

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tidur merupakan komponen penting dalam pemulihan energi dan kualitas hidup pasien kritis (Kaplow, 2016). Pasien kritis selama perawatan di ICU mengalami beberapa gangguan tidur, diantaranya disebabkan oleh kebisingan, pencahayaan, prosedur diagnostik dan terapeutik, ventilasi mekanik, pengobatan serta penyakit kritis itu sendiri (Boyko *et al.*, 2017). Kurangnya waktu tidur, ketidaknormalan pola tidur dan kekacauan ritme sirkadian atau jam biologis adalah masalah umum di ICU, yang memberikan dampak negatif pada kualitas dan kuantitas tidur pasien (Pisani *et al.*, 2015). Pasien kritis di ICU mengalami jam tidur singkat sehingga membuat pasien kesulitan mencapai REM dan tidur yang nyenyak, mengakibatkan pasien mudah terbangun (Birdja and Özcan, 2019). Intervensi yang efektif diperlukan untuk mendukung siklus tidur normal pada pasien kritis (Hofhuis *et al.*, 2018). Pengendalian faktor lingkungan dan faktor lain yang mengganggu tidur pasien dapat dilakukan melalui *sleep hygiene* (Devlin *et al.*, 2018). *Sleep hygiene* adalah perilaku, kondisi lingkungan dan faktor-faktor yang berhubungan dengan tidur yang dipercaya dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas tidur (Stepanski and Wyatt, 2003). Penerapan *sleep hygiene* untuk memenuhi kebutuhan tidur pada pasien kritis yang dirawat di ICU masih perlu diidentifikasi lebih lanjut.

Penelitian yang dilakukan di Italia oleh Pagnucci *et al* (2019) dengan mengambil sampel 74 pasien di ICU pada bulan November dan Desember 2016

menunjukkan bahwa 41 pasien (54,8%) melaporkan tidak dapat memulai tidur dan 53 pasien (71,6%) mengatakan terbangun saat malam hari, serta 21 dari mereka ini (28,3%) tidak mampu untuk tidur kembali setelah terbangun. Kualitas tidur saat malam pertama di ICU diartikan buruk oleh 42 pasien (56,7%) dengan 17 pasien (23%) melaporkan tingkat kebisingan yang sangat tinggi. Hadi (2017) melakukan penelitian tentang gangguan tidur di ICU RSUD Dr. R. Soeprapto Cepu dengan hasil yang menunjukkan bahwa mayoritas responden sebanyak 18 orang (60%) mengatakan tidurnya terganggu dan 12 orang (40%) mengatakan tidurnya sangat terganggu. Kekurangan tidur dapat mempengaruhi sistem kekebalan tubuh, kadar hormon, termoregulasi tubuh, mekanisme pernapasan dan daya ingat, mengalami perubahan pada sistem kardiovaskuler, sistem metabolik, risiko terjadi delirium, respon stress meningkat, penggunaan ventilasi mekanik yang semakin lama, bahkan menurunnya kualitas hidup pasca-ICU (Pisani *et al.*, 2015; Pulak and Jensen, 2016; Demoule *et al.*, 2017).

Siklus tidur terdiri dari 2 tahapan: *Rapid Eye Movement (REM)* dan *Non-REM (NREM)* dimana masing-masing tahapan membantu proses penyembuhan penyakit (Ibarra-Coronado *et al.*, 2015). Tahapan REM meningkatkan pemulihan emosi, pemulihan fungsi otak, dan pertumbuhan, sedangkan tahapan NREM dikaitkan dengan pemulihan fisik dan pertumbuhan (Kudchadkar *et al.*, 2017). Tahap NREM terdiri dari 3 fase (N1, N2, dan N3) dimana fase N1 ditandai dengan rasa kantuk dan penurunan aktivitas otot, diikuti fase N2 yaitu terdapat penurunan tingkat kesadaran namun masih dapat dengan mudah terbangun jika ada suara bising dan yang terakhir adalah fase N3 yang dikenal dengan “*deep sleep*”, otak menjadi kurang berespon terhadap rangsangan dari luar, membuat

seseorang susah untuk bangun (Reuter-Rice *et al.*, 2020). Tahap terakhir yaitu REM berlangsung sekitar 20% dari total waktu tidur, tahap dimana terjadi aktivitas otak yang tinggi seperti bermimpi (King, Bailey and Kamdar, 2015).

