

**PERBEDAAN PENGGUNAAN *EARPLUGS* DAN *EYE MASK*
TERHADAP KUALITAS TIDUR PASIEN RUANG INTENSIF
RSUD DR. KANUDJOSO DJATIWIBOWO
BALIKPAPAN**

SKRIPSI



Di susun Oleh :

**SUYATMI
NIM : B21827708601**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA 2020**

**PERBEDAAN PENGGUNAAN *EARPLUGS* DAN *EYE MASK*
TERHADAP KUALITAS TIDUR PASIEN RUANG
INTENSIF RSUD DR. KANUDJOSO
DJATIWIBOWO BALIKPAPAN**

SKRIPSI

Untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Sarjana (S.Kep)



**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN DAN SAINS WIYATA HUSADA
SAMARINDA
2020**

LEMBAR PERSETUJUAN
PERBEDAAN PENGGUNAAN *EARPLUGS* DAN *EYE MASK*
TERHADAP KUALITAS TIDUR PASIEN RUANG
INTENSIF RSUD DR. KANUDJOSO
DJATIWIBOWO BALIKPAPAN

SKRIPSI

Di susun Oleh :

SUYATMI

NIM : B21827708601

Skripsi ini Telah Disetujui

Tanggal 1 Agustus 2020

ITKES WHS

Pembimbing I

Pembimbing II

Ns. Siti Kholifah, S.Kep
NIK : 1130772.89.13.039

Ns. Siti Mukaromah, M.Kep., Sp.Kep.Kom
NIK. 113072.82.09.024

Mengetahui
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
ITKES Husada Samarinda

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, S.kep., M.Kep., Sp.K.MB
NIK : 113072.88.16.088

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : SUYATMI
NIM : B21827708601
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : PERBEDAAN PENGGUNAAN EARPLUGS DAN
EYE MASK TERHADAP KUALITAS TIDUR
PASIEN RUANG INTENSIF RSUD DR.
KANUDJOSO DJATIWIBOWO BALIKPAPAN

Menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan semua sumber, baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa , berkat rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan Skripsi dengan judul “Perbedaan Penggunaan Earplugs Dan Eye Mask Terhadap Kualitas Tidur Pasien Ruang Intensif Rsud Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan”. Penulisan skripsi penelitian ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan semua proses tepat pada waktunya. Oleh karena itu, perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. H. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda;
2. Dr. Eka Ananta Sidharta,SE., MM., Ak., CA.,C.FrA selaku Bapak Rektor Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda;
3. dr. Edy Iskandar, Sp.PD, FINASIM, M.Kes selaku direktur RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan;
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri,S.kep.,M.Kep.,Sp.K.MB selaku Ketua Program Studi keperawatan Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda;
5. Ns. Siti Kholifah, S.Kep.selaku Pembimbing I yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan proposal skripsi ini.
6. Ns. Siti Mukaromah,M.Kep.,Sp.Kep.Kom.selaku Pembimbing II yang berkenan memberikan bimbingan dalam proses penyusunan skripsi ini.
7. Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda, yang telah memberikan arahan selama menempuh pendidikan

8. Semua teman-teman seperjuangan di Reguler Transfer Program Studi Ilmu Keperawatan ITKES Wiyata Husada Samarinda, kalian adalah yang terbaik

Semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Skripsi ini, semoga Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas kebaikan kita semua dan Skripsi ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu Keperawatan.

Balikpapan, Agustus 2020

Peneliti



LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : SUYATMI
Nim : B21827708601
Program Studi : S1 Keperawatan

Dengan ini menyetujui dan memberikan hak kepada Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda atas hasil saya yang berjudul :

“Perbedaan Penggunaan Earplugs Dan Eye Mask Terhadap Kualitas Tidur Pasien Ruang Intensif RSUD Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan”.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak ini, Institut Teknologi Kesehatan Dan Sains Wiyata Husada Samarinda berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan hak cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Samarinda, 2020

Yang menyatakan

(SUYATMI)

PERBEDAAN PENGGUNAAN *EARPLUGS* DAN *EYE MASK* TERHADAP KUALITAS TIDUR PASIEN RUANG INTENSIF RSUD DR. KANUDJOSO

DJATIWIWOWO BALIKPAPAN

Suyatmi¹, Siti Kholifah², Siti Mukaromah³

Email : amiyatmi@gmail.com , sitikholidah@stikeswhs.ac.id,

sitimukaromah@stikeswhs.ac.id

ABSTRAK

Latar Belakang: Kualitas tidur merupakan salah satu pengukuran kenyamanan seseorang dalam beristirahat. Seseorang yang mengalami gangguan kesehatan dan perlu dilakukan perawatan atau pengobatan memerlukan kualitas tidur atau istirahat yang baik. Untuk menjaga kualitas tidur ini ada dua cara yaitu farmakologi dan non farmakologi. Salah satu metode non farmakologi adalah *earplugs* dan *eye mask*. Metode tersebut berhubungan dengan tingkat pencahayaan dan kebisingan. **Tujuan:** Mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *ear plugs* dan *eye mask* untuk meningkatkan kualitas tidur pasien di ruang Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. **Metode:** penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian *quasi experiment pre dan post without control*. Responden pada penelitian ini pasien yang dirawat di ruang intensif Rumah Sakit dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan berjumlah 10 orang pergrup, 10 orang kelompok *earplug* dan 10 orang kelompok *eye mask* dengan metode sampling yang digunakan menurut teori Fraenkel dan Wallen (1993). Uji yang digunakan uji *Paired sample T test* **Hasil:** Ada perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *earplugs* terhadap kualitas tidur pasien di ruang intensif RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan nilai probalitas 0,002 dan ada perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *Eye Mask* terhadap kualitas tidur pasien di ruang intensif RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan nilai probalitas 0,002. **Kesimpulan:** metode *earplug* dan *eye mask* memberikan peningkatan kualitas tidur pada pasien yang mengalami gangguan tidur.

Kata Kunci : Kualitas tidur, *Earplug*, *Eye mask*

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

² Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

DIFFERENCES IN THE USE OF EARPLUGS AND EYE MASK ON THE PATIENTS' SLEEP QUALITY IN INTENSIVE CARE UNIT OF THE DR. KANUDJOSODJATIWIWIBOWO BALIKPAPAN HOSPITAL

Suyatmi¹, Siti Kholifah², Siti Mukaromah³
Program Studi Ilmu Keperawatan,ITKES Wiyata Husada Samarinda
Email : amiyatmi@gmailcom , sitikholfah@stikeswhs.ac.id,
sitimukaromah@stikeswhs.ac.id

ABSTRACT

Background: Sleep quality is a measure of someone's comfort during the rest time. Someone who experiences a health disorder requires treatment or medication as well good quality of sleep or rest. In order to maintain this sleep quality, there are two methods that can be employed: farmacological and infarmacological way. One of the infarmacological methods is the use of earplugs and eye mask. This method concerns with filtering the intensity of lights and noise. **Purpose:** To find out about the differences before and after the use of ear plugs and eye mask aimed at improving the patients' sleep quality in intensive care unit of the Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan public hospital. **Method:** this quantitiative study used quasi experimental design with pre and post treatments without control. Respondents taken for this study were those treated in intensive care unit of the dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan public hospital in which 10 perople per group were taken as samples. These 10 people were given earplugs and 10 others were given eye masks. The sampling method used was based on the Fraenkel dan Wallen's (1993) theory. **Results:** There was a significant influence between the use of earplugs on the patients' sleep quality in intensive care unit of the dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan public hospital and there was a significant influence of the use of Eye Mask on the patients' sleep quality in intensive care unit of the dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan public hospital. **Conclusion:** Earplug and eyemask methods both provide improvement in the patients' sleep quality, i.e. those with sleeping disorder.

Keywords: Sleep Quality, Earplugs, Eye masks

¹Student of the Nursing Science Stury Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda.

² Faculty member of the Nursing Science Stury Program, ITKES Wiyata Husada Samarinda.



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
D. Manfaat Penelitian	6
E. Penelitian Terkait	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka	10
1. Konsep Ruang Intensif.....	10
2. Konsep Kualitas Tidur	14
3. Konsep Penggunaan Earplugs.....	29
4. Konsep Penggunaan Eye Maksk.....	31
B. Teori Keperawatan Dorothea Orem.....	32
C. Hipotesis Penelitian	39

BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian	40
B. Kerangka Konsep Penelitian	40
C. Populasi dan Sampel	41
D. Variabel Penelitian.....	42
E. Defenisi Operasional.....	43
F. Tempat dan Waktu Penelitian.....	43
G. Sumber Data dan Instrumen Penelitian.....	44
H. Prosedur Pengumpulan Data.....	45
I. Pengolahan Data	46
J. Uji Validitas dan realibilitas	48

K. Analisa Data.....	49
L. Etika Penelitian	50
M. Alur Penelitian	52

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian	53
1. Gambaran Umum lokasi Penelitian.....	53
2. Karakteristik Responden	54
3. Analisa Univariat.....	55
4. Analisa Bivariat.....	57
B. Pembahasan	58
C. Keterbatasan Penelitian.....	65

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	66
B. Saran	67

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



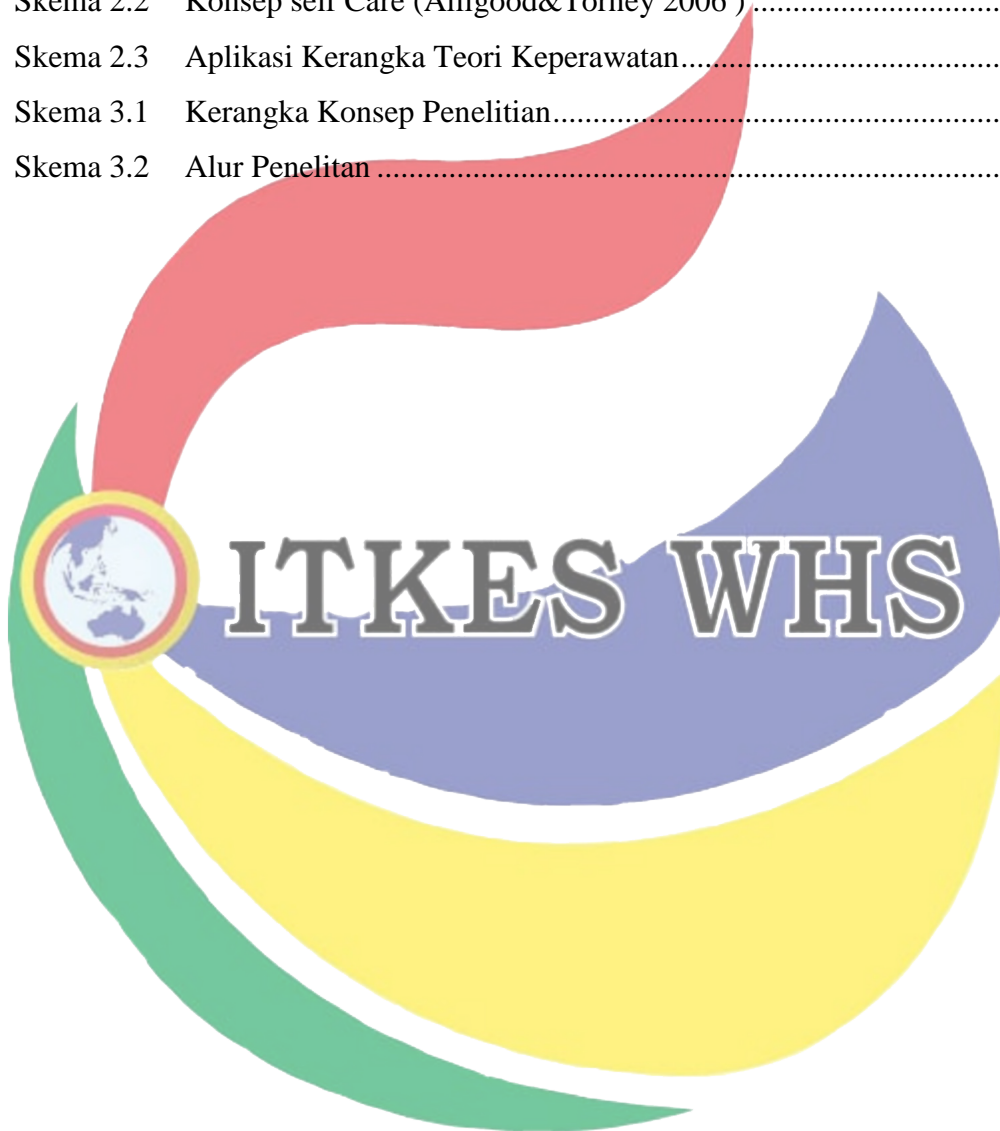
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	44
Tabel 3.2	Validitas	50
Tabel 3.2	Reliabilitas.....	50
Tabel 4.1	Distribusi Respoden Berdasarkan Karakteristik Distribusi Respoden Berdasarkan Karakteristik Umur, jenis kelamin, pendidikan, skala nyeri, dan hari rawat.....	54
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi responden berdasarkan Kualitas Tidur Pasien sebelum Menggunakan <i>Earplugs</i> Dan <i>Eye Mask</i>	55
Tabel 4.3	Distribusi frekuensi responden berdasarkan Kualitas Tidur Pasien Sesudah <i>Earplugs</i> Dan <i>Eye Mask</i>	55
Tabel 4.4	Perbedaan Penggunaan <i>Ear Plugs</i> Dan <i>Eye Mask</i>	56



DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Tahap-Tahap Siklus Tidur Orang Dewasa (Potter, A, & Perry, 2013).....	17
Skema 2.2	Konsep self Care (Alligood&Torney 2006).....	35
Skema 2.3	Aplikasi Kerangka Teori Keperawatan.....	44
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	40
Skema 3.2	Alur Penelitian.....	53



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Permintaan Menjadi Responden
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3 : Lembar Kuesioner
- Lampiran 4 : Hasil Analisa Data
- Lampiran 5 : Master Tabel
- Lampiran 6 : Surat – surat
- Lampiran 7 : *Plan of Action* tugas akhir tahun akademik 2019/2020
- Lampiran 8 : Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 9 : Daftar Riwayat Hidup



BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pasien menjalani perawatan intensif, mengalami perubahan fisiologis yang cepat berubah yang dapat menyebabkan kematian, (Tabrani, 2007) prioritas utama pada pasien ini adalah usaha untuk mencegah kematian. Kondisi ini diperburuk dengan lingkungan di unit perawatan intensif yang dianggap kurang bersahabat, menakutkan dan mengancam bagi pasien dan keluarga. Pasien intensif menjalani perawatan *total care*, salah satunya pemenuhan kebutuhan dasar pasien yaitu kebutuhan tidur. Sebanyak 22% pasien melaporkan mengalami tidur yang buruk selama dirawat di rumah sakit (Radeker, 2000), sedangkan menurut (Nesbitt & Goode, 2014), 61% pasien di ruang *Intensif Care Unit* (ICU) mengalami deprivasi tidur.

Masalah kurangnya waktu istirahat dan tidur yang dialami pasien di ruang intensif karena waktu yang terlalu pendek (Hofhuis, J., 2008) menyebabkan *sleep disruption* pada pasien kritis merupakan masalah serius selama lebih dari dua dekade (Gabor, Cooper, & Hanly, 2001) Gangguan pada kualitas tidur berpengaruh terhadap kondisi tubuh seperti adanya gangguan proses biokimia dan biofisika jaringan tubuh yang dapat merugikan fungsi sistem endokrin, imunologi, dan proses metabolisme (Karine Spiegel, 2008) kondisi akut seperti *fatigue*, *iritabel*, dan menurunkan toleransi terhadap nyeri (Frighetto et al., 2004), meningkatkan kadar glukosa darah, ketokolamin, denyut jantung, dan tekanan darah (Knutson et al., 2017) Menstimulasi saraf simpatik dan peningkatan kadar hormone kortisol (Dettoni et al., 2012)".

Menurut (Potter, A, & Perry, 2013) kebutuhan untuk tidur sangat penting bagi kualitas hidup semua orang. Pengaruh yang dapat terjadi akibat buruknya kualitas tidur antara lain dapat menimbulkan penurunan kemampuan untuk berkonsentrasi, membuat keputusan, berpartisipasi dalam melakukan aktifitas harian, menyebabkan terjadinya peningkatan kepekaan (*irritabilitas*), delusi, halusinasi, berbicara tidak jelas dan pandangan kabur

(Potter, A, & Perry, 2013); (Mistraletti et al., 2008). Dampak gangguan tidur di *Intensive Care Unit* (ICU) kemungkinan mengarah pada diagnosa delirium meskipun hubungan antar keduanya masih menjadi perdebatan, memperpanjang *length of stay* di ICU dan meningkatkan angka kematian (Boyko Y, Ording H, 2012).

Beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas tidur pasien saat hospitalisasi di ruang intensif antara lain: faktor lingkungan,(Doğan et al., 2005), intervensi medis pada malam hari, struktur rumah sakit (Gabor et al., 2003), keluhan organik seperti: nyeri, mual, sesak dan faktor psikologis seperti stres, kecemasan, dan depresi (Doğan et al., 2005) faktor patologi dan keparahan penyakit, penggunaan pain killer, obat penenang, dan lama rawat inap (Parthasarathy & Tobin, 2004).

Suara bising di ruang intensif berasal dari alarm *ventilator*, *infus pump*, *syringe pump*, *bedside monitor*, alat suction dan aktifitas tinggi menambah tingkat kebisingan dan mengganggu. Kebisingan terbukti mempengaruhi kemampuan pasien untuk istirahat dan tidur di ruang intensif (Elliott RM, SM McKinley, & Eager, 2010).

Menurut (Freedman NS, Kotzer N, 1999) tentang persepsi pasien ICU terhadap kualitas dan etiologi gangguan tidur menjelaskan bahwa pasien harus beradaptasi dengan cepat terhadap kebisingan di ICU dan ketidakmampuan mereka untuk mengatasi gangguan kebisingan menyebabkan mereka sering terbangun. Hal ini dikuatkan oleh penelitian (Uğraş, Oztekin, & SD., 2007) di *Neurosurgery Intensive Care Unit* (NSICU) menunjukkan bahwa pasien terpapar kebisingan yang berlebihan dan lampu terang dapat mengganggu tidur pasien.

Di Rumah sakit dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan memiliki 3 (tiga) unit ruang perawatan intensif untuk dewasa yaitu ruang ICU 1, ruang ICU 2 dan ruang ICCU dengan kapasitas 28 tempat tidur, Prevalensi jumlah pasien yang dirawat di ruang intensif Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dari bulan September sampai dengan November 2019 berjumlah 476 pasien dengan distribusi berdasarkan

penyakit yang paling banyak dirawat adalah ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrome*), *Chronic Heart failure* (CHF), *Chronic kidney disease* (CKD), *Pneumoni*, *Stroke Hemoragic*, Penyakit Jantung *coroner*, *Ketoasidosis Diabetikum* (KAD), *Hipertensi*, dan penyakit kritis lainnya.

Studi pendahuluan yang dilakukan peneliti terhadap pengalaman pasien yang dirawat di ruang intensif Rumah Sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, dari wawancara secara langsung dari 10 pasien, 5 orang mengatakan bahwa suara alarm monitor yang berbunyi terus menerus sangat mengganggu terutama saat jam tidur, 2 orang mengatakan suara perawat di *nurse station* sangat terdengar, serta kehadiran keluarga pasien berkontribusi meningkatkan kebisingan, lampu yang selalu menyala baik malam maupun siang di ruang intensif membuat mata sulit terpejam, dan suhu ruangan yang dingin membuat pasien sulit tidur, 3 pasien mengatakan tindakan perawat pada malam hari membuat dirinya terbangun dan sulit terpejam kembali, begitu pula suara troli yang didorong perawat, suara pasien sebelah yang sering mengerang, serta suara keluarga pasien terlebih ketika ada yang dalam keadaan kritis dan dibarengi dengan tindakan tenaga kesehatan, hal ini membuat pasien tidak bisa tidur karena bising, hal ini membuatnya cemas, dan sulit tidur.

Dalam studi penelitian yang dilakukan (Hatice Sutcu Cicek, RN et al., 2014) menyatakan bahwa faktor lingkungan dan pemberian terapi intervensi yang diberikan oleh perawat terhadap pasien di ICU dapat mempengaruhi kebutuhan tidur pasien, terdapat 78,6% pasien mengalami gangguan tidur. Sedangkan dalam penelitian di *Intensive Care* Brasilia oleh (Ramos, F. J., Mis, de Azevedo, & Schettino, 2014) didapatkan hasil bahwa 60% pasien yang sedang dalam menjalani masa perawatan di unit perawatan intensif melaporkan adanya gangguan tidur. Hal ini disebabkan karena dampak dari hospitalisasi sehingga berakibat pada kualitas tidur yang buruk.

Berbagai dampak dari gangguan tidur dapat diatasi secara farmakologi dan non farmakologi. Secara farmakologi penggunaan obat

sedatif seperti alprazolam yang memiliki efek hipnotis umum dengan kecenderungan peningkatan waktu total tidur namun memiliki efek samping ketergantungan obat, agitasi, kesulitan berkonsentrasi, konfusi, halusinasi, dan sebagainya (Zarcone J.R et al., 1994). Tindakan non farmakologi seperti yang dilakukan Florence Nightingale untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan penyembuhan, dia memperhatikan karakteristik lingkungan eksternal seperti pencahayaan, kebisingan dan stimulasi sensorik (Karimi, H., & Masoudi Alavi, 2015) .

Perawat berperan penting untuk dapat melakukan terapi non farmakologi dalam memberikan asuhan keperawatan melalui intervensi keperawatan. Berdasarkan hasil penelitian (Nuramalia & K Kuntarti, 2017) mengenai penerapan intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah tidur lebih dari separuh perawat (53,5%) menerapkan intervensi keperawatan dengan baik melalui kontrol lingkungan, intervensi yang paling sering dilakukan perawat adalah promosi kesehatan (61,6%) dan intervensi yang paling jarang dilakukan perawat adalah menganjurkan kudapan menjelang tidur (29,3%) dan terapi relaksasi (40,4%).

Salah satu inovasi yang bisa dilakukan perawat untuk meningkatkan kualitas tidur pasien diruang intensif sesuai dengan *evidence based* yang logis dan relevan serta tidak menimbulkan efek samping adalah penggunaan *earplugs* dan *eye mask* (Mutarobin et al., 2019) yang dapat mencegah terbangunnya saat tidur yang disebabkan gangguan eksternal yang banyak terdapat di ruang intensif.

Penggunaan *earplugs* dan *eye mask* aman digunakan serta efektif untuk meningkatkan kualitas tidur, meningkatkan produksi melatonin. Penelitian (Hu et al., 2010) diperkuat oleh (Rompael et al., 2012) memaparkan bahwa persepsi tidur pasien lebih baik selama menggunakan *earplugs* dan *eye mask* pada pasien yang dirawat diruang intensif.

