

KOMBINASI TEKNIK RELAKSASI BENSON DAN EDUKASI HIGIENE TIDUR DALAM MEMPENGARUHI KUALITAS TIDUR PASIEN PASCA STROKE

Anis Ika Nur Rohmah¹, Dewi Irawaty², Debie Dahlia³

¹Jurusan Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Malang
Kampus II: Jl. Bendungan Sutami 188-A. E-mail: anisikanur@umm.ac.id

^{2,3}Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

ABSTRAK

Stroke terjadi karena adanya gangguan aliran darah ke bagian otak yang banyak menyebabkan kecacatan fisik. Perawatan rehabilitasi jangka panjang seringkali menjadi stresor tersendiri bagi pasien. Kecemasan dan depresi bisa menyebabkan gangguan tidur pada pasien pasca stroke. Dalam mengatasi gangguan tidur dibutuhkan intervensi psikologis dan perilaku. Penelitian ini bertujuan mengetahui pengaruh teknik relaksasi benson dikombinasikan dengan edukasi higiene tidur terhadap kualitas tidur pasien pasca stroke.

Metode yang digunakan *quasi experiment pre-post test design with control group*. Kuesioner *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)* digunakan untuk mengukur kualitas tidur dalam penelitian ini. Teknik pengambilan sampel menggunakan *consecutive sampling*. Dari 58 responden, 30 responden pada kelompok intervensi menerapkan Teknik Relaksasi Benson dikombinasikan dengan Edukasi Higiene Tidur dan 28 responden menerapkan Teknik Relaksasi Benson sebagai kelompok kontrol. Perbedaan jumlah responden disebabkan sejumlah 2 orang responden diantaranya *drop out*. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kualitas tidur, sedangkan variabel independennya adalah kombinasi Teknik Relaksasi Benson dan Edukasi Higiene Tidur. Uji statistik menggunakan *paired t-test* dan *independent t-test*.

Hasil penelitian menunjukkan ada peningkatan kualitas tidur pada kedua kelompok ($p=0,0001$) setelah perlakuan dan terdapat perbedaan yang bermakna antara dua kelompok tersebut ($p=0,0001$).

Relaksasi Benson dikombinasikan dengan Edukasi Higiene Tidur direkomendasikan sebagai salah satu terapi non farmakologi untuk mengoptimalkan kualitas tidur pada pasien pasca stroke.

Kata Kunci: Kualitas Tidur, Pasca Stroke, Relaksasi Benson, Edukasi Higiene Tidur.

ABSTRACT

A Stroke occurs because of disruption of blood flow to parts of the brain that many cause physical disability. Long-term rehabilitation care is often a stressor for patients. Anxiety and depression can cause sleep disorders in post-stroke patients. In overcoming sleep disorders psychological and behavioral interventions are needed. This study aims to determine the effect of the Benson Relaxation Technique combined with Sleep Hygiene Education on the sleep quality of post-stroke patients.

The method used is quasi-experimental pre-test design with control group. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) questionnaire was used to measure sleep quality in this study. The sampling technique uses consecutive sampling. Of the 58 respondents, 30 respondents in the intervention group applied the Benson Relaxation Technique combined with Sleep Hygiene Education and 28 respondents applied the Benson Relaxation Technique as a control group. The difference in the number of respondents was caused by a number of 2 respondents including dropouts. The dependent variable in this study is sleep quality, while the independent variable is a combination of Benson Relaxation Technique and Sleep Hygiene Education. Statistical tests using paired t-test and independent t-test.

The results showed there was an improvement in sleep quality in both groups ($p = 0.0001$) after treatment and there were significant differences between the two groups ($p = 0,0001$).

Benson's relaxation combined with Sleep Hygiene Education is recommended as one of the non-pharmacological therapies to optimize sleep quality in post-stroke patients.

Keywords: Sleep Quality, Post-Stroke, Benson's relaxation, Sleep Hygiene Education.

