpai seperti:

Penurunan curah jantung mengaktifkan mekanisme yang menyebabkan peningkatan retensi garam dan air. Sehingga mengakibatkan peningkatan berat badan dan meningkatkan tekanan lebih lanjut dalam kapiler yang menyebabkan edema. *Nokturia*, berkemih lebih dari satu kali pada malam hari, terjadi saat cairan edema dari jaringan yang tergantung direabsorpsi saat pasien terlentang.

Dispnea nokturna paroksismal, suatu kondisi menakutkan yakni pasien terbangun pada malam hari karena mengalami napas pendek akut. Dispnea nokturna paroksismal terjadi saat cairan edema yang telah terakumulasi selama siang hari direabsorpsi ke dalam sirkulasi pada malam hari, menyebabkan kelebihan beban cairan dan kongesti paru. Gagal jantung berat dapat menyebabkan dyspnea pada saat istirahat serta pada saat aktivitas yang



menandakan cairan jantung sedikit atau tidak ada (Priscilla LeMone, RN, DSN et al., 2014).

Selain klasifikasi berdasarkan patologinya, *New York Heart Association (NYHA)* juga mengklasifikasikan gagal jantung berdasarkan batasan fungsional. Klasifikasi NYHA adalah klasifikasi umum yang digunakan. Adapun pengklasifikasiannya dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.1 *New York Heart Association Classification of Heart Failure*

Kelas	Toleransi Aktifitas
I	Tidak ada keluhan pada aktifitas sehari-hari.
II	Bila melakukan aktivitas berat menimbulkan sesak, berdebar-debar, lelah, nyeri dada, nampak sehat bila istirahat.
III	Aktivitas fisik sangat terbatas , bila melakukan aktivitas ringan menimbulkan sesak, berdebar-debar, lelah, nyeri dada, nampak sehat bila istirahat.
IV	Gejala insufisiensi jantung terlihat saat istirahat dan memberat ketika melakukan aktivitas ringan.

Sumber: (DeWit & Kumangai, 2013)



4. Patofisiologi Gagal Jantung

a. Patofisiologi gagal jantung kiri

Gagal jantung kiri terjadi karena fungsi kontraksi ventrikel kiri tidak efektif. Akibatnya terjadi penurunan curah jantung, sehingga darah tidak dapat dipompa secara efektif keseluruh tubuh. Kondisi ini biasa disebut sebagai disfungsi sistolik. Efek sistemik adalah menurunnya perfusi jaringan, sehingga mengakibatkan kurangnya oksigen dan energi pada jaringan. Ketidakefektifan ventrikel kiri memompa darah mengakibatkan terjadi bendungan volume darah di atrium kiri, kemudian vena pulmonalis, dan ke dalam paru-paru sehingga terjadi kongesti paru. Jika kondisi seperti ini berlangsung terus menerus maka dapat terjadi edema paru dan gagal jantung kanan (Timmyby, Smith, & Smith, 2018).

b. Patofisiologi gagal jantung kanan

Gagal jantung kanan dapat terjadi karena fungsi kontraksi ventrikel kanan tidak efektif. Akibatnya, darah yang di pompa kedalam paru-paru juga tidak efektif sehingga terjadi bendungan volume darah di atrium kanan, vena, dan sirkulasi perifer. Akan terjadi peningkatan berat badan dan edema perifer serta kongesti hepar dan organ lain pada penderita. Keadaan dimana ventrikel kanan gagal memompa darah yang adekuat ke arteri pulmonalis, paru-paru, vena pulmonalis, dan jantung kiri, mengakibatkan terjadinya penurunan pengisian ventrikel kiri (*preload*), sehingga gagal jantung kanan



menyebabkan disfungsi diastolik ventrikel kiri (Timmy et al., 2018).

c. Mekanisme kompensasi

Ada tiga mekanisme primer yang dapat dilihat sehingga respon terhadap gagal jantung untuk mempertahankan curah jantung, yaitu peningkatan adrenergik simpatis, peningkatan *preload* akibat aktivasi renin-angiotensin-aldosteron, serta pelepasan arginin vasopressin yang kesemuanya merupakan mekanisme kompensasi untuk mempertahankan tekanan darah yang adekuat. Respon neurohumoral ini akan membawa keuntungan untuk sementara waktu. Namun setelah beberapa saat, kelainan sistem neurohormonal ini akan memacu perburukan yang terjadi, karena adanya efek toksik langsung dari noradrenalin dan angiotensin terhadap miokard (Kabo, 2010)

5. **Komplikasi**

Mekanisme kompensasi yang dimulai pada gagal jantung dapat menyebabkan komplikasi pada system tubuh lain. Hepatomegali kongestif dan splenomegaly kongestif yang disebabkan oleh pembengkakan sistem vena porta menimbulkan peningkatan tekanan abdomen, asites, dan masalah pencernaan. Pada gagal jantung sebelah kanan yang lama, fungsi hati dapat terganggu. Distensi miokardium dapat memicu disritmia, mengganggu curah jantung lebih lanjut. Efusi pleura dan masalah paru lain dapat terjadi. Komplikasi mayor gagal



jantung berat adalah syok kardiogenik dan edema paru akut (Priscilla LeMone, et al., 2014).