Metode penggunaan *earplugs* dan *eye mask* ini dapat meningkatkan persepsi dan kualitas tidur pada pasien yang dirawat di ruang ICU (Mashayekhi et al., 2013). *Earplugs* dan *eye mask* dapat terbukti untuk pemulihan yang lebih cepat, morbiditas yang lebih sedikit dan mengurangi biaya (Menger et al., 2018).

Berdasarkan uraian diatas, peneliti tertarik untuk membantu meningkatkan kualitas tidur pasien di ruang intensif yaitu dengan penggunaan *earplugs* dan *eye mask* dirumah sakit Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

B. Penetapan Masalah

Faktor lingkungan berupa suara yang berasal dari alarm alat – alat medis, cahaya terang yang terus menerus sepanjang hari di ruang intensif dan pemberian terapi intervensi yang diberikan oleh perawat terhadap pasien diruang intensif dapat mempengaruhi kebutuhan tidur pasien, sehingga pasien mengalami gangguan tidur. Hal ini disebabkan karena dampak dari hospitalisasi sehingga berakibat pada kualitas tidur yang buruk. Kualitas tidur sangat penting terhadap dunia kesehatan khususnya bagi pasien yang sedang dalam masa perawatan khususnya di ruang intensif. Kualitas tidur yang buruk dapat mengakibatkan penurunan kemampuan untuk berkonsentrasi, membuat keputusan dan berpartisipasi dalam melakukan aktivitas harian, serta menyebabkan terjadinya peningkatan kepekaan (*irritabilitas*).

Berdasarkan latar belakang gambaran diatas, ditetapkan permasalahan dalam penelitian ini, bagaimana “perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *earplugs* dan *eye mask* terhadap kualitas tidur pasien diruang Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *ear plugs* dan *eye mask* untuk meningkatkan kualitas tidur pasien di ruang Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Tujuan Khusus

- a. Teridentifikasi kualitas tidur pasien sebelum menggunakan *earplugs* dan *eye mask* di ruang Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan.
- b. Teridentifikasi kualitas tidur pasien setelah menggunakan *earplugs* dan *eye mask* di ruang Intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.
- c. Menganalisa perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *ear plugs* dan *eye mask* pada pasien di ruang intensif Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian tentang perbedaan kualitas tidur sebelum dan sesudah penggunaan *ear plugs* dan *eye mask* bagi pasien di ruang Intensif yang mengalami gangguan dalam kualitas tidur, selama menjalani perawatan, di harapkan dapat menjadi acuan ilmiah untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam menjalankan asuhan keperawatan berdasarkan *eviden based practice*.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Institusi Kesehatan

Sebagai perkembangan salah satu metode untuk meningkatkan kualitas tidur dalam praktik keperawatan tentang penerapan penggunaan *earplugs* dan *eye mask* dalam institusi pendidikan keperawatan.

b. Bagi Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit

Dapat diterapkan dalam bentuk SOP dalam memberikan layanan kepada pasien yang mengalami gangguan dengan penggunaan *earplugs* dan *eye mask* dilingkungan perawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

c. Bagi perawat

Menjadi bukti ilmiah sebagai bahan pertimbangan dalam tindakan non farmakologik untuk mengatasi pasien yang mengalami gangguan tidur.

E. Penelitian Terkait

Penelitian yang berkenaan dengan penggunaan *earplugs* dan *eye mask* dalam meningkatkan kualitas tidur antara lain :

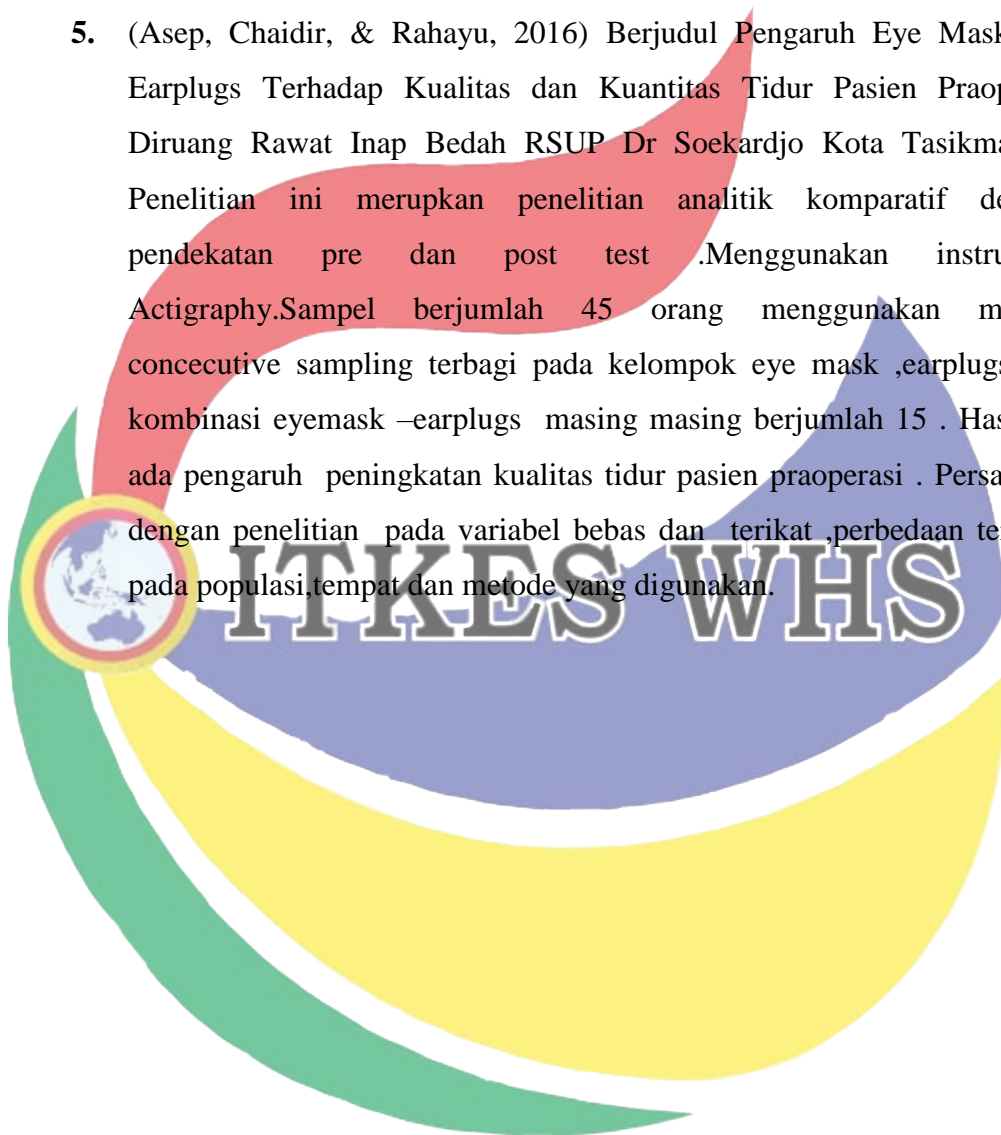
1. (Hu et al., 2010) berjudul “*Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a stimulated intensive care unit environment*”. Metode penelitian yang digunakan adalah repeated measures design. Penelitian ini dilakukan pada 14 responden di ruangan yang distimulasi seperti ICU kemudian diukur polysomnography dan sekresi hormon melatonin serta kortisol pada subjek. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa penggunaan *eye mask* dan *earplugs* mampu memperbaiki tidur serta keseimbangan hormon pada responden pasien ICU yang terpapar suasana lingkungan yang bising dan pencahayaan yang buruk. Persamaan dari penelitian ini dilakukan oleh penulis yaitu pada variabel bebasnya yaitu penggunaan *eye mask* dan *earplugs*. Letak perbedaannya yaitu pada tempat, populasi dan sampel, metode penelitian, serta variabel terikatnya.
2. (Le Guen et al., 2014) berjudul “*Earplugs and eye mask vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit: a randomized study*”. Metode penelitian melibatkan 46 responden pasien *eye mask* dan *earplugs* saat malam pertama postoperasi. Kepada responden tersebut kemudian dilakukan pengukuran kualitas tidur dengan menggunakan

Spiegel score and Medical Outcomes Study Sleep, pengkajian keperawatan, dan *Actiwatch*. Hasil penelitian menunjukkan kedua alat tersebut mampu memelihara kualitas tidur pasien secara signifikan. Persamaan penelitian Le Guen dengan milik peneliti yaitu pada variabel terikat dan variabel bebasnya. Perbedaan penelitian ini dengan yang akan dilakukan oleh peneliti yaitu pada tempat, populasi dan sampel, serta PACU lalu secara acak pasien dipilih untuk tidur menggunakan atau tidak menggunakan metode yang digunakan.

3. (Demoule et al., 2017) berjudul “*Impact of earplugs and eyemasks on sleep in critically ill patients*”. Metode penelitian melibatkan 64 pasien ICU pasien dipilih secara acak dengan dan tanpa earplugs dan eyemasks, sejak dirawat di ICU hingga keluar kemudian diukur dengan menggunakan polisomnografi hasil kesimpulan dari penelitian ini bahwa penggunaan *earplugs dan eye mask* mengurangi waktu bangun yang lama dan meningkatkan durasi N3. Persamaan dengan peneliti yaitu pada variabel terikat dan variabel bebas perbedaannya pada tempat, populasi dan sampel serta metode yang digunakan.
4. (Mutarobin et al., 2019) berjudul “Penerapan *Evidence-Based Nursing* Pengaruh *Earplug* Dan *Eye Mask* Terhadap Kualitas Tidur Pada Pasien Di Icu”. Desain yang digunakan randomized controlled trial (RCT) crossover design. Peneliti membagi Group A dan Group B dengan simple random sampling. Jumlah sampel 24 responden. Instrumen kualitas tidur menggunakan Richard Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ). 24 responden yang terbagi menjadi Group A (n= 12) dan Group B (n= 12) pada 7–9 Mei 2018 di Ruang Intensive Medical dan Surgical Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita (RSJPDHK) Jakarta. Group A untuk malam pertama diberikan intervensi penggunaan *earplug dan eye mask* mulai pukul 21.00–06.00 WIB, kemudian malam kedua tidak diberikan perlakuan (*routine environment*). Sedangkan Group B untuk malam pertama tidak diberikan intervensi dan malam kedua diberikan intervensi penggunaan earplug dan eye mask mulai pukul

21.00–06.00 WIB. Hasilnya ada peningkatan kualitas tidur setelah penggunaan earplug dan eye mask. Persamaan dengan penelitian pada variabel bebas dan variabel terikat, perbedaan terletak pada metode, populasi, serta tempat dan cara pengambilan sample yang digunakan.

5. (Asep, Chaidir, & Rahayu, 2016) Berjudul Pengaruh Eye Mask dan Earplugs Terhadap Kualitas dan Kuantitas Tidur Pasien Praoperasi Diruang Rawat Inap Bedah RSUP Dr Soekardjo Kota Tasikmalaya. Penelitian ini merupakan penelitian analitik komparatif dengan pendekatan pre dan post test. Menggunakan instrument Actigraphy. Sampel berjumlah 45 orang menggunakan metode consecutive sampling terbagi pada kelompok eye mask, earplugs dan kombinasi eyemask –earplugs masing masing berjumlah 15. Hasilnya ada pengaruh peningkatan kualitas tidur pasien praoperasi. Persamaan dengan penelitian pada variabel bebas dan terikat, perbedaan terletak pada populasi, tempat dan metode yang digunakan.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Ruang Intensif (ICU)

a. Pengertian

Ruang *intensive* atau lebih dikenal dengan *Intensive Care Unit* (ICU) adalah salah satu ruangan di rumah sakit yang di dalamnya terdapat staf atau perawat dan peralatan khusus yang digunakan untuk pasien yang sifatnya *reversible*, gawat darurat dan membutuhkan penanganan serta pengawasan yang rutin (Kepmenkes RI 1778/MENKES/SK/XII/, 2010).

Menurut (Kepmenkes RI 1778/MENKES/SK/XII/, 2010) tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah Sakit pengertian dari *Intensive Care Unit* (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi di bawah direktur pelayanan), dengan staf khusus dan perlengkapan khusus ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia yang diharapkan masih *reversible*.

b. Klasifikasi Pelayanan ICU

Penyelenggaraan pelayanan ICU di rumah sakit harus berpedoman pada (Kepmenkes RI 1778/MENKES/SK/XII/, 2010) tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit. Klasifikasi pelayanan ICU dapat dibedakan menjadi :

1) Pelayanan ICU Primer

Pelayanan ICU primer mampu memberikan pengelolaan resusitatif segera untuk pasien sakit gawat, tunjangan kardio-respirasi jangka pendek, dan mempunyai peran penting dalam pemantauan dan pencegahan penyulit pada pasien medik dan bedah

yang beresiko dalam ICU dilakukan ventilasi mekanik dan pemantauan kardiovaskuler sederhana dalam beberapa jam.

2) Pelayanan ICU Sekunder

Pelayanan ICU sekunder memberikan standar ICU umum yang tinggi, yang mendukung peran rumah sakit yang lain yang telah digariskan, misalnya kedokteran umum, bedah, pengelola trauma, bedah saraf, bedah vaskuler, dll. ICU hendaknya mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanis lebih lama melakukan dukungan atau bantuan hidup lain tetapi tidak terlalu kompleks.

3) Pelayanan ICU Tersier

Pelayanan ICU tersier merupakan rujukan tertinggi untuk ICU. Memberikan pelayanan yang tertinggi termasuk dukungan atau bantuan hidup multisistem yang kompleks dalam jangka waktu yang terbatas. ICU ini melakukan ventilasi mekanis pelayanan dukungan atau bantuan renal ekstrakorporal dan pemantauan kardiovaskuler invasif dalam jangka waktu yang terbatas dan mempunyai dukungan pelayanan penunjang medik. Semua pasien yang masuk ke dalam unit harus dirujuk untuk dikelola oleh spesialis *intensive care*.

c. Kriteria Masuk Ruang ICU

1) Prioritas 1

Kelompok ini pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan perawatan intensif dengan bantuan alat-alat ventilasi, monitoring dan obat-obatan vasoaktif kontinyu, obat anti aritmia kontinyu, pengobatan kontinyu tertitrasi dan lain-lain.

2) Prioritas 2

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih di ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan *pulmonary arterial catheter*. Contoh pasien seperti ini antara lain mereka

menderita penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan mayor.

3) Prioritas 3

Pasien golongan ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan/atau manfaat terapi di ICU pada golongan ini sangat kecil. Contoh pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, *pericardial tamponade*, sumbatan jalan napas, atau pasien penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pengelolaan pada pasien golongan ini hanya untuk mengawasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru.

d. Sarana Prasarana di Ruang ICU

1) Lokasi

Dianjurkan satu kompleks dengan kamar bedah dan kamar pulih berdekatan atau mempunyai akses yang mudah ke unit gawat darurat, laboratorium dan radiologi .

2) Desain

Ruangan ICU dibagi menjadi beberapa ruang area :

a) Area Pasien

Unit Terbuka 12-16 m²/ pertempat tidur, memiliki 1 tempat cuci tangan disetiap 2 tempat tidur.

Unit tertutup 16-20 m² / pertempat tidur, memiliki 1 tempat cuci tangan di setiap 1 tempat tidur.

Jarak antar tempat tidur: 2 m²

Pencahayaan cukup dan adekuat untuk observasi kinis dengan lampu TL day light 10 watt/m. Jendela dan akses tempat tidur menjamin kenyamanan pasien dan personil. Desain unit juga memperhatikan privasi pasien.

b) Area Kerja meliputi

Ruang yang cukup untuk staf dan dapat menjaga kontak visual perawat dengan pasien.

Ruang yang cukup untuk memonitor pasien, peralatan resusitasi dan penyimpanan obat dan alat (termasuk lemari pendingin).

Ruang yang cukup untuk mesin *X-Ray mobile* dan dilengkapi dengan *viewer*.

Ruang untuk telepon dan system komunikasi lain, komputer, dan koleksi data, juga tempat untuk penyimpanan alat tulis dan terdapat ruang yang cukup *resepsionis* dan petugas administrasi.

c) Lingkungan

Mempunyai pendingin ruangan/ AC yang dapat mengontrol suhu dan kelembaban sesuai dengan luas ruangan. Suhu 22-25 °C kelembaban 50 – 70 %.

d) Ruang Isolasi

Dilengkapi dengan tempat cuci tangan dan tempat ganti pakaian sendiri.

e) Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih

Untuk menyimpan monitor, ventilasi mekanik, pompa infus, syringe, peralatan dialysis, alat-alat sekali pakai, cairan, penggantung infus, troli, penghangat darah, alat isap, linen, dan tempat penyimpanan barang dan alat bersih.

f) Ruang Tempat Pembuangan Alat Bahan Kotor

Ruang untuk membersihkan alat-alat, didesain untuk mencegah infeksi.

g) Ruang Perawat

h) Ruang Staf Dokter

i) Ruang Tunggu Keluarga Pasien

j) Laboratorium.

3) Peralatan

Peralatan Dasar yang terdapat di ruang intensif meliputi :

- a) Ventilasi mekanik
- b) Alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan napas
- c) Alat hisap
- d) Peralatan akses vaskuler
- e) Peralatan monitor infasif dan non infasif
- f) Defibrilator dan alat pacu jantung
- g) Alat pengatur suhu pasien
- h) Peralatan Drain thorak
- i) Pompa infus dan syringe
- j) Peralatan portable untuk transportasi
- k) Tempat tidur pasien
- l) Lampu untuk tindakan

2. Konsep Kualitas Tidur

a. Pengertian tidur

Tidur merupakan proses fisiologis yang bersiklus bergantian dengan periode yang lebih lama dari keterjagaan (Potter & Perry, 2013). Tidur merupakan kondisi tidak sadar di mana individu dapat dibangunkan oleh stimulus atau sensoris yang sesuai, 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 respon terhadap rangsangan dari luar (Hidayat, 2006).

b. Fisiologi Tidur

Aktivitas tidur diatur dan dikontrol oleh dua sistem pada batang otak, yaitu *Reticular Activating System (RAS)* dan *Bulbar Synchronizing*

Region (BSR). RAS merupakan sistem yang mengatur seluruh tingkatan kegiatan susunan saraf pusat termasuk kewaspadaan dan tidur. RAS ini terletak dalam mesencefalon dan bagian atas pons. Selain itu RAS dapat memberi 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 *norepinephrine*. Demikian juga pada saat tidur, disebabkan adanya pelepasan serum serotonin dari sel khusus yang berada di pons dan batang otak tengah, yaitu BSR

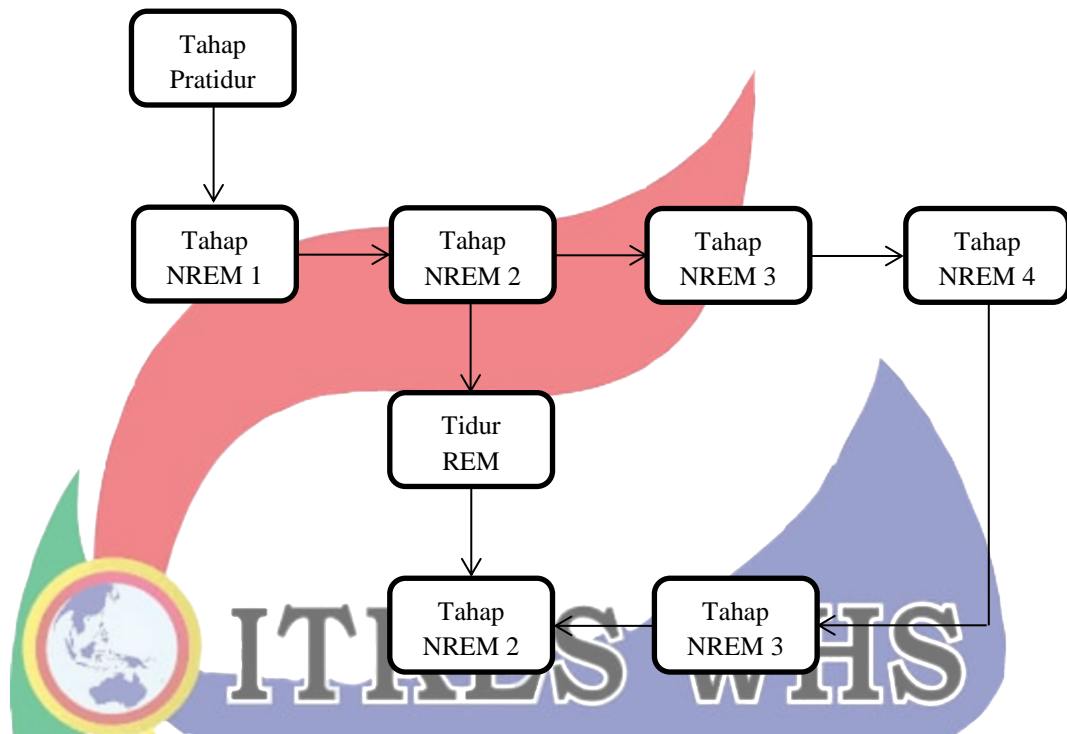
c. Siklus Tidur

Secara normal, pada orang dewasa, pola tidur rutin dimulai dengan periode sebelum tidur, selama seseorang terjaga hanya pada rasa kantuk yang bertahap berkembang secara teratur. Periode ini secara normal berakhir 10 hingga 30 menit tetapi untuk seorang yang memiliki kesulitan untuk tidur akan berlangsung satu jam atau lebih (Potter, A, & Perry, 2013).

Siklus tidur NREM-REM akan berlangsung selama 90 menit dan setiap siklus tersebut akan diulang 3 hingga 6 kali setiap malam. Waktu antara permulaan tidur dan akhir dari siklus tidur pertama dari REM disebut sebagai siklus tidur pertama. Selanjutnya setiap siklus akan diawali dengan tidur NREM dan diakhiri dengan tidur REM (Hirshkowitz et al., 2015).

Individu tidak selalu berada dalam tahap tidur REM sepanjang malam, melainkan terdapat siklus antara tahap NREM dan REM sepanjang malam. Tidur NREM sekitar 75 sampai 80 persen dari total waktu yang dihabiskan dalam tidur dan tidur REM sisanya, sekitar 20 sampai 25 persen. Panjang rata-rata dari siklus.

Tidur NREM-REM pertama adalah 70 sampai 100 menit. Siklus yang kedua dan selanjutnya, sekitar 90 sampai 120 menit (Colten & Altevogt, 2006).



Skema 2.1 Tahap-Tahap Siklus Tidur Orang Dewasa (Potter, A, & Perry, 2013)

Tahap 1 NREM merupakan tahap awal dari mengantuk atau tahap transisi dari bangun ke keadaan mengantuk dan akan terjadi pengurangan aktivitas fisiologis yang dimulai dengan penurunan secara bertahap tanda-tanda vital, gelombang otak, aktivitas otot, dan metabolisme, dimana pada tahap ini individu dapat tersentak apabila mendapatkan sensasi (Hirshkowitz et al., 2015). Tahap ini biasanya berlangsung 1 sampai 7 menit dalam siklus awal, yang merupakan 2 sampai 5 persen dari total tidur dan mudah terganggu oleh kebisingan (Colten & Altevogt, 2006).

