

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kebutuhan Pemenuhan Istirahat Tidur

1. Definisi Istirahat Tidur

Tidur merupakan kondisi tidak sadar dimana individu dapat dibangunkan oleh stimulus atau sensoris yang sesuai (Guyton & Hall, 2010) atau juga dapat dikatakan sebagai keadaan tidak sadarkan diri yang relatif, bukan hanya keadaan penuh ketenangan tanpa kegiatan, tetapi lebih merupakan suatu urutan siklus yang berulang, dengan ciri adanya aktivitas yang minim, memiliki kesadaran yang bervariasi, terdapat perubahan proses fisiologis, dan terjadi penurunan respons terhadap rangsangan dari luar (Hidayat, 2008). Seseorang dapat dikategorikan sedang tidur apabila terdapat tanda-tanda sebagai berikut : aktivitas fisik minimal, tingkat kesadaran yang bervariasi, terjadi perubahan proses fisiologis tubuh, penurunan respon terhadap rangsangan dari luar. Selama tidur, dalam tubuh seseorang terjadi perubahan proses fisiologis. Perubahan tersebut, antara lain penurunan tekanan darah, denyut nadi, dilatasi pembuluh darah perifer, kadang-kadang terjadi peningkatan aktivitas traktus gastrointestinal, relaksasi otot-otot rangka, *Basal Metabolisme Rate* (BMR) menurun 10-30 %.

Pada waktu tidur, terjadi perubahan tingkat kesadaran yang berfluktuasi. Tingkat kesadaran pada organ-organ penginderaan berbeda-beda. Organ penginderaan yang mengalami penurunan kesadaran yang paling dalam selama tidur adalah indra pencium. Hal ini dapat dibuktikan dengan banyaknya kasus kebakaran yang terjadi di malam hari tanpa disadari oleh penghuninya yang sedang tidur. Organ penginderaan yang mengalami penurunan tingkat kesadaran yang paling kecil adalah indra pendengaran dan rasa sakit. Ini menjelaskan mengapa orang-orang yang sakit dan berada dan berada

dalam lingkungan yang bising sering kali tidak dapat tidur. Tidur tidak dapat diartikan sebagai *manifestasi deaktivasi* system saraf pusat. Sebab pada orang yang tidur, sistem saraf pusatnya tetap aktif dalam sinkronisasi terhadap neuron substansia retikularis dari batang otak. Ini dapat diketahui melalui pemeriksaan *electroencephalogram* (EEG). Alat tersebut dapat memperlihatkan fluktuasi energi (gelombang otak) pada kurva grafik (Asmadi, 2008).

2. Fisiologi Tidur

Fisiologi tidur merupakan pengaturan kegiatan tidur oleh adanya hubungan 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 system yang mengatur seluruh tingkatan kegiatan susunan saraf pusat termasuk pengaturan kewaspadaan dan tidur. Aktifitas Pusat pengaturan kewaspadaan dan tidur terletak dalam mesencefalon 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 norepineprin. 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 dari keseimbangan impuls yang diterima dipusat otak dan sistem limbik. Dengan demikian, sistem pada batang otak yang mengatur siklus atau perubahan dalam tidur adalah RAS dan BSR (Hidayat, 2008).

a. Tidur Gelombang Lambat

Jenis tidur ini dikenal dengan tidur yang dalam, istirahat penuh, atau juga dikenal dengan tidur nyenyak. Pada tidur jenis ini, gelombang otak sehingga menyebabkan tidur tanpa tanpa bermimpi.

Tidur gelombang lambat bisa juga disebut dengan tidur gelombang delta, dengan ciri-ciri: betul-betul istirahat penuh, tekanan darah menurun, frekuensi napas menurun, pergerakan bola mata melambat, mimpi berkurang, dan metabolisme turun. Perubahan selama proses tidur gelombang lambat adalah melalui *elektro ensefalografi* dengan memperlihatkan gelombang otak berada pada setiap tahap tidur, yaitu: pertama, kewaspadaan penuh dengan gelombang beta yang berfrekuensi tinggi dan bervoltase rendah, kedua, istirahat tenang yang diperlihatkan pada gelombang alfa, ketiga, tidur ringan karena terjadi perlambatan gelombang alfa ke jenis teta atau delta yang bervoltase rendah, dan keempat, tidur nyenyak karena gelombang lambat dengan gelombang delta bervoltase tinggi dengan kecepatan 1-2 per detik.

Tahapan tidur jenis gelombang lambat:

1) Tahap I

Tahap I merupakan tahap transisi antara bangun dan tidur dengan ciri sebagai berikut: rileks, masih sadar dengan lingkungan, merasa mengantuk, bola mata bergerak dari samping ke samping, frekuensi nadi dan napas sedikit menurun, dapat bangun segera selama tahap ini berlangsung selama 5 menit

2) Tahap II

Tahap II merupakan tahap tidur ringan dan proses tubuh terus menerus menurun dengan ciri sebagai berikut: mata pada umumnya menetap, denyut jantung dan frekuensi napas menurun, temperatur tubuh menurun, metabolisme menurun, berlangsung pendek dan berakhir 10-20 menit.

3) Tahap III

Tahap III merupakan tahap tidur dengan ciri denyut nadi dan frekuensi napas dan proses tubuh lainnya lambat, disebabkan oleh adanya dominasi sistem saraf parasimpatis dan sulit untuk bangun.

4) Tahap IV

Tahap IV merupakan tahap tidur dalam dengan ciri kecepatan jantung dan pernapasan turun, jarang bergerak dan sulit dibangunkan, gerak bola mata cepat, sekresi lambung menurun, dan tonus otot menurun.

b. Tidur REM

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.

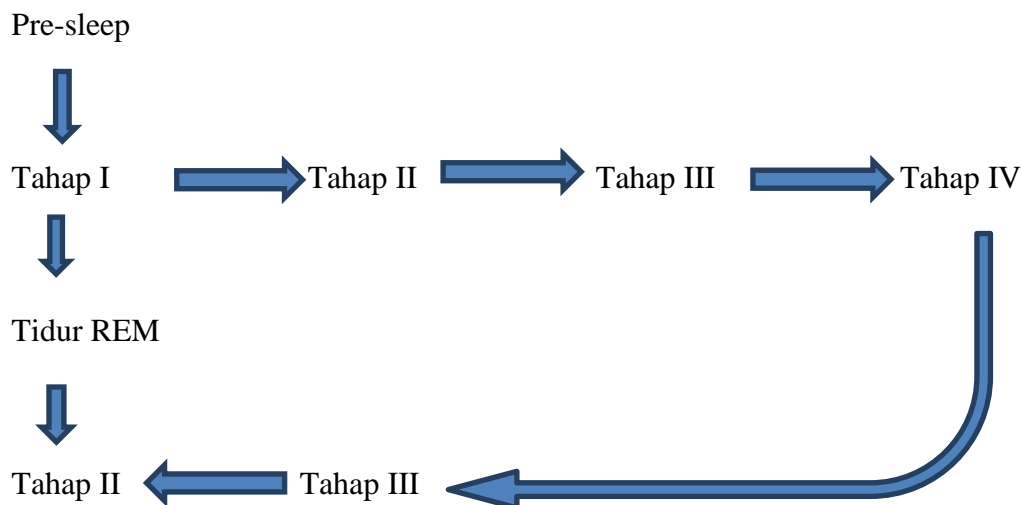
Ciri tidur paradoks atau REM menurut Hidayat (2008), sebagai berikut :