PENDAHULUAN

Gangguan tidur terjadi sebanyak 40% - 80% pada pasien pasca stroke (Pasic, Smajlovic, Dostovic, 2011; Leppavuori, Pohjasvaara, Vataja, 2002). Gangguan tidur pasca stroke (*Post Stroke Sleep Disturbance / PPSDs*) berhubungan dengan ketidakmampuan fisik, depresi dan *fatigue*, penggunaan obat-obatan psikotropik, penyebab lingkungan, dan mungkin juga berhubungan dengan lokasi lesi (Suh, Choi-Kwon, Kim, 2014).

Sutantoro (2000) dan Edukasi Higiene Tidurrki (2002) menyebutkan bahwa dalam dekade terakhir ini gangguan kualitas tidur dipandang sebagai faktor potensial yang terjadi pada pasien stroke. Kualitas tidur meliputi aspek kuantitatif dan kualitatif tidur, seperti lamanya tidur, waktu yang diperlukan untuk bisa tertidur, frekuensi terbangun dan aspek subyektif seperti kedalaman dan kepulasan tidur (Warlow, 2007).

Tidur merupakan hal yang sangat penting bagi imunitas, endokrin, dan fungsi metabolik,

kurangnya tidur yang berkualitas berhubungan dengan terganggunya fungsi fisik, mental, dan berhubungan dengan kesehatan dan kesejahteraan (Kaplow & Hardin, 2007). Hasil penelitian yang meneliti efek dari gangguan tidur mengungkapkan bahwa pasien yang mengalami insomnia menyebabkan peningkatan gejala depresi dan *fatigue* daripada pasien yang tidak mengalami insomnia (Pasic, Smajlovic, Dostovic, 2011). Tidur *Rapid Eye Movement* (REM) diperlukan untuk menjaga jaringan otak dan menjadi bagian penting dari pemulihan kognitif (Buysse, 2005).

Dalam mengatasi gangguan tidur terdapat intervensi psikologis dan perilaku. Metode intervensi psikologis dan perilaku tersebut meliputi *sleep hygiene education*, terapi kontrol stimulus, terapi *sleep restriction*, latihan relaksasi, dan terapi kognitif (Dyonzak, 2011). Intervensi yang tepat pada pasien pasca stroke dengan gangguan tidur tidak hanya akan meningkatkan kualitas hidup dan meminimalkan dampak pasca stroke, tetapi juga dapat meningkatkan harapan hidup

pasien (Ferre, et al., 2013). Namun selama ini belum banyak penelitian yang berkonsentrasi terhadap intervensi gangguan tidur pada pasien pasca stroke.

Edukasi Higiene Tidur merupakan *guideline* yang bertujuan untuk memberikan pengetahuan pada pasien tentang apa-apa yang boleh dan sebaiknya dihindari untuk meningkatkan kualitas tidurnya. Manfaat yang dirasakan jika mengaplikasikan Edukasi Higiene Tidur adalah memiliki kemampuan mengatur tidur, mengurangi gangguan tidur yang dialami sebelumnya dan dapat meningkatkan kualitas tidur (Dyonzak, 2011).

Teknik relaksasi merupakan pendekatan psikologis sebagai salah satu intervensi pada pasien dengan gangguan tidur. Penelitian Rambod, Pourali-mohammadi, Pasyar, Rafii, dan Sharif (2013) telah membuktikan bahwa penggunaan teknik relaksasi Benson berpengaruh terhadap kualitas tidur pasien hemodialisis. Pada penelitian tersebut juga direkomendasikan untuk bisa mengevaluasi perubahan kualitas tidur pasien setiap minggunya. Teknik relaksasi Benson dapat membantu pelepasan serotonin dari sel khusus di dalam inti *raphe* sistem tidur di pons dan medula yang akan menyebabkan tidur. Area ini di otak juga dikenal dengan *Bulbar*

Synchronizing Region (BSR). Ketika seseorang berusaha untuk tidur, mereka memejamkan mata dan mengasumsi posisi santai. Dengan bantuan teknik relaksasi, diharapkan akan membantu mempercepat kondisi rileks dan santai, sehingga stimulasi terhadap RAS menurun. Apabila ruangan gelap dan lingkungan mendukung, maka aktivasi dari RAS akan terus menurun. Pada titik tertentu BSR akan mengambil alih sehingga menyebabkan tidur (Izac, 2006; Potter & Perry, 2010).