NREM tahap 2 merupakan periode tidur sebentar dengan gerakan mata berhenti dan terdapat kemajuan relaksasi dimana

gelombang otak menjadi lebih lamban dan terjadi sesekali ledakan gelombang cepat serta terjadi penurunan frekuensi jantung dan suhu tubuh (Hirshkowitz et al., 2015). NREM tahap 2 berlangsung sekitar 10 sampai 25 menit dalam siklus awal dan merupakan 45 sampai 55% dari total episode tidur, dimana dalam tahap ini akan terjadi konsolidasi memori. Untuk membangunkan individu dalam tidur tahap 2 dibutuhkan rangsangan yang lebih intens daripada tidur di tahap 1. (Colten & Altevogt, 2006).

NREM tahap 3 disebut sebagai tidur gelombang lambat merupakan tahapan awal tidur yang dalam dimana individu yang tidur akan sulit dibangunkan dan jarang bergerak, dimana otot-otot dalam keadaan santai penuh dan tidak bergerak, tekanan darah menurun, pernafasan melambat, suhu lebih turun. Individu akan mengalami pening dan disorientasi dalam beberapa saat ketika dibangunkan pada tahap ini (Hirshkowitz et al., 2015). Tahap 3 berlangsung hanya beberapa menit dan merupakan sekitar 3 sampai 8 persen dari tidur (Colten & Altevogt, 2006).

NREM tahap 4 merupakan tahapan tidur terdalam, dimana individu yang tidur akan sangat sulit untuk dibangunkan dan akan berakhir 15-30 menit (Potter, A., & Perry, 2013). Tahap terakhir adalah tahap NREM 4 berlangsung sekitar 20 sampai 40 menit pada siklus pertama dan tahapan ini mencapai 10 sampai 15 persen dari tidur. Tahapan 4 ini merupakan tahap ambang batas tertinggi untuk semua tahap NREM (Colten & Altevogt, 2006).

Tahapan tidur REM merupakan periode aktif dari aktivitas otak, dimana pada tahap ini gelombang otak lebih cepat dan desinkronisasi (sama seperti gelombang otak saat terjaga), pernafasan lebih cepat, irregular, dangkal, frekuensi jantung dan tekanan darah meningkat, dan individu yang telah mencapai tidur tahapan REM akan merasakan mimpi yang penuh warna, tampak hidup dan akan sangat sulit sekali untuk dibangunkan (Hirshkowitz et al., 2015). Tahapan ini

biasanya mulai sekitar 90 menit dan durasi dari tidur REM meningkat pada tiap siklus dan rata-rata 20 menit (Colten & Altevogt, 2006).

d. Perubahan Fisiologi Tidur

Terdapat perubahan pada sistem tubuh selama tidur. Umumnya, perubahan tersebut akan ditoleransi dengan baik oleh individu yang sehat, tetapi terkadang menyebabkan kerapuhan pada individu dengan penyakit tertentu misalnya individu dengan penyakit kardiovaskular (Colten & Altevogt, 2006).

Perubahan tekanan darah dan denyut jantung terjadi saat tidur dan terutama ditentukan oleh sistem saraf otonom aktivitas. Pada tahap NREM frekuensi jantung dan tekanan darah akan menurun, sebaliknya pada tahap REM akan terjadi peningkatan hingga 30% dibandingkan pada tahap NREM (Potter, A, & Perry, 2013).

Aktivitas saraf simpatis menurun seiring dengan terjadinya tidur NREM yang dalam, namun terkadang terjadi ledakan aktivitas saraf simpatis selama tidur NREM karena peningkatan singkat dalam tekanan darah dan frekuensi jantung. Pada tahap REM akan terjadi peningkatan aktivitas nervus simpatis dibandingkan ketika terjaga (Colten & Altevogt, 2006).

Perubahan ventilasi dan aliran pernapasan terjadi saat tidur dan menjadi semakin cepat dan lebih tidak menentu, khususnya selama tidur REM. Pada tahap tidur REM terjadi hipoventilasi (ventilasi yang kurang di paru-paru yang mengakibatkan penurunan oksigen atau peningkatan kadar karbon dioksida dari darah atau keduanya) dan hal ini juga terjadi saat tidur NREM (Hirshkowitz et al., 2015). Tidur NREM dikaitkan dengan penurunan yang signifikan dalam aliran darah dan metabolisme, sedangkan aliran darah total dan metabolisme ketika tidur REM adalah sebanding ketika individu terjaga. Namun, metabolisme dan aliran darah akan meningkat di daerah otak tertentu selama tidur REM dibandingkan dengan ketika individu terjaga

(Colten & Altevogt, 2006).

Penurunan ekskresi natrium, kalium, klorida, dan kalsium terjadi saat tidur yang memungkinkan untuk lebih terkonsentrasi dan mengurangi aliran urin. Perubahan-perubahan yang terjadi selama tidur dalam fungsi ginjal secara kompleks dan termasuk perubahan dalam aliran darah ginjal, filtrasi glomerulus, sekresi hormon, dan stimulasi saraf simpatis (Colten & Altevogt, 2006).

Sistem endokrin akan memberikan respon kompleks terhadap tidur dan beberapa hormone akan meningkat selama tidur, sementara yang lain akan menurun selama tidur seperti hormone kortisol (Hirshkowitz et al., 2015). Hormon melatonin merupakan hormone yang berperan langsung terhadap tidur yaitu dengan menginduksi kantuk dan dipengaruhi oleh siklus terang-gelap dan akan ditekan oleh cahaya (Colten & Altevogt, 2006).

Tidur melibatkan suatu urutan keadaan fisiologi yang dipertahankan oleh integrasi tinggi aktivitas sistem saraf pusat yang berhubungan dengan perubahan dalam sistem kardiovaskular, pernapasan dan muscular (Potter, A, & Perry, 2013). Proses tidur diatur oleh neuron yang menurunkan fungsi sistem, sehingga memungkinkan untuk jatuh tertidur. Banyak dari neuron ini ditemukan di daerah preoptic dari hipotalamus. Neuron ini, mengandung molekul yang menghambat komunikasi neuronal, matikan sistem saat tidur. Hilangnya sel-sel saraf ini menyebabkan insomnia (Colten & Altevogt, 2006).

Masukan dari daerah lain dari otak juga sangat mempengaruhi sistem tidur. Ini termasuk masukan dari bawah brainstem bahwa informasi estafet tentang keadaan tubuh (misalnya, perut penuh sangat kondusif untuk membuat kondisi jatuh tertidur), serta dari emosional dan kognitif daerah otak depan. Selain itu, ada masukan dari sistem sirkadian yang memungkinkan sistem untuk menyinkronkan dengan

siklus siang-malam eksternal, tetapi juga untuk menimpa siklus ini ketika diharuskan oleh kebutuhan lingkungan. Tidur yang menghasilkan sistem juga termasuk neuron di pons yang sewaktu-waktu dapat beralih dari NREM ke tidur REM selama satu malam. Neuron ini mengirim output ke batang otak dan sumsum tulang belakang menyebabkan otot relaks dan aktivitas otonom tidak teratur yang juga menjadi ciri tidur REM. Output lainnya dikirim ke otak depan, termasuk aktivasi dari jalur kolinergik ke talamus untuk mengaktifkan EEG (Colten & Altevogt, 2006).

Sistem aktivasi retikular (SAR) berlokasi pada batang otak teratas. Sistem ini terdiri dari sel khusus untuk mempertahankan kewaspadaan dan terjaga. Sistem ini akan menerima stimulus sensori visual, auditori, nyeri dan taktil. Aktivitas konteks serebral akan mempengaruhi sistem ini (Hirshkowitz et al., 2015). Saat terbangun merupakan hasil dari neuron sistem ini yang akan mengeluarkan ketokolamin seperti norepineprin. Tidur dapat dihasilkan dari pengeluaran serotonin dari sel tertentu dalam sistem tidur pada pons dan otak depan bagian tengah, dimana daerah ini disebut dengan daerah sinkronisasi bulbar. Individu terjaga atau tetap tidur tergantung dari keseimbangan impuls yang diterima dari pusat yang lebih tinggi (mis: pikiran), reseptor sensori perifer (mis: bunyi atau cahaya), sistem limbik (mis: emosi). Ketika individu mencoba untuk tidur, maka individu akan menutup mata dan berada pada posisi relaks. Stimulus SAR akan menurun. Jika ruangan gelap dan tenang, maka aktivasi SAR selanjutnya akan menurun dan daerah bulbar akan mengambil alih dan menyebabkan tidur (Potter, A, & Perry, 2013).

e. Fungsi Tidur

Tidur dipercaya berkontribusi pemulihan fisiologis dan psikologis. Menurut teori, tidur adalah waktu perbaikan dan persiapan untuk periode terjaga berikutnya. Tidur yang nyenyak bermanfaat

dalam memelihara fungsi jantung. Tidur diperlukan untuk memperbaiki proses biologis secara rutin. Selama tidur gelombang rendah yang dalam (NREM 4), tubuh melepaskan hormon pertumbuhan manusia untuk memperbaiki dan memperbaharui sel epitel dan khusus seperti sel otak (Potter, A, & Perry, 2013).

Tubuh akan menyimpan energi selama tidur. Otot skeletal akan berelaksasi secara progresif dan tidak adanya kontraksi otot menyimpan energi kimia untuk proses seluler. Penurunan laju metabolik basal lebih jauh menyimpan persediaan energi tubuh. Tidur REM penting untuk pemulihan kognitif. Tidur REM dihubungkan dengan perubahan dalam aliran darah serebral, peningkatan aktivitas kortikal, peningkatan konsumsi oksigen dan pelepasan epinefrin. Hubungan ini dapat membantu penyimpanan memori dan pembelajaran. Selama tidur, otak menyaring informasi yang disimpan tentang aktivitas hari tersebut (Hirshkowitz et al., 2015).

Kegunaan tidur pada perilaku sering kali tidak diketahui sampai seorang mengalami suatu masalah akibat deprivasi tidur. Kurangnya tidur REM dapat mengarah pada perasaan bingung dan curiga. Berbagai fungsi tubuh (mis: penampilan motorik, memori dan keseimbangan) dapat berubah ketika terjadi kehilangan tidur yang memanjang (Potter, A, & Perry, 2013).

f. Kualitas Tidur

Kualitas tidur merupakan kemampuan individu untuk mempertahankan tidur selama periode tidur untuk mendapatkan jumlah tidur NREM dan tidur REM yang pas (Kozier, E. and Breman, 2004). (Buysse, Reynolds, Monk, Berman, & Kupfer, 1989) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa kualitas tidur merupakan konsep klinis yang penting untuk dua alasan besar yaitu masalah kualitas tidur merupakan masalah yang bersifat umum dan kualitas tidur yang

rendah dapat menjadi gejala yang penting dari banyak tidur ataupun gangguan medis.

g. Pengukuran Kualitas Tidur

Penilaian kualitas tidur dapat dilakukan subjektif dari kualitas tidur penting dalam pengaturan klinis dan dapat membantu menentukan apakah perlu dilakukan skrining lebih lanjut dan/ atau diperlukannya dengan penilaian subjektif dan objektif (, Blackwelk, SA, JL, JA, & Hillier TA, 2006). Pengukuran secara subyektif kualitas tidur penting dalam pengaturan klinis dan dapat membantu menentukan apakah diperlukan skrining lebih lanjut untuk keluhan keluhan tidur (O'Donnell, 2009). Ia menjelaskan bahwa beberapa pengukuran kualitas tidur telah dikembangkan untuk membantu dokter dan dibuat dalam bentuk kuesioner yang berfokus pada penilaian subjektif dari durasi tidur, latensi tidur, bangun pada malam hari, dan faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi kualitas tidur dan faktor lain seperti kondisi komorbiditas dan obat-obatan. Selain dari pengukuran subjektif, ia juga menjelaskan tentang pengukuran secara objektif dimana pengukuran kualitas tidur objektif tidak hanya mengukur jumlah total durasi tidur, tetapi juga dari melihat arsitektur tidur (jumlah tahapan tidur yang berbeda di setiap episode tidur), jumlah dari bangun selama episode tidur, dan frekuensi dan durasi terbangun di sepanjang malam. Arsitektur tidur (jumlah tahapan tidur yang berbeda di setiap episode tidur) jumlah dari bangun selama episode tidur dan frekuensi dan durasi terbangun di sepanjang malam.

1. Pengukuran Subjektif

Beberapa skala telah diciptakan untuk mengukur persepsi subjektif tidur dimana skala tidur subjektif penting karena mereka sering menjadi titik pertama pengukuran dalam diagnosis gangguan tidur (Kita, 2013). Ia juga menuliskan dalam penelitiannya bahwa banyak kuesioner yang dikembangkan untuk mengukur kualitas tidur secara subjektif dan penggunaan kuesioner

tersebut sesuai dengan kebutuhan masing-masing.

Richards-Campbell Sleep Questionnaire (RCSQ-C) pengukuran untuk menilai kualitas tidur pasien kritis di ruang intensif, terdiri dari lima skala analog visual dirancang untuk mengevaluasi persepsi kedalaman tidur, latensi onset tidur, jumlah bangun, waktu yang dihabiskan untuk bangun dan kualitas tidur secara keseluruhan (Chen et al., 2018). Untuk setiap item responden diberi skala analog visual dan diminta untuk menempatkan tanda pada garis yang menunjukkan di mana pengalaman mereka misalnya sejauh mana mereka menerima tidur nyenyak atau tidur yang buruk, dengan menggunakan garis skala memanjang antara 0 hingga 100 mm skor dihitung dengan mengukur dimana respon jatuh pada setiap garis. Skor total diperoleh dengan menjumlahkan setiap skor dari 0- 100 dan membagi total dengan lima. Skor yang lebih rendah menunjukkan kualitas tidur yang lebih buruk (Chen et al., 2018).

2. Pengukuran Objektif

a) *Polysomnography* (PSG)

Merupakan teknik yang banyak digunakan di rumah sakit untuk memantau siklus tidur klien. Metode ini juga dikenal sebagai penilaian tidur dan telah menjadi standar emas dalam studi tidur (Wei Zhao, Wang, & Xinxi Wang, 2010). Ia menjelaskan bahwa pada individu yang tidur ada tiga sinyal fisiologis yang harus dipantau yaitu *Electroencephalography* (EEG), *Electro Oculo Graphy* (EOG), dan *Electro Myo Graphy* (EMG), dimana berdasarkan hasil analisisnya maka terdapat beberapa tahapan pada manusia yaitu terjaga, NREM 1, NREM 2, NREM 3, NREM 4, REM. Ketiga sinyal fisiologis yang harus dipantau tersebut terdapat pada PSG dengan menggunakan sembilan sensor. PSG dapat dilakukan dalam

laboratorium tidur ataupun rawat jalan yang dapat digunakan di rumah. PSG rawat jalan memiliki nilai lebih karena dapat menyediakan lingkungan yang lebih naturalistik dan juga lebih nyaman karena seseorang tidak harus meninggalkan rumah mereka (Kita, 2013). Meskipun PSG memberikan informasi yang paling komprehensif tentang tidur, juga sangat memakan waktu, mahal, menuntut sumber daya yang tinggi dan sulit untuk digunakan (Van de Water AT, Holmes A, 2011) oleh karena itu PSG tidak selalu praktis.

b) Actigraphy

Merupakan alat ukur biasanya berbentuk jam kecil yang dikenakan di sekitar pergelangan tangan atau lengan atas, dan memantau siklus tidur-bangun. Hal ini umumnya digunakan dalam penelitian karena merupakan alternatif yang lebih murah dibandingkan PSG, efektif untuk diagnosis gangguan irama sirkadian, untuk menilai pola tidur penderita insomnia dan untuk mempelajari efek pengobatan yang dirancang untuk meningkatkan tidur (Kita, 2013). Ia juga menjelaskan bahwa *actigraphy* ini sering digunakan pada populasi dimana PSG sulit untuk dilakukan seperti pada anak-anak ataupun orang tua dan alat ini juga dapat dipakai secara terus-menerus sehingga dapat memberikan informasi tentang variasi tidur dan pola tidur dari waktu ke waktu. Populasi akan diperintahkan untuk mengenakan actigraph terpasang erat di sekitar pergelangan tangan yang tidak dominan mereka, dan itu hanya dilepas ketika mandi atau selama berolahraga di air. Actigraph ini mirip dengan jam tangan baik dalam hal ukuran ataupun beratnya. Parameter yang dianalisis oleh actigraphy ini adalah total waktu tidur yang mencakup efisiensi tidur, bangun setelah mulai tertidur, lama episode terbangun (, Blackwelk et al., 2006).

h. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kualitas tidur Pasien di ruang Intensif

Berdasarkan hasil penelitian (Pusparini et al., 2014) ada empat faktor yang mempengaruhi kualitas tidur pada pasien diruang rawat intensif yaitu :

1. Faktor Pasien

Kondisi fisik dan psikologi mempengaruhi tidur. (Le Guen et al., 2014) menyimpulkan hasil penelitiannya bahwa rasa tidak nyaman merupakan salah satu factor penyebab gangguan tidur dimana seseorang merasa gelisah dan sulit untuk dapat tidur nyenyak. Rasa tidak nyaman dapat berupa nyeri, demam, perasaan sesak dan kelelahan fisik yang berat.

Manifestasi klinis yang sering ditemukan pada pasien ruang perawatan jantung intensif adalah sesak atau *dyspnea*, nyeri yang khas berhubungan dengan kondisi iskemia otot jantung ataupun nyeri post tindakan intervensi kardiologi serta kelelahan yang diakibatkan karena ketidakmampuan jantung untuk memenuhi kebutuhan oksigen jaringan, sehingga tubuh melakukan kompensasi dengan meningkatkan *heart rate* (HR) dan *respirartor rate* (RR), kesulitan untuk tidur dan orang pilek akan mengalami masalah pernapasan sehingga sulit untuk tidur (Kozier, E. and Breman, 2004) Kelelahan dapat mempengaruhi pola tidur seseorang. Semakin letih seseorang, semakin pendek periode tidur REM (paradoksikal) pertama. Saat seseorang beristirahat, periode REM menjadi lebih panjang (Kozier, E. and Breman, 2004).

Nyeri dan perasaan tidak nyaman membatasi kedalaman tidur dan sering menyebabkan periode terjaga dari tidurnya. Nyeri terjadi karena adanya rangsangan dan reseptor (nosiseptor). Nosiseptor merupakan ujung-ujung saraf bebas yang memiliki sedikit atau bahkan tidak memiliki myelin. Nyeri pada pasien di ruang perawatan intensif berhubungan dengan nyeri dada akibat

proses penyakit pada jantung dan nyeri post tindakan intervensi koroner maupun pembedahan.

Hubungan antara nyeri dan kualitas tidur sangat kompleks. Menurut (Kozier, E. and Breman, 2004), nyeri dapat menimbulkan penurunan kapasitas vital paru, FRC dan timbulnya hipoksemia sehingga tubuh melakukan kompensasi dengan meningkatkan frekuensi nafas untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh. Napas pendek ini dapat mengganggu tidur, pemberian terapi farmakologi (nitart, beta bloker, ACE inhibitor dan antiplatelet) dapat meningkatkan aliran darah koroner, mengurangi beban jantung dan mengurangi konsumsi oksigen.

(Morton, 2012) mengungkapkan bahwa pasien-pasien yang mengalami keadaan kritis tidak hanya mengalami masalah dalam fisiologinya, tetapi juga psikososialnya, perkembangan dan proses spiritualnya. Sumber kecemasan pada pasien ruang intensif dapat berupa penyakit yang diderita, perasaan kesepian, rasa takut mengenai ajal, lingkungan asing (Morton, 2012).

Cemas dan depresi dapat mengganggu tidur. Cemas meningkatkan sekresi norepinephrin yang akan menstimulasi system saraf sehingga dapat mengakibatkan tidur NREM tahap IV dan tidur REM menjadi lebih sedikit dan lebih sering terbangun (Kozier, E. and Breman, 2004)

2. Faktor Lingkungan

(Bihari et al., 2012) membagi dua faktor yang mempengaruhi tidur pada pasien di ruang intensif yaitu faktor lingkungan dan faktor non lingkungan. Faktor lingkungan dalam penelitiannya terdiri dari suara, cahaya, intervensi keperawatan, pemeriksaan diagnostik, pengukuran tanda-tanda vital, flebotomi, pemberian obat-obatan, alarm *bedside* monitor, pulse oximetry, suara berbicara, alarm infus pump, nebulizer, suara telepon petugas dan alarm ventilator. Sedangkan yang termasuk dalam faktor non

lingkungan adalah karakteristik pasien, nyeri dan obat yang digunakan oleh pasien selama dirawat, terutama obat-obatan yang mempengaruhi kualitas tidur. Hasil penelitian menunjukkan bahwa suara adalah dimensi lingkungan yang paling mengganggu kualitas tidur pasien diruang intensif.

3. Faktor Intervensi Keperawatan pada shift malam

Intervensi Keperawatan pada shift malam di duga telah banyak mempengaruhi kualitas tidur pasien. Interupsi tidur pada tahap tertentu akan membuat pasien yang terjaga memulai kembali tidur dari tahap awal. Menurut (Bihari et al., 2012) intervensi keperawatan merupakan aktivitas perawat paling banyak mengganggu kualitas tidur. Pada pasien *endotracheal tube* (ETT) prosedur keperawatan yang paling banyak mengganggu adalah *tracheal suctioning* (Hofhuis et al., 2008).

4. Faktor Medikasi

Ada obat-obatan yang dapat mempengaruhi kualitas tidur pasien seperti pasien kardiovaskuler yaitu golongan beta bloker yang sering digunakan dalam penatalaksanaan tekanan darah tinggi dan gagal jantung kongestif berefek mengurangi fase REM, tidur gelombang lambat serta meningkatkan tidur di siang hari. Golongan antidepresan dapat mengurangi tidur pada fase REM dan dapat menyebabkan gangguan tidur dalam jangka panjang. Antidepresan golongan SSRIs dapat menimbulkan insomnia. Golongan Hipnotik dapat mempengaruhi tahap III dan IV tidur NREM dan menekan tidur REM. Golongan narkotik juga dapat menekan tidur REM dan menyebabkan sering terbangun dan menyebabkan rasa kantuk. Obat penenang mempengaruhi tidur REM. Amfetamin dan antidepresan menurunkan tidur REM secara tidak normal.

i. Kualitas Tidur Pasien ICU

Pengalaman pasien selama perawatan di ruang intensif meliputi pengalaman positif dan negatif. Pengalaman positif yang dirasakan oleh pasien adalah rasa aman dan dilindungi. Pengalaman negatif yang dirasakan oleh pasien timbul dari masalah yang sering dialami oleh pasien yang dirawat di ruang intensif yaitu rasa takut, kecemasan, gangguan kognitif, dan perasaan tidak nyaman seperti nyeri, cemas dan gangguan tidur (Stein-Parbury J & McKinley, 2000).