- 1) Biasanya disertai dengan mimpi aktif
- 2) Lebih sulit dibangunkan daripada selama tidur gelombang lambat
- 3) Tonus otot selama tidur nyenyak sangat tertekan, menunjukkan inhibisi kuat proyeksi spinal atas sistem pengaktivasi retikularis
- 4) Frekuensi jantung dan pernapasan menjadi tidak teratur,
- 5) Pada otot perifer terjadi beberapa gerakan otot yang tidak teratur
- 6) Mata cepat tertutup dan terbuka, nadi cepat dan iregular, tekanan darah meningkat atau berfluktuasi, sekresi gaster meningkat, dan metabolisme meningkat
- 7) Tidur ini penting untuk keseimbangan mental, emosi, juga berperan dalam belajar, memori, dan adaptasi

Selama tidur malam sekitar 7-8 jam, seseorang mengalami REM, dan NREM bergantian sekitar 4-6 kali. Efek tidur bergantung pada keparahan nyeri yang dialami setelah pembedahan. Klien dapat sering terbangun selama malam pertama setelah pembedahan akibat berkurangnya pengaruh anastesi dan hanya mendapat sedikit tidur dalam atau tidur REM. Bergantung pada jenis pembedahan, mungkin diperlukan waktu beberapa hari sampai siklus tidur kembali akan normal (Potter & Perry, 2009).

Apabila seseorang mengalami kehilangan tidur NREM, maka akan menunjukkan gejala-gejala seperti menarik diri, apatis, dan respon menurun, merasa tidak enak badan, ekspresi wajah kuyu, malas bicara, kantuk yang berlebihan. Secara umum, siklus tidur normal dapat dilihat di gambar.

Gambar 2.1 Siklus Tidur



Sumber : (Asmadi, 2008)

5) Siklus Tidur

Selama siklus tidur, individu melalui tidur NREM dan REM, siklus komplet biasanya berlangsung sekitar 1,5 jam pada orang dewasa. Dalam siklus tidur pertama, orang yang tidur melalui tiga tahap pertama tidur NREM dalam total waktu 20-30 menit. Kemudian tahap IV dapat berlangsung sekitar 30 menit. Setelah tahap IV NREM, tidur kembali ke tahap III dan II sekitar 20 menit. Setelah itu, terjadi tahap REM pertama, yang berlangsung sekitar 10 menit, melengkapi siklus tidur pertama. Orang tidur biasanya mengalami empat sampai enam siklus tidur selama 7-8 jam. Orang tidur yang dibangunkan ditahap manapun harus memulai tahap I tidur NREM yang baru dan berlanjut keseluruhan tahap tidur REM.

Durasi tahap tidur NREM dan REM bervariasi selama periode tidur. Seiring dengan berlalunya malam, orang tidur menjadi tidak terlalu lebih dan meluangkan lebih sedikit waktu di tahap III dan IV tidur NREM. Tidur REM meningkat dan mimpi cenderung memanjang, apabila orang tidur sangat lelah, siklus REM sering kali terjadi singkat misalnya 5 menit sebagai pengganti 20 menit selama bagian awal tidur. Sebelum tidur berakhir, terjadi periode hampir terbangun, dan didominasi oleh tahap I dan tahap II tidur NREM dan tidur REM (Kozier, 2010).

6) Fungsi Tidur

Fungsi dan tujuan tidur secara jelas tidak diketahui, akan tetapi diyakini bahwa tidur dapat digunakan untuk menjaga keseimbangan mental, emosional, kesehatan, mengurangi stres pada paru, kardiovaskular, endokrin, dan lain lain. Energi disimpan selama tidur, sehingga dapat diarahkan kembali pada fungsi seluler yang penting. Secara umum terdapat dua efek fisiologis dari tidur: pertama, efek pada sistem saraf yang diperkirakan dapat memulihkan kepekaan normal dan keseimbangan di antara berbagai susunan saraf, dan kedua, efek pada struktur tubuh dengan memulihkan kesegaran dan fungsi dalam organ tubuh karena selama tidur terjadi penurunan (Hidayat, 2008)

7) Kebutuhan Tidur

Kebutuhan tidur pada manusia bergantung pada usia tumbuh kembang.

Tabel 2.1 Kebutuhan Tidur Berdasarkan Usia Perkembangan

Usia	Tingkat perkembangan	Jumlah kebutuhan tidur
0-1 bulan	Masa neonates	14 – 18 jam/hari
1 bulan – 18 bulan	Masa bayi	12-14 jam/hari
18 bulan – 3 tahun	Masa anak	11- 12 jam/hari
3 tahun – 6 tahun	Masa prasekolah	11 jam/hari
6 tahun – 12 tahun	Masa sekolah	10 jam/hari
12 tahun – 18 tahun	Masa remaja	8,5 jam/hari
18 tahun – 40 tahun	Masa dewasa muda	7-8 jam/hari
40 tahun – 60 tahun	Masa paruh baya	7 jam/hari
60 tahun keatas	Masa dewasa tua	6 jam/hari

Sumber: (Hidayat, 2008)

8) Kualitas Tidur

a. Kualitas Tidur

Kualitas tidur adalah suatu keadaan dimana tidur yang dialami seorang individu menghasilkan kesegaran dan kebugaran ketika terbangun. Kualitas tidur mencakup aspek kuantitatif seperti durasi tidur, latensi tidur, serta aspek subjektif seperti tidur dalam dan istirahat (Khasanah & Hidayati, 2012).

Kualitas tidur seseorang dikatakan baik apabila tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami masalah dalam tidurnya. Tanda-tanda gangguan tidur pada pasien antara lain gelisah, kchitaman disekitar mata, mata bengkak, konjungtiva merah, dan sering menguap dan mengantuk (Hidayat, 2008).

Aspek-aspek dari kualitas tidur diukur dengan skala *Pittsburgh Sleep Quality Indeks* (PSQI) versi bahasa Indonesia. Instrumen ini telah baku dan banyak digunakan dalam penelitian kualitas tidur yang telah diuji *validitas* dan *reabilitas* oleh *University of Pittsburgh* pada tahun 1988 dengan nilai *Alpa*

Cronbach 0,83. Skala *Pittsburgh Sleep uality Indeks* (PSQI) versi bahasa Indonesia ini terdiri dari 9 pertanyaan. Pada variabel ini menggunakan skala ordinal dengan skor keseluruhan dari *Pittsburgh Sleep uality Indeks* (PSQI) adalah 0 sampai dengan nilai 21 yang diperoleh dari 7 komponen penilaian diantaranya kualitas tidur secara (*subjective sleep quality*), waktu yang diperlukan untuk memulai tidur (*sleep latency*), lama 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 pada siang hari (*daytime dysfunction*) (Jumiarini, 2018).