6. Penatalaksanaan

Tujuan dasar penatalaksanaan pasien gagal jantung adalah:

- a. Dukung istirahat untuk mengurangi beban kerja jantung
- b. Meningkatkan kekuatan dan efisiensi kontraksi jantung dengan bahan-bahan farmakologis
- c. Menghilangkan penimbunan cairan tubuh berlebih dengan terapi diuretik diet dan istirahat (Smeltzer & Bare, 2013)

B. Tinjauan Tentang Respon Fisiologis dan Psikologis Pasien Congestive Hearth Failure (CHF)

1. Respon Fisiologis

Gagal jantung menimbulkan respon fisiologis bagi tubuh. Gagal jantung memberi dampak bagi keadaan vital pasien seperti tekanan darah, pernapasan, maupun denyut jantung. Pasien gagal jantung akan mengalami kesulitan bernapas karena adanya tahanan aliran udara dan kongesti vaskular paru. Tekanan darah pada pasien gagal jantung juga dapat meningkat karena kompensasi vasokonstriksi arteri dengan meningkatkan volume pengisian dan peningkatan frekuensi jantung sebagai upaya mempertahankan penurunan curah jantung. Denyut jantung akan meningkat sebagai respon terhadap rangsangan saraf



simpatik.(Priscilla LeMone, RN, DSN et al., 2014)(Price & Wilson, 2006)

a. Tekanan darah

Tekanan darah adalah tekanan yang ditimbulkan pada dinding arteri, tekanan darah sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti curah jantung, ketegangan arteri, dan volume, laju serta kekentalan darah. Tekanan puncak terjadi saat ventrikel berkontraksi dan disebut tekanan sistolik. Sedangkan tekanan terendah disebut tekanan diastolik yang terjadi saat jantung beristirahat. Tekanan darah normal pada orang dewasa berkisar 100/60 sampai 140/90 dengan tekanan rata-rata 120/80 (Smeltzer & Bare, 2013) .

Penelitian sebelumnya oleh Febtrina & Malfasari (2008) rata-rata tekanan darah sistolik (TDS) pasien gagal jantung 133,58 mmHg dan tekanan diastolik (TDD) rata-rata pasien gagal jantung sebesar 86,5 mmHg. Pada pasien gagal jantung tekanan darah yang tinggi akan berakibat meningkatnya beban jantung, sedangkan tekanan darah yang rendah mengindikasikan kerja jantung yang gagal. (Febtrina & Malfasari, 2018).

b. Denyut jantung

Istilah denyut jantung merupakan manifestasi dari kemampuan jantung, indikator dari denyut jantung adalah denyut nadi. Jadi untuk menilai kerja jantung dapat dilihat dari denyut nadi yang merupakan



rambatan dari denyut jantung. Denyut jantung normal pada orang dewasa adalah 60-80 kali per menit. Pengukuran dapat dilakukan pada *Arteri karotis* (daerah leher), *Arteri radialis* (pergelangan tangan), *Arteri femoraaris* (lipatan paha), *Arteri pulpotea*, *Arteri dorsalis pedis* (daerah dorsum pedis) *Arteri temporalis* (ventral daun telinga). Denyut nadi adalah perubahan tiba-tiba dari tekanan jantung yang dirambatkan sebagai gelombang pada dinding pembuluh darah (Hermawan, Setyo, & Rahayu, 2012)

Penelitian oleh Febtrina & Malfasari (2008) rata-rata nadi pasien gagal jantung adalah 91.7 kali/menit. (Febtrina & Malfasari, 2018)

c. Pernapasan/Respirasi

Pernapasan atau respirasi adalah suatu rangkaian proses mulai dari pengambilan oksigen, pengeluaran karbondioksida hingga penggunaan energy dari dalam tubuh. Normalnya manusia butuh 300 liter oksigen setiap hari namun cenderung meningkat menjadi 10 sampai 15 kali lipat saat tubuh bekerja keras. Frekuensi pernapasan normal pada orang dewasa adalah 16-20 kali per menit. (Fernandez, 2017)