Kualitas tidur adalah kemampuan seseorang untuk tetap tertidur dan untuk mendapatkan jumlah tidur REM dan NREM yang tepat. Kualitas tidur yang baik dapat memberikan perasaan tenang di pagi hari, perasaan energik, dan tidak mengeluh gangguan tidur (Bare & Smeltzer, 2002). Pada pasien hospitalisasi, terutama di *Intensive Care Unit* (ICU), rangsangan lingkungan yang konstan seperti suara peralatan, pemantauan dan perawatan yang selalu diberikan oleh perawat, serta lampu yang menyala, dapat membingungkan klien. Stimulasi lingkungan yang berulang-ulang dan status fisik klien yang tidak baik mengantarkan klien pada risiko kurang tidur (Potter, A, & Perry, 2013).

Kualitas tidur seseorang dikatakan baik apabila tidak menunjukkan tanda-tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami masalah dalam tidurnya. Tanda-tanda kekurangan tidur dapat dibedakan menjadi tanda fisik dan tanda psikologis. Tanda-tanda fisik akibat kekurangan tidur antara lain: ekspresi wajah (area gelap di sekitar mata, bengkak di kelopak mata, konjungtiva kemerahan dan mata terlihat cekung), kantuk yang berlebihan, tidak mampu berkonsentrasi, terlihat tanda-tanda kelelahan. Sedangkan tanda-tanda psikologis antara lain: menarik diri, apatis, merasa tidak enak badan, malas, daya ingat menurun, bingung, halusinasi, ilusi penglihatan dan kemampuan mengambil keputusan menurun (Hidayat, 2006).

3. Konsep Penggunaan Earplugs

a. Pengertian

Earplugs atau penyumbat telinga Alat pelindung telinga yang terbuat dari bahan foam/ busa dan bahan karet digunakan pada bagian luar telinga untuk memblokir saluran telinga untuk membuat perlindungan pendengaran terhadap kebisingan yang ada di lingkungan sekitar kita (*APD pelindung telinga*, n.d.). Sebelumnya penggunaan alat ini sudah lama dikenal dan biasa digunakan oleh maskapai penerbangan jarak jauh dengan tujuan agar penumpang lebih nyaman untuk beristirahat selama penerbangan.(Wardhani, 2015). Untuk pasien yang dirawat di ruang intensif penggunaan diharapkan mampu mengurangi kebisingan yang biasa terjadi di ruang perawatan. Penggunaan earplus mampu mengurangi kebisingan hingga 30 db.(Fredianta Huda, Listiani, & Ginting, n.d.). *Critical Care Unit* semakin bising, rata-rata tingkat suara siang hari di rumah sakit meningkat dari 57 desibel (dB) pada tahun 1960 menjadi 72 dB. Sedangkan, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan bahwa tingkat kebisingan dalam bangsal rumah sakit tidak boleh melebihi 30 dBA pada malam hari dan 35 dB siang hari (Berglund, B., Lindvall, T., & Schwela, 1999). Sejak 1960-an, tingkat kebisingan rumah sakit naik rata-rata 0,38 dBA (siang) dan 0,42 (malam) pertahun (Vishniac, 2005). Tingkat kebisingan yang melebihi ketentuan tersebut dapat mengganggu tidur, memberikan kontribusi terhadap stress dan mengganggu komunikasi (Mackenzi et al., 2006). Tingkat kebisingan di ruang ICU menurut penelitian bekisar antara 59 sampai dengan 83 db (Laura A. Stokowski, RN, 2008).

Suara bising didefinisikan sebagai suara-suara yang tidak diinginkan secara subyektif mengganggu dan dapat menimbulkan stress fisiologis psikologis (Wenham .Tim & Pittard. Alison, 2009). Eksposur oleh suara dapat mentrigersystem saraf simpatis yang kemudian meningkatkan kerja jantung dan mempengaruhi fungsi otot-

otot pernapasan (Freedman NS, Kotzer N, 1999).

b. Tujuan

Penggunaan *earplugs* untuk meminimalisir suara-suara alarm alat medis serta suara-suara lainnya yang dapat mengganggu pasien agar bisa beristirahat dengan nyaman sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur pasien di ICU. (Achmad Reza Yasdanik, 2014)

c. Manfaat

Agar pasien dapat tidur dengan nyaman tanpa terganggu dari kebisingan yang berasal dari suara-suara lingkungan sekitar. (Achmad Reza Yasdanik, 2014).

d. Cara penggunaan

Untuk memastikan *earplugs* memberikan perlindungan maksimal, maka langkah-langkah penggunaan *earplugs* yang benar harus di perhatikan sesuai dengan modenya berdasarkan pksafeti.com.

1. *No Rool Foam*

Tarik telinga ke belakang, masukkan *earplugs* dengan baik kedalam saluran telinga hingga benar-benar menutupi saluran telinga. *Earplugs* harus dimasukkan ke dalam saluran telinga hindari mendorong *earplugs* terlalu dalam hingga ujung *earplugs* tidak terlihat saat seseorang melihat dari depan, hal ini menandakan *earplugs* sudah dipasang dengan benar.

2. *Rool Down Foam*

Gulung atau putar-putar *earplugs* sampai berukuran kecil menggunakan tangan yang bersih. Tarik telinga ke belakang dan masukkan *earplugs* dengan baik ke dalam saluran telinga. Tahan selama 30-40 detik hingga *earplugs* benar-benar menutupi saluran telinga. Bila ujung *earplugs* tidak terlihat saat seseorang melihat dari depan, hal ini menandakan *earplugs* sudah dipasang dengan benar.

3. *Multiple Use*

Sambil memegang *earplugs*, tarik telinga ke belakang. Masukkan *earplugs* dengan baik agar seluruh flensa berada tepat di dalam saluran telinga. Bila ujung *earplugs* tidak terlihat saat seseorang melihat dari depan, hal ini menandakan *earplugs* sudah dipasang dengan benar.

4. *Banded Plug*

Posisikan *banded plug* di bawah dagu. Tarik telinga ke belakang dan masukkan earpods ke dalam saluran. Lakukan cara yang sama untuk earpods lainnya. Saat berada di lingkungan dengan paparan kebisingan, tekan *banded plug* lebih dalam agar earpods menutupi penuh saluran telinga.

4. Konsep Penggunaan *Eye Mask*

Eye mask adalah penutup mata untuk melindungi mata dari pencahayaan yang terang. Penutup mata yang digunakan terbuat dari kain dan memiliki tali elastis untuk dipasangkan pada kepala pasien. Penutup mata ini dirancang untuk menghalau semua cahaya yang mungkin masuk ke mata pasien dan membuat pandangan gelap total.

Pencahayaan juga merupakan poin yang menyebabkan pasien mengalami kurangnya tidur berhubungan dengan hilangnya pola sekresi *melatonin* pada malam hari. Melatonin sebagai respon terhadap kegelapan, dan memiliki pengaruh dalam mendorong tidur serta perkembangan melalui tahapan tidur. Penghambatan produksi melatonin sebagai respon terhadap cahaya terang dapat menyebabkan kewaspadaan dan terjaga (Hu et al., 2010).

Siklus terang gelap yang normal membantu mengatur jam biologis dan memainkan peran yang penting dalam mempertahankan siklus tidur-bangun. Ruang perawatan intensif memungkinkan lampu yang terus menerus menyala sepanjang waktu, hal ini sangat mengganggu waktu istirahat terutama pada waktu malam saat jam tidur pasien (Honkus, 2003).

Untuk mengatasi ini alat penutup mata *eye mask* ini efektif dapat digunakan untuk beradaptasi mengatasi masalah pencahayaan yang dapat mengganggu tidur pasien diruang intensif.

a. Tujuan Penggunaan Eye mask, yaitu :

National Sleep Foundation AS, tujuan utama penggunaan penutup mata adalah menghalangi cahaya sehingga bisa memicu tubuh untuk menghasilkan lebih banyak melatonin.

b. Manfaat penggunaan Eye Mask

Untuk relaksasi, membuat cepat tertidur dan lelap sehingga lebih banyak waktu REM dan meningkatkan produksi melatonin.(Hu et al., 2010)

c. Cara Penggunaan Eye Mask

Eye mask terbuat dari bahan satin, katun atau busa, pastikan penutupmata bersih, untuk menghindari dari alergi, gunakan penutup mata sebelum tidur, kaitkan tali bagian belakang, pastikan tidak terlalu kencang, menutup sempurna, penggunaan kurang lebih 8 jam.

B. Teori Keperawatan Dorothea Orem

Kerangka kerja merupakan dasar dari sebuah penelitian, dimana penelitian yang berakar pada model konseptual tertentu disebut dengan kerangka konseptual (Polit & Beck, 2010). Kerangka konsep dalam penelitian ini akan Untuk penelitan ini peneliti menggunakan teori keperawatan dari Dorothea Orem. *Self-Care Deficit Theory of Nursing* yang dikembangkan oleh Dorothea Orem terdiri dari tiga teori umum yang saling berkaitan, yaitu :

1. *The Theory of Self-Care*

Konsep dasar perawatan diri (*self-care*), kemampuan perawatan diri (*self-care agency*), faktor yang mempengaruhi perawatan diri (*basic conditioning factors*) dan terapi kebutuhan perawatan diri (*therapeutic self-care demand*).

Perawatan diri (*self-care*) adalah pelaksanaan aktivitas individu yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Jika perawatan diri dapat dilakukan dengan efektif, maka dapat membantu individu dalam mengembangkan potensi dirinya (Orem, 1991).

a. Kemampuan perawatan diri (*self-care agency*)

Adalah kemampuan individu untuk terlibat dalam proses perawatan diri. Kemampuan ini berkaitan dengan faktor pengkondisian perawatan diri (*basic conditioning factor*) yang terdiri dari faktor usia, jenis kelamin, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan, kebiasaan keluarga, pola hidup, faktor lingkungan dan keadaan ekonomi.

b. Terapi kebutuhan perawatan diri (*therapeutic self-care demand*), yaitu tindakan yang dilakukan sebagai bantuan untuk memenuhi syarat perawatan diri.

Teori *self-care* tidak terlepas dari syarat perawatan diri (*self-care requisites*), yaitu aspek yang menentukan tingkat pemenuhan perawatan diri. *Self-care requisites* terdiri dari tiga kategori ;

a. *Universal self-care requisites*

Aspek universal ini berhubungan dengan proses hidup atau kebutuhan dasar manusia, yaitu :

- 1) Pemeliharaan kebutuhan udara/oksigen.
- 2) Pemeliharaan kebutuhan air.
- 3) Pemeliharaan kebutuhan makanan.
- 4) Perawatan proses eliminasi dan ekskresi.
- 5) Pemeliharaan keseimbangan aktivitas dan istirahat.
- 6) Pemeliharaan keseimbangan privasi dan interaksi social.
- 7) Pencegahan resiko yang mengancam kehidupan, kesehatan dan Kesejahteraan.
- 8) Peningkatan kesehatan dan pengembangan potensi dalam hubungan sosial.

b. *Developmental self-care requisites*

Developmental self-care requisites terbentuk oleh adanya :

- 1) Perbekalan kondisi yang meningkatkan pengembangan.
- 2) Keterlibatan dalam pengembangan diri.
- 3) Pengembangan pencegahan dari efek yang mengancam kehidupan.
- 4) Pengembangan aspek perawatan diri berhubungan dengan pola hidup individu yang dipengaruhi oleh lingkungan tempat tinggalnya.

c. *Health deviation self-care*

Perawatan diri berkaitan dengan penyimpangan kesehatan. Timbul akibat adanya gangguan kesehatan dan penyakit. Hal ini menyebabkan perubahan kemampuan individu dalam proses perawa

2. *The Theory of Self-Care Deficit*

Teori ini merupakan inti dari teori keperawatan Orem. Teori ini menggambarkan kapan keperawatan dibutuhkan. Keperawatan diperlukan ketika individu tidak mampu atau mengalami keterbatasan dalam memenuhi syarat perawatan diri yang efektif. Keperawatan diberikan jika “tingkat kemampuan perawatan diri lebih rendah dibandingkan dengan kebutuhan perawatan diri atau kemampuan perawatan diri seimbang dengan kebutuhan namun hubungan deficit dapat terjadi selanjutnya akibat penurunan kemampuan, peningkatan kualitas dan kuantitas kebutuhan atau keduanya”.

3. *The Theory of Nursing System*

Nursing system adalah bagian dari pertimbangan praktek keperawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan koordinasi untuk mencapai kebutuhan perawatan diri (*self-care demand*) pasiennya dan untuk melindungi dan mengontrol latihan/ pengembangan dari kemampuan perawatan diri pasien (*self-care agency*) (Orem, 2001).

Orem (1991) mengidentifikasi tiga klasifikasi dari sistem keperawatan berdasarkan kemampuan pasien dalam mencapai syarat pemenuhan perawatan diri :

a). *Compensatory System*

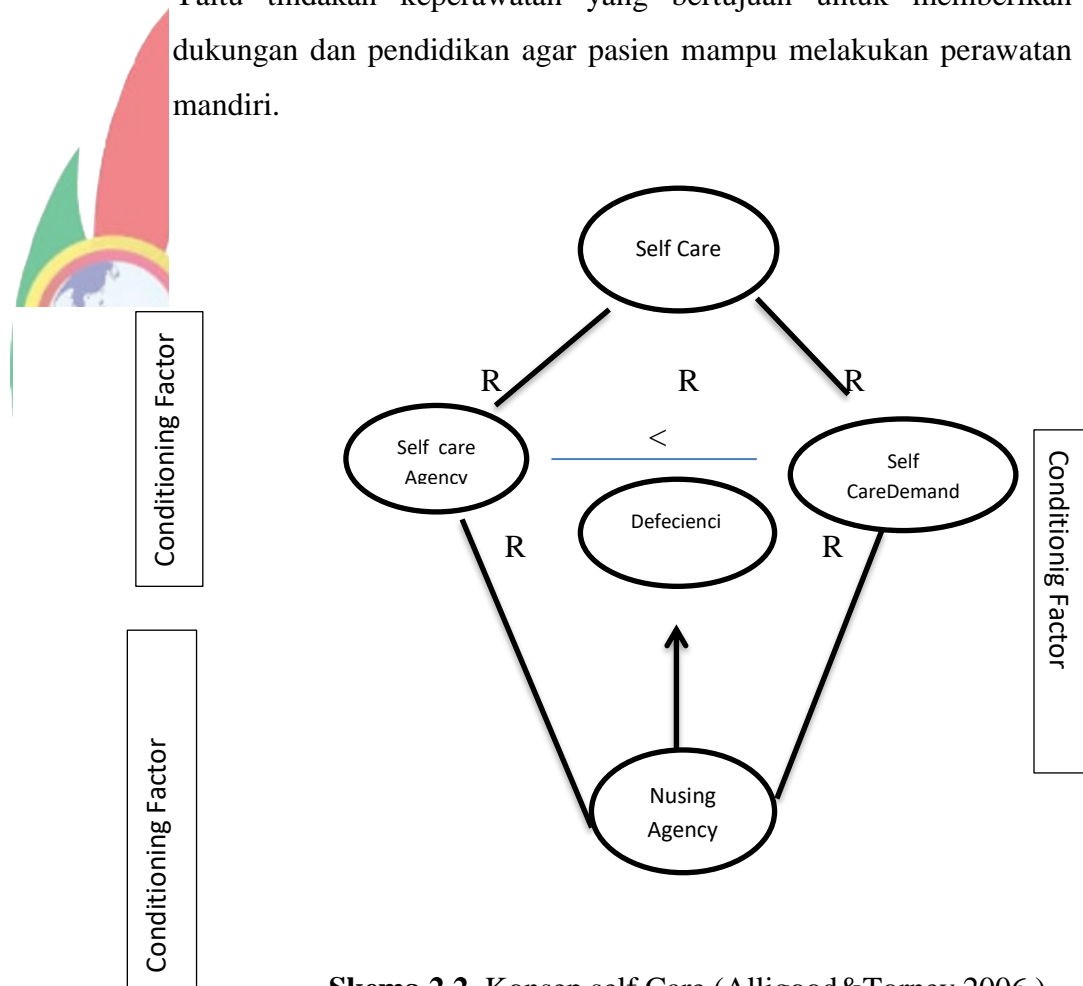
Merupakan suatu tindakan keperawatan dengan memberikan kompensasi penuh kepada pasien disebabkan karena ketidakmampuan pasien dalam memenuhi tindakan keperawatan secara mandiri.

b). *Partly Compensatory System*

Yaitu sistem keperawatan dalam memberikan perawatan diri kepada pasien secara sebagian saja dan ditujukan pada pasien yang memerlukan bantuan secara minimal.

c). *Supportive-Educative System*

Yaitu tindakan keperawatan yang bertujuan untuk memberikan dukungan dan pendidikan agar pasien mampu melakukan perawatan mandiri.



Skema 2.2 Konsep self Care (Allgood&Torney 2006)

4. Teori Orem dan Metaparadigma Keperawatan

Orem menjelaskan masing-masing dari komponen paradigma keperawatan manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan :

a. Manusia

Manusia merupakan makhluk yang berbeda dari makhluk hidup lainnya, hal ini disebabkan oleh kapasitasnya dalam :

- 1) Mencerminkan keadaan dan lingkungannya.
- 2) Menandakan pengalaman mereka.
- 3) Memakai simbol yang mereka ciptakan (ide dan kata-kata) dalam berfikir mereka dan komunikasi dan dalam memperjuangkan sesuatu untuk menguntungkan diri dan orang lain (E.Orem, 2001).

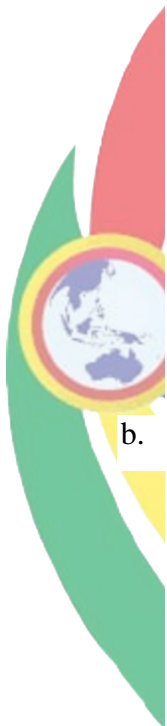
Gabungan dari fisiologi tubuh manusia termasuk aspek fisik, mental, hubungan antarmanusia dan aspek sosial. Orem mempercayai bahwa individu memiliki kecenderungan untuk berkembang. Faktor yang mempengaruhi kecenderungan belajar termasuk umur, kapasitas mental, budaya, sosial dan status emosional dari individu. Jika seseorang tidak dapat mempelajari langkah perawatan diri, yang lainnya harus dapat merawat dan membuktikannya.

b. Kesehatan

Orem mendefinisikan tentang kesehatan sebagai status fisik, mental dan kehidupan sosial, tidak hanya mengenai kelemahan fisik atau penyakit. Dia menyatakan bahwa, “Fisik, mental, hubungan interpersonal dan hubungan sosial merupakan aspek dari kesehatan yang merupakan bagian yang tak terpisahkan dari individu” (hal. 180). Orem juga mempersembahkan dasar kesehatan pada konsep perawatan diri preventif. Perawatan kesehatan termasuk peningkatan dan pemeliharaan dari kesehatan (*primary prevention*), perawatan dari penyakit/luka (*secondary prevention*) dan komplikasi dari pencegahan (*tertiary prevention*).

c. Lingkungan

Kondisi lingkungan dibagi dua, yaitu lingkungan eksternal fisik dan lingkungan psikososial. Pengembangan lingkungan dilakukan dengan



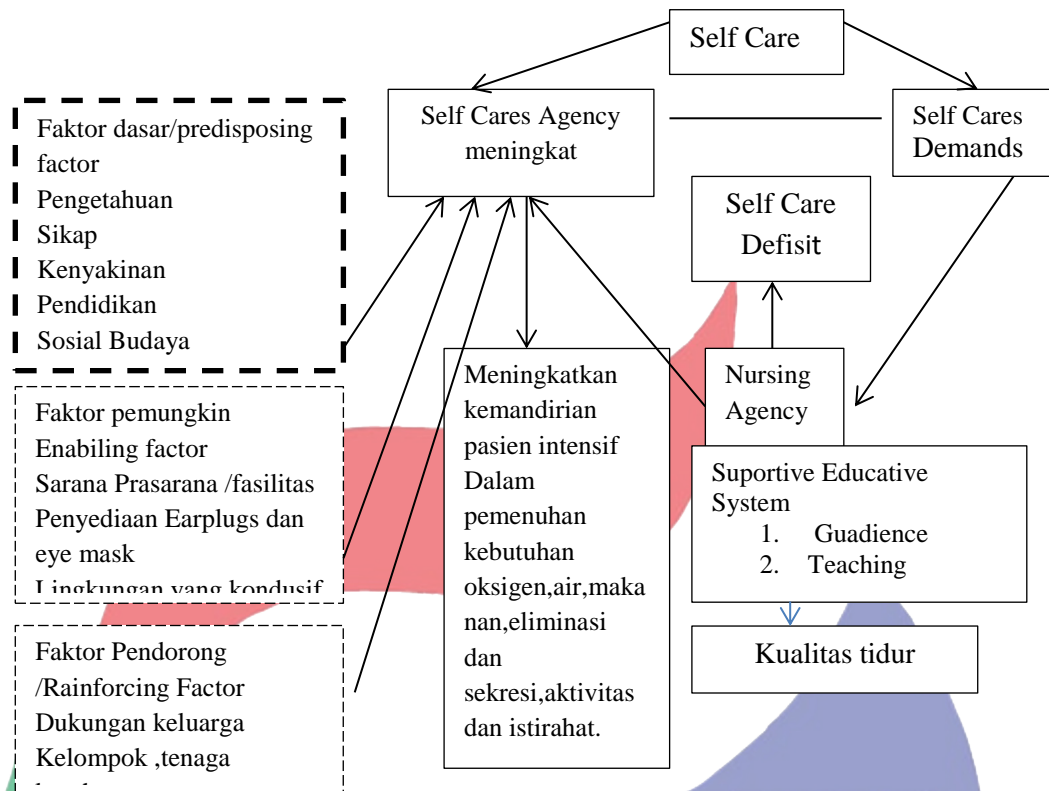
meningkatkan pengembangan individu melalui motivasi untuk membangun tujuan yang tepat dan mengatur perilaku untuk meraih tujuan tersebut. Lingkungan dapat berpengaruh positif maupun negatif terhadap kemampuan seseorang untuk melakukan *self care*.

d. Keperawatan

Menurut Orem, keperawatan adalah jenis pelayanan kesehatan spesifik yang berdasarkan pada nilai. Pada komunitas, orang menganggap keperawatan sebagai pelayanan yang penting dan diperlukan Orem menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang berhubungan dengan konsep keperawatan antara lain, seni dan kebijaksanaan keperawatan, keperawatan sebagai layanan, fungsi teori keperawatan dan teknologi keperawatan.