Apabila semakin tinggi skor yang didapatkan, maka akan semakin buruk kualitas tidur seseorang. Keuntungan dari PSQI ini adalah memiliki nilai validitas dan reliabilitas tinggi. Namun ada juga kekurangan dari kuesioner PSQI ini yaitu dalam pengisian memerlukan pendampingan untuk mengurangi kesulitan responden saat mengisi kuesioner. Masing - masing komponen mempunyai rentang skor 0 – 3 dengan 0 = tidak pernah dalam sebulan terakhir, 1 = 1 kali seminggu, 2 = 2 kali seminggu dan 3 = lebih dari 3 kali seminggu. Skor dari ketujuh komponen tersebut dijumlahkan menjadi 1 (satu) skor global dengan kisaran nilai 0 – 21. Ada dua interpretasi pada PSQI versi bahasa Indonesia ini adalah kualitas tidur baik jika skor ≤ 5 dan kualitas tidur buruk jika skor > 5 (Jumiarini, 2018).

9) **Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Istirahat Tidur**

Kualitas maupun kuantitas tidur seseorang dipengaruhi oleh sejumlah faktor. Kualitas tidur merujuk pada kemampuan individu untuk tetap tertidur dan mendapatkan sejumlah tidur REM dan NREM yang pas. Kuantitas tidur adalah total waktu tidur individu (Kozier, 2010). Berikut merupakan faktor-faktor yang berhubungan dengan

kualitas tidur menurut Koziar (2010): yang putus obat dari setiap obat-obatan ini mendapatkan lebih banyak tidur REM dibandingkan biasanya dan akibatnya dapat mengalami mimpi buruk yang mengganggu. Obat-obatan ini dapat mengganggu tidur REM, memperlambat awitan tidur, menyebabkan mimpi buruk, atau meningkatkan rasa ngantuk disiang hari yaitu amfetamin, antidepresan, penyekat beta, bronkodilator, dekonjestan, narkotik, steroid (Koziar, 2010).

a. Sakit

Sakit yang menyebabkan nyeri atau gangguan fisik dapat menyebabkan masalah tidur, orang yang sakit memerlukan tidur lebih banyak dibandingkan keadaan normal dan irama tidur dan bangun yang normal seringkali terganggu. Orang yang kurang mendapat waktu tidur REM pada akhirnya menghabiskan lebih banyak waktu tidur dibandingkan orang normal pada tahap tidur ini. Peningkatan suhu tubuh dapat menyebabkan pengurangan tahap III dan tahap IV tidur NREM dan tidur REM (Koziar, 2010).

b. Lingkungan

Lingkungan dapat mempercepat atau memperlambat tidur. Setiap perubahan misalnya, suara bising di lingkungan dapat menghambat tidur. Ketiadaan stimulus yang biasa atau keberadaan stimulus yang tidak biasa dapat mencegah orang untuk tidur. Tidur tahap I adalah tidur yang paling ringan dan tidur tahap III dan IV adalah tidur yang paling dalam, hasilnya suara yang lebih keras dibutuhkan untuk membangunkan orang yang berada dalam tidur tahap III dan IV. Namun, jika waktunya berlebihan, seseorang dapat menjadi terbiasa terhadap suara bising sehingga tingkat suara tidak lagi berpengaruh. Ketidaknyamanan akibat suhu lingkungan dan kurang ventilasi dapat mempengaruhi tidur. Kadar cahaya dapat menjadi factor

lain yang berpengaruh. Seseorang yang terbiasa tidur dalam keadaan gelap mungkin sulit tidur pada keadaan terang (Kozier, 2010).

c. Letih

Diperkirakan orang yang letih sedang biasanya mengalami tidur yang tenang. Letih juga mempengaruhi pola tidur seseorang. Semakin letih seseorang, semakin pendek periode tidur REM (paradoksial) pertama. Saat seseorang beristirahat, periode REM menjadi lebih panjang (Kozier, 2010)

d. Gaya hidup

Seseorang yang jam kerjanya bergeser dan sering kali berganti jam kerja harus mengatur aktivitas untuk siap tertidur di saat yang tepat. Olahraga sedang biasanya kondusif untuk tidur, tetapi olahraga berlebihan dapat memperlambat tidur. Kemampuan seseorang untuk relaks sebelum istirahat adalah faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk tertidur (Kozier, 2010).

e. Stres emosional

Ansietas dan depresi sering kali mengganggu tidur. Seseorang yang pikirannya dipenuhi dengan masalah pribadi mungkin tidak mampu relaks dengan cukup untuk dapat tidur. Ansietas meningkatkan kadar norepinefrin dalam darah melalui stimulasi sistem saraf simpatik. Perubahan kimia ini menyebabkan kurangnya waktu tidur tahap IV NREM dan tidur REM serta lebih banyak perubahan dalam tahap tidur lain dan lebih sering terbangun (Kozier, 2010).

f. Stimulan dan alkohol

Minuman yang mengandung kafein bekerja sebagai sistem saraf pusat, sehingga mempengaruhi tidur. Orang yang minum alkohol dalam jumlah berlebihan sering kali mengalami gangguan waktu tidur. Alkohol yang berlebihan mengganggu

tidur REM, walaupun dapat mempercepat awalan tidur. Sementara mengganti kehilangan waktu tidur REM setelah beberapa efek yang disebabkan oleh alkohol menghilang, individu sering kali mengalami mimpi buruk. Orang yang toleran terhadap alkohol mungkin tidak mampu tidur dengan baik dan akhirnya menjadi mudah marah (Kozier, 2010).

g. Diet

Penurunan berat badan selain dihubungkan dengan pengurangan waktu tidur total serta tidur yang terputus dan bangun tidur lebih awal. Di sisi lain, penambahan berat badan tampak berhubungan dengan peningkatan total waktu tidur, berkurangnya tidur yang terputus, dan bangun tidur lebih lambat, L-triptofan dalam makanan misalnya, dalam keju dan susu dapat menginduksi tidur, sebuah bukti yang mungkin dapat menjelaskan mengapa susu hangat membantu seseorang untuk tidur (Kozier, 2010)

h. Merokok

Nikotin memiliki efek stimulan pada tubuh, dan perokok sering kali lebih sulit untuk tertidur dibandingkan dengan bukan perokok. Perokok biasanya mudah terbangun dan seringkali menggambarkan diri mereka sebagai orang yang tidur di waktu fajar. Dengan tidak merokok setelah makan malam, seseorang biasanya dapat tidur dengan lebih baik terlebih lagi, banyak orang yang dahulunya perokok melaporkan bahwa pola tidur mereka membaik setelah mereka berhenti merokok (Kozier, 2010).

i. Motivasi

Keinginan untuk tetap terjaga sering kali dapat mengatasi rasa letih seseorang. Misalnya, seseorang yang sudah lelah mungkin dapat tetap terjaga saat menghadiri konser yang menarik. Sebaliknya, ketika seseorang mengalami rasa bosan

dan tidak termotivasi untuk tetap terjaga, tidur sering kali terjadi dengan cepat (Kozier, 2010).

j. Obat-obatan

Beberapa obat mempengaruhi kualitas tidur. Hipnotik dapat mempengaruhi tahap III dan tahap IV tidur NREM dan menekan tidur REM. Penyekat beta diketahui menyebabkan insomnia dan mimpi buruk narkotik, seperti meperidin hidroklorida (demarol) dan morfin, diketahui menekan tidur REM dan menyebabkan sering terbangun dan rasa ngantuk. Obat penenang mempengaruhi tidur REM. Amfetamin dan anti depresan menurunkan tidur REM secara tidak normal. Seorang klien yang putus obat dari setiap obat-obatan ini mendapatkan lebih banyak tidur REM dibandingkan biasanya dan akibatnya dapat mengalami mimpi buruk yang mengganggu. Obat-obatan ini dapat mengganggu tidur REM, memperlambat awitan tidur, menyebabkan mimpi buruk, atau meningkatkan rasa ngantuk disiang hari yaitu amfetamin, antidepresan, penyekat beta, bronkodilator, dekongestan, narkotik, steroid (Kozier, 2010).

