

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
INSOMNIA PADA PASIEN YANG MENJALANI HEMODIALISIS
DI RUANG HD RSUD Dr.AHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGITA HUN 2015**

SKRIPSI



Oleh

RONI AFTIKAL

NIM : 11103084105047

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS SUMATRA BARAT
T.A 2014/2015**

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
INSOMNIA PADA PASIEN YANG MENJALANI HEMODIALISIS
DI RUANG HD RSUD Dr.AHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGITA HUN 2015**

Penelitian Keperawatan Medical Bedah

Skripsi

**Diajukan Sebagai
Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Keperawatan**

Oleh

RONI AFTIKAL

NIM : 11103084105047

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS SUMATRA BARAT
T.A 2014/2015**

HALAMAN PERNYATAAN ORIGINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama Lengkap : Roni Aftikal

Nama Induk Mahasiswa : 11103084105047

Nama Pembimbing I : Ns. Endra Amalia, M.Kep

Nama Pembimbing II : Ns. Vera Sesrianty, S.Kep

Nama Penguji I : Yendrizal Jafri, S.Kp, M.Biomed

Nama Penguji II : Ns. Endra Amalia, M.Kep

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dan merupakan hasil karya sendiri serta semua baik yang dikutip maupun yang dirujuk saya nyatakan dengan benar.

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya bersedia untuk di cabut gelar akademik yang telah di peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya

Bukittinggi, Agustus 2015

Roni Aftikal
NIM : 1110308410504

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

A. Identitas Diri

Nama : Roni Aftikal
Jenis Kelamin : Laki -Laki
Tempat, Tanggal Lahir : Baso, 14 November 1993
Agama : Islam
Alamat : Jln. Raya Bukittinggi – Payakumbuh Km.11
Belakang Pasar Baso Kec. Baso Kab.Agam
Jumlah Bersaudara : 8 orang
Anak Ke : 8 (delapan)

B. Identitas Orang Tua

Nama Ayah : Naizur
Nama Ibu : (Alm) Harnim
Alamat : Jln. Raya Bukittinggi – Payakumbuh Km.11
Belakang Pasar Baso Kec. Baso Kab.Agam

C. Riwayat Pendidikan

No	Pendidikan	Tempat	Tahun
1.	SDN 01 Baringin 6 Baso	Kabupaten Agam	2000-2005
2.	SMPN 1 Candung	Kabupaten Agam	2005-2008
3.	SMKN 1 Tiltang Kamang	Kabupaten Agam	2008-2011
4.	STIKes Perintis Sumbar	Kota Bukittinggi	2011-2015

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Judul Skripsi : Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian
Insomnia Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa di Ruang
HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.

Nama : Roni Afikal

NIM : 11103084105047

Skripsi ini telah di periksa, di setujui dan telah di pertahankan di hadapan
Tim Penguji Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Perintis Sumatera Barat pada tanggal 03 Agustus 2015.

Bukittinggi, 03 Agustus 2015

Menyetujui
Pembimbing I

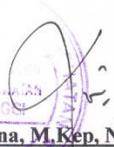

Ns. Endra Amalia, M.kep
NIK : 142012310693012

Menyetujui
Pembimbing II


Ns. Vera Sesrianty, S.Kep
NIK : 1440102110909052

Pengesahan

Ketua PSIK STIKes Perintis Sumbar


Yaslina, M.Kep, Ns, Sp. Kep, Kom


NIK : 1420106037395017

PERNYATAAN PENGUJI

Judul Skripsi : Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian
Insomnia Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa di Ruang
HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.

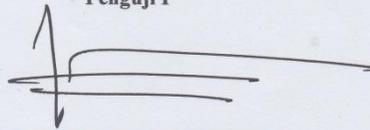
Nama : Roni Aftikal

NIM : 11103084105047

Skripsi ini telah di periksa, di setuju dan telah di pertahankan di hadapan
Tim Penguji Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan Perintis Sumatera Barat pada tanggal 03 Agustus 2015.

Bukittinggi, 03 Agustus 2015

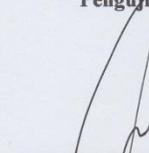
Penguji I



Yendrizal Jafri, SKp, M.Biomed

NIK : 1420106116893011

Penguji II



Ns. Endra Amalia, M.kep

NIK : 142012310693012

KATA PENGANTAR



Assalamu 'alaikum warahmathullahi wabarakatu'

Dengan nama Allah Yang Maha Pengasih Lagi Maha Penyayang. Segala puji dan syukur kehadirat Allah SWT, karen atas berkat dan rahmat- Nya maka penulis dapat menyelesaikan proposal ini dengan judul **“Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Insomnia pada Pasien yang Menjalani Hemodialisis Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015”**.

Dalam menyelesaikan proposal ini, peneliti banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan baik moril maupun materil dari berbagai pihak, maka ada kesempatan ini perkenankanlah peneliti mengucapkan terimakasih yang tak terhingga kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp, M. Biomed selaku ketua STIKes Perintis Sumatra Barat.
2. Ibu Ns. Yaslina, S.Kep. Sp.Kom selaku Ka. Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumatra Barat.
3. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku pembimbing I yang telah mengarahkan dan memberikan masukan sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi penelitian ini.

4. Bapak Ns. Vera Sesrianty S.kep selaku pembimbing II yang telah mengarahkan dan memberikan masukan sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi ini.
5. Bapak / Ibu dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Sumatra Barat yang telah memberikan bekal ilmu kepada peneliti.
6. Pimpinan RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberika izin kepada peneliti untuk melakukan pengambilan data di RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi.
7. Teristimewa kepada Ayahanda, Ibunda, Kakak, serta semua keluarga besar yang telah memberikan dorongan moril serta do'a yang tulus untuk peneliti selama pembuatan skripsi.
8. Kepada semua teman – teman Program Studi Ilmu Keperawatan STIKes Perintis Bukittinggi angkatan 2011 yanh telah memberikan banyak masukan dan bantuan berharga dalam menyelesaikan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih banyak terdapat kekurangan. Hal ini bukanlah suatu kesengajaan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan peneliti..

Akhir kata kepada- Nya jugalah kita berserah diri, semoga proposal ini dapat bermanfaat bagi kita semua, khususnya dibidang keperawatan. Amin.