5. Aplikasi Kerangka Teori Keperawatan

Aplikasi Kerangka Konsep Berbasis Self Care (Orem) Self Care Agency (Kemandirian Orem) Penerapan pengaruh penggunaan *earplugs* dan *eye mask* terhadap kualitas tidur pasien di ruang intensif dengan menggunakan Pendekatan Teory Self Care Model (E.Oream, 2001)



Skema 2.3 Aplikasi Kerangka Teori Keperawatan

Berdasarkan teori keperawatan *Self Care* yang dikemukakan oleh Dorothea Oream, manusia pada dasarnya mempunyai kemampuan dalam merawat dirinya sendiri disebut *Self Care Agency*. *Self Care Agency* dapat berubah setiap waktu yang dipengaruhi oleh faktor predisposisi (*predisposing factor*) yang terdiri atas pengetahuan, sikap, keyakinan, sosial budaya. Kedua faktor pemungkin (*Enabling Factor*) yang terdiri atas sarana prasarana /fasilitas penyediaan earplugs dan eyemask serta lingkungan yang kondusif. Ketiga yaitu faktor pendorong (*Reinforcing Factor*) yang berupa dukungan keluarga dan tenaga kesehatan. Ketika terjadi deficit perawatan diri pada pasien yang menjalani perawatan di ruang intensif, peran perawat sebagai nursing Agency membantu untuk memaksimalkan kemampuan pelaksanaan perawatan diri dalam hal ini pemenuhan kebutuhan istirahat / tidur. Melalui tindakan Asuhan keperawatan mandiri perawat berupa bantuan *Suportive –Educative System* dengan memberikan, *Guidance (Booklet) and Teaching*, untuk

meningkatkan kemampuan atau kemandirian pelaksanaan pemenuhan kebutuhan tidur pasien intensif (*Self Care Demands*)

C. Hipotesis Penelitian

Untuk mengarahkan kepada hasil penelitian maka dalam perencanaan penelitian perlu dirumuskan jawaban sementara dari penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan bentuk rumusnya, hipotesis dapat digolongkan dalam dua tipe (Notoatmodjo, 2010) (Nursalam., 2017).

1. H_a = Adanya perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *earplugs* terhadap kualitas tidur pasien diruang intensif.
2. H_0 = Tidak adanya perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *earplugs* terhadap kualitas tidur pasien di ruang intensif.
3. H_a = Adanya perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *eye mask* terhadap kualitas tidur pasien diruang intensif.
4. H_0 = Tidak adanya perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *eye mask* terhadap kualitas tidur pasien di ruang intensif.



BAB III METODELOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan rancangan penelitian *quasi experiment pre dan post without control*. yaitu penelitian yang dilakukan dengan cara memberikan pretest (pengamatan awal) terlebih dahulu sebelum dilakukan intervensi, kemudian diberikan intervensi. Setelah dilakukan intervensi, dilakukan post-test (pengamatan akhir) untuk melihat pengaruh suatu intervensi (Nursalam., 2017).

Subyek	Pre Test	Perlakuan	Post Test
R	O	I	OI

Keterangan:

- R : Subjek
- O : Nilai tes awal
- I : Intervensi Pendidikan Kesehatan
- OI : Nilai tes akhir sesudah intervensi

B. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang diteliti (Notoatmodjo, 2012).



Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian adalah subyek yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam., 2017). Pembagian populasi menurut

a. Populasi target

Populasi target adalah yang memenuhi kriteria sampling dan menjadi sasaran akhir penelitian (Nursalam., 2017). Dalam penelitian ini populasinya target adalah pasien yang dirawat di ruang intensif Rumah Sakit dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

b. Populasi terjangkau adalah populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau peneliti dari kelompoknya (Nursalam., 2017). Dalam hal ini karekteristiknya dibatasi oleh tempat dan waktu. adalah 80 rata rata perbulan pasien yang dirawat di ruang intensif Rumah Sakit dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Sampel Penelitian

a. Sampel terdiri dari atas bagian populasi terjangkau yang dapat dpergunakan sebagai subyek penelitan (Nursalam., 2017). Dalam penelitian ini pasien yang dirawat di ruang intensif Rumah Sakit dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan diambil dengan Pada penelitian penentuan sampel menggunakan teori yang di ungkapkan oleh Fraenkel dan Wallen (1993).

1) Apabila penelitiannya eksperimental, sampel minimumnya adalah 15 subyek per group

Berdasarkan teori diatas Jenis penelitian saya adalah eksperimental maka sampel yang saya gunakan adalah 15 sampel Semua sampel harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi adalah ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria eksklusi adalah ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel karena berbagai

sebab (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini antara lain :

a. Kriteria inklusi

- 1) Pasien yang dirawat di ruang intensif Rumah Sakit dr Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan hari ke dua.
- 2) Kesadaran compos mentis
- 3) Berusia 18 -55 tahun.
- 4) Hemodinamik dalam keadaan stabil

b. Kriteria eksklusi

- 1) Memiliki riwayat gangguan jiwa
- 2) Sedang menggunakan ventilator mekanik
- 3) Sedang mendapat terapi obat – obatan golongan narkotik, anti depresan
- 4) Skala nyeri >5, sesak, mual

Setelah dilakukan penelitian, terjadi pandemic covid-19, saat itu petugas yang tidak berkewenangan dilarang untuk banyak kontak dengan pasien sehingga responden yang digunakan mencapai 10 responden per grup. 10 responden kelompok *earplugs* dan 10 responden kelompok *eye mask*.

D. Variabel Penelitian

1. Variabel Penelitian

- a. Variabel Independen (bebas) adalah variabel yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain (Nursalam., 2017). Dalam penelitian ini variabel independennya adalah penggunaan *earplugs* dan *eyemask*.
- b. Variabel Dependen (terikat) adalah variabel yang dipengaruhi nilainya ditentukan variabel lainnya (Nursalam., 2017). Dalam penelitian ini variabel dependen adalah kualitas tidur.

E. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah bertujuan untuk membatasi ruang lingkup atau pengertian variabel - variabel yang diamati atau di teliti. Definisi operasional juga berfungsi untuk mengarahkan kepada pengukuran atau pengamatan terhadap variabel – variabel yang bersangkutan serta pengambilan instrument alat ukur (Notoatmodjo, 2010).

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	ALAT UKUR	Cara Ukur	HASIL UKUR	SKALA UKUR
1	Variabel Independen Penggunaan <i>earplugs</i> dan <i>eye mask</i>	Tindakan yang diberikan berupa Penggunaa alat untuk penyumbat telinga untuk menghindari suara bising dan penutup mata agar tidak silau pada pasien saat tidur	-SOP Standar operasional prosedur	Pasien diberi <i>ear plugs</i> dan <i>eye mask</i> saat tidur	-	-
2	Variabel Dependen Kualitas Tidur	Penilaian tingkatan tidur pasien selama perawatan di ruang intensif	Quisioner RCSQ		1-100	nominal
					Mean, median, max, min	

F. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang intensif Rumah Sakit Umum Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 4 Juni – 10 Juli 2020.

G. Sumber Data dan Instrumen Penelitian

1. Sumber Data

Berdasarkan sumbernya data penelitian dapat dikelompokkan dalam dua jenis yaitu data primer dan data skunder.

- a. Data Primer adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan oleh peneliti secara langsung dari sumber datanya. Teknik yang digunakan peneliti untuk mengumpulkan data primer melalui observasi, dan kuisisioner. Data primer dalam penelitian ini kualitas tidur pasien dan identitas pasien.
- b. Data Sekunder adalah data yang diperoleh atau dikumpulkan peneliti dari berbagai sumber yang telah ada, seperti rekam medik, jurnal kesehatan, pusat data elektronik rumah sakit. Data skunder penelitian ini adalah jurnal dan data jumlah pasien.

2. Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a. *Earplugs*, berlaku untuk tingkat kebisingan sedang (80-95 db) untuk waktu paparan 8 jam. Jenis *earplugs* berbentuk padat dan berongga. Bahannya terbuat dari karet luna.
- b. *Eye mask* terbuat dari kain yang digunakan sebagai penutup mata digunakan selama 8 jam.
- c. Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner terstruktur
 - 1) Kuesioner A, data demografi merupakan pertanyaan tentang data karakteristik responden yang dibuat sendiri oleh peneliti terdiri dari 5 pertanyaan meliputi tentang data responden, yang terdiri dari enam pertanyaan antara lain: kode responden, umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, jenis pekerjaan, tingkat nyeri ,hari rawat.
 - 2) Kuisisioner kualitas tidur RCSQ (*The Richards-Campbell Sleep Questionnaire*) Kuisisioner ini telah diadaptasi dan diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia. Dalam kuisisioner RCSQ (Shahid,

Wilkinson, Marcu, & Shapiro, 2012) menjelaskan lima item pertanyaan yang terdiri dari kedalaman tidur (*sleep dept*), persiapan tidur (*sleep latency*), terbangun saat tidur (*aweknings*), kembali tertidur (*Returning to sleep*) dan kualitas tidur (*sleep quality*). Penilaian RCSQ didapatkan dengan menjumlahkan skor dari kelima item kuesioner tersebut, kemudian jumlah skor yang didapatkan, dibagi kembali dengan jumlah kelima item tersebut. Interpretasi kuesioner RCSQ mempunyai skor rata - rata dari 0 sampai 100 (dari kualitas tidur buruk sampai dengan kualitas tidur baik (Richards, O'Sullivan, & Phillips, 2000).

3) Tenaga Pengumpul Data

Pengumpul data dilakukan oleh peneliti dibantu oleh seorang enumerator. Enumerator dalam penelitian ini harus disamakan presepsinya terlebih dahulu dan pandangan yang sama terhadap pengamatan atau observasi dengan panduan SPO. Enumerator dalam penelitian ini adalah perawat pelaksana ruang intensif yang telah disamakan presepsinya dalam melakukan observasi .

H. Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti melakukan persiapan, yaitu dengan mengajukan izin penelitian kepada kepala RSUD Dr. Djatiwibowo Balikpapan. Setelah mendapatkan izin dari kepala Rumah Sakit, peneliti kemudian mengajukan izin kepada kepala keperawatan yang menjadi lokasi penelitian. Peneliti menjelaskan mengenai tujuan, manfaat, prosedur, resiko penelitian, waktu pelaksanaan, serta hak yang akan diperoleh responden. Setelah mendapatkan izin, peneliti mempersiapkan diri untuk melakukan penelitian.

Pada saat memulai penelitian, peneliti mendatangi responden disetiap ruangan intensif sesuai dengan kriteria inklusi yang telah di tetapkan sebelumnya. Peneliti melakukan kontrak waktu dengan calon responden. Peneliti memberikan penjelasan kepada responden tentang tujuan penelitian, hak dan kewajiban responden dan peneliti, selama proses penelitian

berlangsung sebelum kuesioner di serahkan kepada responden. Responden diminta kesediaannya untuk mengisi lembar persetujuan untuk menjadi responden. jika responden setuju, maka kuesioner diberikan kepada responden untuk dipelajari tata cara pengisian kuisisioner. Melakukan kontrak waktu, kapan kuisisioner dapat diambil. Peneliti kembali datang untuk mengambil hasil kuisisioner dan memeriksa kelengkapannya. Selanjutnya peneliti memberikan kode nomor responden serta dilakukan skoring terhadap masing-masing item. Kemudian melakukan analisa menggunakan aplikasi SPSS (Statistical Package For The Social Science).

Dalam penelitian ini, peneliti tetap memperhatikan tentang prosedur penelitian sesuai ketentuan umum dan regulasi Rumah Sakit dalam masa pandemic Covid19 dengan menjalankan regulasi tersebut peneliti

1. Peneliti menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) sesuai standard
2. Peneliti menjaga jarak dengan responden minimal 1 Meter
3. Peneliti mengikuti segala aturan yang ada selama masa pandemic.

I. Pengolahan Data

Notoadmodjo (2012), menjelaskan bahwa proses kegiatan pengolahan data (data processing) terdiri dari 5 (lima) jenis kegiatan, yakni :

a. Memeriksa data (Editing)

Data-data hasil pengumpulan diperiksa yang berupa lembar kuesioner daftar pertanyaan, kartu, buku dan lain-lain. Kegiatan ini meliputi hal-hal berikut :

- 1) Perhitungan data
- 2) Penjumlahan data

Pada penelitian ini peneliti menghitung lembaran kuisisioner tujuannya untuk mengetahui apakah semua data yang diperlukan telah diisi lengkap ataukah tidak.

b. Koreksi

Termasuk dalam kegiatan koreksi ini adalah untuk melihat hal-hal sebagai berikut :

- 1) Memeriksa kelengkapan data
- 2) Memeriksa kesinambungan data
- 3) Memeriksa keseragaman data

Pada penelitian ini peneliti melakukan koreksi terhadap data yang sudah dimasukkan ke dalam tabel data dalam bentuk data mentah dan melihat apakah data yang dimasukkan sudah benar ataukah belum.

c. Memberi Kode (Coding)

Memudahkan dalam pengolahan data, maka semua jawaban atau data hasil penelitian dianggap sangat perlu untuk disederhanakan agar supaya pada saat pengolahan data dapat dilakukan dengan mudah. Salah satu cara untuk menyederhanakan data hasil penelitian tersebut adalah dengan memberikan simbol-simbol tertentu untuk masing-masing data yang sudah diklasifikasikan diberikan skor 1,2,3,4 dan seterusnya kemudian di masukkan ke program SPSS. Pada penelitian ini kualitas tidur diberikan kode 1 : sangat baik, 2 : Baik, 3 : buruk, 4 : Sangat buruk, Usia kode 1 : 18 – 40 tahun, 2 : 41 – 50 tahun, 3 : 51 – 55 tahun. Jenis kelamin kode 1 : laki – laki, 2 : perempuan. Nyeri kode 1 : ringan, 2 : sedang, 3 : Berat.

d. Tabulasi Data (Tabulating)

Tabulasi data adalah menyusun dan mengorganisir sedemikian rupa, sehingga akan dapat dengan mudah untuk dilakukan penjumlahan, disusun dan disajikan dalam bentuk tabel atau grafik.

Pelaksanaannya dilakukan dengan cara :

- 1) Manual
- 2) Elektronis (komputer)

Pada penelitian ini tabulasi data dilakukan baik secara manual maupun dengan komputer. Tabulasi manual dilakukan pada saat merekap data Responden. Setelah direkap secara manual dan dicatat di kertas, selanjutnya dilakukan rekap secara elektronis dengan cara memasukkan data manual ke dalam komputer program excel.

e. Pembersihan data (Cleaning).

Pada penelitian ini setelah semua data dari setiap sumber data atau responden selesai dimasukkan, dilakukan pengecekan kembali untuk melihat kemungkinan-kemungkinan adanya kesalahan kode, ketidaklengkapan, dan sebagainya, kemudian dilakukan pembetulan atau koreksi.

J. Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas (kesahihan) adalah pengukuran dan pengamatan yang instrument dalam pengumpulan. Sedangkan reliabilitas (keandalan) adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu berlainan (Nursalam, 2013). berarti prinsip keandalan

Untuk menjaga validitas dan reliabilitas data yang diperoleh, maka dilakukan pelaksanaan tes dilakukan oleh peneliti dengan menggunakan instrumen kuisioner RCSQ yang disusun oleh Richard Camble. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan dalam penelitian ini, untuk melakukan adopsi/penerjemahan instrumen penelitian masih berbahasa Inggris ke dalam bahasa Indonesia.

1. Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen. Sebuah instrumen dikatakan valid apabila mampu mengukur apa yang diinginkan (Nursalam, 2013). Instrumen yang digunakan dari pembuatan pertanyaan berdasarkan tinjauan pustaka yang dibuat oleh peneliti. Uji validitas yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan rumus Pearson Product Moment. Nilai signifikan yang diambil adalah $p=0,05$, maka valid jika $r \geq 0,05$ dan tidak valid jika $r \leq 0,05$.

Tabel 3.2 Validitas

Pernyataan Kuesioner	Corrected Item-Total Correlation	R Tabel	Keterangan
K1	0.934	0,707	Valid
K2	0.949	0,707	Valid
K3	0.952	0,707	Valid
K4	0.965	0,707	Valid
K5	0.934	0,707	Valid

2. Uji Realibitas

Notoatmodjo (2010) berpendapat bahwa reliabilitas adalah index yang menunjukkan apakah suatu alat pengukur dalam penelitian dapat dipercaya. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran dari instrument tersebut tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama. Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2013). Suatu instrumen dikatakan reliabel nilai Cronbach Alpha $\geq 0,5$. Jika nilai Cronbach Alpha $\leq 0,5$, maka instrumen tidak reliable (Johnson & Christensen, 2012).

Tabel 3.3 Uji Reliabel

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.834	5

Data diatas menunjukkan bahwa nilai *cronbach's Alpha* 0,843. Jadi kuesioner yang digunakan semua reliable.

J. Analisa Data

1. Normalitas Data

Uji normalitas adalah sebuah uji yang dilakukan untuk menilai sebaran data pada sebuah kelompok data atau variabel, apakah sebaran data tersebut berdistribusi normal atau tidak. Untuk mengetahui distribusi data pada penelitian ini menggunakan Shaphiro Wilk (Dahlan.S, 2016).

Pada penelitian ini data yang didapatkan terdistribusi normal dengan nilai uji menggunakan *Shapiro wilk* untuk data *earplugs* pre 0,474 dan post 0,167. Untuk data *eye mask* pre 0,748 post 0,051 lebih dari nilai 0,05.

2. Analisa Univariat

Tujuan analisa univariat adalah untuk menjelaskan dan mendeskripsikan setiap variabel berdasarkan karakteristiknya masing-masing (Notoatmodjo, 2010). Data yang disajikan dalam penelitian ini data nyeri sebelum intervensi dan sesudah intervensi berupa numeric

3. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang di curigai berhubungan. Dalam analisa bivariate dilakukan analisis dengan membandingkan 2 variabel yang bersangkutan, kemudian dilakukan analisis uji statistik dan menganalisa keeratan korelasi antara dua variabel (Notoatmodjo, 2010). Dalam penelitian ini analisa bivariat dilakukan untuk menguji perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *earplugs* dan *eye mask* terhadap kualitas tidur pada pasien di ruang intensif. Karena data yang didapatkan terdistribusi normal maka uji yang digunakan uji *Paired T-sample* dengan dasar pengambilan keputusan :

1. Jika nilai P-Value $< 0,05$ maka dinyatakan H_0 ditolak dan H_a diterima
2. Jika nilai P-Value $> 0,05$ maka dinyatakan H_a ditolak dan H_0 diterima

K. Etika Penelitian

Selama proses penelitian berlangsung peneliti akan selalu memperhatikan prinsip-prinsip etik. Adapun prinsip-prinsip etik penelitian adalah :

a. Otonomy

Peneliti menghargai hak-hak responden dalam membuat keputusan untuk setuju atau tidak setuju untuk ikut serta dalam penelitian yang akan dilakukan .Sebelum penelitian dilakukan,peneliti membuat lembar persetujuan (*informed concert*) terlebih dahulu untuk

memastikan apakah responden bersedia atau tidak berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan, jika responden bersedia dalam penelitian maka harus menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Responden yang menolak mengikuti dalam penelitian tidak di paksa untuk mengikuti penelitian dan tetap menghormati haknya.

b. Anonymity

Setiap responden memiliki hak-hak dasar individu termasuk privasi dan kebiasaan individu. Nama responden tidak dicantumkan pada lembar penilaian kualitas tidur, setiap nama responden hanya dicantumkan inisial saja.

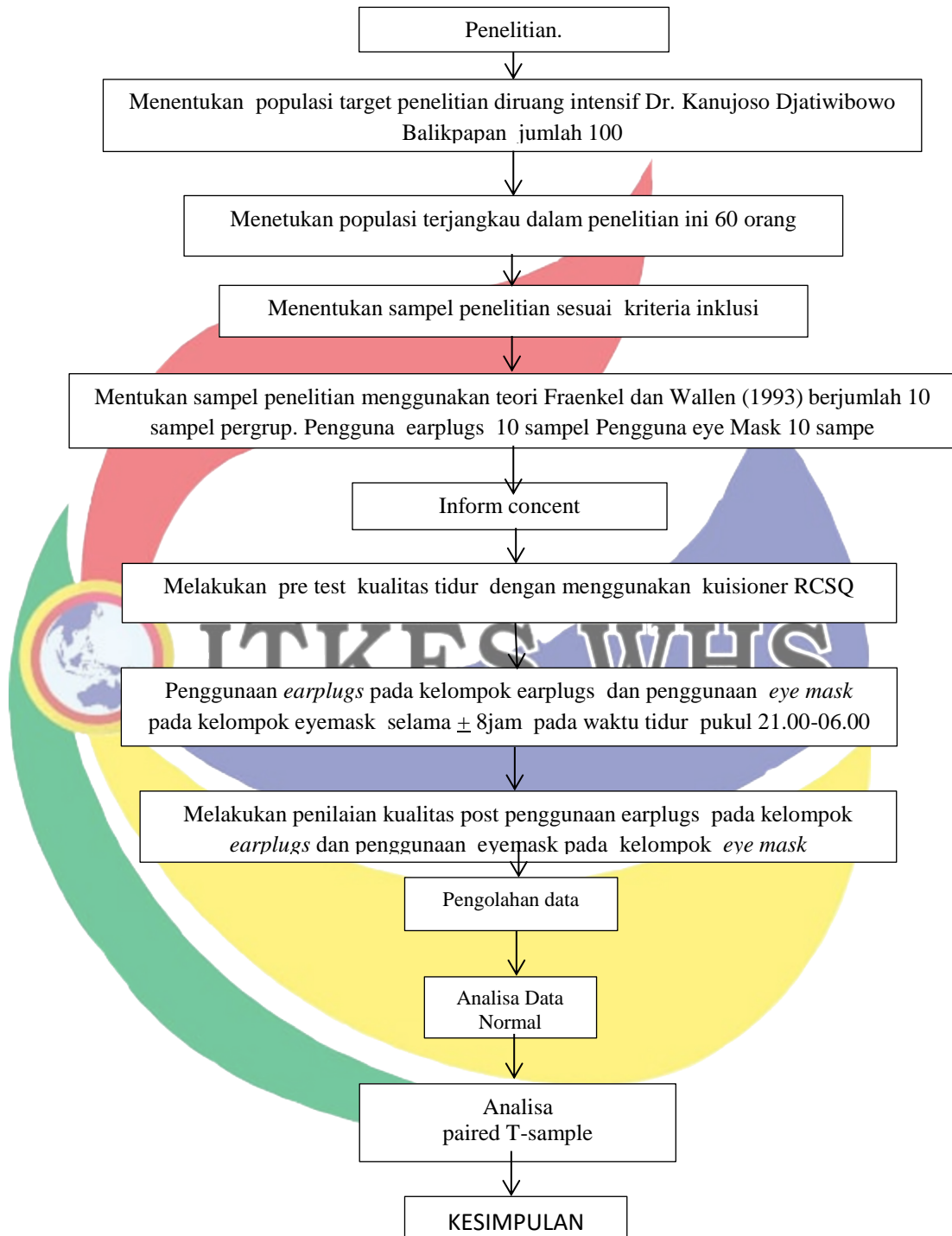
c. Non-Maleficence

Prinsip ini mengutamakan untuk menghindari atau tidak menimbulkan bahaya baik berupa fisik maupun psikologis. Agar tidak terjadi kerugian bagi responden penggunaan *earplugs* dan *eyemasks* sesuai standar operasional prosedur. Selain itu responden diminta untuk segera memberi tahu peneliti apabila selama penelitian, terutama saat diberikan layanan merasa terganggu dan merasakan ketidaknyamanan.

d. Justice

Prinsip ini mengutamakan keadilan, dalam penelitian ini tidak akan membedakan intervensi pada satu responden lainnya, tidak ada diskriminasi dan membedakan, semua diperlakukan sama

L. Alur Penelitian



Skema 3.1 Alur Penelitian

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Lokasi Penelitian

Rumah Sakit dr. Kanudjoso Djatiwibowo adalah rumah sakit rujukan di kota Balikpapan. Status rumah sakit ini sebagai rumah sakit rujukan yang ada di Balikpapan sehingga pelayanan dan alat penunjang medis sudah memadai dan sesuai SOP. Pelayanan dan penunjang yang memadai ini dibuktikan dengan Akreditasi rumah sakit dalam predikat tingkat paripurna tahun 2019.