10) **Macam-Macam Gangguan Tidur**

a. *Insomnia*

Insomnia adalah ketidakmampuan memenuhi kebutuhan tidur, baik secara kualitas maupun kuantitas. Gangguan tidur ini umumnya ditemui pada individu dewasa. Penyebabnya bisa karena gangguan fisik atau karena faktor mental seperti perasaan gundah atau gelisah. (Mubarak dan chayatin,2005)

b. *Parasomnia*

Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Gangguan ini umum terjadi pada anak-anak. Beberapa turunan parasomnia antara lain sering terjaga (misalnya, tidur berjalan, *night terror*), gangguan transisi bangun tidur (misalnya, mengigau), parasomnia yang

terkait dengan tidur REM (misalnya, mimpi buruk), dan lainnya. (Asmadi,2008)

c. *Hipersomnia*

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur yang berlebihan terutama pada siang hari. Gangguan ini dapat disebabkan oleh kondisi medis tertentu, seperti kerusakan sistem saraf, gangguan pada hati atau ginjal, atau karena gangguan metabolisme (misalnya, hipertiroidisme). Pada kondisi tertentu, hipersomnia dapat digunakan sebagai mekanisme koping untuk menghindari tanggung jawab pada siang hari.(Asmadi,2008)

d. *Narkolepsi*

Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tak tertahankan yang muncul secara tiba-tiba pada siang hari. Gangguan ini disebut juga sebagai "serangan tidur" atau *sleep attack*. Penyebab pastinya belum diketahui. Diduga karena kerusakan genetik sistem saraf pusat yang menyebabkan tidak ter kendalinya periode tidur REM. Alternatif pencegahannya adalah dengan obat-obatan atau metilpenidase hidroklorida, atau dengan antidepresan seperti imipramin hidroklorida. (Mubarak dan chayatin,2005)

e. *Apnea* saat tidur

Apnea saat tidur atau *sleepapnea* adalah kondisi terhentinya napas secara periodik pada saat tidur. Kondisi ini diduga terjadi pada orang yang mengorok dengan keras. Sering terjaga di malam hari, insomnia, mengantuk berlebihan pada siang hari, sakit kepala dipagi hari, iritabilitas, atau mengalami perubahan psikologis seperti hipertensi atau aritmia jantung. (Mubarak dan chayatin,2005)

f. *Enuresis*

Enuresis adalah kencing yang tidak disengaja (mengompol). Terjadi pada anak-anak dan remaja paling banyak terjadi pada laki-laki. Penyebab secara pasti belum jelas, tetapi ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan *enuresis* seperti gangguan *bladder*, stres, dan *toilet training* yang kaku. Upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah *enuresis* antara lain: hindari stres, hindari minum yang banyak sebelum tidur, dan kosongkan kandung kemih (berkemih dulu) sebelum tidur (Asmadi, 2008).

g. *Somnambulisme*

Somnambulisme merupakan gangguan tingkah laku yang sangat kompleks mencakup adanya otomatis dan *semipurposeful* aksi motorik, seperti membuka pintu, menutup pintu, duduk ditempat tidur, menabrak kursi, berjalan kaki, dan berbicara. Termasuk tingkah laku berjalan dalam beberapa menit dan kembali tidur. *Somnambulisme* ini lebih banyak terjadi pada anak-anak dibandingkan orang dewasa (Asmadi, 2008).

11) Meningkatkan Kualitas Tidur

Menurut Potter & Perry (2009) tindakan yang dapat memperbaiki kualitas tidur antara lain:

a. Kontrol lingkungan

Klien memerlukan lingkungan tidur dengan temperatur ruangan yang nyaman dan ventilasi yang baik, sumber bising yang minimal, tempat yang nyaman dan pencahayaan yang tepat tidur

b. Meningkatkan rutinitas menjelang tidur

Rutinitas menjelang tidur merilekskan klien dalam persiapan untuk tidur. Contohnya dengan membaca buku, menonton tv, atau mendengarkan musik

c. Meningkatkan kenyamanan

Tempat tidur harus bersih dan kering, kebersihan diri harus dijaga agar klien nyaman, anjurkan klien untuk menggunakan pakaian tidur yang longgar, anjurkan klien berkemih sebelum tidur, berikan selimut agar klien tidak kedinginan, mengatur posisi nyaman mungkin untuk tidur

d. Menetapkan periode istirahat dan tidur

Meningkatkan aktifitas disiang hari dapat mengurangi masalah tidur, karena mereka cenderung tidur di malam hari. Kegiatan istirahat dan tidur harus dilakukan pada waktu yang sama untuk mempertahankan jadwal yang konsisten

e. Pengendalian gangguan fisiologis

Untuk klien dengan penyakit fisik, perawat dapat membantu mengendalikan gejala-gejala yang mengganggu tidur. Misalnya klien dengan abnormalitas pernapasan harus tidur dengan dua bantal atau dengan posisi *semi fowler*. Dan dapat berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian bronkodilator agar saat tidur tidak terjadi obstruksi jalan nafas.

f. Pengurangan stress

Anjurkan klien untuk melakukan kegiatan yang membuat rileks contohnya membaca buku, menonton tv, atau mendengarkan musik santai agar sejenak tidak memikirkan tentang masalah yang dihadapi.

g. Kudapan menjelang tidur

Konsumsi makanan atau minuman yang mengandung L-Triptofam seperti keju dan susu yang dapat menginduksi tidur. Klien tidak dianjurkan untuk mengonsumsi kafein sebelum tidur karena menyebabkan seseorang terjaga bahkan terbangun sepanjang malam. Alkohol dapat mengganggu siklus tidur dan mengurangi jumlah tidur dalam. Kopi, teh, *cola*, dan alkohol bekerja sebagai

diuretik dan dapat menyebabkan seseorang terbangun di malam hari untuk berkemih

h. Penatalaksanaan farmakologis

Obat tidur dapat membantu klien jika digunakan dengan benar. Tetapi penggunaan agens antiansietas, sedatif atau hipnotik jangka panjang dapat mengganggu tidur dan menyebabkan masalah yang lebih serius. Contohnya obat Diazepam, Alparazolam, Flurazepam, temazepam, dan lain-lain. Promosi kesehatan melalui penyuluhan kepada klien yang dialaminya. Memberikan penjelasan kepada klien tentang keadaan agar klien dapat lebih tenang dan dapat mengatur pola tidurnya.