Bukittinggi, Agustus 2015

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

HALAMAN PERSETUJUAN

ABSTRAK

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR SKEMA	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	6
1.4.1 Bagi Peneliti	6
1.4.2 Bagi Institusi	7
1.4.3 Bagi lahan.....	7
1.5 Ruang Lingkup penelitian	8

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gagal Ginjal Kronik.....	9
2.1.1 Pengertian.....	9
2.1.2 Klasifikasi.....	10
2.1.3 Etiologi.....	11
2.1.4 Manifestasi Klinis	12
2.1.5 Patofisiologi	17
2.1.6 Penatalaksanaan	18
2.2 Hemosialisis	19
2.2.1 Pengertian.....	19
2.2.2 Prinsip Hemodialisis	20
2.2.3 Komplikasi.....	21
2.3 Insomnia.....	23
2.3.1 Pengertian.....	23
2.3.2 Klasifikasi	24
2.3.3 Efek Insomnia	25
2.3.4 Efek Insomnia Pada Pasien Hemodialisis	26
2.3.5 Faktor-faktor Insomnia.....	27
2.3.6 Skala Ukur Tingkat Kecemasan.....	33
2.4 Kerangka Teori.....	36
BAB III KERANGKA KONSEP	
3.1 Kerangka konsep.....	37
3.2 Defenisi Operasional.....	38
3.2 Hipotesa.....	41
BAB IV METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	42
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	42

4.2.1 Tempat Penelitian.....	42
4.2.2 Waktu Penelitian	42
4.3 Populasi, Sampel dan Sampling	43
4.3.1 Populasi	43
4.3.2 Sampel.....	43
4.3.3 Teknik Sampling	44
4.4 Pengumpulan Data	45
4.4.1 Alat Pengumpulan Data	45
4.5 Cara Pengolahan dan Analisis Data	47
4.5.1 Cara Pengolahan Data	47
4.5.2 Analisis Data	49
4.6 Etika Penelitian	51
4.6.1 Informed Consent	51
4.6.2 Anomity	51
4.6.3 Confidentiality	52

BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHSAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi penelitian	53
5.2 Hasil penelitian.....	53
5.3 Analisa Univariat	54
5.4 Analisa Bivariat.....	58
5.5 Pembahasan.....	62

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan	75
6.2 Saran.....	76

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

1.	Tabel 2.1 Klasifikasi Penyakit Ginjal atau Dasar Derajat Penyakit	10
2.	Tabel 3.2 Defenisi Operasional.....	38
3.	Tabel 5.3.1 Distribusi Frekuensi Kejadian Insomnia Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.....	55
4.	Tabel 5.3.2 Distribusi Frekuensi Kejadian Faktor Usia Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015	55
5.	Tabel 5.3.3 Distribusi frekuensi kejadian Faktor Pekerjaan pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.....	56
6.	Tabel 5.3.4 Distribusi Frekuensi Kejadian Faktor Pendidikan Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.....	57
7.	Tabel 5.3.5 Distribusi Frekuensi Kejadian Faktor Kecemasan Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.....	57
8.	Tabel 5.4.1 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan Kejadian Insomnia Dengan Usia Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015	58
9.	Tabel 5.4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan Kejadian Insomnia Dengan Pekerjaan Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar BukittinggiTahun 2015.....	59
10.	Tabel 5.4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan	

Kejadian Insomnia Dengan Pendidikan Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015	60
11. Tabel 5.4.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan Kejadian Insomnia Dengan Kecemasan Di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015	61

DAFTAR SKEMA

Gambar 2.2	Kerangka Teori.....	36
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	38

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 2 : Format Persetujuan
- Lampiran 3 : Lembar Kuesioner Penelitian
- Lampiran 4 : Master Tabel
- Lampiran 5 : Surat izin pengambilan data dan penelitian
- Lampiran 6 : Surat balasan dari RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi
- Lampiran 7 : Surat Pengembalian Mahasiswa
- Lampiran 8 : Ganchart
- Lampiran 9 : Lembaran Konsul

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gagal ginjal kronik merupakan kerusakan ginjal atau penurunan filtrasi glomerulus (Glomerular Filtration Rate/GFR) kurang dari 60 mL/min/1.73 m² selama 3 bulan atau lebih yang irreversible dan didasari oleh banyak faktor (NKF K/DOQI, Kallenbach, Guth Stoner dan Carca 2005). Biasanya terjadi secara progresif dan melemahkan sehingga ginjal yang masih ada tidak mampu lagi mempertahankan lingkungan internal tubuh (SuyonodanWaspadji, 2001 : Black and Hawk, 2005). Kerusakan ini mengakibatkan laju filtrasi glomerulus/GFR berkurang hingga dibawah 15 ml/min/1.73 m² dan disertai kondisi uremia, maka pasien telah mengalami gagal ginjal tahap akhir atau disebut dengan End Stage Renal Disease. (ESRD).Kondisi tersebut menyebabkan penderita gagal ginjal kronik harus menghadapi terapi pengganti ginjal. Salah satu terapi pengganti ginjal yang saat ini paling banyak dilakukan dan jumlahnya terus meningkat dari tahun ke tahun adalah hemodialisis.

Jumlah pasien ESRD di united States pada akhir tahun 2007 mencapai 527.283 orang dan yang menjalani dialysis mencapai jumlah 378.544 orang (NKUDIC, 2010).Prediksi menyebutkan bahwa pada tahun 2015 tiga juta penduduk dunia perlu menjalani pengobatan pengganti untuk gagal ginjal terminal atau *End*

Stage Renal Disease(ESRD) dengan perkiraan peningkatan 5% per tahunnya(Roesma, 2008)Di Asia, Jepang tercatat mempunyai populasi ESRD tertinggi 1800 per juta penduduk dengan 220 kasus baru per tahun, suatu peningkatan 4.7 % dari tahun sebelumnya Sedangkan di Indonesia menurut PERNEFRI (Perhimpunan Nefrologi Indonesia), pada tahun 2007 terdapat sekitar 70.000 orang penderita gagal ginjal kronik dan hanya 13.000 orang yang menjalani hemodialisis (Suharjono, 2010).

Hemodialisis merupakan suatu metode terapi dialysis yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika secara akut atau secara progresif ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut (Thomas, 2002: Price 7 Wilson, 2003). Terapi ini dilakukan dengan menggunakan sebuah mesin yang dilengkapi dengan membran penyaring semipermeabel (ginjal buatan). Tindakan tersebut bertujuan untuk mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, serta mengeleminasi sisa produk metabolise protein (Kallenbach, 2005 Sukandar, 2006). Namun demikian hemodialisis tidak dapat menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal dan tidak mampu mengimbangi hilangnya aktivitas metabolik atau endokrin yang dilaksanakan oleh ginjal, sehingga pasien akan tetap mengalami berbagai komplikasi baik dari penyakitnya maupun juga terapinya (Mollaoghu, 2006; Parker, 2009). Salah satu komplikasi yang sering dialami oleh pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis adalah gangguan tidur.