Penelitian oleh Febtrina & Malfasari (2008) menyebutkan bahwa rata-rata frekuensi pernapasan pada pasien gagal jantung adalah 23.24 kali/menit. Penurunan curah jantung mengakibatkan peningkatan



frekuensi napas, hal ini terjadi sebagai upaya kompensasi karena meningkatnya kebutuhan oksigen jaringan. (Febtrina & Malfasari, 2018).

d. Terapi Farmakologis pasien CHF

1) Diuretik

Diuretik merupakan obat utama untuk mengatasi gagal jantung akut yang selalu disertai dengan kelebihan (overload) cairan yang bermanifestasi sebagai kongesti paru atau edema perifer. Penggunaan deuretik dengan cepat menghilangkan sesak napas dan meningkatkan kemampuan melakukan aktivitas fisik. (Gunawan, Setiabudy, Nafrialdi, & Instiaty, 2016)

Diuretik yang biasa digunakan yaitu :

a) Furosemide/Lasix

Furosemide/Lasix adalah diuretik yang sering digunakan pada pasien CHF. Obat ini memiliki waktu kerja 6-8 jam. (Hapsari, 2010)

b) Sprinolakton

Selain Furosemide/Lasix, Sprinolakton juga termasuk obat yang sering digunakan. Puncak konsentrasi serum obat ini



adalah pada 1-2 atau 2-4 jam, sedangkan waktu paruh obat ini rata-rata 1,3-2 jam. (Hapsari, 2010)

2) ACE

ACE Inhibitor merupakan obat pilihan untuk gagal jantung kongestif. Obat ini bekerja dengan menghambat enzim yang berasal dari angiotensin I membentuk vasokonstriktor yang kuat angiotensin II (Mycek *et al.*, 2001) dalam (Hapsari, 2010)

Konsep dasar pemakaian inhibitor ACE sebagai vasodilator dalam pengobatan gagal jantung adalah karena kemampuannya untuk :

- a) Menurunkan retensi vaskular perifer yang tinggi akibat tingginya tonus arteriol dan venul (*peripheral vascular resistance*)
- b) Menurunkan beban tekanan pengisian ventrikel yang tinggi (*ventricular filling pressure*) (Suryadipraja, 2004) dalam (Hapsari, 2010)

Obat-obatan jenis ACE yang sering digunakan seperti:

a) Captopril

Captopril sering digunakan bagi pasien CHF. waktu paruh biologis obat ini terjadi < 2 jam pada pasien dengan fungsi ginjal yang normal namun pada pasien



dengan kretinin clearance memiliki waktu paruh 20-24 jam. (Hapsari, 2010)

3) ARB

Adalah golongan obat yang digunakan untuk menangani tekanan darah tinggi dan gagal jantung. Dan sebenarnya memiliki efek yang hampir sama dengan ACE. Inhibitor untuk menangani tekanan darah tinggi. (Gunawan et al., 2016)

Salah satu obat yang ARB yang sering digunakan yaitu:

a) Candasartan

Puncak kadar plasma obat ini diperoleh 3-4 jam dan memiliki waktu paruh 9 jam . (Gunawan et al., 2016).

b) Penyekat β

Penyekat β adalah kelas obat yang digunakan untuk mengatur ritme jantung abnormal dan menjaga jantung dari serangan jantung berulang. Penyekat beta digunakan juga untuk mengobati darah tinggi. Penyekat β yang biasa digunakan seperti :

(1) Carvedilon

Carvedilon memiliki waktu konsentras puncak pada plasma dalam waktu 1-2 jam. (Gunawan et al., 2016)



2. Respon Psikologis

Selain respon fisiologis, *congestive heart failure* juga memberikan dampak psikologis bagi pasien. Diantara masalah psikologis yang dialami pasien, yang paling dijumpai diantara pasien jantung adalah kecemasan dan depresi. (Rutledge, T., Linke et al., 2010).

a. Kecemasan

Kecemasan merupakan reaksi emosional terhadap persepsi adanya bahaya baik itu nyata maupun yang belum pasti adanya. Kecemasan sebenarnya lebih merujuk akan adanya ancaman yang belum tentu benar. Intensitas perasaan ini dapat ringan atau cukup berat sampai menyebabkan kepanikan (Suliswati, 2014).