12) Alat Ukur

Menurut Smyth (2012) dalam Permadi (2016), pengkajian kualitas tidur dapat dilakukan dengan beberapa kuesioner. Ada tiga contoh instrumen untuk pengkajian kebutuhan istirahat tidur, antara lain :

a. *Stanford Sleepiness Scale (SSS)*

Instrumen *Stanford Sleepiness Scale (SSS)* yang dikembangkan oleh Dement dan rekan-rekannya pada tahun 1972 merupakan kuesioner satu laporan diri yang mengukur tingkat kantuk sepanjang hari. Skala tersebut, yang dapat diberikan dalam 1-2 menit, umumnya digunakan untuk melacak kewaspadaan keseluruhan pada setiap jam dalam sehari. Skala ini telah divalidasi untuk populasi dewasa berusia 18 tahun ke atas. *Stanford Sleepiness Scale* ini digunakan dalam pengaturan penelitian dan klinis untuk menilai tingkat intervensi atau efektivitas pengobatan tertentu untuk membandingkan kemajuan klien. Instrumen ini pernah digunakan dalam penelitian Rahadhi dan Sriyanto (2016) yang berjudul “Pengaruh Beban Kerja Mental, Kelelahan Kerja, Dan Tingkat Kantuk Terhadap Penurunan Tingkat Kewaspadaan Perawat (Studi Kasus Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Puri Asih, Salatiga)”.

b. *The Epworth Sleepiness Scale (ESS)*

Instrumen *The Epworth Sleepiness Scale (ESS)* merupakan skala yang dimaksudkan untuk mengukur kantuk di siang hari yang diukur dengan menggunakan kuesioner yang sangat singkat. Ini dapat membantu dalam mendiagnosis gangguan tidur. Itu diperkenalkan pada tahun 1991 oleh Dr. Murray Johns dari *Epworth Hospital* di Melbourne, Australia. Instrumen ini pernah digunakan dalam penelitian Bambang Safira dan Nuraini (2017) yang berjudul “Kejadian *Excessive Daytime Sleepiness (EDS)* Dan Kualitas Tidur Pada Mahasiswa Kesehatan”.

c. *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) adalah kuesioner laporan diri yang menilai kualitas tidur selama interval waktu 1 bulan. Ukuran ini terdiri dari 19 item individual, menciptakan 7 komponen yang menghasilkan satu skor global, dan membutuhkan 5-10 menit untuk menyelesaikannya. Dikembangkan oleh para peneliti di *University of Pittsburgh*, PSQI dimaksudkan untuk menjadi kuesioner tidur standar bagi dokter dan peneliti untuk digunakan dengan mudah dan digunakan untuk banyak populasi. Kuesioner telah digunakan di banyak pengaturan, termasuk penelitian dan kegiatan klinis, dan telah digunakan dalam diagnosis gangguan tidur. Studi klinis telah menemukan bahwa PSQI dapat diandalkan dan valid dalam penilaian masalah tidur sampai taraf tertentu, tetapi lebih pada masalah tidur yang dilaporkan sendiri dan gejala yang berhubungan dengan depresi daripada tindakan *actigraphic*. Instrumen ini sering sekali digunakan peneliti untuk mengukur seberapa baik atau buruknya tidur seseorang, Novilia, Melsa (2019) menggunakan instrumen ini dalam penelitiannya yang berjudul “Perbedaan Pengaruh Terapi Musik Instrumental Kitaro Koi Dan Mozart Terhadap Kualitas Tidur Pasien Preoperasi Di Ruang Bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung 2019”.

PSQI merupakan instrumen efektif yang digunakan untuk mengukur kualitas dan pola tidur pada orang dewasa. Buysec et al., (1989) melakukan penelitian tentang pengukuran kualitas tidur dengan menggunakan *The Pittsburg Sleep Quality Index* (PSQ), PSQI membedakan antara kualitas tidur yang baik dan tidur yang buruk dengan pemeriksaan 7 komponen: latensi tidur, durasi tidur, kualitas tidur, efisiensi kebiasaan tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur dan gangguan fungsi tubuh di siang hari (Kunert & Kolkhorst, 2007 dalam Agustin, 2012).

13) Penanganan masalah tidur

Ada dua cara mengatasi gangguan tidur, yaitu dengan cara farmakologi dan non farmakologis. Salah satu terapi dalam farmakologi yaitu dengan bantuan obat tidur ataupun dengan obat penenang (Hermanto dan Subroto dalam Diva, 2015). Sedangkan yang termasuk dalam terapi nonfarmakologi salah satunya penggunaan alat bantu tidur yaitu *eye mask* dan *earplugs*. *Eye mask* dan *earplugs* adalah suatu cara yang relevan dan logis menutup telinga dan masker penutup mata yang dapat digunakan untuk mencegah terbangunnya saat tidur yang disebabkan oleh rangsangan eksternal. *Eye mask* dan *earplug* merupakan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi gangguan tidur pasien untuk mempertahankan ritme sirkadian secara normal.

Publikasi NSF (2012) menuliskan bahwa cahaya dapat menghambat pelepasan melatonin yang merupakan agen biokimia utama yang mempengaruhi tidur dan penggunaan *eyemask* dapat membantu memperpendek onset tidur sehingga memungkinkan individu dapat tidur lebih lama. Selain itu, pengaruh *earplugs* terhadap kualitas tidur pernah dilakukan Jones dan Dawson (2012), mereka menemukan bahwa *earplugs* dapat menjadi alternatif lain untuk meningkatkan kualitas tidur. Basner, Muller, dan Griefahn (2010) mereka menemukan bahwa apabila level bunyi cukup tinggi, maka

dapat mengganggu siklus Non REM dan REM yang normal sehingga berpengaruh pada waktu bangun dan waktu tidur yang mendalam.

Pengaruh *eye mask* dan *earplugs* terhadap kualitas tidur pernah diteliti oleh Hu, Jiang, Zeng, Chen, dan Zhang (2010). Mereka menyimpulkan bahwa penggunaan *eye mask* dan *earplugs* dapat meningkatkan waktu REM, memperpendek periode latensi REM, dan meningkatkan kadar hormon melatonin, dan menurunkan kadar kortisol. Hasil ini serupa dengan Le Guen et al. (2013) yang menyimpulkan bahwa penggunaan *eye mask* dan *earplugs* signifikan meningkatkan kualitas tidur pasien.

B. POST OPERASI

1. Definisi

Post operasi merupakan periode ketiga sekaligus terakhir dari periode perioperatif (Black & Hawks, 2014). Selama periode pasca operatif, proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kembali *equilibrium* fisiologi pasien, menghilangkan nyeri, dan pencegahan komplikasi. Pengkajian yang cermat dan intervensi segera membantu pasien dalam kembali pada fungsi optimalnya dengan cepat, aman, dan nyaman mungkin (Smeltzer & Bare, 2001)

2. Pemeriksaan Pasien Post Operasi

Beberapa pemeriksaan yang perlu dilakukan pada pasien *post* operasi adalah sebagai berikut. Pemeriksaan status pernapasan, pemeriksaan sirkulasi, pemeriksaan tanda vital, warna kulit, dan suhu, pemeriksaan status neurologis, pemeriksaan tingkatan kesadaran, orientasi, dan efek perlambatan gerak dari anestesi pada 24 jam pertama (Black & Hawks, 2014).