Gangguan tidur dialami oleh setidaknya 50 – 80 % pasien yang menjalani hemodialisis. Gangguan tidur yang dialami diantaranya Restless Leg Syndrome (RLS), Sleep Apnoea (SA), Excessive Daytime Sleepiness (EDS), narkolepsi, tidur berjalan, dan mimpi buruk (Mucsi, et al, dkk, 2008), serta insomnia yang disebut memiliki prevalensi paling tinggi pada populasi pasien dialisis.

Insomnia didefinisikan sebagai ketidakmampuan untuk tidur dengan jumlah atau kualitas tidur yang cukup (Kozier, Erb, Berman, Synder, 2010), sedangkan ICSD-2 (Internasional Classification of Sleep Disorder) memberikan definisi insomnia sebagai kesulitan untuk memulai tidur, bangun terlalu dini, sering terbangun dengan kesulitan untuk tertidur kembali dan mengalami konsekuensi di siang hari akibat kesulitan tidur di malam hari (Association A.A.S.D, 1997).

Beberapa faktor yang diduga memiliki hubungan signifikan dengan terjadinya insomnia pada pasien hemodialisis diantaranya adalah faktor demografi, faktor biologis, faktor gaya hidup, faktor psikologis (Sabbatini, et al, 2002). Faktor demografi diantaranya meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, pekerjaan dan tingkat pendidikan (Pender, 2002), faktor gaya hidup meliputi kebiasaan merokok dan konsumsi kopi (Walker, S, 1995), faktor psikologis meliputi kesemasan.

Studi pendahuluan telah dilakukan di unit hemodialisis RSUD Ahmad Mochtar Bukittinggi, dimana rumah sakit tersebut memiliki fasilitas mesin hemodialisis 14 (empat belas) unit. Berdasarkan data di ruang unit hemodialisis RSUD

Ahmad Mochtar Bukittingi untuk periode 1 Januari – 31 Desember 2014, tercatat 1.049 orang penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis serta tindakan hemodialisis sebanyak 7.633 kali sedangkan pada tanggal 1 Januari – 31 Maret 2015, tercatat 243 orang penderita gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis serta tindakan hemodialisis sebanyak 1.780 kali. Dan tindakan setiap harinya di bagi dalam 2 (dua) shift, yaitu pagi dan siang hari. Pada studi awal ini peneliti mewawancarai beberapa orang pasien yang sedang menjalani hemodialisis, mereka banyak yang mengeluhkan mengalami gangguan tidur, gangguan tidur yang sering di alami yaitu kesulitan untuk memulai tidur bangun terlalu dini, serta terbangun dengan kesulitan untuk tidur kembali. Empat dari enam orang pasien yang di wawancarai berumur dewasa setengah baya, mereka rata-rata tamatan SMA yang umumnya bekerja sebagai wiraswasta.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai faktor - faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015

1.2 Rumusan Penelitian

Berdasarkan uraian diatas maka dapat dibuat perumusan masalah sebagai berikut “Apakah faktor-faktor (usia, pendidikan, pekerjaan dan kecemasan) berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi tahun 2015.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menjelaskan faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015.

1.1.1 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi distribusi frekuensi kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015.
- b. Mengidentifikasi distribusi frekuensi faktor usia pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015.
- c. Mengidentifikasi distribusi frekuensi faktor pekerjaan pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015.
- d. Mengidentifikasi distribusi frekuensi faktor tingkat pendidikan pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015.
- e. Mengidentifikasi distribusi frekuensi faktor kecemasan pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015.

- f. Menganalisis hubungan faktor usia dengan kejadian insomnia pada yang menjalani hemodialisis diruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015.
- g. Menganalisis hubungan faktor pekerjaan dengan kejadian insomnia padap pasien yang menjalani hemodialisis diruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015
- h. Menganalisis hubungan faktor tingkat pendidikan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis diruang HD RSUD Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015
- i. Menganalisis hubungan faktor kecemasan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Bagi Peneliti

Meningkatkan wawasan dan pengetahuan peneliti tentang riset keperawatan khususnya tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien menjalani hemodialisis

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan masukan dan rujukan atau pembanding untuk penelitian selanjutnya serta memberikan pedoman, pengalaman dan penambahan daftar pustaka yang bisa digunakan sebagai paduan dalam mata kuliah keperawatan medikal bedah.

1.3.3 Bagi Pelayanan

Memberikan informasi kepada praktisi keperawatan tentang faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien hemodialisis. Dengan demikian dapat dijadikan sebagai bahan acuan atau bahan kajian dalam merumuskan perencanaan asuhan keperawatan, dan akhirnya dapat dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan prioritas masalah dan kebutuhan pasien

1.3.4 Bagi perkembangan ilmu keperawatan

- 1.3.4.1 Memberikan justifikasi bahwa kejadian insomnia merupakan masalah yang sering di alami pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis, dan menjadi landasan bagi perkembangan ilmu keperawatan dalam mengatasi masalah insomnia pada pasien hemodialisis.
- 1.3.4.2 Memberikan acuan pada penelitian selanjutnya dalam mengembangkan penelitian tentang pengelolaan pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis berdasarkan faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia tersebut.

1.2 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini membahas tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi yang telah dilakukan pada tanggal 22 Juni sampai 6 Juli tahun 2015. Penelitian ini dilakukan mengingat banyaknya pasien yang menjalani hemodialisis mengeluhkan mengalami gangguan tidur di RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi. Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan *Cross sectional*, dengan instrument pengambilan data adalah kuesioner.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Gagal Ginjal Kronik

2.1.1 Pengertian

Gagal ginjal kronik merupakan kerusakan ginjal atau penurunan kemampuan filtrasi glomerulus (glomerulus Filtrasi Rate/GFR) kurang dari 60mL/min/1.73 m² yang terjadi selama lebih dari 3 bulan (Kallenbach et, al, 2005). Sedangkan menurut Ketut Suwitra, 2006 menjelaskan bahwa gagal ginjal adalah suatu keadaan klinis yang di tandai dengan penurunan fungsi ginjal yang irreversibel, pada suatu derajat yang memerlukan terapi pengganti ginjal yang tetap berupa dialisis atau transplantasi ginjal. Adapun National Kidney Foundation (NKF) Kidney Outcome Quality Initiative (K/DOQI), 2000 mendefenisikan gagal ginjal kronik atau Chronic Kidney Disease (CKD) sebagai adanya kerusakan ginjal atau penurunan fungsi ginjal selama 3 bulan atau lebih tanpa mengindahkan diagnosis.