1) Tanda dan gejala kecemasan

Tanda dan gejala kecemasan ada bermacam-macam. (Hawari, 2006) mengemukakan beberapa tanda dan gejala kecemasan diantaranya:

- a) Cemas, khawatir, tidak tenang, ragu dan bimbang
- b) Bersikap khawatir terhadap masa depan
- c) Kurang percaya diri, gugup apabila tampil di muka umum
- d) Sering merasa tidak bersalah menyalahkan orang lain
- e) Suka ngotot, tidak mudah mengalah



- f) Gerakan sering serba salah tidak tenang bila duduk, gelisah
- g) Memiliki banyak keluhan
- h) Mudah tersinggung dan suka membesar-besarkan masalah
- i) Sering diliputi rasa bimbang dalam mengambil keputusan
- j) Sering mengulang-ulang pertanyaan atau sesuatu
- k) Kalau sedang emosi sering kali bertindak histeris

2) Tingkatan dan Karakteristik kecemasan

Kecemasan dapat dibedakan dalam beberapa tingkatan mulai dari cemas ringan, cemas sedang, cemas berat sampai panik Peplau (1952) dalam (Suliswati, 2014). Adapun perbedaan dari masing-masing tingkatan tersebut dapat dilihat sebagai berikut :

a) Kecemasan Ringan

Seseorang dengan cemas ringan masih dapat diberikan motivasi untuk belajar dan memecahkan masalah secara efektif, menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas, terlihat waspada dan lapang persepsi meluas menajamkan indera.



b) Kecemasan sedang

Individu terfokus hanya pada pikiran yang menjadi perhatiannya, terjadi penyempitan lapangan persepsi, masih dapat melakukan sesuatu dengan arahan orang lain.

c) Kecemasan Berat

Lapangan persepsi individu sangat sempit. Pusat perhatiannya pada detil yang kecil dan spesifik dan tidak dapat berfikir hal-hal lain. Seluruh perilaku dimaksudkan untuk mengurangi kecemasan dan perlu banyak perintah/arahan untuk terfokus pada area lain.

d) Panik

Individu kehilangan kendali diri dan detil perhatian hilang. Karena hilangnya kontrol, maka tidak mampu melakukan apapun meskipun dengan perintah. Terjadi peningkatan aktivitas motorik, berkurangnya kemampuan berhubungan dengan orang lain, penyimpangan persepsi dan hilangnya pikiran rasional, tidak mampu berfungsi secara efektif. Biasanya disertai dengan disorganisasi kepribadian.



3) Kecemasan pada pasien CHF

Kecemasan dapat terjadi pada Pasien CHF yang diakibatkan oleh penyakit yang dialami. Kecemasan yang dialami bervariasi mulai dari cemas ringan, sedang, berat, bahkan sampai mengalami kepanikan. Ada beberapa hal yang memicu kecemasan pada pasien CHF diantaranya cemas akibat sesak nafas, cemas akan kondisi penyakitnya, cemas jika penyakitnya tidak bisa sembuh, cemas dan takut akan kematian. Terkadang kecemasan dapat terlihat dalam bentuk lain, seperti sering bertanya tentang penyakitnya dan berulang meskipun pertanyaan sudah dijawab, pasien terlihat gelisah, mimpi buruk, insomnia, kecemasan akut dan tidak bergairah saat makan. Hal lain yang menambah kecemasan pasien jantung karena beranggapan bahwa organ tubuh yang paling vital adalah jantung dan apabila jantung mengalami gangguan tubuh yang lain akan ikut terganggu bahkan mengalami kematian. (Ransun, D. Pijoh, J & Kanine, E. 2013).

b. Depresi

Depresi disebut sebagai kondisi yang muncul bersamaan dengan kecemasan. Depresi merupakan suatu gangguan mental umum yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan, kehilangan kesenangan atau minat, merasa kurang energi, perasaan bersalah atau rendah diri, gangguan makan atau tidur, dan konsentrasi yang rendah.



1) Tanda dan Gejala Depresi

Sebagian besar gejalanya terkait dengan masalah fisik dan psikologis pasien (seperti pekerjaan dan aktivitas sosial) untuk jangka waktu yang lama, mungkin menderita penyakit depresi (Kaplan & Sadock, 2010).

a) Gejala Fisik

Gejala fisik yang sering dialami oleh pasien yang mengalami depresi seperti sakit kepala, insomnia, merasa lemah secara umum, mual, sesak napas, masalah pencernaan, kelelahan dan kekurangan energi, sering mimpi dan merasa seperti tidak tidur sepanjang malam, rasa sakit yang tidak bisa dijelaskan.

b) Gejala Emosional

Gejala emosional yang sering timbul seperti : cepat marah, merasa gugup, suasana hati yang buruk dan kurang motivasi, hilangnya ketertarikan pada suatu hal, pikiran tentang pengalaman yang tidak menyenangkan secara berulang-ulang, perasaan tidak berharga, rendah diri, dan merasa bersalah, kesulitan berkonsentrasi, merasa putus asa, ingin mati atau bunuh diri.