3. Memindahkan Pasien Ke Unit Perawatan Anestesi

Pemindahan dari ruang operasi ke unit perawatan pasca anestesi (PACU), yang juga disebut sebagai ruang pemulihan pasca anestesia (PARR), memerlukan pertimbangan khusus pada letak

insisi, perubahan *vascular*, perubahan dan pemajanan. Harus selalu dipertimbangkan setiap kali pasien pascaoperatif dipindahkan. Banyak, luka ditutup dalam tegangan yang cukup tinggi, dan setiap upaya dilakukan untuk mencegah regangan sutura lebih lanjut. Selain itu, pasien diposisikan sehingga ia tidak berbaring pada dan menyumbat *drain* atau selang *drainase*. Memindahkan pasien pascaoperatif dari ruang operasi ke unit perawatan pasca anestesia (PACU) adalah tanggung jawab dari ahli anestesia, dengan anggota tim bedah yang bertugas. Bantuan tambahan mungkin diberikan oleh perawat yang ditugaskan untuk pasien khusus ini. Pasien dipindahkan selayaknya dengan perhatian khusus diberikan untuk mempertahankan kenyamanan dan keselamatan. Selang dan peralatan *drainase* ditangani dengan cermat untuk fungsi yang optimal (Smeltzer & Bare, 2001)

4. Unit Perawatan Pasca anestesi

Pasien tetap dalam PACU sampai pulih sepenuhnya dari pengaruh anestesia, yaitu pasien telah mempunyai tekanan darah yang stabil, fungsi pernapasan adekuat, saturasi O₂ minimum 95%, dan tingkat kesadaran yang baik. Sasaran penatalaksanaan keperawatan PACU adalah untuk memberikan perawatan sampai pasien pulih dari efek anestesia (yaitu sampai kembalinya fungsi motorik dan sensorik), terorientasi, mempunyai tanda vital yang stabil, dan tidak memperlihatkan adanya tanda-tanda hemoragi. Jika timbul masalah, kedekatan dengan ahli bedah, ahli anestesi dan ruang operasi memberikan akses cepat untuk bantuan ahli. Pasien yang berkembang tidak terlalu baik dipindahkan dari PACU ke unit perawatan bedah (Smeltzer & Bare, 2001).

5. Penerimaan Dan Perawatan Pasien Pada Unit Klinis

Pasien dipindahkan dari PACU ke unit klinis ketika kriteria diatas telah terpenuhi dan nilai bagan PACU menguatkan responsivitas pasien. Perawat ruang pemulihan melaporkan data dasar tentang

kondisi pasien ke perawat penerima. Laporan termasuk medikasi yang diresepkan dan yang diberikan untuk nyeri, jenis dan jumlah cairan yang diterima, apakah pasien telah berkemih, dan informasi bahwa pasien dan keluarganya telah menerima kabar tentang kondisi pasien. Biasanya ahli bedah berbicara pada keluarga setelah pembedahan dan menunjukkan kondisi umum pasien dan apa yang diperkirakan ketika pasien tiba di unit perawatan. Perawat penerima juga menelaah pesanan pasca operatif (Smeltzer & Bare, 2001).

C. *Eyemask dan earplugs*

1. Definisi

Penelitian Daneshmandi, Neiseh, Shermeh, dan Ebadi (2012); Mashayekhi, Arab, dan Pilevarzadeh (2013) menemukan bahwa menggunakan *eye mask* dapat dijadikan sebagai metode alternatif yang mudah dan ekonomis untuk meningkatkan kepuasan tidur. Publikasi NSF (2012) menuliskan bahwa cahaya dapat menghambat pelepasan melatonin yang merupakan agen biokimia utama yang mempengaruhi tidur dan penggunaan *eyemask* dapat membantu memperpendek onset tidur sehingga memungkinkan individu dapat tidur lebih lama. Selain itu, pengaruh *earplugs* terhadap kualitas tidur pernah dilakukan Jones dan Dawson (2012). Mereka menemukan bahwa *earplugs* dapat menjadi alternatif lain untuk meningkatkan kualitas tidur. Basner, Muller, dan Griefahn (2010) mereka menemukan bahwa apabila level bunyi cukup tinggi, maka dapat mengganggu siklus Non REM dan REM yang normal sehingga berpengaruh pada waktu bangun dan waktu tidur yang mendalam.

Pengaruh *eye mask* dan *earplugs* terhadap kualitas tidur pernah diteliti oleh Hu, Jiang, Zeng, Chen, dan Zhang (2010). Mereka menyimpulkan bahwa penggunaan *eye mask* dan *earplugs* dapat meningkatkan waktu REM, memperpendek periode latensi REM, dan meningkatkan kadar hormon melatonin, dan menurunkan kadar

kortisol. Hasil ini serupa dengan Le Guen et al. (2013) yang menyimpulkan bahwa penggunaan *eye mask* dan *earplugs* signifikan meningkatkan kualitas tidur pasien.

Eye mask dan *earplugs* adalah suatu cara yang relevan dan logis menutup telinga dan masker penutup mata yang dapat digunakan untuk mencegah terbangunnya saat tidur yang disebabkan oleh rangsangan eksternal. *Eye mask* dan *earplugs* merupakan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi gangguan tidur pasien untuk mempertahankan ritme sirkadian secara normal (Demoule, et al., 2017). Hal ini didukung hasil penelitian pada 45 pasien (20 pada kelompok intervensi, 25 pada kelompok kontrol) menunjukkan adanya peningkatan signifikan diantara kelompok-kelompok yang tidur lelap, tertidur, terbangun, terjaga dari tidur lagi.

Kualitas tidur yang dirasakan lebih baik pada kelompok intervensi dengan $p < 0,05$ (Huang & Zheng, 2015). Penelitian lain juga menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kualitas tidur sebelum dan setelah diberikan intervensi *eye mask* dan *earplugs* dengan $p < 0,001$ (Bajwa, Saini, Kaur, Kalra, & Kaur, 2015).

2. Penggunaa *eye mask* dan *earplugs*

Penggunaan *eye mask* dan *earplugs* aman dilakukan pada pasien jantung koroner. Selain aman, *eye mask* dan *earplugs* juga terbukti efektif untuk menilai kualitas tidur pasien, hemat biaya, mudah diterapkan pada kelompok besar, dan dapat ditoleransi dengan baik oleh tubuh. Penggunaan *eye mask* dan *earplugs* juga merupakan metode yang mudah dan murah untuk meningkatkan persepsi dan kualitas tidur pada pasien yang dirawat di ICU (Mashayekhi, Arab, Abazari, Rafati, & Rafiei 2013 dalam Robby, 2016).

Hasil penelitian lain juga menunjukkan bahwa implementasi penggunaan *eye mask* dan *earplugs* post operasi kardiotoraks adalah efisien dan mudah. *Eye mask* dan *earplugs* meningkatkan kualitas tidur serta kepuasan pasien dan dapat mengurangi intensitas nyeri.

Selain itu juga *eye mask* dan *earplugs* terbukti dapat berkontribusi untuk pemulihan yang lebih cepat, morbiditas yang lebih sedikit, dan mengurangi biaya (Menger, et al., 2018).