Jadi berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa gagal ginjal kronik merupakan kegagalan fungsi ginjal untuk mempertahankan metabolisme serta keseimbangan cairan dan elektrolit akibat destruksi struktur ginjal yang progresif.

2.1.2 Klasifikasi

Menurut Ketut Suwitra (2006), menjelaskan bahwa klasifikasi ginjal kronik didasarkan atas dua hal yaitu dasar derajat (stage) penyakit atas dasar diagnosis etiologi. Klasifikasi atas dasar derajat penyakit, dibuat atas dasar LFG dihitung dengan mempergunakan rumus Kockcroft-Gault sebagai berikut :

$$\text{LFG (ml/menit/1.73/m}^2\text{)} = \frac{(140 - \text{umur}) \times \text{berat badan}}{72 \times \text{kreatinin plasma (mg/dl)}}$$

*) Pada perempuan dikalikan 0.85

Klasifikasi tersebut dibawah ini :

Tabel 2.1 Klasifikasi Penyakit Ginjal atau Dasar Derajat Penyakit

Derajat	Penjelasan	LFG (ml/menit/1.73/m²)
1	Kerusakan ginjal dengan LFG normal atau menurun	>90
2	Kerusakan ginjal dengan LFG penurunan ringan	60 – 89
3	Kerusakan ginjal dengan LFG penurunan sedang	30 – 59
4	Kerusakan ginjal LFG penurunan berat	15 – 59
5	Gagal ginjal	< 15 atau dialisis

Sumber :Ketut Suwitra, (2006)

2.1.3 Etiologi

Menurut Jennifer P. Kowalak dkk (2011), menjelaskan bahwa penyebab gagal ginjal kronik oleh :

- a. Penyakit glomerulus yang kronis (glomerulonefritis)
- b. Infeksi kronis (seperti pielonefritis kronis dan tuberkulosis)
- c. Anomali kongenital
- d. Penyakit vaskuler (hipertensi, nefrosklerosis)
- e. Obstruksi renal(batu ginjal)
- f. Penyakit kolagen (lupus eritematosus)
- g. Penyakit nefrotoksik (terapi amiodarone yang lama)
- h. Penyakit endokrin (nefropati diabetik)

Sedangkan menurut Arif & Kumala (2011), menjelaskan, begitu banyak kondisi klinis yang bisa menyebabkan terjadinya gagal ginjal kronis. Akan tetapi apapun sebabnya, respon yang terjadi adalah penurunan fungsi ginjal secara progresif. Kondisi klinis yang mungkin dapat menyebabkan gagal ginjal kronis bisa disebabkan dari ginjal sendiri dan dari luar ginjal.

2.1.3.1 Penyakit dari ginjal

- a. Penyakit pada saringan (glomerulus) : glomerulonefritis
- b. Infeksi kuman : pielonefritis, ureteritis
- c. Batu ginjal : nefrolitiasis
- d. Kista di ginjal : polycystis kidney

- e. Trauma langsung pada ginjal
- f. Keganasan pada ginjal
- g. Sumbatan : batu, tumor, penyempitan/striktur

2.1.3.2 Penyakit umum di luar ginjal

- a. Penyakit sistemik : Diabetes mellitus, hipertensi, kolesterol tinggi.
- b. Dyslipidemia.
- c. SLE (Systemic Lupus Erihematosus)
- d. Infeksi di badan : TBC paru, sifilis, malaria, hepatitis.
- e. Preeklamsi.
- f. Obat-obatan.
- g. Kehilangan banyak cairan yang mendadak (luka bakar).

Adapun menurut USRD (2002) dalam Ignatavicius dan Workman (2006), 3 (tiga) penyebab utama penyakit gagal ginjal tahap akhir adalah Diabetes Mellitus (43.4%), hipertensi (25.5%) dan glomerulonefritis (84%).

2.1.4 Manifestasi Klinik

Menurut yang dijelaskan Esther Chang & John Daly (2009), gejala awal insufisiensi renal di mulai pada stadium 3 ketika sudah terjadi kerusakan pada minimal 50% fungsi nefron. Terjadi hipertensi, kenaikan kadar ureum dan kreatinin serta anemia. Pada stadium lebih lanjut akan ditemukan gejala edema, ketidakseimbangan elektrolit, asidosis metabolik, dan efek multisistemik yang

di timbulkan oleh uremia, manifestasi klinis yang sering ditemukan diuraikan dibawah ini, yang banyak diantaranya mengancam jiwa

2.1.4.1 Perubahan Berkemih

Pada stadium awal gagal ginjal, poliuria dan nokturia tampak jelas karena ginjal tidak mampu memekatkan urine, khususnya dimalam hari. Berat jenis urine secara bertahap menetap pada nilai sekitar 1,010 (konsentrasi osmolar plasma) yang mencerminkan ketidakmampuan ginjal untuk mengencerkan atau memekatkan urine. Apabila GJK memburuk terjadi oliguria (haluaran urine <400 mL per jam). Jika pasien masih menghasilkan urine, gejala hematuria, proteinuria dan endapan silinder dapat ditemukan bergantung pada penyebab penyakit ginjal.

2.1.4.2 Gangguan Keseimbangan Cairan, Elektrolit dan Asam Basa

Peningkatan retensi cairan mengakibatkan penurunan ekskresi urine. Keparahan gejala bergantung pada tingkat kelebihan cairan. Dapat terjadi edema dan hipertensi kelebihan cairan pada akhirnya dapat menyebabkan gagal jantung kongesti, edema paru, dan efusi pericardium serta efusi pleura. Pada keadaan ini terdapat pula sejumlah gangguan keseimbangan elektrolit yang disebabkan oleh disfungsi ginjal. Ekskresi natrium akan terganggu dan retensi natrium terjadi bersama dengan retensi air.

2.1.4.3 Sindrom Uremia

Pada gagal ginjal terjadi peningkatan ureum dan kreatinin kendati kenaikan kadar kreatinin dan serum merupakan indikator terbaik untuk menunjukkan gagal ginjal. Retansi ureum dan kreatinin mempengaruhi semua system tubuh dan keadaan ini disebut dengan sindrom uremia. Manifestasi klinis utama berupa mual, muntah latergi, keletihan, gangguan proses berfikir, dan sakit kepala.

2.1.4.4 Gangguan Kardiovakuler

Hipertensi merupakan gangguan kardiovaskular yang paling sering terjadi dan bertanggung jawab atas percepatan penyakit aterosklerosis vascular, hipertropi ventrikel kiri dan gagal jantung kongestif. Perikarditis uremik dapat pula terjadi kendati jarang dan dapat berlanjut menjadi efusi pleura pericardium dan tamponade jantung

2.1.4.5 Gangguan Pernafasan

Dispnea akibat kelebihan cairan, edema paru, pleuritis uremia dan efusi pleura sering ditemukan pada pasien GGK.