Penelitian Fischer, et al (2012) menyebutkan bahwa selain dengan pemberian terapi obat, juga dibutuhkan intervensi khusus pada pasien untuk mencapai kualitas tidur yang optimal. Penggabungan pemberian intervensi relaksasi benson dan Edukasi Higiene Tidur diharapkan dapat menjadi satu paket kombinasi intervensi psikologis dan perilaku untuk membantu pasien dengan masalah gangguan tidur. Selain itu juga belum ada penelitian yang menggabungkan relaksasi benson dan Edukasi Higiene Tidur dalam mengatasi gangguan tidur pada pasien pasca stroke. Berdasarkan latar belakang tersebut, maka peneliti tertarik untuk mengetahui pengaruh teknik relaksasi Benson dikombinasikan dengan *sleep hygiene education*

terhadap kualitas tidur pasien pasca stroke.

METODE DAN ANALISA

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif *quasi experiment pre-post test design with control group*. Penelitian ini menguji coba suatu intervensi dimana observasi dilakukan sebanyak dua kali, yaitu pengukuran awal (*pre test*) dan pengukuran akhir atau sesudah eksperimen (*post test*) (Dharma, 2011). Pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 20 Mei – 19 Juni 2015 di RSPAD Gatot Soebroto dan RSUD Pasar Rebo Jakarta.

Penelitian ini terdiri dari 2 kelompok, yaitu kelompok intervensi yang diberikan relaksasi benson dan Edukasi Higiene Tidur, serta kelompok kontrol yang diberikan relaksasi benson. Total sampel ada 58 responden, yaitu kelompok intervensi berjumlah 30 orang dan kelompok kontrol berjumlah 28 orang. Perbedaan jumlah responden disebabkan sejumlah 2 orang responden diantaranya *drop out*. Teknik pengambilan sampel menggunakan *concecutive sampling*.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah: (1) Pasien pasca stroke yang menjalani perawatan rawat jalan dan memiliki gangguan tidur berdasarkan penilaian

instrument PSQI (skor >5), (2) Pasien menjalani rawat jalan rutin minimal satu minggu sekali, (3) Kesadaran compos mentis, (4) Pasien memiliki kamar tidur sendiri di rumah, (5) Pasien memiliki kemampuan berkomunikasi, (6) Pasien mendapatkan dukungan keluarga, (7) Keluarga responden memiliki tingkat pendidikan minimal SMA.

Pengambilan data dilakukan saat pertemuan pertama dengan responden dan minggu kedua setelah pemberian intervensi pada responden. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuisisioner untuk data karakteristik, *Pittsburg Scale Quality Index* (PSQI) dan *Sleep diary*. Kuisisioner PSQI berisi dari 9 item pertanyaan dan terdiri dari 7 komponen. Komponen tersebut antara lain: (1) *subjective sleep quality* (pertanyaan nomor 6); (2) *sleep latency* (pertanyaan nomor 2 dan 5a); (3) *sleep duration* (pertanyaan nomor 4); (4) *habitual sleep efficiency* (pertanyaan nomor 1 dan 3); (5) *sleep disturbance* (pertanyaan nomor 5b-5j); (6) *use of sleeping medication* (pertanyaan nomor 7); (7) *daytime dysfunction* (pertanyaan nomor 8 dan 9). Penilaian setiap pertanyaan menggunakan skala likert mulai dari skor 0-3, dimana skor 3 merupakan skor paling negatif pada

skala likert. *Sleep diary* dalam penelitian ini diberikan ke responden dan diisi oleh keluarga yang telah dilakukan uji Kappa dengan hasil uji >0,60. Peneliti juga melakukan pemantauan perkembangan penerapan intervensi melalui telepon.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian rata-rata usia pasien pasca stroke pada kelompok intervensi penelitian ini adalah 57,13 tahun, sedangkan pada kelompok kontrol memiliki rata-rata usia 59,39 tahun. Hal ini sejalan dengan yang disebutkan dalam Riskesdas (2013) bahwa risiko penderita stroke mengalami peningkatan seiring dengan meningkatnya usia. Hasil penelitian

tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Bahrudin (2012) dimana rentang usia 51 – 60 tahun merupakan rentang dimana insiden stroke paling banyak terjadi yaitu sebesar 28,1%. Sumber pustaka lain juga mengatakan bahwa risiko terkena stroke meningkat sejak usia 45 tahun. Setelah mencapai 50 tahun, setiap penambahan usia tiga tahun akan meningkatkan risiko terkena stroke sebesar 11 – 20% (Feigon, 2007). Data tersebut memberikan gambaran bahwa semakin bertambahnya usia seseorang, risiko untuk terkena stroke juga akan semakin meningkat. Dengan demikian, berbagai komplikasi masalahnya juga akan bermunculan, salah satunya adalah gangguan tidur.

Tabel 1. Karakteristik demografi responden berdasarkan jenis kelamin, pendidikan, dan lama pengobatan pasien pasca stroke di RSPAD Gatot Soebroto dan RSUD Pasar Rebo bulan Mei-Juni 2015

Variabel	Kelompok intervensi (n=30)		Kelompok kontrol (n=28)		Total	
	N	%	N	%	N	%
Jenis Kelamin						
Laki-laki	20	66,7	19	67,9	39	67,2
Perempuan	10	33,3	9	32,1	19	32,8
Total	30	100	28	100	58	100
Pendidikan						
SMP	5	16,7	6	21,4	11	19,0
SMA	11	36,7	12	42,9	23	39,7
D3	4	13,3	5	17,8	9	15,5
S1	7	23,3	4	14,3	11	18,9
S2	3	10,0	1	3,6	4	6,9
Total	30	100	28	100	58	100
Lama Pengobatan						
Kurang dari 1 tahun	16	53,4	18	64,3	34	58,6
1 – 3 tahun	10	33,3	6	21,4	16	27,6
Lebih dari 3 tahun	4	13,3	4	14,3	8	13,8
Total	30	100	28	100	58	100

Penderita stroke pada penelitian ini banyak dialami oleh

laki-laki sebanyak 20 orang (66,7%) pada kelompok intervensi dan 19

orang (67,9%) pada kelompok kontrol. Risiko stroke pada laki-laki 1,25 lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan (Sustrani, 2006). Jauch *et al.* (2014) juga mengemukakan hal yang serupa bahwa insiden stroke pada laki-laki sebanyak 62,8 per 100.000 penduduk, sedangkan pada perempuan sebanyak 59 per 100.000 penduduk. Diperkirakan bahwa

insiden stroke pada perempuan lebih rendah dibandingkan laki-laki akibat adanya estrogen yang berfungsi memberikan proteksi pada proses aterosklerosis (Japardi, 2002). Sebagian besar responden menjalani masa pengobatan kurang dari satu tahun, yaitu sebanyak 16 orang (53,4%) pada kelompok intervensi dan 18 orang (64,3%) pada kelompok kontrol.

Tabel 2. Distribusi responden berdasarkan usia pada pasien paska stroke di RSPAD Gatot Soebroto dan RSUD Pasar Rebo bulan Mei-Juni 2015

Variabel	Kelompok	Mean	Median	SD	Min-Maks
Usia (tahun)	Intervensi	57,13	58,00	10,265	31 - 80
	Kontrol	59,39	60,00	11,458	36 - 79

Tabel 3. Distribusi responden berdasarkan kecemasan, lokasi lesi, penyakit penyerta, dan konsumsi obat pada pasien paska stroke di RSPAD Gatot Soebroto dan RSUD Pasar Rebo bulan Mei-Juni 2015

Variabel	Kelompok intervensi (n=30)		Kelompok kontrol (n=28)		Total	
	N	%	N	%	N	%
Lokasi Lesi						
Lesi kortikal	10	33,3	9	32,1	19	32,8
Lesi subkortikal	15	50,0	13	46,5	28	48,2
Lesi di area lain	5	16,7	6	21,4	11	19,0
Total	30	100	28	100	58	100
Penyakit penyerta						
Ada	15	50,0	15	53,6	30	51,7
Tidak ada	15	50,0	13	46,4	28	48,3
Total	30	100	28	100	58	100
Konsumsi obat						
Konsumsi	30	100	28	100	58	100
Tidak Konsumsi	0	0	0	0	0	0
Total	30	100	28	100	58	100
Kecemasan						
Kecemasan ringan	20	66,7	16	57,1	36	62,1
Kecemasan sedang	4	13,3	10	35,7	14	24,1
Kecemasan berat	6	20,0	2	7,2	8	13,8
Total	30	100	28	100	58	100