3. Pengaruh *earplugs* dan *eyemask*

Penelitian ini penting untuk dilakukan karena *eye mask* dan *earplugs* dapat memberikan pengaruh yang sangat besar pada fisik dan psikologis pasien. Pengaruh *eye mask* dan *earplugs* 6-MWT terhadap fisik, yaitu berupa peningkatan kualitas tidur. Sedangkan pengaruh terhadap psikologis, yaitu berupa kemampuan melakukan aktivitas fisik dengan tenang tanpa adanya kecemasan serta kemampuan kognitif dan emosional berfungsi dengan baik. Pengaruh pada sosial, karena hal tersebut akan berkaitan erat dengan kenyamanan pasien. (Mashayekhi, Arab, Abazari, Rafati, & Rafiei 2013 dalam Robby, 2016

D. Laparotomi

1. Definisi Laparotomi

Laparotomi merupakan salah satu pembedahan mayor, dengan melakukan penyayatan pada lapisan-lapisan dinding abdomen untuk mendapatkan bagian organ abdomen yang mengalami masalah (hemoragi, perporasi, kanker, dan obstruksi). Laparotomi dilakukan pada kasus kasus digestif dan kandungan (Sjamsuhidayat, 2013).

Menurut Sugeng & Weni (2010), laparotomi adalah pembedahan perut sampai membuka selaput perut, ada 4 cara, yaitu :

- a. *Midline Incision*
- b. Paramedian, yaitu sedikit ketepi dari garis tengah (2,5 cm) dan panjang (12,5 cm)
- c. *Transverse upper abdomen incision*, yaitu insisi di bagian atas misalnya pembedahan *cholecystectomy* dan *splenectomy*.

- d. *Transverse lower abdomen incision*, yaitu insisi melintang dibawah + 4 cm di atas anterior spinal iliaka, misalnya pada operasi *appendectomy*. (sjamsuhidayat,2004)

2. Jenis Laparatomi Menurut Indikasi

- a. *Adrenektomi*: pengangkatan salah satu atau kedua kelenjar adrenalin.
- b. *Apendektomi*: operasi pengangkatan apendiks.
- c. *Gastrektomi*: sepertiga lambung distal pengangkatan (duodenum/jejunum, mengangkat sel-sel penghasil gastrin dalam bagian sel parital).
- d. *Histerektomi*: pengangkatan bagian uterus.
- e. *Kolektomi*: seksisi bagian kolon atau seluruh kolon.
- f. *Pankreatomi*: pengangkatan pankreas.
- g. *Seksio caesaria*: pengangkatan janin dengan membuka dinding ovarium melalui abdomen,
- h. *Siksetomi*: operasi penganakatan kandung kemih.
- i. *Selfigo oofarektomi*: pertemuan salah satu atau kedua tuba falopi dan ovarium. (sjamsuhidayat,2004)

3. Indikasi Laparatomi

- a. Massa pada abdomen.
- b. Perdarahan saluran pencernaan.
- c. Peritonitis.
- d. Sumbatan pada usus halus dan usus besar.
- e. Trauma abdomen (tumpul atau tajam)/ruptur hepar. (sjamsuhidayat,2004)

4. Perawatan Post laparatomi

Tujuan perawatan post laparatomi;

- a. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan.
- b. Mempercepat penyembuhan.
- c. Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi

- f. Mempertahankan konsep diri pasien
- d. Mempersiapkan pasien pulang. (sjamsuhidayat,2004)

5. Proses Penyembuhan Luka

a. Fase pertama

Berlangsung sampai hari ketiga. Batang leukosit banyak yang rusak atau rapuh. Sel sel darah baru berkembang menjadi penyembuh dimana serabut serabut bening digunakan sebagai kerangka.

b. Fase kedua

Dari hari ketiga sampai hari keempat belas. Pengisian oleh kolagen, seluruh pinggiran sel epitel timbul sempurna dalam satu minggu. Jaringan baru tumbuh dengan kuat dan kemerahan.

c. Fase ketiga

Sekitar dua sampai sepuluh minggu. Kolagen terus menerus ditimbun, timbul jaringan jaringan baru dan otot dapat digunakan kembali.

d. Fase keempat

Fase terakhir penyembuhan akan menyusut dan mengkerut. Intervensi untuk meningkatkan penyembuhan:

- 1) meningkatkan intake makanan tinggi protein dan vitamin e
- 2) menghindari obat obat anti radang steroid
- 3) pencegahan infeksi. (sjamsuhidayat,2004)

6. Penatalaksanaan Laparatomi

a. Tindakan farmakologi dan nonfarmakologi:

1) Farmakologi:

Bila kesakitan, berikan analgetik narkotik, antiseptic 50mg maksimal 4 kali dalam 24 jam

2) Non farmakologi:

- a) Tirah baring total 24 jam, kemudian mobilisasi secara bertahap.
- b) Kontrol tensi, nadi tiap 15 menit, suhu tiap 30 menit bila stabil tiap 4 jam.

- c) Selama 13-24 jam pertama, pemasukan makanan per oral distop ,Kemudian secara bertahap diberikan makanan cair hingga padat sesuai keadaan penderita. (sjamsuhidayat,2004)

7. Pemeriksaan penunjang

- a. Pemeriksaan rektum : adanya darah menunjukkan kelainan pada usus besar.
- b. *Kuldosentesi*, kemungkinan adanya darah dalam lambung : dan kateterisasi, adanya darah menunjukkan adanya lesi pada saluran kencing.
- c. Laboratorium : hemoglobin, hematokrit, leukosit dan analisis urine.
- d. Radiologik : bila diindikasikan untuk melakukan laparatomi.
- e. *Intravenous pyelogram (IVP)/sistogram* : hanya dilakukan bila ada kecurigaan terhadap trauma saluran kencing.
- f. Parasentesis perut : tindakan ini dilakukan pada trauma tumpul perut yang diragukan adanya kelainan dalam rongga perut atau trauma tumpul perut yang disertai dengan trauma kepala yang berat, dilakukan dengan menggunakan jarum pungsi no 18 atau 20 yang ditusukkan melalui dinding perut didaerah kuadran bawah atau digaris tengah dibawah pusat dengan menggosokkan buli-buli terlebih dahulu.
- g. *Lavase peritoneal* pungsi dan aspirasi/bilasan rongga perut dengan memasukkan cairan garam fisiologis melalui kanula yang dimasukkan kedalam rongga peritonium. (*potter dan perry,2006*)

8. Komplikasi Post Laparatomi

- a. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan *tromboplebitis*. *Tromboplebitis postoperasi* biasanya timbul 7-14 hari setelah operasi. Bahaya besar *tromboplebitis* timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah sebagai emboli keparu-paru, hati dan otak. Pencegahan *tromboplebitis* yaitu latihan kaki *post* operasi, ambulatif dini dan kaos kaki yang dipakai klien sebelum mencoba ambulatif.