Ruang intensif adalah salah satu ruangan pelayanan perawatan yang ada di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan terhadap pasien yang memerlukan penanganan yang lebih kompleks dan perawatan secara khusus. Pelayanan dalam ruangan ini dilakukan oleh perawat khusus yang memiliki beberapa kriteria yang ditetapkan rumah sakit. Pelatihan juga menjadi pertimbangan menjadi petugas dalam ruangan ini. Pasien dalam ruangan ini adalah pasien dengan keadaan kritis dan memiliki tingkat kualitas hidup yang berbeda – beda.

Penelitian ini dilakukan di ruang Intensif Rumah Sakit dr. Kanudjoso Djatiwibowo. Akibat pandemic covid-19 di tempat penelitian, edaran pengurangan kontak dengan pasien bagi yang tidak berkewenangan maka sampel yang pada awal berjumlah 15 sampel pergrup menjadi 10 responden pergrup. 10 orang kelompok *earplug* dan 10 orang kelompok *eye mask*.

2. Karakteristik Reponden

a. Umur, jenis kelamin, pendidikan, skala nyeri, dan hari rawat

Tabel 4.1 Distribusi Responden Berdasarkan Karakteristik Umur, jenis kelamin, pendidikan, skala nyeri, dan hari rawat responden Di ruang Intensif Rumah Sakit dr. Kanujodo Djatiwibowo Balikpapan

No.	Karakteristik	N	%
Umur			
1.	18-40	3	15
2.	41-50	5	25
3.	51-55	12	60
Jumlah		20	100
Jenis Kelamin			
1	Laki – laki	11	55
2	Perempuan	9	45
Jumlah		20	100
Pendidikan			
1	SMP	6	30
2	SMA	10	50
3	Sarjana	4	20
Jumlah		20	100
Tingkat Nyeri			
1.	Ringan	15	75
2.	Sedang	5	25
3.	Berat	0	0
Jumlah		20	100
Hari Rawat			
1.	2 Hari	17	85
2.	>3 Hari	3	15
Jumlah		20	100

Sumber: Data Primer, 2020

Berdasarkan table 4.1 ditemukan data karakteristik responden dominan umur dalam rentang 51 – 55 tahun berjumlah 12 orang (60%), jenis kelamin laki – laki berjumlah 11 orang (55%) berpendidikan SMA berjumlah 10 orang (50%), Tingkat nyeri ringan

berjumlah 15 orang (75%), dan Hari rawat ke 2 berjumlah 17 orang (85%).

3. Analisa Univariat

- a. Distribusi Kualitas Tidur Pasien sebelum Menggunakan *Earplugs* dan *Eye Mask*

Tabel 4.2 Distribusi Responen Berdasarkan Kualitas Tidur Pasien Sebelum Menggunakan *Earplugs* Dan *Eye Mask* di ruang Intensif Rumah Sakit dr. Kanujodo Djatiwibowo Balikpapan

	Mean	Median	Std. Deviation	Min	Max
Earplugs	43,38	43,5	7,63178	32	54
Eye mask	44,12	43,6	7,01186	32	54

Sumber: Data Primer, 2020

Berdasarkan table 4.2 ditemukan data bahwa kualitas tidur responden Sebelum Menggunakan *Earplugs* Dan *Eye Mask* pada kelompok *earplugs* ditemukan nilai kualitas tidur rata – rata 43,38 dengan std deviation 7,63178, nilai minimal 32 dan maksimal 54. Sedangkan kelompok *Eye Mask* ditemukan nilai kualitas tidur rata – rata 44,12 dengan std deviation 7,01186, nilai minimal 32 dan maksimal 54.

- b. Distribusi Kualitas Tidur Pasien Setelah Menggunakan *Earplugs* Dan *Eye Mask*

Tabel 4.3 Distribusi Responen Berdasarkan Kualitas Tidur Pasien Setelah Menggunakan *Earplugs* Dan *Eye Mask* di ruang Intensif Rumah Sakit dr. Kanujodo Djatiwibowo Balikpapan

	Mean	Median	Std. Deviation	Min	Max
Earplugs	58,4	59,5	11,95547	34	70
Eye mask	60,1	64	13,87604	32	72

Sumber: Data Primer, 2020

Berdasarkan table 4.3 ditemukan data bahwa kualitas tidur responden Setelah Menggunakan *Earplugs* Dan *Eye Mask* pada kelompok *earplugs* ditemukan nilai kualitas tidur rata – rata 58,4 dengan std deviation 11,95547, nilai minimal 34 dan maksimal 70.

Sedangkan kelompok *Eye Mask* ditemukan nilai kualitas tidur rata – rata 60,1 dengan std deviation 13,87604, nilai minimal 32 dan maksimal 72.

4. Analisa Bivariat

- a. Perbedaan sebelum dan sesudah Penggunaan *Ear Plugs Dan Eye Mask* terhadap kualitas tidur Pada Pasien

Tabel 4.4 Perbedaan Penggunaan *Ear Plugs Dan Eye Mask* terhadap kualitas tidur Pada Pasien di ruang Intensif Rumah Sakit dr. Kanujodo Djatiwibowo Balikpapan

Kode Responden		Paired Samples Test							
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		t	Df	Sig. (2-tailed)
Lower	Upper								
EM	Pre - Post	-15.98000	11.96679	3.78423	-24.54052	-7.41948	-4.223	9	.002*
EP	Pre - Post	-15.02000	11.22515	3.54970	-23.04999	-6.99001	-4.231	9	.002*

Sumber: Data Primer, 2020

* Uji Paired Sample T-Test $P\text{-value} < 0,05$

Berdasarkan analisis bivariat yang diuraikan pada table 4.4 diatas, Diketahui nilai t-hitung untuk skala kelompok *earplus* adalah -4,223 dengan probabilitas (Sig.) 0,002. Karena probabilitas (Sig.) < 0,05 maka H0 Ditolak Ha diterima. Artinya Adanya perbedaan penggunaan *earplugs* terhadap kualitas tidur pasien di ruang intensif RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan. Selanjutnya Diketahui nilai t-hitung untuk skala kelompok *Eye Mask* adalah -4,231 dengan probabilitas (Sig.) 0,002. Karena probabilitas (Sig.) < 0,05 maka H0 Ditolak Ha diterima. Artinya Adanya perbedaan penggunaan *Eye Mask* terhadap kualitas tidur pasien di ruang intensif RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

B. Pembahasan

1. Kualitas Tidur Pasien Sebelum Menggunakan *Earplugs* Dan *Eye Mask*

Berdasarkan analisa univariat ditemukan data bahwa kualitas tidur responden sebelum menggunakan *earplugs* dan *eye mask* pada kelompok *earplugs* ditemukan dengan nilai kualitas tidur rata – rata 43,38 dengan std deviation 7,63178, nilai minimal 32 dan maksimal 54. Sedangkan kelompok *Eye Mask* kualitas tidur dengan nilai kualitas tidur rata – rata 44,12 dengan std deviation 7,01186, nilai minimal 32 dan maksimal 54.

Kualitas tidur merupakan kemampuan individu untuk mempertahankan tidur selama periode tidur untuk mendapatkan jumlah tidur NREM dan tidur REM yang pas (Kozier, E. and Breman, 2004).

Kualitas tidur seseorang dipengaruhi oleh factor pasien dan factor lingkungan. Factor pasien terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, tingkat nyeri dan hari rawat (Koezier, dalam miftah 2017).

Menurut karakteristik perawat ditemukan data bahwa pada responden kelompok *earplugs* yang berdasarkan umur responden. Terdapat pada umur rentang 51 – 55 tahun berjumlah 4 orang (40%), 2 orang dalam rentang 41 – 45 tahun dan 1 orang dalam rentang umur 18 - 40 tahun. Sedangkan pada kelompok *eye mask* kualitas tidur buruk terdapat pada rentang umur 51 – 55 tahun berjumlah 7 orang dan 1 orang dalam rentang umur 41 – 45 tahun. bahwa responden yang mengalami kualitas tidur dominan pada rentang umur yang tua. Hal ini terjadi karena umur dalam rentang demikian memiliki rasa kantuk pada siang hari sehingga saat malam hari responden akan terjaga. Kemudian pada kelompok *ear plugs* ada 3 responden yang mengalami kualitas tidur yang baik pada rentang umur dalam rentang umur 18 – 55 tahun masing – masing 1 orang. Sedangkan pada kelompok *eye mask* pada rentang umur 18 – 45 tahun berjumlah 2 orang. Hal ini terjadi karena tingkat nyeri yang dirasakan dalam kategori ringan.

Mayoritas klien merasa lelah dan mengantuk disiang hari. Ini dapat terjadi karena klien terjaga dimalam hari dalam waktu yang panjang dan kliens sering terbangun (Roehers & Roth, 2000). Miller dalam Amir, 2016 mengemukakan rasa lelah dan mengantuk siang hari sering terjadi pada klien lansia baik dalam perawatandi rumah sakit maupun di rumah. Sehingga perlu disadari bahwa penyebabnya sangat multifactorial.

Penelitian ini sesuai dengan teori diatas yang menyatakan bahwa umur yang lebih tua akan mengalami kualitas tidur yang buruk dimana pada penelitian ini dominan terjadi pada usia 51 – 55 tahun.

Usia sama, membutuhkan waktu tidur yang sama pula, yaitu sekitar 7 sampai 8 jam per malam, tapi faktanya pola tidur perempuan dan lelaki umumnya berbeda. Perempuan tidur lebih lama dari lelaki dan cenderung mengalami tidur ringan yang lebih mudah terganggu. Itu sebabnya kasus gangguan tidur lebih banyak dialami oleh perempuan. Penyebabnya antara lain, depresi, peristiwa besar dalam hidup (seperti perceraian), kehamilan, perubahan hormonal yang berhubungan dengan menopause, gangguan tidur (yaitu *sleep apnea* dan *restless legs syndrome*), dan masalah medis seperti arthritis, sakit punggung, dan fibromyalgia. (Vania rossa, 2018)

Dari teori diatas pada penelitian ini tidak ditemukan data yang sama dimana pada penelitian ini ditemukan bahwa dominan mengalami kualitas tidur yang buruk adalah laki – laki. Responden tersebut dalam masa perawatan hari ke dua. Dimana perlu penyesuaian diri pada ruangan dan kedaan yang baru.

Berdasarkan tingkat pendidikan pada kelompok *earplugs* ditemukan pasien kualitas tidur buruk berpendidikan SMP berjumlah 3 orang (30%), SMA berjumlah 3 orang (30%) dan Sarjana 1 Orang (10%). Sedangkan kelompok *eye mask* kualitas tidur buruk berpendidikan SMP berjumlah 2 orang (20%), SMA berjumlah 4 orang (40%) dan Sarjana 2 Orang (20%). Kemudian responden yang mengalami kualitas tidur baik

pada kelompok *earplugs* berpendidikan SMA 2 orang (20%) dan sarjana 1 orang (10%). Sedangkan kelompok *eye mask* berpendidikan SMP 1 orang (10%) dan SMA 1 orang (10%)

Fungsi dari pendidikan sendiri yaitu menghilangkan penderitaan rakyat dari kebodohan dan ketertinggalan. Orang akan mampu mengatasi masalah kehidupan yang dihadapinya. Semakin tinggi pendidikan maka semakin tinggi pengetahuan, keterampilan dan kemampuannya dalam mengatasi problema hidup. Problema hidup akan menimbulkan banyak masalah diantaranya stress, gangguan tidur dan kualitas hidup (Suardi, 2015).

Dari teori diatas ditemukan pada penelitian ini berpendidikan rendah dominan mengalami gangguan kualitas tidur. Dimana pasien saat penelitian sedang dirawat dalam ruangan intensif artinya sedang sakit yang memerlukan perawatn lebih. Sehingga mengalami stress dan kualitas tidur menjadi menurun.

Berdasarkan tingkat nyeri pada kelompok *earplugs* ditemukan data bahwa responden yang mengalami kualitas tidur buruk terdapat pada pasien dengan skala nyeri ringan berjumlah 5 orang (50%), dan skala nyeri sedang 2 orang (20%). Sedangkan pada kelompok *eye mask* terdapat pada nyeri ringan 5 orang (50%) dan sedang 3 orang (30%). Kemudian kualitas tidur baik pada kelompok *earplugs* semua skala nyeri ringan 3 orang (30%). Sedangkan pada kelompok *eye mask* juga semua skala nyeri ringan berjumlah 2 orang (20%)

Hubungan antara nyeri dan kualitas tidur sangat kompleks. Menurut (Kozier, dalam Miftah 2017), nyeri dapat menimbulkan penurunan kapasitas vital paru, FRC dan timbulnya hipoksemia sehingga tubuh melakukan kompensasi dengan meningkatkan frekuensi nafas untuk memenuhi kebutuhan oksigen tubuh. Nafas yang pendek ini dapat mengganggu tidur.

Pada penelitian ini ditemukan data sesuai teori diatas, pasien dengan intensitas nyeri sedang yang mengalami kualitas tidur buruk.

Namun ada 5 orang yang mengalami kualitas tidur yang buruk dengan lama rawat inap yang 2 hari. Dimana pasien perlu penyesuaian diri terhadap ruangan baru ditemui.

Penelitian yang dilakukan oleh Miftah (2017) sebagian mendukung penelitian ini. penelitiannya menjelaskan bahwa factor dari pasien sangat berpengaruh akan kualitas tidur. Umur yang lebih tua, jenis kelamin laki laki, tingkat pendidikan yang rendah, tingkat nyeri yang berat, dan lama rawat yang dijalani memiliki kualitas tidur yang buruk.

Menurut asumsi peneliti bahwa kualitas tidur pasien dipengaruhi oleh banyak faktor yaitu faktor dari pasien sendiri dan factor dari lingkungan sekitar. Faktor dari pasien sendiri dapat diatasi dengan memberikan edukasi, teknik relaksasi dan pemberian obat obatan pada pasien.

2. Kualitas Tidur Pasien Setelah Menggunakan *Earplugs* Dan *Eye Mask*

Berdasarkan analisa univariat dalam bentuk numerik ditemukan data bahwa kualitas tidur responden meningkat setelah menggunakan *earplugs* dan *eye mask* pada kelompok *earplugs* ditemukan nilai kualitas tidur rata – rata 58,4 dengan std deviation 11,95547, nilai minimal 34 dan maksimal 70.

Earplugs atau penyumbat telinga alat pelindung telinga yang terbuat dari bahan foam/busanya dan bahan karet digunakan pada bagian luar telinga untuk memblokir saluran telinga untuk membuat perlindungan pendengaran terhadap kebisingan yang ada di lingkungan sekitar kita (*APD pelindung telinga*, n.d.). Sebelumnya penggunaan alat ini sudah lama dikenal dan biasa digunakan oleh maskapai penerbangan jarak jauh dengan tujuan agar penumpang lebih nyaman untuk beristirahat selama penerbangan. (Wardhani, 2015). Kebisingan merupakan suara yang tidak diinginkan dapat mempengaruhi individu baik secara psikologis maupun fisiologis, dengan efek negatif yang dilaporkan termasuk stimulasi

kardiovaskular, gangguan pendengaran, meningkatkan sekresi lambung, hipofisis dan stimulasi kelenjar adrenal, penekanan respon imun terhadap infeksi, dan mempengaruhi kualitas tidur. (Hui et all dalam Niken Safitri, 2013).

Pada penelitian ini setelah data yang ditemukan dibandingkan dengan kualitas tidur sebelum pemberian intervensi ditemukan bahwa responden yang telah diberikan intervensi *earplugs* mengalami peningkatan kualitas tidur. Pada awalnya kualitas tidur buruk sebanyak 7 orang setelah pemberian intervensi berkurang menjadi 2 orang. Responden berjumlah 2 orang yang tidak mengalami peningkatan kualitas tidur kearah yang lebih lebih baik ditemukan pada responden umur 50 tahun dan 55 tahun, semua berjenis kelamin perempuan, berpendidikan SMP dan memiliki nyeri tingkat ringan dan sedang. Hal ini senada dengan yang dikemukakan oleh Miftah (2017) menjelaskan bahwa factor dari pasien sangat berpengaruh akan kualitas tidur. Umur yang lebih tua, jenis kelamin laki laki, tingkat pendidikan yang rendah, tingkat nyeri yang berat, dan lama rawat yang dijalani memiliki kualitas tidur yang buruk.

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh (Asep, Chaidir, & Rahayu, 2016) pada penelitiannya ditemukan bahwa kualitas tidur dengan intervensi *earplugs* mengalami perbaikan. Dimana dominan responden yang pada awalnya kualitas tidur buruk menjadi kualitas tidur yang baik.

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh (Hu et al., 2010) pada penelitiannya ditemukan bahwa mampu memperbaiki tidur serta keseimbangan hormon pada responden pasien ICU yang terpapar suasana lingkungan yang bising dan pencahayaan yang buruk.

Menurut asumsi peneliti bahwa *earplugs* salah satu metode yang memberikan efek yang baik terhadap pasien yang mengalami kualitas tidur yang baik. Metode ini adalah metode yang berfokus pada pengurangan kebisingan lingkungan sekitar pasien. Namun pada pasien

tertentu yang peka terhadap nyeri, usia yang lebih dan factor lain tidak memberikan perbedaan sebelum dan sesudah penggunaan *earplugs*.

Sedangkan kelompok *Eye Mask* dominan kualitas tidur meningkat kategori kualitas tidur dengan nilai kualitas tidur rata – rata 60,1 dengan std deviation 13,87604, nilai minimal 32 dan maksimal 72. Ruangan pada penelitian ini memiliki intensitas cahaya yang tinggi untuk mendukung proses perawatan pasien.

Eye mask adalah penutup mata untuk melindungi mata dari pencahayaan yang terang. Penutup mata yang digunakan terbuat dari kain dan memiliki tali elastis untuk dipasangkan pada kepala pasien. Penutup mata ini dirancang untuk menghalau semua cahaya yang mungkin masuk ke mata pasien dan membuat pandangan gelap total.

Pada kelompok responden *eyemask* penelitian ini ditemukan data bahwa kualitas tidur sebelum intervensi *eyemask* dan setelah *eyemask* ditemukan peningkatan kualitas tidur. Kualitas tidur buruk sebelum intervensi berjumlah 8 orang kemudian setelah pemberian intervensi *eyemask* mengalami perbaikan kualitas tidur. Responden yang mengalami kualitas tidur buruk berkurang menjadi 2 orang. Responden yang tidak mengalami perubahan terdiri dari satu responden berumur 53 tahun, pendidikan SMA, nyeri sedang dan lama rawat 2 hari kemudian responden kedua umur 55 tahun, pendidikan SMP, nyeri ringan, dan lama rawat 2 hari. Selain karakteristik diatas yang menyebabkan kualitas tidur pasien tidak berubah, factor kebiasaan pasien yang tidak terbiasa menggunakan penutup mata (*eye mask*) sehingga merasa tidak nyaman menggunakannya. Karena alasan ketidak nyaman responden terkadang melepas *eyemask* yang diberikan.

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh (Asep, Chaidir, & Rahayu, 2016) pada penelitiannya ditemukan bahwa kualitas tidur dengan intervensi *eyemask* mengalami perbaikan. Dimana dominan responden yang pada awalnya kualitas tidur buruk menjadi kualitas tidur yang baik.

Menurut asumsi peneliti bahwa metode *eye mask* berfokus pada pengaturan intensitas cahaya ruangan responden. Dimana ruangan ICU memiliki penerangan yang cerah untuk keperluan tindakan keperawatan, medis dan observasi pasien. Sehingga dengan memberikan intervensi ini pasien yang terbiasa dengan tidur yang gelap akan mengalami peningkatan kualitas tidur. Namun untuk yang kurang terbiasa menggunakan alat pada wajah akan mengalami rasa tidak nyaman sehingga intervensi yang diberikan tidak maksimal.

3. Perbedaan Penggunaan *Ear Plugs* Dan *Eye Mask* Terhadap Kualitas Tidur Pasien

Berdasarkan analisis bivariat yang dilakukan nilai probabilitas (Sig.) 0,002. Karena probabilitas (Sig.) $< 0,05$ maka H_0 Ditolak H_a diterima. Artinya Adanya perbedaan penggunaan *earplugs* terhadap kualitas tidur pasien di ruang intensif RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Perbedaan kualitas tidur terlihat data yang ditemukan pada kelompok *earplug* ada perbedaan nilai yaitu nilai mean sebelum 44,12 dan setelah 60,1 artinya nilai rata rata keduanya mengalami peningkatan sehingga terjadi perbedaan. Kemudian pada kelompok *eye mask* nilai rata rata sebelum intervensi 43,8 dan setelah intervensi meningkat menjadi 58,40 artinya ada perbedaan yang signifikan dari data sebelum dan sesudah intervensi.