2) Tipe-Tipe Depresi

Ada dua tipe utama depresi yaitu yaitu depresi mayor dan depresi kronik. Depresi mayor kemudian terbagi lagi atas depresi ringan sampai depresi berat (Hawari, 2006)

a) Depresi Berat

Tanda dan gejala yang tampak seperti kesenangan berkurang, merasa sedih, insomnia, hiperinsomnia, kelelahan atau kehilangan energi, merasa bersalah, sulit berkonsentrasi, resah, gelisah, cepat marah dan berkeinginan untuk bunuh diri. (Hawari, 2006)

b) Depresi sedang

Terdapat sejumlah gejala seperti kesulitan melanjutkan aktivitas dirumah atau aktivitas sosial. Durasi waktu dalam depresi sedang selama 2 minggu.

c) Depresi Ringan

Seseorang dengan depresi ringan biasanya kehilangan mood, merasa lelah, merasa kesulitan dalam pekerjaan atau aktivitas sosial yang biasa dilakukan. Durasi waktu untuk kondisi ini kurang dari 2 minggu.

Depresi kronik (*dysthymis*) gejalanya sama dengan yang terjadi pada depresi mayor dan disertai dengan delusi, halusinasi, dan komunikasi yang tidak logis. Gejala dirasakan



dalam durasi selama 2 tahun atau lebih dan juga intermiten dalam beberapa hari atau beberapa minggu

3) Depresi Pada Pasien CHF

Salah satu aspek psikologis yang sering dijumpai pada pasien jantung adalah depresi. depresi yang terjadi pada pasien gagal jantung sering ditunjukkan dengan berbagai aspek psikosial seperti stres akibat kehidupan yang dijalannya setiap hari, (Hawari, 2006) ketidakpatuhan terhadap pengobatan, tidak mematuhi petunjuk diet, tidak mau melakukan aktivitas fisik dan kurangnya dukungan keluarga (Majid, 2010).

Gejala depresi dapat memperburuk gejala utama gagal jantung serta dapat mempengaruhi proses pemulihan pada pasien gagal jantung, dimana pasien depresi umumnya tidak disiplin dalam menjalankan pengobatan. Depresi merupakan kelompok gangguan yang termasuk dalam gangguan mood yang mengakibatkan penurunan kualitas hidup serta mencetuskan, memperberat atau memperlambat penyakit fisik seseorang (Ismail & Siste, 2013).



C. Tinjauan Tentang *Guided Imagery*

1. Definisi *Guided Imagery*

Guided imagery adalah salah satu teknik non farmakologi yang digunakan sebagai terapi relaksasi yang dapat bermanfaat untuk, memfasilitasi tidur, dan kontraksi otot (Deswita et al., 2014). *Guided imagery* adalah suatu teknik yang menggunakan imajinasi individu dengan imajinasi terarah. kalsum 2012 dalam (Afdila, 2016). *Guided imagery* dikategorikan dalam terapi *mind-body medicacie* oleh Bedford (2012) dengan mengombinasikan bimbingan imajinasi dengan meditasi pikiran sebagai *cross-modal adaptatation*.

Guided imagery adalah metode relaksasi untuk mengkhayalkan atau mengimajinasikan tempat dan kejadian berhubungan dengan rasa relaksasi yang menyenangkan (Kaplan & Sadock, 2010b). Teknik *guided imagery* digunakan untuk mengelola koping dengan cara berkhayal atau membayangkan sesuatu yang dimulai dengan proses relaksasi pada umumnya yaitu meminta kepada klien untuk perlahan-lahan menutup matanya dan fokus pada napas mereka, klien didorong untuk relaksasi mengosongkan pikiran dan memenuhi pikiran dengan bayangan untuk membuat damai dan tenang Smaltzer & Bare (2008) dalam (Afdila, 2016)



2. Tujuan *guided imagery*

Ada beberapa hal yang menjadi tujuan dari terapi *guided imagery* menurut Mehme (2010) dalam (Afdila, 2016) Tujuan tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut dari :

- a. Memelihara kesehatan atau mencapai keadaan rileks melalui komunikasi dalam tubuh melibatkan semua indra (visual, sentuhan, penciuman, penglihatan dan pendengaran) sehingga terbentuklah keseimbangan antara pikiran, tubuh dan jiwa.
- b. Mempercepat penyembuhan yang efektif dan membantu tubuh mengurangi berbagai macam penyakit seperti depresi, alergi dan asma.
- c. Mengurangi tingkat stres, penyebab, dan gejala-gejala menyertai stress.