Berdasarkan lokasi lesi, lesi subkortikal memiliki angka yang paling tinggi pada kedua kelompok. Sebanyak 15 orang (50%) pada

kelompok intervensi dan 13 orang (46,5%) pada kelompok kontrol yang mengalami lesi subkortikal. Lokasi lesi kedua ditempati oleh lesi

kortikal, baru selanjutnya lesi di area lain. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suh, Choi-Kwon, dan Kim (2014) menyebutkan bahwa kualitas tidur pasien pasca stroke berhubungan dengan lokasi lesi kortikal ($p = 0,002$), diabetes melitus ($p = 0,20$), depresi ($p < 0,001$), akan tetapi untuk peningkatan rasa kantuk sepanjang hari berhubungan erat dengan lokasi lesi subkortikal ($p = 0,031$), fatigue

($p = 0,001$), dan kualitas tidur malam ($p = 0,001$). Hal ini disebabkan terjadinya interupsi pada sistem arousal, termasuk di dalamnya *Reticular Activating System/ RAS* akibat dari lesi pada lokasi tersebut (Dyken, Afifi, Lin-Dyken, 2012). Penjelasan hasil penelitian tersebut semakin menguatkan bahwa lokasi lesi turut serta berpengaruh terhadap kualitas tidur pasien pasca stroke.

Tabel 4. Perbedaan rata-rata kualitas tidur pada kelompok intervensi dan kontrol sebelum dan setelah perlakuan pada pasien pasca stroke di RSPAD Gatot Soebroto dan RSUD Pasar Rebo bulan Mei-Juni 2015

Variabel	Kelompok	Pengukuran	Mean±SD	Mean differences±SD	95% CI	<i>p value</i>
Kualitas Tidur	Intervensi	Sebelum	11,43±3,79	2,43±1,17	1,99;2,87	0,0001
		Setelah	9,00±3,77			
	Kontrol	Sebelum	9,89±3,21	1,25±0,93	0,89;1,61	
		Setelah	9,89±3,21			

Tabel 5. Perbedaan skor kualitas tidur setelah perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol pasien pasca stroke di RSPAD Gatot Soebroto dan RSUD Pasar Rebo bulan Mei-Juni 2015

Variabel	Kelompok	n	Mean±SD	SE	<i>P value</i>
Kualitas tidur	Intervensi	30	2,43±1,17	0,213	0,0001
	Kontrol	28	1,25±0,93	0,175	

Tabel 6. Analisis multivariat pada pasien pasca stroke di RSPAD Gatot Soebroto dan RSUD Pasar Rebo bulan Mei-Juni 2015

Variabel	B	SE	β	p	R	R ²
Usia	0,054	0,050	0,203	0,287	0,471	0,222
Lokasi lesi	1,898	0,799	0,458	0,026		
Kecemasan	0,624	0,949	0,130	0,517		

Jumlah responden yang memiliki penyakit penyerta pada penelitian ini sama dengan jumlah responden yang tidak memiliki

penyakit penyerta yaitu sebanyak 15 orang (50%), sedangkan pada kelompok kontrol lebih banyak pasien yang memiliki penyakit

penyerta yaitu sebanyak 15 orang (53,6%). Frekuensi tertinggi penyakit penyerta pada penelitian ini adalah hipertensi. Dari banyak penelitian dengan rancangan kasus-kontrol maupun studi kohort, hipertensi sangat erat hubungannya dengan kejadian stroke (Salah et al, 2013; Suh, Minhee. Choi-Kwon, Smi.; Kim, Jong S., 2014, Ferre A. Et al, 2013).