Penelitian ini tidak sejalan dengan yang dilakukan oleh Dian K Wardhani (2015) menjelaskan bahwa Pengukuran kualitas tidur dilakukan dua kali pre dan post pada kedua kelompok. Penggunaan *eye mask* dan *earplugs* tidak berpengaruh terhadap perbaikan kualitas tidur pasien

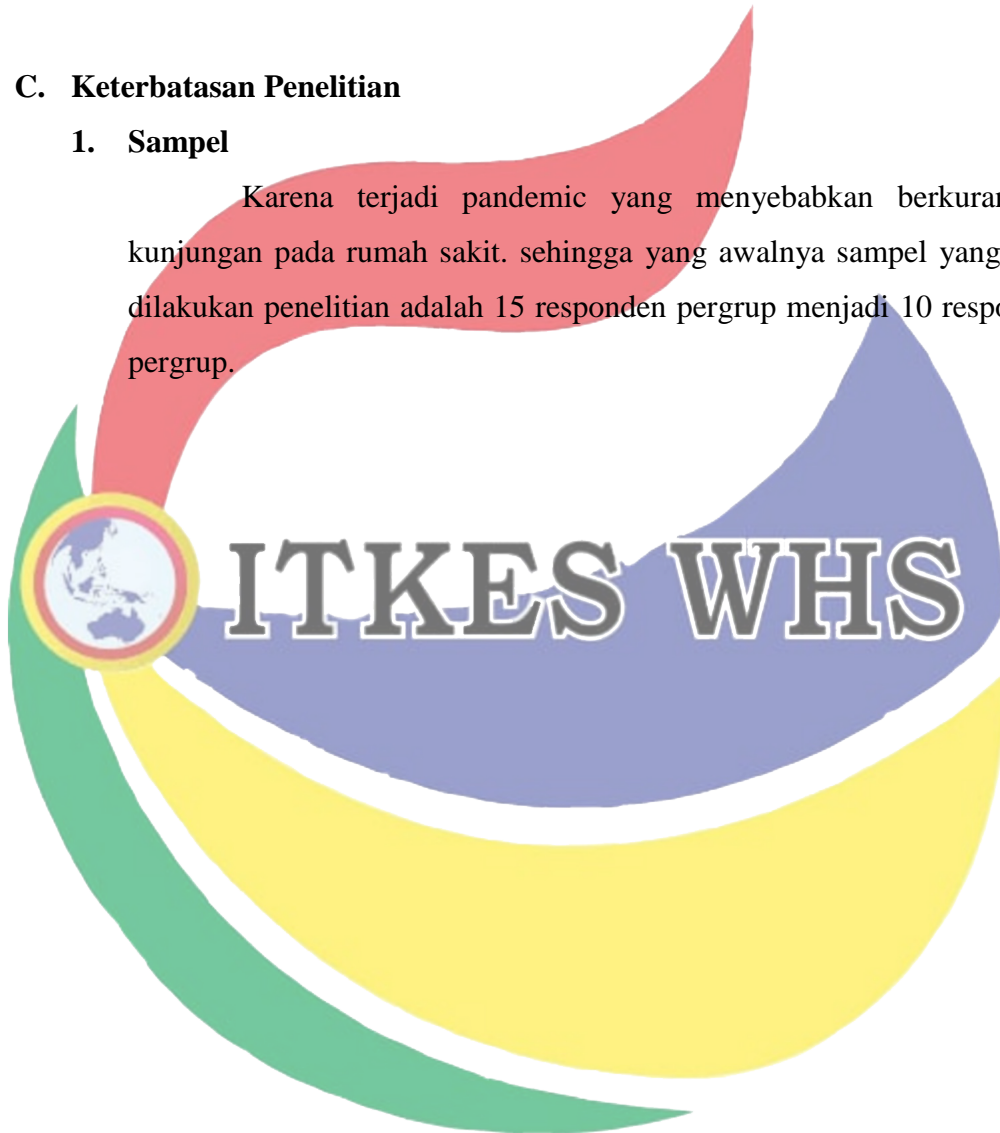
Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh Suci (2014) dalam penelitian menemukan terdapat perbedaan kualitas tidur yang bermakna antara pasien yang menggunakan dan tidak menggunakan *earplugs* dan *eye masks*.

Menurut asumsi peneliti bahwa pemberian intervensi yang tepat akan memberikan perbaikan keadaan pasien. Pemberian intervensi *earplugs* dan *eyemask* membantu pasien untuk meningkatkan kualitas tidur . Selain intervensi yang baik kebiasaan pasien juga perlu menjadi pertimbangan dalam hal peningkatan kualitas tidur pasien.

C. Keterbatasan Penelitian

1. Sampel

Karena terjadi pandemic yang menyebabkan berkurangnya kunjungan pada rumah sakit. sehingga yang awalnya sampel yang akan dilakukan penelitian adalah 15 responden pergrup menjadi 10 responden pergrup.



BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Hasil penelitian menunjukkan kualitas tidur sebelum menggunakan *earplugs* dan *eye mask* pada kelompok *earplugs* ditemukan dengan nilai kualitas tidur rata – rata 43,38 dengan std deviation 7,63178, nilai minimal 32 dan maksimal 54. Sedangkan kelompok *eye mask* dengan nilai kualitas tidur rata – rata 44,12 dengan std deviation 7,01186, nilai minimal 32 dan maksimal 54.
2. Hasil penelitian menunjukkan kualitas tidur responden Setelah menggunakan *earplugs* dan *eye mask*. Pada kelompok *earplugs* ditemukan dengan nilai kualitas tidur rata – rata 58,4 dengan std deviation 11,95547, nilai minimal 34 dan maksimal 70. Sedangkan kelompok *Eye Mask* dengan nilai kualitas tidur rata – rata 60,1 dengan std deviation 13,87604, nilai minimal 32 dan maksimal 72.
3. Ada perbedaan penggunaan *earplugs* terhadap kualitas tidur pasien di ruang intensif RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan nilai probalitas 0,002 dan ada perbedaan penggunaan *eye mask* terhadap kualitas tidur pasien di ruang intensif RSUD dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan nilai probalitas 0,002.

B. Saran

1. Bagi Institusi Kesehatan

Menjadi salah satu metode untuk meningkatkan kualitas tidur dalam praktik keperawatan tentang penerapan penggunaan *earplugs* dan *eye mask* dalam institusi pendidikan keperawatan.

2. Bagi Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit

Skripsi ini menjadi salah satu pertimbangan untuk pembuatan SOP dalam menerapkan penanganan pasien yang

mengalami gangguan tidur dengan menggunakan *earplugs* dan *eye mask* dilingkungan perawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr.Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan.

Diharapkan kedepan ada pengaturan ruang perawatan meliputi pencahayaan yang dapat disesuaikan untuk kenyamanan kebutuhan tidur pasien selama perawatan. Selain adanya pembatas ruangan antara pasien untuk lebih menjaga privasi tiap pasien dan menghindari dari kebisingan akibat faktor eksternal.

3. Bagi pasien

Setelah penelitian ini pasien menjadikan penelitian ini sebagai ilmu tambahan dan memberikan pelajaran pengalaman kepada orang lain.



DAFTAR PUSTAKA

- Asep, R., Chaidir, M. D. I. R., & Rahayu, U. (2016). Pengaruh Eye Mask dan Earplugs Terhadap Kualitas dan Kuantitas Tidur Pasien Praoperasi DiRuangan rawat inap Bedah RSUP Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada*, 16.
- Boyko Y, Ording H, J. P. (2012). Sleep Disturbances in Critically Ill Patients in ICU: How Much Do We Know? *Acta Anaesthesiol Scand, Sep;56(8)*, 950–958. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2012.02672>
- Demoule, A., Carreira, S., Lavault, S., Pallanca, O., Morawiec, E., Mayaux, J., ... Similowski, T. (2017). *Impact of earplugs and eye mask on sleep in critically ill patients : a prospective randomized study*. 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13054-017-1865-0>
- Dettoni, J. L., Consolim-Colombo M., F., Drager, L. F., Rubira, M. C., de Souza, S. B. P. C., Irigoyen, M. C., .. & Lorenzi-Filho, G. (2012). Cardiovascular effects of partial sleep deprivation in healthy volunteers. *Journal of Applied Physiology*, 113(2), 232–236.
- Doğan, Ertekin, O., & Doğan. (2005). Sleep quality in hospitalized patients. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 107–113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01011.x>
- Elliott RM, SM McKinley, & Eager, D. (2010). A Pilot Study of Sound Levels in an Australian Adult General Intensive Care Unit. *Noise Health, Jan-Mar;12*. <https://doi.org/10.4103/1463-1741.59997>.
- Freedman NS, Kotzer N, S. R. (1999). Patient Perception of Sleep Quality and Etiology of Sleep Disruption in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med., Apr;159(4)*(1155-62.). <https://doi.org/10.1164/ajrccm.159.4.9806141>.
- Frighetto, L., Marra, C., Bandali, S., Wilbur, K., Naumann, T., & Jewesson, P. (2004). An assessment of quality of sleep and the use of drugs with sedating properties in hospitalized adult patients. *J Health Qual Life Outcomes*, 24, 1–10. <https://doi.org/186/1477-7525-2-17>.
- Gabor, J. Y., Cooper, A. B., Crombach, S. A., Lee, B., Kadikar, N., Bettger, H. E., & Hanly, P. J. (2003). *Contribution of the Intensive Care Unit Environment to Sleep Disruption in Mechanically Ventilated Patients and Healthy Subjects*. <https://doi.org/10.1164/rccm.2201090>
- Gabor, J. Y., Cooper, A. B., & Hanly, P. J. (2001). Sleep disruption in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, 7(1), 21–27. <https://doi.org/10.1097/00075198-200102000-00004>
- Hatice Sutcu Cicek, RN, P., Birgul Armutcu, R., Berna Dizer, RN, P., Ayla Yava,

- RN, P., Nuran Tosun, RN, P., & Turgay Celik, M. (2014). Sleep Quality of Patients Hospitalized in the Coronary Intensive Care Unit and the Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences*, Vol 7(1), 325.
- Hofhuis, J., et al. Experiences of Critically Ill Patients in The ICU. , Experiences of Critically Ill Patients in The ICU (2008).
- Hu, Fang, Rong, Jiang, Ying, Xiao, ... Zhang, Y. hua. (2010). Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. *Critical Care*, 14(2).
<https://doi.org/10.1186/cc8965>
- Karimi, H., & Masoudi Alavi, N. (2015). Florence Nightingale: The Mother of Nursing. *Nursing and Midwifery Studies*, 4(2), e29475.
<https://doi.org/10.17795/nmsjournal29475>
- Karine Spiegel. (2008). Metabolic consequences of sleep and sleep loss. *HHS Public Access*, 9(01), 23–28.
- Knutson, K. L., Phelan, J., Paskow, M. J., Roach, A., Whiton, K., Langer, G., ... Hirshkowitz, M. (2017). The National Sleep Foundation ' s Sleep Health Index. *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation*, 3(4), 234–240. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.05.011>
- Le Guen, M., Lebard, C, Arnulf, I, & Langeron, O. (2014). *Earplugs and eye masks vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit : a randomized study*. 112(October 2013), 89–95.
<https://doi.org/10.1093/bja/aet304>
- Mashayekhi, Fateme, Rafiei, Hossein, Arab, Mansour, ... Ranjbar, H. (2013). The effect of sleep quality on patients in a coronary care unit. *British Journal of Cardiac Nursing*, 8(9), 443–447. <https://doi.org/10.12968/bjca.2013.8.9.443>
- Menger, J., Urbanek, B., Dze-Dworschak, K. S., Wolf, V., Fischer, A., Rinösl, H., & Dworschak, M. (2018). Earplugs during the first night after cardiothoracic surgery may improve a fast-track protocol. *Minerva Anestesiologica*, 84(1), 49–57. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.17.11758-X>
- Mistraletti, Carloni, M, C., E, Z., M, T., & Sabbatini G, Umbrello M, Elia G, Destrebecq AL, I. G. (2008). Sleep and delirium in the intensive care unit. *Minerva Anestesiologia*, 74(6), 329–333.
- Mutarobin, Nurachmah, Elly, Adam, Muhammad, Sekarsari, ... Erwin. (2019). Penerapan Evidence-Based Nursing Pengaruh Earplug Dan Eye Mask Terhadap Kualitas Tidur Pada Pasien Di Icu. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(2), 129–138. <https://doi.org/10.7454/jki.v22i2.735>
- Nesbitt, L., & Goode, D. (2014). Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*,

30(4), 231–235. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.005>

Nuramalia, L., & K Kuntarti. (2017). PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT BERPERAN PENTING DALAM MENGATASI MASALAH TIDUR DI RUMAH SAKIT. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(3), hal 176-184. <https://doi.org/10.7454/jki.v20i3.622>

Parthasarathy, S., & Tobin, M. J. (2004). Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 30(2), 197–206. <https://doi.org/10.1007/s00134-003-2030-6>

Potter, A, & Perry, . G. (2013). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik* (4th ed.). <https://doi.org/IOS3107-49534>

Radeker, N. . (2000). Sleep in acute care settings: An integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*, (1), 31–38.

Ramos, F. J., F., Mis, R. R., de Azevedo, L. C., & Schettino, G. (2014). Intensive care unit visitation policies in Brazil: a multicenter survey. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4),. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140052>

Rompael, V., Bart, Elseviers, M., M., Van Drom, W., Fromont, V., & Jorens, P. G. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: A randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical Care*, 16(3). <https://doi.org/10.1186/cc11330>

Tabrani, H. (2007). *Agenda Gawat Darurat (Critical Care)* (Jilid 2). Bandung: PT ALUMNI.

Uğraş, G., Oztekin, & SD., O. (2007). Patient Perception of Environmental and Nursing Factors Contributing to Sleep Disturbances in a Neurosurgical Intensive Care Unit. *Tohoku J Exp Med.*, Jul;212(3), 299–308. <https://doi.org/10.1620/tjem.212.299>.

Zarcone J.R, B.A, IwataJ.L, R.G, Mazaleski, & Smith. (1994). Momentum and extinction effects on self-injurious escape behavior and noncompliance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 649–658.

Asep, R., Chaidir, M. D. I. R., & Rahayu, U. (2016). Pengaruh Eye Mask dan Earplugs Terhadap Kualitas dan Kuantitas Tidur Pasien Praoperasi DiRuangan rawat inap Bedah RSUP Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada*, 16.

Boyko Y, Ording H, J. P. (2012). Sleep Disturbances in Critically Ill Patients in ICU: How Much Do We Know? *Acta Anaesthesiol Scand*, Sep;56(8), 950–958. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2012.02672>

Demoule, A., Carreira, S., Lavault, S., Pallanca, O., Morawiec, E., Mayaux, J., ... Similowski, T. (2017). *Impact of earplugs and eye mask on sleep in critically*

ill patients : a prospective randomized study. 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s13054-017-1865-0>

Dettoni, J. L., Consolim-Colombo M., F., Drager, L. F., Rubira, M. C., de Souza, S. B. P. C., Irigoyen, M. C., ., & Lorenzi-Filho, G. (2012). Cardiovascular effects of partial sleep deprivation in healthy volunteers. *Journal of Applied Physiology*, *113*(2), 232–236.

Doğan, Ertekin, O., & Doğan. (2005). Sleep quality in hospitalized patients. *Journal of Clinical Nursing*, *14*(1), 107–113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01011.x>

Elliott RM, SM McKinley, & Eager, D. (2010). A Pilot Study of Sound Levels in an Australian Adult General Intensive Care Unit. *Noise Health, Jan-Mar;12*.
<https://doi.org/10.4103/1463-1741.59997>.

Freedman NS, Kotzer N, S. R. (1999). Patient Perception of Sleep Quality and Etiology of Sleep Disruption in the Intensive Care Unit. *Am J Respir Crit Care Med., Apr;159*(4(1155-62.)).
<https://doi.org/10.1164/ajrccm.159.4.9806141>.

Frighetto, L., Marra, C., Bandali, S., Wilbur, K., Naumann, T., & Jewesson, P. (2004). An assessment of quality of sleep and the use of drugs with sedating properties in hospitalized adult patients. *J Health Qual Life Outcomes*, *24*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-2-17>.

Gabor, J. Y., Cooper, A. B., Crombach, S. A., Lee, B., Kadikar, N., Bettger, H. E., & Hanly, P. J. (2003). *Contribution of the Intensive Care Unit Environment to Sleep Disruption in Mechanically Ventilated Patients and Healthy Subjects*. <https://doi.org/10.1164/rccm.2201090>

Gabor, J. Y., Cooper, A. B., & Hanly, P. J. (2001). Sleep disruption in the intensive care unit. *Current Opinion in Critical Care*, *7*(1), 21–27.
<https://doi.org/10.1097/00075198-200102000-00004>

Hatice Sutcu Cicek, RN, P., Birgul Armutcu, R., Berna Dizer, RN, P., Ayla Yava, RN, P., Nuran Tosun, RN, P., & Turgay Celik, M. (2014). Sleep Quality of Patients Hospitalized in the Coronary Intensive Care Unit and the Affecting Factors. *International Journal of Caring Sciences, Vol 7*(1), 325.

Hofhuis, J., et al. Experiences of Critically Ill Patients in The ICU. , Experiences of Critically Ill Patients in The ICU (2008).

Hu, Fang, Rong, Jiang, Ying, Xiao, ... Zhang, Y. hua. (2010). Effects of earplugs and eye masks on nocturnal sleep, melatonin and cortisol in a simulated intensive care unit environment. *Critical Care*, *14*(2).
<https://doi.org/10.1186/cc8965>

Karimi, H., & Masoudi Alavi, N. (2015). Florence Nightingale: The Mother of

Nursing. *Nursing and Midwifery Studies*, 4(2), e29475.
<https://doi.org/10.17795/nmsjournal29475>

Karine Spiegel. (2008). Metabolic consequences of sleep and sleep loss. *HHS Public Access*, 9(01), 23–28.

Knutson, K. L., Phelan, J., Paskow, M. J., Roach, A., Whiton, K., Langer, G., ... Hirshkowitz, M. (2017). The National Sleep Foundation 's Sleep Health Index. *Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation*, 3(4), 234–240. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.05.011>

Le Guen, M., Lebard, C, Arnulf, I, & Langeron, O. (2014). *Earplugs and eye masks vs routine care prevent sleep impairment in post-anaesthesia care unit : a randomized study*. 112(October 2013), 89–95.
<https://doi.org/10.1093/bja/aet304>

Mashayekhi, Fateme, Rafiei, Hossein, Arab, Mansour, ... Ranjbar, H. (2013). The effect of sleep quality on patients in a coronary care unit. *British Journal of Cardiac Nursing*, 8(9), 443–447. <https://doi.org/10.12968/bjca.2013.8.9.443>

Menger, J., Urbanek, B., Dze-Dworschak, K. S., Wolf, V., Fischer, A., Rinösl, H., & Dworschak, M. (2018). Earplugs during the first night after cardiothoracic surgery may improve a fast-track protocol. *Minerva Anestesiologica*, 84(1), 49–57. <https://doi.org/10.23736/S0375-9393.17.11758-X>

Mistraletti, Carloni, M. C., E. Z., M. T., & Sabbatini G, Umbrello M, Elia G, Destrebecq AL, I. G. (2008). Sleep and delirium in the intensive care unit. *Minerva Anestesiologia*, 74(6), 329–333.

Mutarobin, Nurachmah, Elly, Adam, Muhammad, Sekarsari, ... Erwin. (2019). Penerapan Evidence-Based Nursing Pengaruh Earplug Dan Eye Mask Terhadap Kualitas Tidur Pada Pasien Di Icu. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(2), 129–138. <https://doi.org/10.7454/jki.v22i2.735>

Nesbitt, L., & Goode, D. (2014). Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review. *Intensive and Critical Care Nursing*, 30(4), 231–235. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.005>

Nuramalia, L., & K Kuntarti. (2017). PENGETAHUAN DAN MOTIVASI PERAWAT BERPERAN PENTING DALAM MENGATASI MASALAH TIDUR DI RUMAH SAKIT. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(3), hal 176-184. <https://doi.org/10.7454/jki.v20i3.622>

Parthasarathy, S., & Tobin, M. J. (2004). Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 30(2), 197–206. <https://doi.org/10.1007/s00134-003-2030-6>

Potter, A, & Perry, . G. (2013). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik* (4th ed.). <https://doi.org/IOS3107-49534>

- Radeker, N. . (2000). Sleep in acute care settings: An integrative review. *Journal of Nursing Scholarship*, (1), 31–38.
- Ramos, F. J., F., Mis, R. R., de Azevedo, L. C., & Schettino, G. (2014). Intensive care unit visitation policies in Brazil: a multicenter survey. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 26(4),. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20140052>
- Rompael, V., Bart, Elseviers, M., M., Van Drom, W., Fromont, V., & Jorens, P. G. (2012). The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: A randomized controlled trial in intensive care patients. *Critical Care*, 16(3). <https://doi.org/10.1186/cc11330>
- Tabrani, H. (2007). *Agenda Gawat Darurat (Critical Care)* (Jilid 2). Bandung: PT ALUMNI.
- Uğraş, G., Oztekin, & SD., O. (2007). Patient Perception of Environmental and Nursing Factors Contributing to Sleep Disturbances in a Neurosurgical Intensive Care Unit. *Tohoku J Exp Med.*, Jul;212(3), 299–308. <https://doi.org/10.1620/tjem.212.299>.
- Zarcone J.R, B.A, IwataJ.L, R.G, Mazaleski, & Smith. (1994). Momentum and extinction effects on self-injurious escape behavior and noncompliance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 27, 649–658.



Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Suyatmi

NIM : B21827708601

Mahasiswa Program Studi Program Ilmu Keperawatan ITKES WIYATA HUSADA Samarinda. Saya akan melakukan penelitian tentang **“Perbedaan Penggunaan Earplugs Dan Eye Mask Terhadap Kualitas Tidur Pasien Ruang Intensif Rsud Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan”**.

Untuk itu kami mohon partisipasi Bapak/Ibu untuk menjadi Responden dalam penelitian ini, dijamin kerahasiaannya (tanpa nama) dan tidak ada pemaksaan. Data disajikan untuk pengembangan Ilmu Keperawatan. Atas kerja sama dan partisipasinya, kami sampaikan terimakasih.

Balikpapan, Maret 2020

Hormat Saya

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan dari Peneliti saya bersedia berpartisipasi sebagai Responden penelitian dengan Judul **“Perbedaan Penggunaan Earplugs Dan Eye Mask Terhadap Kualitas Tidur Pasien Ruang Intensif Rsud Dr. Kanudjoso Djatiwibowo Balikpapan”**, yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Ilmu Keperawatan ITKES WIYATA HUSADA Samarinda.

Nama : Suyatmi

NIM : B21827708601

Saya memahami bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negative bagi saya dan segala informasi yang diberikan dijamin kerahasiaannya. Saya telah diberikesempatan untuk bertanya mengenai segala sesuatu yang berkaitan dengan penelitian ini dan telah mendapat jawaban yang memuaskan. Berdasarkan semua penjelasan diatas maka dengan ini saya menyatakan secara sukarela bersedia menjadi responden dan berpartisipasi aktif dalam penelitian.

Balikpapan, Maret 2020

Responden

(.....)