3. Manfaat *guided imagery*

Terapi *guided imagery* sering diterapkan karena terapi ini memiliki banyak manfaat adapun manfaat yang dapat diperoleh dari terapi *guided imagery*, menurut Townsed (1997) dalam (Afdila, 2016) adalah sebagai berikut :

- a. Mengurangi stress dan kecemasan
- b. Mengurangi nyeri
- c. Mengurangi efek samping



- d. Memperbaiki system tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat frekuensi pernapasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas gelombang otak
- e. Mengurangi level gula darah (diabetes)
- f. Mengurangi alergi dan gejala gangguan pernapasan
- g. Mengurangi sakit kepala
- h. Mengurangi biaya rumah sakit

4. Teknik *guided imagery*

Teknik *Guided imagery* ada bermacam-macam, diantaranya *Guided walking imagery*, *Autogenic abstraction*, *Convert sensation*, *Covert behavior rehearsal*. Teknik tersebut dibagi berdasarkan penggunaannya (Grocke & Moe, 2015). Adapun macam-macam teknik *guided imagery* tersebut dijelaskan lebih lanjut sebagai berikut:

a. *Guided walking imagery*

Teknik ini ditemukan oleh psikoleuner. pada teknik ini pasien dianjurkan untuk mengimajinasikan pemandangan standar seperti padang rumput, pegunungan, dan pantai.

b. *Autogenic abstraction*

Pada teknik ini pasien diminta untuk memilih sebuah perilaku negative yang ada dalam pikirannya kemudian pasien diminta mengungkapkannya secara verbal tanpa batas. Hasilnya dapat dilihat pada perubahan emosi dan raut muka pasien.



c. *Convert sensitization*

Teknik ini berdasar pada paradigma *reinforcement* yang menyimpulkan bahwa proses imajinasi dapat dimodifikasi berdasarkan pada prinsip yang sama dalam modifikasi perilaku.

d. *Covert behavior rehearsal*

Teknik ini mengajak seseorang untuk mengimajinasikan perilaku koping yang dia inginkan. (teknik ini lebih banyak digunakan)

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik *Guided walking imagery* untuk mengimajinasikan pemandangan standar yang diinginkan dan dipandu dengan suara.

5. Langkah-Langkah dalam melakukan *guided imagery*

Pemberian terapi *guided imagery* harus dilakukan berdasarkan langkah-langkah yang ada agar keberhasilan dari terapi ini juga dapat maksimal. Kozier & Erb (2009) dalam (Afdila, 2016) adapun langkah-langkah untuk melakukan terapi *guided imagery* yaitu sebagai berikut:

a. Persiapan

Mencari lingkungan yang nyaman dan tenang, dan bebas dari distraksi agar subyek dapat memokuskan imajinasi. Dalam melakukan imajinasi, subyek harus tahu rasional dan keuntungan teknik imajinasi terbimbing karena subyeklah yang berperan aktif dalam latihan imajinasi dan harus memahami apa apa yang harus



dilakukan dan hasil akhir yang diharapkan. Memberikan kebebasan bagi klien untuk memposisikan diri dengan nyaman.

b. Menimbulkan relaksasi

Membangun hubungan saling percaya dengan klien, panggilah nama klien dengan nama yang disukai. Bicara dengan jelas, atur nada suara yang tenang dan netral. Minta subyek untuk membayangkan hal-hal yang menyenangkan. Bantu klien merinci gambaran diri bayangannya. Dorong klien untuk menggunakan semua inderanya dalam menjelaskan bayangan dan lingkungan bayangan tersebut.

c. Menjelaskan perasaan fisik dan emosional yang ditimbulkan oleh bayangannya

Arahkan klien mengeksplorasi respon emosional yang ditimbulkan oleh bayangan karena akan memungkinkan klien memodifikasi imajinasinya. Respon negatif dapat diarahkan kembali untuk memberikan hasil akhir yang lebih positif. Berikan umpan balik kepada klien dengan memberikan komentar pada tanda-tanda relaksasi dan ketentraman. Setelah itu membawa klien keluar dari bayangan dan diskusikan bersama perasaan klien mengenai pengalaman tersebut. Identifikasi hal-hal yang dapat meningkatkan pengalaman imajinasi . selanjutnya motivasi klien unuk mempraktikkan teknik ini secara mandiri.



D. Tinjauan Tentang Kualitas Tidur

1. Definisi Tidur

Tidur merupakan kebutuhan dasar manusia dan merupakan proses biologis yang umum pada semua orang. Tidur telah dianggap sebagai perubahan status kesehatan yang didalamnya persepsi dan reaksi individu terhadap lingkungannya mengalami penurunan (Kozier, Glenora, Berman, & Snyder, 2016)

Tidur adalah suatu kondisi seseorang tidak sadar karena perseptual individu terhadap lingkungan menurun atau hilang, pada kondisi tersebut seseorang dapat dibangunkana kembali dengan rangsangan yang cukup (Fakihan, 2016). Tidur merupakan salah satu cara untuk melepaskan kelelahan baik jasmani maupun mental Jupardi (2002) dalam (Iqbal, 2017). Tidur adalah bentuk relaksasi yang paling peka dan merupakan sumber kekuatan kita di hari berikutnya Hardinge & Shryock (2001) dalam (Iqbal, 2017).