Selama dalam perawatan pasien di ICU mungkin mendapatkan cukup waktu untuk tidur, namun untuk mempunyai tahapan tidur berulang ketika pasien tersebut berada di lingkungan perawatan intensif adalah hal yang sulit dicapai. Hasil penelitian Naik *et al* (2018) yang dilakukan selama 5 bulan di ruang ICU di sebuah RS di India Utara, menunjukkan bahwa 15 dari 32 pasien di ICU (46,9%) mempunyai kualitas tidur yang buruk. Faktor penyebab ketidaknyamanan yang berhubungan dengan gangguan tidur pada 32 pasien tersebut diantaranya, *Foleys catheter, NG tube* dan *suctioning of endotracheal tube* (100%), tes diagnostik misalnya *X-Ray* dan *blood test* serta asuhan keperawatan seperti *bedding* dan *bathing* (93,75%), prosedur invasif (93,75%), pencahayaan pada malam hari dan pemberian obat melalui injeksi (87,5%), pasien lain di ICU dan disorientasi waktu (78,1%), percakapan staff ICU (62,5%). Adanya nyeri dan banyaknya rangsangan dari luar (alarm, peralatan medis, pencahayaan dan interaksi dengan staff) menjadikan ICU sebagai suatu tempat dimana kualitas tidur yang layak untuk pasien susah diperoleh (Birdja and Özcan, 2019). Mencegah dan mengobati gangguan tidur di ICU dapat menurunkan angka morbiditas dan mortalitas (Delaney *et al.*, 2018).

Gangguan tidur yang buruk dikaitkan dengan konsekuensi jangka panjang maupun jangka pendek yang beragam dan juga berat (Pisani *et al.*, 2015). Sebuah studi yang dilakukan oleh Younis *et al* (2019) dalam bentuk *literature review* menyebutkan bahwa terdapat beberapa metode untuk mengukur kualitas tidur

pasien dan beberapa strategi untuk meningkatkan tidur pasien di ICU termasuk diantaranya adalah pengurangan tingkat kebisingan dan pencahayaan, teknik relaksasi, meditasi, *hypnosis*, *earplugs*, *eye mask*, relaksasi dengan musik, dan memodifikasi waktu pemberian asuhan keperawatan. Hasil penelitian Hansen *et al* (2018) yang mengambil sampel 37 pasien ICU di RS Universitas Aarhus di Denmark, dengan pemberian *sleep hygiene* (mendengarkan musik selama 30 menit) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan signifikan antara kelompok perlakuan dan kelompok kontrol pada tiga item yakni kedalaman tidur, waktu terbangun dan keseluruhan kualitas tidur yang dirasakan. Secara subyektif, beberapa pasien mengatakan bahwa dengan mendengarkan musik dapat mengurangi kebisingan sehingga lebih tenang dan kualitas tidur menjadi lebih baik.

Metode farmakologis dan non farmakologis diberikan dalam upaya memenuhi kebutuhan tidur pasien di ICU. Penggunaan metode non farmakologis untuk meningkatkan tidur pasien, termasuk di dalamnya adalah *sleep hygiene* umumnya mempunyai efek samping lebih sedikit dibandingkan dengan metode farmakologis. Walaupun strategi ini direkomendasikan menjadi terapi di lini pertama, namun masih sedikit perhatian yang diberikan dan usaha yang dilakukan dalam ranah ini (Younis, Hayahneh and Batiha, 2019). *Sleep hygiene* yang diterapkan juga perlu memperhitungkan lingkungan dan mempertimbangkan kondisi pasien. Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk menyusun *literature review* tentang pengaruh *sleep hygiene* terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pasien di ICU.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana pengaruh *sleep hygiene* terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pasien di *Intensive Care Unit* (ICU) berdasarkan studi empiris dalam tiga tahun terakhir?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menjelaskan pengaruh *sleep hygiene* terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pasien di *Intensive Care Unit* (ICU) berdasarkan studi empiris dalam tiga tahun terakhir.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi intervensi *sleep hygiene* di ICU berdasarkan studi empiris dalam tiga tahun terakhir.
2. Mengidentifikasi pemenuhan kebutuhan tidur pasien yang dilakukan intervensi *sleep hygiene* di ICU berdasarkan studi empiris dalam tiga tahun terakhir
3. Menjelaskan pengaruh intervensi *sleep hygiene* terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pasien berdasarkan hasil studi empiris dalam tiga tahun terakhir