Lampiran 3

INSTRUMEN A

DATA DEMOGRAFI

Petunjuk Pengisian Kuesioner

Beri tanda silang (X) dan Isi pertanyaan dibawah ini:

No. Responden :

Tanggal Pengisian :

Petunjuk Pengisian Jawaban

1. Pilihlah jawaban yang menurut anda sesuai dengan memberikan tanda x () pada salah satu jawaban yang telah disediakan.
2. Silahkan bertanya pada peneliti apabila ada pertanyaan yang kurang jelas.

Identitas Responden

1. Alamat responden :
2. Jenis Kelamin : () Laki-laki () Perempuan
3. Usia : Tahun
4. Pendidikan terakhir : () Sekolah Dasar (SD) () Sekolah Menengah Pertama (SMP)
() Sekolah Menengah Atas (SMA) () Perguruan Tinggi
5. Saat ini mengalami nyeri : () Ringan () Sedang () Berat
6. Hari Rawat di ruang intensif : () 1 hr () 2 hr () 3 () lhb 3 h

Kuisiener Kualiatas Tidur RCSQ Richards Campbllle Sleep Quisionare

Petunjuk : Lima pertanyaan berikut ini menanyakan bagaimana tidur anda selama dirawat diruang intensif . Pada setiap pertanyaan, berilah nilai yang paling sesuai 0 sampai dengan 100 pilihan anda semakin rendah nilai (kiri) kualitas tidur semakin buruk semakin kekanan semakin baik .

NO	Mengukur	Pertanyaan	Nilai
1.	Kedalaman Tidur/Tidur Nyenyak (Sleep dept)	<p>Bagaimana tidur anda semalam ?</p> <p>Tidur sebentar (0) Tidur nyenyak (100)</p>	
2	Persiapan Tidur (sleep Latency)	<p>Bagaimana saat anda akan memulai tidur tadi malam ?</p> <p>Hampir tidak pernah bisa tertidur (0) Segera dapat tertidur (100)</p>	
3.	Terbangun saat tidur (Awakenings)	<p>Apakah anda terbangun saat tidur tadi malam?</p> <p>Terbangun sepanjang malam (0) Sesekali terbangun (100)</p>	
4.	Kembali tertidur (Returning to sleep)	<p>Pada saat anda terbangun tadi malam,apakah bisa kembali tertidur?</p> <p>Tidak dapat tertidur kembali (0) Segera tertidur kembali(100)</p>	
5	Kualitas tidur (Sleep Quality)	<p>Bagaiman anda menggambarkan tidur anda semalam ?</p> <p>Tidur malam yang buruk (0) Tidur nyenyak (100)</p>	
6	Kebisingan	<p>Bagaimana anda menggambarkan tingkat kebisingan ruangan ini tadi malam</p>	

	(Noise)		
		Jumlah nilai poin 1 dan 5 keseluruhan dibagi 5	



Lampiran 4

```
RELIABILITY
/VARIABLES=K1 K2 K3 K4 K5 J
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA
/STATISTICS=CORR
/SUMMARY=TOTAL.
```

Reliability

Notes

Output Created		20-april-2020 20:07:27
Comments		
	Active Dataset	DataSet2
	Filter	<none>
	Weight	<none>
Input	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data	20
	File	
	Matrix Input	
	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
Missing Value Handling	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data for all variables in the procedure.
		RELIABILITY
		/VARIABLES=K1 K2 K3 K4 K5 J
		/SCALE('ALL VARIABLES')
Syntax		ALL
		/MODEL=ALPHA
		/STATISTICS=CORR
		/SUMMARY=TOTAL.
Resources	Processor Time	00:00:00.02
	Elapsed Time	00:00:00.01

[DataSet2]

Warnings

The determinant of the covariance matrix is zero or approximately zero. Statistics based on its inverse matrix cannot be computed and they are displayed as system missing values.

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	20	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	20	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.834	.985	6

Inter-Item Correlation Matrix

	K1	K2	K3	K4	K5	J
K1	1.000	.905	.872	.900	.863	.946
K2	.905	1.000	.891	.898	.902	.958
K3	.872	.891	1.000	.961	.872	.962
K4	.900	.898	.961	1.000	.889	.972
K5	.863	.902	.872	.889	1.000	.947
J	.946	.958	.962	.972	.947	1.000

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
K1	449.75	20032.829	.934	.	.802
K2	452.00	20080.000	.949	.	.803
K3	453.50	19363.421	.952	.	.792
K4	453.50	19558.158	.965	.	.794
K5	450.25	19501.250	.934	.	.794
J	251.00	6075.263	1.000	.	.976

Case Processing Summary

Kode Responden		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
EM	Pre	10	100.0%	0	0.0%	10	100.0%
	Post	10	100.0%	0	0.0%	10	100.0%
EP	Pre	10	100.0%	0	0.0%	10	100.0%
	Post	10	100.0%	0	0.0%	10	100.0%

Descriptives

Kode Responden		Statistic	Std. Error		
EM	Pre	Mean	44.1200	2.21735	
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	39.1040	
			Upper Bound	49.1360	
		5% Trimmed Mean		44.2444	
		Median		43.6000	
		Variance		49.166	
		Std. Deviation		7.01186	
		Minimum		32.00	
		Maximum		54.00	
		Range		22.00	
		Interquartile Range		10.25	
		Skewness		-.354	.687
		Kurtosis		-.440	1.334
		Post	Mean	60.1000	4.38799
		95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	50.1737	
			Upper Bound	70.0263	
		5% Trimmed Mean		61.0000	
		Median		64.0000	
		Variance		192.544	
		Std. Deviation		13.87604	
		Minimum		32.00	
		Maximum		72.00	
		Range		40.00	
		Interquartile Range		21.25	
		Skewness		-.909	.687

EP		Kurtosis		.067	1.334
		Mean		43.3800	2.41338
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	37.9206	
		Mean	Upper Bound	48.8394	
		5% Trimmed Mean		43.4222	
		Median		43.5000	
		Variance		58.244	
	Pre	Std. Deviation		7.63178	
		Minimum		32.00	
		Maximum		54.00	
		Range		22.00	
		Interquartile Range		15.80	
		Skewness		-.147	.687
		Kurtosis		-1.137	1.334
		Mean		58.4000	3.78065
		95% Confidence Interval for	Lower Bound	49.8476	
		Mean	Upper Bound	66.9524	
		5% Trimmed Mean		59.1111	
		Median		59.5000	
		Variance		142.933	
Post	Std. Deviation		11.95547		
	Minimum		34.00		
	Maximum		70.00		
	Range		36.00		
	Interquartile Range		18.50		
	Skewness		-.881	.687	
	Kurtosis		.307	1.334	

Tests of Normality

Kode Responden		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
EM	Pre	.181	10	.200*	.957	10	.748
	Post	.262	10	.053	.840	10	.051
EP	Pre	.180	10	.200*	.933	10	.474
	Post	.212	10	.200*	.889	10	.167

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

ANALISA UNIVARIAT

```

GET
  FILE='E:\New folder\skripsi\suyatmi\rekap data.sav'.
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
FREQUENCIES VARIABLES=U JK P N HR
  /ORDER=ANALYSIS.
  
```

Frequencies

Notes

Output Created	27-AUG-2020 12:08:06
Comments	
Input	E:\New folder\skripsi\suyatmi\rekap data.sav Data Active Dataset DataSet1 Filter <none> Weight <none> Split File <none> N of Rows in Working Data File 20
Missing Value Handling	User-defined missing values are treated as missing. Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=U JK P N HR /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time 00:00:00.02 Elapsed Time 00:00:00.02

[DataSet1] E:\New folder\skripsi\suyatmi\rekap data.sav

Statistics

		Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Tingkat Nyeri	Hari Rawat
N	Valid	20	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

Usia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18 - 40 tahun	3	15.0	15.0	15.0
41 - 45 tahun	5	25.0	25.0	40.0
51 - 55 tahun	12	60.0	60.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki - laki	11	55.0	55.0	55.0
Perempuan	9	45.0	45.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Pendidikan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid SMP	6	30.0	30.0	30.0
SMA	10	50.0	50.0	80.0
SARJANA	4	20.0	20.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Tingkat Nyeri

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ringan	15	75.0	75.0	75.0
Sedang	5	25.0	25.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Hari Rawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2	17	85.0	85.0	85.0
3	3	15.0	15.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

```

FREQUENCIES VARIABLES=PRE POST
  /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN
  /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

Notes	
Output Created	27-AUG-2020 12:11:07
Comments	
	E:\New
	folder\skripsi\suyatmi\rekap
	data.sav
Input	DataSet1
	Filter <none>
	Weight <none>
	Split File <none>
	N of Rows in Working Data 20
	File
Missing Value Handling	User-defined missing values are treated as missing.
	Statistics are based on all cases with valid data.
	Cases Used
Syntax	FREQUENCIES VARIABLES=PRE POST /STATISTICS=STDDEV MINIMUM MAXIMUM MEAN MEDIAN /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time 00:00:00.00
	Elapsed Time 00:00:00.02

[DataSet1] E:\New folder\skripsi\suyatmi\rekap data.sav

Statistics

		Pre	Post
N	Valid	20	20
	Missing	0	0
Mean		43.7500	59.2500
Median		43.6000	59.5000
Std. Deviation		7.14301	12.63610
Minimum		32.00	32.00
Maximum		54.00	72.00

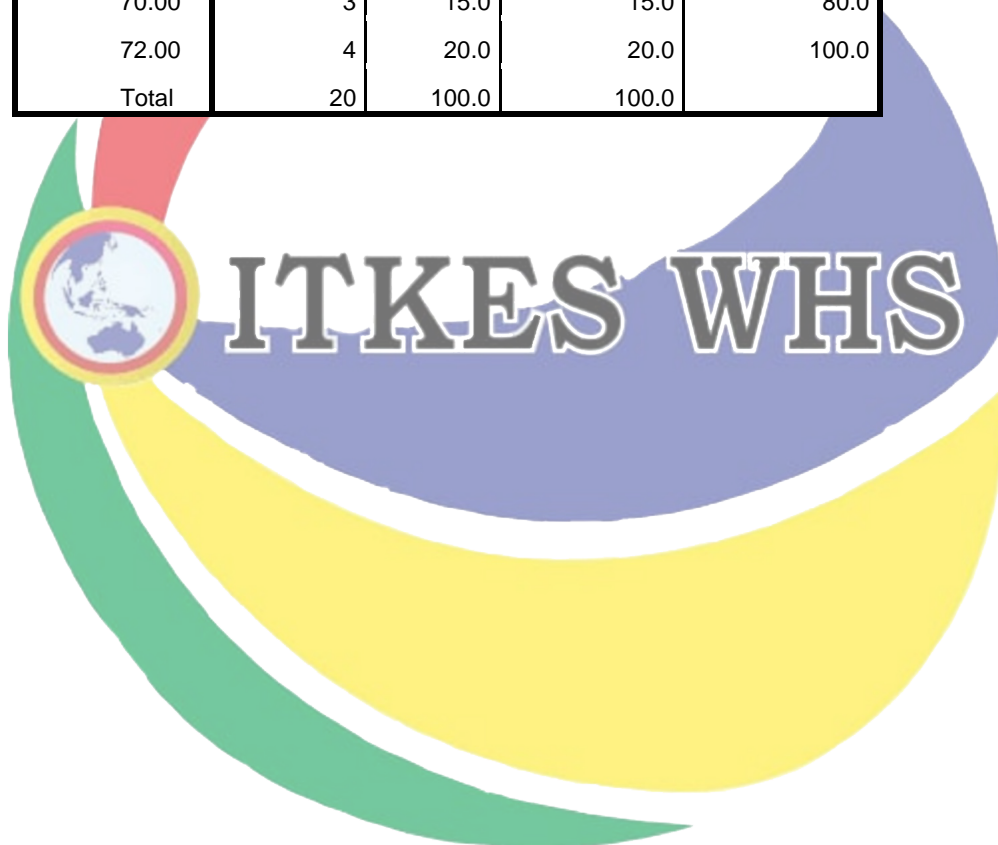
Frequency Table

Pre

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
32.00	2	10.0	10.0	10.0
33.80	1	5.0	5.0	15.0
35.00	1	5.0	5.0	20.0
36.00	1	5.0	5.0	25.0
42.00	2	10.0	10.0	35.0
43.00	2	10.0	10.0	45.0
43.20	1	5.0	5.0	50.0
Valid 44.00	2	10.0	10.0	60.0
45.00	1	5.0	5.0	65.0
47.00	1	5.0	5.0	70.0
50.00	1	5.0	5.0	75.0
51.00	1	5.0	5.0	80.0
52.00	2	10.0	10.0	90.0
54.00	2	10.0	10.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	

Post

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
32.00	1	5.0	5.0	5.0
34.00	1	5.0	5.0	10.0
47.00	2	10.0	10.0	20.0
52.00	2	10.0	10.0	30.0
54.00	2	10.0	10.0	40.0
Valid 58.00	2	10.0	10.0	50.0
61.00	1	5.0	5.0	55.0
69.00	2	10.0	10.0	65.0
70.00	3	15.0	15.0	80.0
72.00	4	20.0	20.0	100.0
Total	20	100.0	100.0	



ANALISA BIVARIAT

```
T-TEST PAIRS=PRE WITH POST (PAIRED)
  /CRITERIA=CI (.9500)
  /MISSING=ANALYSIS.
```

T-Test

Notes	
Output Created	01-AUG-2020 09:51:07
Comments	
Input	E:\New folder\skripsi\suyatmi\rekap data.sav DataSet1 Filter <none> Weight <none> Split File Kode Responden N of Rows in Working Data File 20 Definition of Missing Missing Value Handling Cases Used Syntax Processor Time 00:00:00.02 Resources Elapsed Time 00:00:00.01

[DataSet1] E:\New folder\skripsi\suyatmi\rekap data.sav

Paired Samples Statistics

Kode Responden			Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
EM	Pair 1	Pre	44.1200	10	7.01186	2.21735
		Post	60.1000	10	13.87604	4.38799
EP	Pair 1	Pre	43.3800	10	7.63178	2.41338
		Post	58.4000	10	11.95547	3.78065

Paired Samples Correlations

Kode Responden			N	Correlation	Sig.
EM	Pair 1	Pre & Post	10	.506	.135
EP	Pair 1	Pre & Post	10	.412	.237

Paired Samples Test

Kode Responden	Paired Differences						t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
				Lower	Upper				
EM Pair 1	Pre - Post	-15.98000	11.96679	3.78423	-24.54052	-7.41948	-4.223	9	.002
EP Pair 1	Pre - Post	-15.02000	11.22515	3.54970	-23.04999	-6.99001	-4.231	9	.002



Lampiran 5

Kelompok	Umur	Jenis kelamin	Pendidikan	Nyeri	Hari rawat	Pre	Post
Ep	3	1	2	1	2	3	2
Ep	2	1	2	1	2	3	2
Ep	3	2	1	1	2	3	3
Ep	3	1	3	1	2	3	2
Ep	1	2	2	1	4	2	2
Ep	3	1	2	2	2	3	2
Ep	2	1	3	1	2	2	2
Ep	2	2	1	2	2	3	3
Ep	1	1	1	1	2	3	2
Ep	3	2	2	1	4	2	2
EM	3	1	2	1	2	3	2
EM	2	1	2	1	2	3	2
EM	3	2	1	1	2	3	3
EM	3	1	3	1	2	3	2
EM	1	2	2	1	2	2	2
EM	3	1	3	2	2	3	2
EM	3	2	1	1	2	3	2
EM	3	1	2	2	2	3	3
EM	3	2	2	2	2	3	2
EM	2	2	1	1	3	2	2

Ket :

Kelompok

Ep : *Earplug*

EM : *Eye Mask*

Umur

1 : 18 – 40 tahun

2 : 41 – 50 tahun

3 : 51 – 55 tahun

Jenis Kelamin

1 : Laki - laki

2 : Perempuan

Pendidikan

1 : SMP

2 : SMA

3 : Sarjana

Nyeri

1 : Ringan

2 : sedang

Pre & Post

1 : Sangat baik

2 : Baik

3 : buruk

4 : sangat buruk

Lampiran 6



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO
JL. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873836
BALIKPAPAN

Balikpapan, 02 Desember 2019

No. : 423/ 3530 /RSKD

Lamp : 1 lembar

Prihal : Ijin Permohonan Studi Pendahuluan

Kepada

Yth : STIEKES Wiyata Husada

Di -

Samarinda

Menjawab surat saudara Nomor : 22149/STIEKES-WHS tanggal 22 November 2019 tentang Permohonan Studi Pendahuluan Penelitian di lingkungan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, atas terlampir.

Pada Prinsipnya kami menyetujui bahwa nama yang bersangkutan terlampir melakukan penelitian di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku.

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.



dr. Edy Kusnandar, Sp. PD, FINASIM, MARS

Spesialis Kulit, I

NIP. 19650528 199707 1 001

Nomor : 6079/SI/IKES-WHS/II/2019
Hal : Lampiran

No	Nama	Nim
1	ALIMUDDIN	B21824105001
2	ARDIYAN ALFIAN ARIZQI	B21824205101
3	ASTUTI	B21824405301
4	ATIK DARWANTI	B21824505401
5	AWALUDDIN	B21824605501
6	BUDI SUJARWO	B21824705601
7	DARMAWAN	B21824805701
8	DWI KUSRINI	B21825005901
9	EKA HARTINI	B21825106001
10	ELIS IDA	B21825206101
11	ENDANG KRISNAWATI	B21825306201
12	ENDANG SRININGSIH	B21825406301
13	ENI PITRIANI	B21825506401
14	FEBRIAN NORMA HANDAYANI	B21825706601
15	HAMIDAH	B21825806701
16	HERI NOTOSUSANTO	B21825906801
17	IDA MAULANI	B21826006901
18	ISTIQOMAH	B21826107001
19	JEVI PRADHANA PUTRA SULISTYO	B21826207101
20	LUCIANA PUJI RAHAYU	B21826307201
21	MUHAMMAD IHSAN	B21826407301
22	MUSLIMAH	B21826507401
23	NANI FERAWATI	B21826607501
24	NARTININGSIH	B21826707601
25	PINARSIH	B21826807701
26	RAMLAH	B21826907801
27	RINA YANTI S	B21827007901
28	SAMSIAH	B21827108001
29	SARIMAH MUDAH	B21827208101
30	SETYO WIRIDIANTORO	B21827308201
31	SITI HUSNUL HARIROH	B21827408301
32	SRI WAHYUNI	B21827508401
33	SUSANTI SUHARDI	B21827608501
34	SUYATMI	B21827708601
35	SYAMSUL HADI	B21827808701
36	SYARIFAH YULIA RACHMAWATI	B21827908801
37	VETA VATA SATUL HUSNAH	B21828109001
38	YULIHA SARAH	B21828209101
39	YUNIATI WININGSIH	B21828409301
40	YUNNI REFFIANA	B21828409301



**INSTITUT TEKNOLOGI KESEHATAN & SAINS
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

Izin Menristekdikti RI Nomor : 1040/KPT/I/2019

ITKES WHS

ITKES WHS

www.itkeswhs.ac.id

info@itkeswhs.ac.id

Jl. Kadrie Oening No. 77 Samarinda - Kalimantan Timur. Telp/Fax (0541) 7272431

Nomor : 759 /ITKES-WHS/LT/2020 15 Mei 2020
Lampiran : -
Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.

Direktur RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan

di -

Tempat

Dengan hormat,

Teriring salam dan doa semoga Allah SWT selalu memberikan Rahmat dan Hidayah- Nya kepada kita semua.

Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir mahasiswa berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi, maka kami mohon kepada Bapak/ibu agar dapat memberikan ijin kepada mahasiswa kami untuk melakukan penelitian di tempat yang Bapak/Ibu pimpin.

Adapun mahasiswa yang melakukan kegiatan tersebut adalah :

Nama : SUYATMI
NIM : B21827708601
Semester : III
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Penelitian : **Pengaruh penggunaan eyeplugs dan eyemask terhadap kualitas tidur pasien di intensive care unit RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan**

Demikian kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Wakil Rektor I,



Chandra Sulistyorini, S.ST., M.Keb
NIDN. 1121038701

"Hold The Future Now"



PEMERINTAH PROVINSI KALIMANTAN TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. KANUJOSO DJATIWIWOWO
JL. MT. Haryono No. 656 Tlp. 0542 873901 (Hunting) Fax. 0542 873836
BALIKPAPAN

Balikpapan, 15 September 2020

No. : 423/10021/PSDM/RSKD/IX-2020
Lamp : -
Prihal : Ijin Penelitian

Kepada
Yth : **Wakil Rektor I ITKES**
Wiyata Husada KALTIM
di -
Samarinda

Menjawab surat saudara Nomor : 759/ITKES-WHS/LT/2020, tanggal 15 Mei 2020 tentang permohonan ijin penelitian untuk tugas akhir berupa penyusunan karya tulis ilmiah/skripsi di RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan, atas :

Nama : **SUYATMI**
NIM : B 21827708601
Judul Penelitian : **Pengaruh Penggunaan Eyeplugs dan eyemask Terhadap Kualitas tidur Pasien di Intensive Care Unit RSUD dr. Kanujosos Djatiwibowo Balikpapan.**

Pada Prinsipnya kami menyetujui bahwa nama yang bersangkutan diatas tersebut melakukan penelitian di RSUD dr. Kanujoso Djatiwibowo Balikpapan dengan ketentuan mengikuti dan mentaati peraturan yang berlaku.

Adapun biaya penelitian sesuai dengan aturan PERGUB Nomor 58 Tahun 2013 sebesar Rp 300.000,- (Tiga Ratus Ribu Rupiah).

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerjasamanya di ucapkan terima kasih.



dr. Edy Iskandar, Sp. PD, FINASIM, MARS

Pembina Utama Muda

NIP. 19650528 199707 1 001

Lampiran 8

Dokumentasi Kegiatan



Penggunaan Earplugs



Penggunaan Eye mask

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

I Data Pribadi

1. Nama : Suyatmi
2. Tempat dan Tanggal Lahir : Blora ,7Oktober 1977
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. Agama : Islam
5. Status Perkawinan : Belum Kawin
6. Warga negara : Indonesia
7. Alamat : Jln Di Panjaitan RT 83 NO 15
Balikpapan
8. Email : amiyatmi@gmail.com
9. No Hp : 08125897784
10. Kode Pos : 76124

- ### II Pendidikan Formal
- : SDN N 70 Balikpapan Thn 1989
SMP N 6 Balikpapan Thn 1992
SMA N 2 Balikpapan Thn 1995
AKPER Pemprof Samarinda Thn 1999

- ### III Pendidikan Non Formal
- : Konseling & Tes HIV/AIDS 2005
PMTCT HIV AIDS Tarakan 2008
PONED Bapelkes Samarinda 2008

- ### IV Riwayat Pengalaman Kerja
- : Perawat Pelaksana
RSUD Tarakan thn sejak1999
s/d2002
Puskesmas Pemkot Tarakan sejak
2002 s/d 2012
RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo
Balikpapan sejak 2013 s/d
sekarang