2. Manfaat Tidur

Tidur dapat memberikan manfaat bagi tubuh individu, tidur merupakan proses yang diperlukan individu untuk memperbaiki dan memperbarui sel epitel, mengembalikan keseimbangan fungsi-fungsi normal tubuh, menjaga keseimbangan metabolisme dan biokimiawi tubuh. Selain itu, tidur juga berfungsi untuk memberikan waktu bagi organ tubuh dan otak, terutama serebral korteks (bagian otak



terpenting yang berfungsi untuk mengingat, memfisisualisasikan, serta membayangkan suatu keadaan untuk beristirahat (Potter & Perry, 2006).

Tidur juga penting untuk sintesis protein, yang memungkinkan proses perbaikan. Peran tidur dalam kesejahteraan psikologis paling terlihat dengan memburuknya fungsi mental akibat tidak tidur. Individu dengan jumlah tidur yang tidak cukup cenderung menjadi mudah marah secara emosional, memiliki konsentrasi yang buruk, dan mengalami kesulitan dalam membuat keputusan (Kozier et al., 2016).

3. Tahap Tidur

Ada dua tipe tidur yang telah diidentifikasi: (Kozier et al., 2016)

a. Tidur NREM

Tidur NREM juga disebut sebagai tidur gelombang lambat karena gelombang otak orang yang sedang tidur lebih lambat dibanding gelombang alfa dan beta orang yang sedang bangun atau sedang terjaga. Kebanyakan tidur di malam hari adalah tidur NREM. Tidur NREM adalah tidur yang dalam dan tenang dan menurunkan beberapa fungsi fisiologis. Pada dasarnya, semua proses metabolik yang meliputi tanda-tanda vital, metabolisme, dan otot menjadi lambat. Tidur NREM dibagi menjadi 4 tahap yaitu:

1. Tahap I adalah tahap tidur sangat ringan. Selama tahap ini, individu merasa mengantuk dan relaks, bola mata bergerak dari satu ke sisi yang lain, dan denyut jantung serta frekuensi



pernapasan sedikit menurun. Orang yang tidur dapat dibangunkan dan tahap ini hanya berlangsung beberapa menit.

2. Tahap II adalah tahap tidur ringan dan selama tahap ini proses tubuh terus menerus menurun. Mata secara umum tetap bergerak, dari satu sisi ke sisi lain, denyut jantung dan frekuensi pernapasan sedikit menurun, dan suhu tubuh menurun. Tahap II hanya berlangsung 10 sampai 15 menit tetapi merupakan 40% sampai 45% bagian dari tidur total.
3. Tahap III denyut jantung dan frekuensi pernapasan, serta proses tubuh lain, terus menurun karena dominasi system saraf parasimpatik. Orang yang tidur menjadi lebih sulit bangun. Individu tidak terganggu dengan stimulus sensorik, otot rangka menjadi sangat relaks, reflex menghilang, dan dapat terjadi dengkur.
4. Tahap IV menandai tidur yang dalam, disebut tidur delta. Denyut jantung dan frekuensi pernapasan orang yang tidur menurun sebesar 20% sampai 30% dibandingkan denyut jantung dan frekuensi pernapasan selama jam terjaga. Orang yang tidur sangat rileks dan jarang bergerak, dan sulit dibangunkan. Tahap ini diduga memulihkan tubuh secara fisik.

b. Tidur REM

Tidur REM biasanya terjadi sekitar 90 menit dan berlangsung selama 5 sampai 30 menit. Tidur REM tidak setenang



tidur NREM dan mimpi paling sering terjadi selama tidur REM. Lebih jauh, mimpi ini bisa diingat karena mimpi itu dimasukkan ke dalam memori.