Hasil penelitian juga menyebutkan bahwa seluruh pasien mengkonsumsi obat, yaitu sebesar 30 orang (100%) pada kelompok intervensi dan sebanyak 28 orang (100%) pada kelompok kontrol. Jenis obat yang banyak dikonsumsi oleh responden pada penelitian ini adalah *amilodipine*, *simvastatin*, dan *captopril*.

Proporsi kecemasan paling tinggi ada pada kategori kecemasan ringan, yaitu sebesar 20 orang (66,7%) pada kelompok intervensi dan 16 orang (57,1%) pada kelompok kontrol. Kecemasan berhubungan dengan pemikiran terhadap tekanan di tempat kerja, tuntutan keluarga, dan stresor lainnya yang muncul ketika seseorang akan tertidur (De Laune & Ladner, 2011). Penelitian Salah et al (2013) menyebutkan bahwa kualitas tidur berhubungan secara signifikan dengan skor kecemasan dengan memakai HADS ($r = 0,65$, $p=0,001$).

Sehingga dapat disimpulkan bahwa seseorang yang mengalami berbagai macam stresor akan menyebabkan kesulitan untuk merasa rileks atau tertidur dengan cepat.

Pada hasil penelitian didapatkan bahwa kualitas tidur sebelum dilakukan perlakuan pada kelompok intervensi memiliki rata-rata skor sebesar 11,43, sedangkan rata-rata kualitas tidur pada kelompok kontrol sebesar 9,89. Padahal tidur sangat diperlukan bagi pasien, terutama dalam kondisi pemulihan untuk menunjang optimalisasi pemulihan pasien pasca stroke, seperti yang disebutkan oleh *National Institute of Neurological Disorders and Stroke/ NINDS* (2010) bahwa gangguan tidur merupakan gejala fisik yang sangat berpengaruh terhadap *neuro-quality of life* pasien. Hal senada juga disampaikan oleh penelitian Siengsukon dan Boyd (2008) yang menyebutkan bahwa pemulihan fungsi motorik pasca stroke dimodulasi oleh tidur.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa rata-rata skor kualitas tidur pada kelompok intervensi adalah 11,43 dan setelah dilakukan perlakuan menjadi 9,00. Hasil uji menunjukkan jika terdapat perbedaan kualitas tidur yang signifikan antara sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok intervensi (p

value=0,0001). Pada kelompok kontrol menunjukkan bahwa rata-rata skor kualitas tidur sebelum perlakuan adalah 9,89 dan setelah dilakukan perlakuan menjadi 8,64. Hasil uji juga menunjukkan jika terdapat perbedaan kualitas tidur yang signifikan antara sebelum dan setelah perlakuan pada kelompok kontrol (*p value*=0,0001). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat penurunan skor kualitas tidur pada kedua kelompok perlakuan, walaupun kelompok intervensi memiliki rentang penurunan yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Hasil ini berarti baik relaksasi Benson maupun Edukasi Higiene Tidur memiliki pengaruh positif terhadap kualitas tidur pasien.

Hasil uji perbedaan skor kualitas tidur setelah perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol didapatkan bahwa terdapat perbedaan skor yang bermakna dengan nilai *p value* 0,0001. Hal ini semakin menguatkan bahwa relaksasi Benson dikombinasikan dengan Edukasi Higiene Tidur memberikan pengaruh yang positif terhadap perbaikan kualitas tidur pasien pasca stroke.

Menurut asumsi peneliti, setiap orang yang berusaha tidur, mereka akan memejamkan mata dan mengasumsi posisi santai. Dengan bantuan teknik relaksasi Benson,

kondisi rileks dan santai lebih cepat didapatkan oleh pasien, sehingga stimulasi terhadap RAS menurun. Hal ini semakin optimal dengan dukungan perilaku dan pengkondisian lingkungan yang tepat sebelum tidur sesuai dengan Edukasi Higiene Tidur. Jika ruangan gelap, sepi, memiliki *sleep hygiene* yang baik, maka aktivasi dari RAS akan terus menurun. Akibatnya terjadi kegiatan sinkronisasi pada substansi ventriko retikularis medula oblongata, sehingga pasien lebih cepat terlelap. Peneliti juga berpendapat bahwa pengkondisian lingkungan memperkuat relaksasi yang telah diterapkan pasien dalam menghilangkan desinkronisasi pada bagian rostral medula oblongata dan aktivasi pusat penggugah (*aurosal state*).