2.1.4.6 Gangguan Neurologi

Perubahan neurologi dapat berkisar dari keletihan dan kesulitan konsentrasi hingga kejang, stupor dan koma. Neuropati perifer juga terjadi dan pasien juga mengeluhkan restless leg sindrom dan parestesia (rasa terbakar) pada kedua kaki.

2.1.4.7 Gangguan Metabolik dan Imunologi

Gangguan ini meliputi hiperglikemia, hiperinsulinemia, abnormalitas uji toleransi glukosa dan hiperglikemia. Gangguan metabolik dan endokrin lain berkaitan dengan abnormalitas muskuloskeletal.

2.1.4.8 Disfungsi Hematologi dan Imunologi

Anemia merupakan manifestasi klinis yang sering di temukan pada pasien GGK menyebabkan gangguan produksi eritropoiten yang diperberat oleh abnormalitas trombosit. Anemia mengakibatkan kemunduran keadaan umum pasien dan menjadi penyebab primer hipertropi ventrikel kiri pada GGK darah putih juga mengalami perubahan retensi ureum yang menyebabkan imunodefisiensi sehingga pasien lebih rentan terhadap infeksi. Meskipun jumlah trombosit normal, fungsinya menjadi abnormal karena uremia sehingga timbul kecenderungan pendarahan

2.1.4.9 Gangguan Gastrointestinal

Anoreksia, mual, muntah menyertai gagal ginjal dan menyebabkan penurunan berat badan dan malnutrisi yang dialami oleh banyak pasien. Setiap bagian system gastrointestinal terpengaruh akibat inflamasi mukosa yang disebabkan oleh kadar ureum yang berlebih. Stomatitis, ulserasi oral, rasa logam dalam mulut, dan fektor uremia (bau nafas uremik, seperti bau buah) umum ditemukan. Selain itu pendarahan gastrointestinal, diare.

2.1.4.10 Gangguan Muskuloskeletal

Gagal ginjal mengganggu proses pengaktifan vitamin D .vitamin D aktif diperlukan dalam saluran cerna untuk membantu absorpsi kalsium pada GJK, keadaan ini mengakibatkan hipokalsemia. Hormone paratiroid kemudian disekresikan untuk mengimbangi sekresi hormone paratiroid merangsang demineralisasi tulang sehingga kalsium terlepas dari tulang untuk menaikkan kadar kalsium serum.Fosfat juga dilepas oleh tulang yang memperberat keadaan hiperfosfatemia yang sudah terjadi.Kerja hormone paratiroid menyebabkan osteodistropi ginjal suatu sindrom perubahan skeletal yang terjadi pada penyakit ginjal kronik.

2.1.4.11 Gangguan Integumen

Terjadinya perubahan warna kulit menjadi kuning kusa karena absorpsi dan retensi pigmen urine.Kulit juga menjadi pucat dan kering serta bersisik (karena penurunan aktivitas kelenjer minyak dan keringat).Rasa gatal begitu hebat sehingga menyebabkan pendarahan atau infeksi sekunder akibat garukan.Rambut kering serta rapuh dan kuku tipis dan beralur.Pada akhirnya dapat terjadi petekie dan ekimosis yang disebabkan oleh abnormalitas trombosit.

2.1.4.12 Disfungsi Reproduksi

Fungsi reproduksi normal juga berubah pada gagal ginjal.Hormone pria dan wanita menurun dan mereka mengalami penurunan libido serta masalah infertilitas.

2.1.4.13 Gangguan Tidur

Pasien gagal ginjal tahap akhir sering mengalami uremia akibat penurunan sampah metabolik. Uremia mengakibatkan gangguan fungsi system saraf dan menyebabkan Restless leg Syndrome (Smeltzer & Bare, 2002) Restless Leg Syndrome merupakan salah satu bentuk gangguan tidur dan penyebab insomnia pada pasien hemodialisis. Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis sering mengalami gangguan tidur berupa kesulitan memulai tidur, kesulitan mempertahankan tidur dan bangun terlalu dini.

2.1.5 Patofisiologi

Menurut Arif dan Kumala (2011), menjelaskan bahwa secara ringkas patofisiologi gagal ginjal kronis di mulai dari fase awal gangguan keseimbangan cairan, penanganan garam serta penimbunan zat-zat sisa masih bervariasi dan bergantung pada ginjal yang sakit. Dampak fungsi ginjal turun kurang dari 25% normal, manifestasi klinis gagal ginjal kronis mungkin minimal karena nefron-nefron yang sehat mengambil alih fungsi nefron yang rusak. Nefron yang tersisa meningkatkan kecepatan filtrasi, reabsorpsi, dan sekresinya, serta mengalami hipertrofi.

Seiring makin banyaknya nefron yang mati, maka nefron yang tersisa menghadapi tugas yang semakin berat sehingga nefron-nefron tersebut ikut rusak dan akhirnya mati. Sebagian dari siklus kematian ini tampaknya berkaitan tuntutan para nefron yang ada untuk meningkatkan reabsorpsi protein. Pada saat

penyusunan progresif nefron-nefron, terjadi pembentukan jaringan parut dan aliran darah ginjal berkurang. Pelepasan renin akan meningkat bersamaan dengan kelebihan beban cairan sehingga dapat menyebabkan hipertensi. Hipertensi akan memperburuk gagal ginjal, dengan tujuan agar terjadinya peningkatan filtrasi protein – protein plasma. Kondisi ini akan bertambah buruk dengan semakin banyak terbentuknya jaringan parut sebagai respon dari kerusakan nefron secara progresif fungsi ginjal menurun drastis dengan manifestasi penumpukan metabolit-metabolik yang seharusnya dikeluarkan dari sirkulasi sehingga akan terjadi sindrom uremia berat yang memberikan banyak manifestasi pada setiap organ tubuh.

2.1.6 Penatalaksanaan

2.1.6.1 Penatalaksanaan Diet

Menurut Esther Chang dkk (2009), menjelaskan bahwa tujuan adalah untuk mempertahankan status nutrisi meskipun asupan protein, kalium, garam, dan fosfat dibatasi dalam diet. Pembatasan protein harus dilakukan secara hati-hati untuk menghindari malnutrisi (pada gagal ginjal stadium terminal) karena dapat menurunkan GFR. Diet gagal ginjal harus mendapatkan energi yang cukup dari karbohidrat dan lemak untuk mengurangi katabolisme dalam tubuh dan mempertahankan berat badan. Asupan cairan dibatasi sebesar 500mL. Umumnya natrium dibatasi untuk mencegah terjadinya hipertensi, edema (beberapa buah-buahan dan sayuran serta coklat). Akhirnya fosfat harus juga dibatasi (berbagai produk susu)

2.1.6.2 Terapi Penggantian Ginjal

Apabila fungsi ginjal mengalami kemunduran hingga titik gagal ginjal stadium terminal, penanganan ini meliputi hemodialisis, dialysis peritoneal dan transplantasi ginjal.