- b. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan luka infeksi. Infeksi luka sering muncul pada 36-46 jam setelah operasi. Organisme yang sering menimbulkan positif. Stafilokokus mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptic
- h. Buruknya integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka dan eviserasi. Dehisensi luka merupakan terbentuknya tepi-tepi luka. Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan waktu menutup pembedahan, ketegangan yang berat pada dinding abdomen sebagai akibat ari batuk dan muntah. *potter dan perry,2006*)

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang dilakukan Indri, dkk (2014) tentang hubungan antar nyeri, kecemasan, dan lingkungan dengan kualitas tidur pada pasien *postoperasi* apendisitis di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki kualitas tidur yang buruk yaitu sebanyak 37 responden (68,5%), tingkat nyeri berat sebanyak 38 responden (70,4%). dengan tingkat kecemasan sedang yaitu 36 responden (66,7%). sedangkan mayoritas responden merasa lingkungan saat tidur tidak nyaman sebanyak 29 responden (53,7%). Hasil penelitian bivariat menunjukkan ada hubungan nyeri dengan kualitas tidur pada pasien post operasi apendisitis di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau dengan *p-value*0,000 ada hubungan kecemasan dengan kualitas tidur pada pasien post operasi apendisitis di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau dengan *p-value* 0,000 dan tidak ada hubungan lingkungan dengan kualitas tidur pada pasien post operasi apendisitis di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau dengan *p-value* 0,828. Pada penelitian yang dilakukan Alifiyanti, dkk (2017) di RSUP DR. Hasan Sadikin Bandung tentang kualitas tidur pasien kanker payudara berdasarkan

terapi yang diberikan didapatkan hasil penelitian bahwa bahwa seluruh (100%) responden memiliki kualitas tidur yang buruk. Skor kualitas tidur terburuk, yaitu 18 terjadi pada pasien kanker payudara yang menjalani radioterapi dengan mastektomi (2 responden) dan pasien stadium IV (3 responden) (Alifiyanti, 2017).

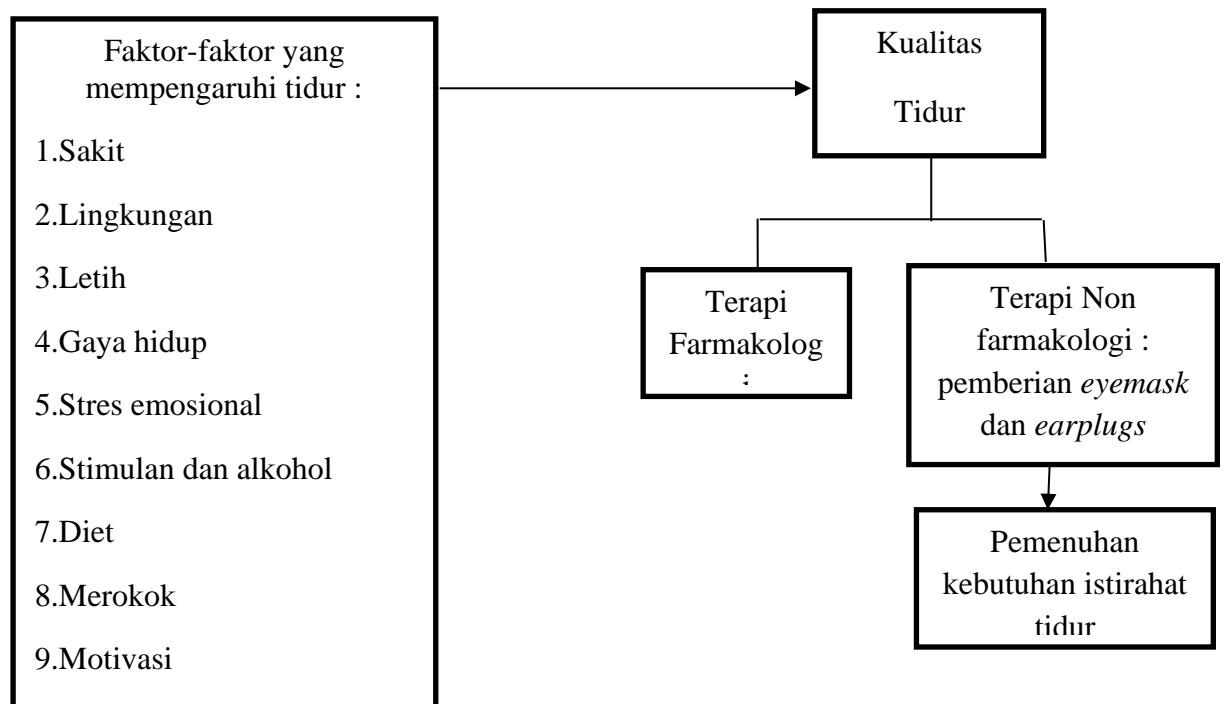
Penelitian yang dilakukan Fitri (2012) tentang hubungan intensitas nyeri luka *sectio caesarea* dengan kualitas tidur pada pasien *post partum* hari ke-2 di Ruang Rawat Inap RSUD Sumedang pada 56 pasien. Hasil analisis univariat menunjukkan (85,7%) memiliki kualitas tidur yang buruk dan (48,2%) memiliki intensitas nyeri sedang dan hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa ada hubungan antara intensitas nyeri luka *sectio caesarea* dengan kualitas tidur ($p = 0,037$)

F. Kerangka teori

Kerangka teori dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Gambar 2.2 Kerangka teori

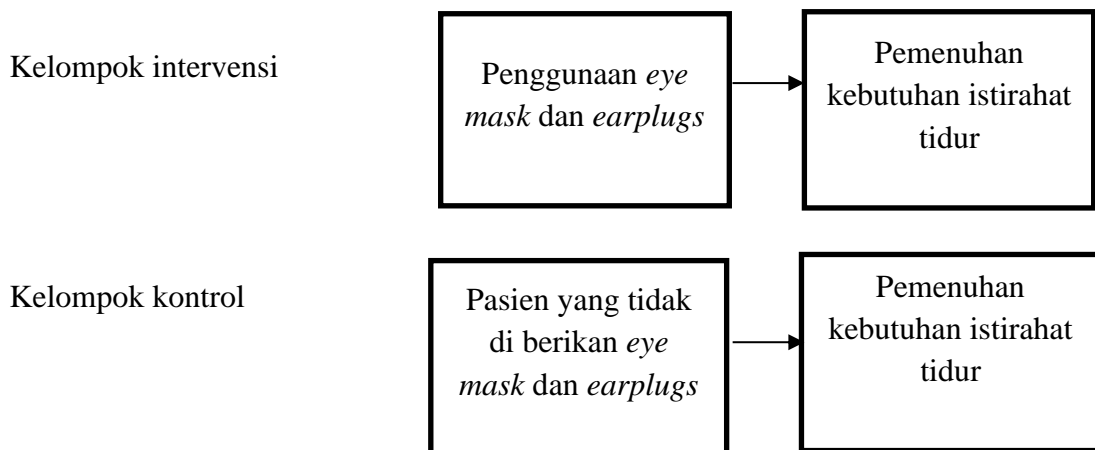
Sumber : Kozier,(2010) dan Hermanto & Subroto dalam Diva dkk, (2015)



G. Kerangka konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya atau antara variabel yang satu dengan yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2018).

Berdasarkan konsep diatas, maka penulis membuat kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 2.3 Kerangka konsep

H. Hipotesis

Hipotesis merupakan suatu jawaban sementara penelitian, patokan duga atau sementara, yang kebanyakan akan di buktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2018). Adapun hipotesis untuk penelitian ini di rumuskan yaitu:

Ha : ada pengaruh yang bermakna terhadap pemberian *eye mask* dan *earplugs* terhadap pemenuhan kebutuhan istirahat tidur pada pasien *post* operasi laparatomi di ruang rawat inap bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung tahun 2020