Pada hasil evaluasi per telepon dan pengisian *sleep diary* didapatkan bahwa ada beberapa responden yang agak sulit merubah kebiasaannya, seperti pada poin tidur siang dan minum kopi. Hal ini membuat peneliti berpikir tentang lama pelaksanaan intervensi. Pelaksanaan perlakuan penelitian yang dilaksanakan selama satu minggu perlu menjadi perhatian. Hal ini disebabkan singkatnya waktu penelitian jika dibandingkan dengan penelitian lain. Walaupun penelitian Wulansari (2013) telah membuktikan

bahwa terdapat pengaruh yang signifikan terhadap pemberian *Progressive Muscle Relaxation* dan *Sleep Hygiene Educatioan* selama satu minggu, tidak semua responden di lapangan bisa beradaptasi dengan cepat terhadap pelaksanaan informasi Edukasi Higiene Tidur yang diberikan kepada pasien untuk diterapkan. Beberapa responden mengungkapkan bahwa belum bisa melaksanakan keseluruhan informasi karena adanya faktor kebiasaan sehingga butuh waktu yang lebih lama untuk melakukan perubahan sikap. Hal ini sesuai dengan teori tentang perubahan perilaku manusia yang membutuhkan untuk perubahan setelah tiga sampai enam bulan (Stamm, 2003).

Implikasi hasil penelitian

Relaksasi Benson dan Edukasi Higiene Tidur dirasa bermanfaat bagi pasien pasca stroke karena mampu meningkatkan skor kualitas tidur pasien. Oleh karena itu, intervensi ini bisa menjadi alternatif pemberian intervensi pada pasien pasca stroke dengan gangguan tidur untuk meningkatkan kualitas tidur demi menunjang proses pemulihan pasien.

Keterbatasan penelitian

Penelitian ini menggunakan *self report* yang membuat peneliti terbatas dalam melakukan

pengawasan secara langsung terhadap pelaksanaan intervensi.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Kombinasi Relaksasi Benson dengan Edukasi Higiene Tidur berpengaruh signifikan terhadap peningkatan kualitas tidur pasien pasca stroke. Terdapat perbedaan yang bermakna antara skor kualitas tidur setelah perlakuan pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol.

Saran

Bagi pelayanan keperawatan, kombinasi Relaksasi Benson dan Edukasi Higiene Tidur ini bisa digunakan sebagai bagian dari *discharge planning* pre, intra dan post pada pasien stroke dengan gangguan tidur.

Bagi masyarakat, penerapan relaksasi Benson yang cukup praktis akan memudahkan pasien dalam menerapkannya di rumah, sedangkan Edukasi Higiene Tidur bisa menjadi terapi pilihan atau pelengkap untuk mengoptimalkan kualitas tidur pada pasien.

Bagi pengembangan ilmu keperawatan, kombinasi Relaksasi Benson dan Edukasi Higiene Tidur bisa menjadi alternatif intervensi dalam asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan tidur.

Bagi peneliti selanjutnya, harapannya bisa melakukan penelitian serupa dengan waktu yang lebih lama untuk mendapatkan hasil yang lebih optimal, terutama pada intervensi perilaku. Penelitian selanjutnya diharapkan bisa melakukan penelitian relaksasi Benson dikombinasikan dengan Edukasi Higiene Tidur di rawat inap untuk membuktikan pengaruhnya terhadap perubahan kualitas tidur pasien stroke. Bagi penelitian yang menggunakan *self report* dengan karakteristik responden seperti dalam penelitian ini, sebaiknya melakukan evaluasi pelaksanaan intervensi via *video call* setiap hari atau melalui aplikasi, sehingga fungsi pengawasan juga lebih optimal.