2.2 Hemodialisis

2.2.1 Pengertian Hemodialisis

Menurut Thomas (2002), hemodialisis merupakan suatu cara untuk mengeluarkan produk sisametabolisme berupa larutan dan air yang ada pada darah melaluimembran semi permeable atau dialyzer. Sedangkanmenurut Arif & Kumala (2011), menjelaskan bahwa, hemosialisis merupakan suatu metode dialysis yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dlam tubuh ketika secara akut atau secara progresif ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut. Sedangkan menurut Brunner & Suddarth (2001), hemodialisis adalah proses yang digunakan pada pasien dengan penyakit gagal ginjal terminal yang membutuhkan terapi jangka panjang atau terapi permanen. Adapun menurut Hartono (2009), hemodialisis adalah pengalihan darah pasien dari tubuh melalui dialiser yang terjadi secara difusi dan ultrafiltrasi, kemudian darah di kembalikan lagi ke tubuh pasien.

Berdasarkan beberapa defenisi diatas dapat disimpulkan bahwa hemodialisis merupakan tindakan mengeluarkan zat sisa metabolisme dan cairan yang berlebih melalui membran semi permiabel dengan prinsip dialysis.

2.2.2 Prinsip Hemodialisis

Menurut Arif & Kumala (2011) menjelaskan bahwa, hemodialisis bertujuan untuk memindahkan produk-produk limbah yang terakumulasi dalam sirkulasi klien dan dikeluarkan kedalam mesin dialysis, serta mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, mengurangi nilai urea nitrogen darah, kreatinin, hiperkalemia dan memperbaiki keadaan asidosis metabolik serta mengalami anemia

Pada dasarnya prinsip hemodialisis seperti pada ginjal ada tiga prinsip yang mendasari kerja hemodialisis, yaitu: difusi, osmosis dan ultrafiltrasi.

2.2.2.1 Proses difusi adalah proses berpindahnya zat karena ada perbedaan kadar di dalam darah, makin banyak yang berpindah ke dialisat.

2.2.2.2 Proses osmosis adalah proses berpindahnya air karena tenaga kimiawi yaitu perbedaan tekanan osmolalitas dan dialisat.

2.2.2.3 Proses ultrafiltrasi adalah proses berpindahnya zat dan air karena perbedaan hidrostatis di dalam darah dan dialisat.

Luas permukaan membran dan saringan membran mempengaruhi jumlah zat dan air yang berpindah. Pada saat dialysis, pasien, dialiser, dan rendam dialisat memerlukan pemantauan yang konstan untuk mendeteksi berbagai komplikasi yang terjadi.

2.2.3Komplikasi

Menurut Hudak & Gallo, (2008) menjelaskan bahwa, meskipun hemodialisis dapat memperpanjang usia tanpa batas yang jelas, tindakan ini tidak dapat mengubah perjalanan penyakit alami ginjal yang mendasari dan juga tidak akan mengembalikan seluruh fungsi ginjal. Pasien akan tetap mengalami sejumlah permasalahan dan komplikasi. Diantara komplikasi tersebut adalah sebagai berikut :

- 2.2.3.1 Hipotensi dapat terjadi selama dialysis ketika cairan di keluarkan.
- 2.2.3.2 Emboli udara, merupakan komplikasi yang jarang namun dapat saja terjadi jika udara memasuki system vaskuler pasien
- 2.2.3.3 Nyeri dada, dapat terjadi karena pCO₂ menurun bersamaan dengan terjadinya sirkulasi darah di luar tubuh.
- 2.2.3.4 Pruritus, dapat terjadi selama terapi dialysis ketika produk akhir metabolisme meninggalkan kulit
- 2.2.3.5 Gangguan keseimbangan dialysis, terjadi karena perpindahan cairan serebral dan muncul sebagai serangan kejang. Komplikasi ini kemungkinan terjadi lebih besar jika terdapat gejala uremia berat.
- 2.2.3.6 Malnutrisi, akibat kontrol diet dan kehilangan nutrient selama hemodialisa 60% pasien gagal ginjal kronik yang mengalami hemodialisa yang menderita malnutrisi

2.2.3.7 Fatigue dan kram, pasien gaga ginjal kronik yang menjalani hemodialisis mudah mengalami kecapekan akibat hipoksi yang disebabkan oleh edema pulmoner. Edema pulmoner terjadi akibat retensi cairan sodium, sedangkan hipoksia bisa terjadi akibat pneumonitis uremik/pleuritis uremik.

Presepsi fatigue yang dialami pasien tergantung durasinya dan tidak dapat dihilangkan dengan tidur. Selain fatigue, kram otot juga bisa terjadi selama atau setelah hemodialisis, akibat penurunan plasma/ cairan instestinal dan osmolalitas serum yang cepat.

Fatigue dan kram otot bisa menyebabkan gangguan tidur pada pasien. Gangguan tidur tersebut menyebabkan “sympathetic arousal”. Sehingga meningkatkan neuro transmitter otot skeletal yang menyebabkan tegangan otot bertambah dan meningkatkan tekanan darah dan denyut jantung. Akhirnya, besar energy terpakai.

2.2.3.8 Gangguan Tidur, gangguan tidur umumnya dialami pasien yang menjalani hemodialisis, dengan factor penyebab yang beragam. Penyakit GGK sendiri bisa menyebabkan gangguan tidur. Khususnya insomnia akibat dari kondisi uremik yang dialami pasien, sedangkan pasien yang menjalani hemodialisis, insomnia bisa terjadi akibat tidak adekuatnya dialysis dan berbagai factor lain yang terpengaruh akibat dari kondisi penyakit dan terapinya

2.3 Insomnia

Berdasarkan penelitian Al-jahdali, et al, (2010) menjelaskan bahwa, insomnia merupakan gangguan yang paling sering terjadi. Prevalensinya pada populasi umum berkisar antara 4% - 64%, sedangkan prevalensi insomnia pada pasien dialysis lebih tinggi lagi yaitu berkisar 45 -69.1%.