4. Siklus Tidur

Kondisi *pre-sleep* merupakan kondisi dimana seseorang masih dalam keadaan sadar penuh, namun mulai ada keinginan untuk tidur. Pada perilaku *pre-sleep* ini, misalnya seseorang mulai berdiam untuk merebahkan badan dan melemaskan otot, namun belum tidur. Selanjutnya mulai merasakan mengantuk, tahap transisi antara bangun (terjaga) dan tidur, yang dalam keadaan normal berlangsung antara 1-7 menit, dalam keadaan ini orang dalam keadaan relaksasi dengan mata tertutup dan pikiran yang belum tidur sepenuhnya maka orang tersebut memasuki tahap I, bila tidak bangun baik disengaja maupun tidak, orang tersebut memasuki tahap II yang berlangsung selama 10-15 menit, begitu seterusnya sampai tahap III dimana merupakan tahap periode tidur dalam sedang, gelombang otak menjadi lebih teratur dan terdapat penambahan gelombang delta yang lambat. Tahap IV adalah level terdalam dari tidur. Meskipun metabolisme otak menurun secara signifikan dan suhu tubuh menurun sedikit pada tahap ini, kebanyakan refleks masih terjadi, dan hanya terjadi sedikit penurunan tonus otot. Setelah selesai tahap IV, ia akan memasuki tahap selanjutnya. Ini adalah fase tidur NREM, dan kemudian memasuki tahap REM. Siklus ini berlanjut selama orang tersebut tidur. Pergantian siklus ini tidak



dimulai lagi dari *pre-sleep* dan tahap I tapi langsung tahap II ke tahap selanjutnya (Fawale et al., 2016)

5. **Kualitas Tidur**

Kualitas tidur adalah suatu keadaan tidur yang dialami seorang individu menghasilkan kesegaran dan kebugaran saat bangun. Kualitas tidur mencakup aspek kuantitatif dari tidur. Kualitas tidur seseorang dikatakan baik apabila tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan tidur seperti tidak merasa segar saat bangun di pagi hari, mengantuk berlebihan di siang hari, area gelap disekitar mata, kepala terasa berat, rasa letih yang berlebihan dan tidak mengalami masalah dalam tidurnya (Potter & Perry, 2006) (Asmadi, 2008) .

6. **Dampak Kualitas Tidur yang Buruk**

Kualitas tidur yang buruk dapat memberikan 2 dampak, yaitu dampak fisik dan psikologis seperti : (Fawale et al., 2016) (Khasanah & Hidayati, 2012)

a. Dampak Fisik

Dampak fisik akibat kualitas tidur yang buruk salah satunya dapat dilihat dari ekspresi wajah (area gelap di sekitar mata, bengkak di kelopak mata, konjungtiva kemerahan, dan mata terlihat cekung), kantuk yang berlebihan, tidak mampu berkonsentrasi, tanpa tanda keletihan seperti penglihatan kabur, mual, muntah, serta tanda-tanda peningkatan tekanan darah, pusing dan kaku pada tengkuk.



b. Dampak Psikologis

Menarik diri, apatis dan respon menurun, merasa tidak enak badan, malas berbicara, daya ingat berkurang, bingung, serta kemampuan memberikan pertimbangan dan keputusan menurun.

E. Tinjauan Tentang Kualitas Tidur Pasien CHF

Penderita gagal jantung sering mengalami hipersomnia pada siang hari, tetapi kurang tidur atau terbangun pada malam hari karena sesak. Gangguan tidur ini dapat berupa SDB (*sleep disordered breathing*), DMS (*difficulties maintaining sleep*), dan EDS (*excessive daytime sleepiness*) lebih sering terjadi pada lansia dengan gagal jantung (Johansson et al., 2010) Kekurangan tidur berdampak terhadap kualitas hidup pasien gagal jantung , sehingga pasien cenderung menderita depresi yang berdampak terhadap peningkatan kematian, *sudden cardiac death* dan ventrikuler aritmia. (Thomas et al., 2008)

Penurunan kualitas tidur pada pasien gagal jantung berdampak terhadap kualitas hidup pasien, baik secara lingkungan, fisik, sosial, dan spiritualnya. Selain status fungsional dan kelelahan terus-menerus, kualitas hidup pasien gagal jantung berhubungan dengan tingkat eparahan SDB (*sleep disordered breathing*) Mills (2009) Dalam (Dewi, 017). Selain itu, penderita sering mengalami gejala emosi dan somatik



depresi. Pasien yang seing memiliki pikiran negatif tentang kondisinya dapat memperkuat perasaan depresi mereka Dekker, et al., (2009) Dalam (Dewi, 2017).

Penelitian sebelumnya oleh Liu et al., (2011) Dalam (Dewi, 2017). membuktikan bahwa pasien gagal jantung dengan kualitas tidur yang buruk mempengaruhi kualitas hidup, khususnya dalam domain fisik dan psikologis, sedangkan kantuk di siang hari mempengaruhi kualitas hidup pasien pada dimensi lingkungan. Gagal jantung mengakibatkan penurunan kualitas hidup, intoleransi terhadap aktivitas, dan peningkatan angka mortalitas.



F. Kerangka Teori