KEPUSTAKAAN

- Buyse D.J. (2005). Diagnosis and assessment of sleep and circadian rhythm disorders. *Journal of Psychiatr Pract* 11 (2):102
- Delaune, S.C & Ladner, P.K. (2011). *Fundamental of nursing: standards & practice*. Fourth edition. Louisiana: Delmar cengage learning
- Dharma, Kelana K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media
- Dyken ME, Afifi AK, Lin-Dyken DC. (2012). Sleep related problems in neurologic disease. *Chest* 141: 528-544
- Dyonzak, Jane V. (2011). Diagnosis and Psychological and Behavioral Treatment of Insomnia. *J. Disamonth*.2011.04.006
- Ferre A. Ribo, M., Rodriguez-Luna, D., Romero, O., Sampol, G., Molina, C.A., Alvarez-Sabin, J. (2013). Strokes and Their Relationship with Sleep and Sleep Disorders. *Neurologia*. 2013;28(2):103-118
- Fischer, Jurgen, et al. (2012). Standard Procedures for Adults in Accredited Sleep Medicine Centres in Europe. *Journal of Sleep Res*. 21, 357-368
- Japardi, I., (2002). Patogenesis Stroke Iskemik Tromboemboli. <https://library.usu.ac.id/download/fk/bedah.pdf>. diakses tanggal 5 Mei 2015.
- Jauch, E.C. (2014). Ischemic Stroke. <https://emedicine.medscape.com/article/1916852-overview#aw2aab6b2b4>. Diakses tanggal 5 Mei 2015.
- Kaplow, R., & Hardin, S. R. (2007). *Critical Care Nursing: Synergy for Optimal Outcomes*. Massachusetts: Jones and Bartlett PubliEdukasi Higiene Tidurr.
- Izac SM. (2006). Basic Anatomy and Physiology of Sleep. *Am Journal Electroneurodiagnostic Technol* 46:18
- Leppavuori A, Pohjasvaara T, Vataja R, (2002). Insomnia in Ischemic Stroke Patients. *Cerebrovasc Dis* 14:90-97
- Pasic Z, Smajlovic D, Dostovic Z.(2011). Incidence and Types of Sleep Disorders in Patients

- with Stroke. *Med Arh* 65:225-227
- Potter, Perry. (2010). *Fundamentals of Nursing*. Jakarta: Salemba Medika
- Rambod, Masoume et al. (2013). The Effect of Benson's Relaxation technique on The Quality of Sleep of Iranian Hemodialysis Patients: A Randomized Trial. *Complementary Therapies in Medicine* 21, 577-584
- Salah. S. Lazreg, N. Migaou, S., Boudokhane, S., E. Toulgui, Nouria, A., Jellad, A., Ben Salah. (2013). Evaluation of The Quality of Sleep in Patients with Stroke. Diakses tanggal 15Februari 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2013.07.016>
- Edukasi Higiene Tidurrki YG, Rosenbaum Z, Melamed E, Offen D. (2002). Antioxidant Therapy in Acute Central Nervous System Injury: Current State. *Journal of American Society for Pharmacology and Experimental Therapeutic. America: 2002; 54:271-84*
- Siengasukon C.F., Boyd L.A. (2008). Sleep to Learn After Stroke: Implicit and Explicit Off-Line Motor Learning. *J. Neuroscience* 451(2009):1-5
- Suh M, Choi Kwon S.(2010). Structural Equation Modeling on Quality of Life in Stroke Survivors. *J. Korean Acad Nurs* 40:533-541
- Suh Minhee, Choi-Kwon S., Kim JS. (2014). Sleep Disturbance after cerebral infarction: role of depression and fatigue. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, Vol 23, No.7 (August)
- Sustrani L. (2006). *Hipertensi*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama
- Sutantoro, Basuki. (2000). Bagian Ilmu Penyakit Saraf Fakultas Kedokteran UGM SMF Penyakit Saraf RSUP Dr. Sardjito. *Berkala Neurosains*. 2000; (1): 141-53(Irwin & Penhale, n.d.)(Irwin & Penhale, n.d.)
- Warlow CP, Dennis MS, Gijn VJ, Hankey GJ, Sandercock PA, Bamford JM. (2007). *Stroke: A Practical Guide to Management*. London: Blackwell Science