2.3.1 Pengertian

Menurut Kozier, Erb, Berman, & Snyder, (2010). Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering terjadi, adalah ketidakmampuan untuk tidur dengan jumlah atau kualitas tidur yang cukup. Sedangkan menurut Harold, Benjamin, & Jack, A, (2010), insomnia adalah kesukaran dalam memulai atau mempertahankan tidur. Keadaan ini adalah keluhan tidur yang paling sering terjadi. Sedangkan menurut ICSD (Internasional Classification of Sleep Disorder) insomnia adalah kesulitan untuk memulai tidur, bangun terlalu dini, serta terbangun dengan kesulitan untuk tidur kembali, dan mengalami kosekuensi disiang hari.

Berdasarkan beberapa defenisi diatas dapat di simpulkan bahwa insomnia adalah ketidakmampuan untuk tidur dengan jumlah atau kualitas tidur yang cukup.

2.3.2 Klasifikasi

2.3.2.1 Berdasarkan durasi dan waktu terjadinya

American insomnia association membagi insomnia ke dalam tiga tipe utama yang dibedakan berdasarkan durasi atau waktu terjadinya yaitu:

- a. *Transiet insomnia* : insomnia yang berlangsung kurang dari 4 minggu dan biasanya berhubungan dengan kejadian – kejadian tertentu yang berlangsung sementara dan biasanya menimbulkan stress dan dapat dikenali dengan mudah oleh pasien sendiri. Diagnosis transient insomnia biasanya dibuat secara retropektif setelah keluhan pasien sudah hilang. Keluhan ini kurang lebih di temukan sama pada pria dan wanita dan episode berulang juga sering di temukan. Factor pemicu antara lain karena lingkungan tidur yang berbeda. Transient insomnia biasanya tidak memerlukan terapi khusus dan jarang membawa pasien berobat ke dokter
- b. *Short-term insomnia* : insomnia berlangsung 1 – 6 bulan dan biasanya di sebabkan oleh kejadian stress yang lebih persisten, seperti kematian anggota keluarga, perceraian atau kehilangan pekerjaan. Kondisi medis dan masalah psikologis juga bisa menyebabkan terjadinya short-term insomnia.
- c. *Chronic Insomnia* : berlangsung lebih dari 6 bulan. Chronic insomnia mempengaruhi 10% populasi dan penyebabnya bervariasi mulai dari factor fisiologis, psikologis, gaya hidup dan lingkungan.

2.3.3.2 Berdasarkan etiologinya, insomnia di bagi menjadi 2 kategori, yaitu:

- a. *Insomnia primer* : mengacu pada sebuah gangguan tidur yang terjadi tanpa adanya kondisi yang mendasari terjadinya insomnia. Pada insomnia primer terjadi hiperarousal state dimana terjadi aktivitas ascending reticular activating system yaitu pasien bisa tidur tapi tidak merasa tidur. Masa tidur

REM sangat kurang, sedangkan masa tidur NREM cukup, periode tidur berkurang dan terbangun lebih sering. Insomnia primer ini merupakan bentuk umum dari insomnia dan tidak berhubungan dengan kondisi kejiwaan, masalah neurologi, masalah medis lainnya, atau pun penggunaan obat-obat tertentu.

b. Insomnia sekunder : bisa terjadi karena psikoneurotik dan penyakit organik.

Pada orang insomnia karena psikoneurosis, sering didapatkan keluhan keluhan organik seperti sakit kepala, kembung atau badan pegal yang mengganggu tidur. Keadaan tersebut lebih parah jika orang tersebut mengalami ketegangan karena persoalan hidup. Pada insomnia sekunder karena penyakit organik, pasien tidak bisa tidur atau kontinuitas tidur terganggu, misalnya ada kram otot atau pruritus yang dialami pasien gagal ginjal

2.3.3 Efek dari Insomnia

Menurut Turana(2007), insomnia dapat memberikan efek pada kehidupan seseorang, efek tersebut bisa terjadi dalam jangka waktu yang panjang atau jangka pendek, tergantung dari penyebabnya.

Efek yang dapat terjadi diantaranya:

2.3.3.1 Efek fisiologis : karena kebanyakan insomnia diakibatkan oleh stress maka terdapat peningkatan noradrenalin serum, peningkatan ACTH atau kortisol, juga penurunan produksi melatonin.

2.3.3.2 Efek Psikologis : dapat berupa gangguan memori, gangguan konsentrasi, kehilangan motivasi, depresi dan sebagainya.

2.3.3.4 Efek fisik/Somatik : dapat berupa kelelahan, nyeri otot, hipertensi dan sebagainya.

2.3.3.5 Efek social : dapat berupa kualitas hidup yang terganggu, kurang bisa menikmati hubungan social dan keluarga.

2.3.3.5 Kematian : orang yang tidur kurang dari 5 jam semalam memiliki angka harapan hidup lebih sedikit dari orang yang tidur 7-8 jam semalam. Hal ini kemungkinan disebabkan karena penyakit yang menginduksi insomnia yang memperpendek angka harapan hidup atau karena high arousal state yang terdapat pada insomnia mempertinggi angka mortalitas atau mengurangi kemungkinan sembuh dari penyakit.

2.3.4 Efek Insomnia pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang mengalami Hemodialisis

Berdasarkan penelitian Novak, et al., dkk (2006), insomnia pada pasien uremik memiliki konsekuensi yang lebih berat dibandingkan dengan populasi umum. Walaupun insomnia hanya terjadi pada malam hari, namun dapat mempengaruhi fungsi individu dalam 24 jam. Insomnia jangka panjang bahkan dapat mempengaruhi gaya hidup dan emosi individu secara keseluruhan. Selain itu juga bisa mempengaruhi kondisi kesehatan, hubungan interpersonal, merasa

tidak kompeten akibat merasa putus asa ketika bangun sendirian ketika di malam hari dan merasa kualitas tidur yang baik tidak akan pernah tercapai.

Insomnia dapat menyebabkan pasien menjadi agresif, distress, kerusakan kognitif, merasa tidak punya kekuatan dan menjadi depresi. Pada akhirnya insomnia yang dialami pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis akan menyebabkan penurunan kualitas hidup yang memiliki korelasi positif dengan kelangsungan hidup pasien.

2.3.5 Faktor yang berhubungan dengan Insomnia pada pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis

Berdasarkan penelitian Sabbatini et, al, (2002) menjelaskan bahwa, berbagai faktor yang diduga memiliki hubungan yang signifikan insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis, diantaranya faktor demografi, faktor gaya hidup dan faktor psikologis

2.3.5.1 Faktor Demografi

Diantara faktor demografi yang akan dilihat dalam penelitian ini adalah jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan.

a. Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor yang memperlihatkan adanya perbedaan biologis pada individu yang menyebabkan terjadinya perbedaan pola tidur antarkeduanya. Dalam beberapa literatur disebutkan bahwa pria dan wanita memiliki perbedaan dalam

karakteristik tidur, dimana pria memiliki gangguan tidur yang lebih bervariasi dan lebih cepat dibandingkan wanita. Berdasarkan penelitian Al-Jahdali, et al (2010) menemukan bahwa prevalensi insomnia lebih tinggi pada wanita dibandingkan pria. Sesuai dengan penelitian Coren (1994) yang melaporkan bahwa wanita lebih memiliki kemungkinan untuk mengalami mimpi buruk, kesulitan tidur dan sering terbangun dibandingkan pria.

b. Usia

Berdasarkan penelitian Black & Hawks (2005), bahwa pola tidur normal mulai berubah sesuai dengan penambahan usia. Hal ini terjadi akibat reduksi saraf yang mempengaruhi gelombang delta pada tidur normal non rapid eyes movement (NREM) III dan IV, atau lebih karena defisit system saraf pusat yang menyebabkan berkurangnya reaksi terhadap alarm ekstrinsik dan disfungsi biorhythm serta berkurangnya pengeluaran substansi melatonin. Penurunan melatonin memperberat insomnia sejalan makin bertambahnya usia.

Berdasarkan penelitian Han et al (2002), pasien ESRD dengan diabetes dan insomnia memiliki usia yang lebih tua dibandingkan dengan kelompok yang tanpa insomnia, hal ini sesuai dengan hasil penelitian Merlino et, al (2006), yang menyatakan bahwa usia merupakan predoktor independen dan signifikan terhadap gangguan

tidur pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis. Sebaliknya Al-jahdali, et al (2010) tidak menemukan hubungan yang signifikan antara usia dan kejadian insomnia.

b. Tingkat pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan

Tingkat pendidikan, dan pekerjaan merupakan salah satu faktor sosiokultural yang bisa mempengaruhi insomnia. Tingkat pendidikan yang tinggi bisa memungkinkan individu untuk mengakses dan memahami informasi tentang kesehatan (Pender, et al, 2002), sehingga pasien memiliki pengetahuan untuk memilih strategi dalam mengatasi insomnia. Selain itu, dukungan isteri/suami/keluarga terhadap pasien juga bisa mengurangi tingkat kecemasan yang merupakan salah satu faktor yang berkorelasi positif dengan kejadian insomnia pada pasien hemodialisis (Novak, et al, 2006; Sabry, et al, 2010).

2.3.5.2 Faktor Gaya Hidup

Faktor gaya hidup yang akan dilihat dalam penelitian ini adalah kebiasaan merokok dan konsumsi kopi.

a. Kebiasaan merokok

Kebiasaan merokok berhubungan dengan kualitas tidur yang kurang, sesuai dengan hasil penelitian dalam populasi umum dan pada populasi pasien hemodialisis (Unruh, 2006). Nikotin yang terkandung dalam asap rokok bekerja sebagai stimulan yang

membuat penghisapnya tetap terbangun dan waspada. Efek stimulant nikotin juga bisa menyebabkan individu mengalami “nicotine withdrawal” setiap malam sehingga bisa menyebabkan gangguan tidur atau insomnia.

Masalah lain yang bisa terjadi dari kebiasaan merokok adalah batuk dan masalah yang berhubungan dengan kesulitan bernafas di malam hari yang akhirnya membuat gangguan tidur.

b. Konsumsi kopi

Menurut Lantz (2007), menjelaskan bahwa di dalam tubuh, kafein yang terkandung dalam kopi bisa diserap dengan cepat dan hampir sempurna. Efek perilaku dari kafein meliputi perasaan meningkatnya energi, tetap waspada, menurunnya tingkat fatigue dan rasa kantuk. Mekanisme aksi kafein berhubungan dengan kemampuannya dalam menghambat pengeluaran adenosine. Kafein menyebabkan peningkatan pengeluaran norepinefrin, epinefrin, dopamine dan serotonin, sehingga dapat membuat orang tetap waspada. Jika kafein dikonsumsi > 250 mg dapat menyebabkan terjadinya sindrom intoksikasi yang meliputi gejala cemas, tegang, diuresis, takikardia, agitasi dan insomnia.

2.3.5.3 Faktor Psikologis

Menurut Parker (2009), menjelaskan bahwa penyakit ginjal kronik merupakan salah satu penyakit kronis yang menyebabkan hampir semua penderitanya mengalami kecemasan dan depresi, baik itu akibat dari penyakitnya atau juga terapi lain. Pada penyakit kronis kecemasan bisa menjadi faktor penting terjadinya gangguan tidur (Kimmel, 1989). Seperti halnya dalam penelitian Sabry et al (2010) yang menemukan bahwa ada kolerasi antara faktor psikologis seperti kecemasan dengan penurunan kualitas tidur pada pasien hemodialisis kronik. Demikian juga menurut Tanaka (1999) dalam Sabbatini, et al(2002) menyatakan bahwa status psikologis pasien berpengaruh besar terhadap terjadinya insomnia pada pasien hemodialisis.

Faktor psikologis yang memegang peranan utama terhadap kecenderungan insomnia. Dalam sebuah artikel “Gangguan Insomnia Dapatkah Disembuhkan”, insomnia disebabkan oleh ketegangan pikiran seseorang terhadap sesuatu yang kemudian mempengaruhi system saraf pusat (SSP) sehingga kondisi fisik senantiasa siaga. Faktor kecemasan, ketegangan dan ketidakpastian hidup menyebabkan gangguan insomnia. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian di sebuah klinik insomnia “*Baylor College of Medicine USA* (2006) bahwa penderita insomnia cenderung di latarbelakangi oleh kecemasan.

Singer (1980) mengatakan bahwa kecemasan merujuk pada suatu kecenderungan untuk mempresepsikan situasi sebagai mengancam atau menegangkan (stressful).

Berkaitan dengan kecemasan Eysenck (dalam Zarfiel, 2001) mengatakan bahwa T (Tension interfere variety) yaitu adanya ketegangan yang sangat tinggi dalam suatu tindakan terapis manusia sehingga orang tersebut menderita insomnia. dalam otak manusia terdapat pusat tidur dan pusat jaga. Pusat tidur dan jaga manusia dipengaruhi oleh ARAS (*Ascending Reticular Activating System*). Selama masa tidur pusat tidur akan mekurangi atau menghambat aktivitas ARAS yang berada di otak. Jika ARAS meningkat akan menyebabkan tidur berkurang. ARAS akan meningkat pada orang yang sedang mengalami kecemasan, sehingga dapat mengganggu kerja pusat, yang menyebabkan terjadinya gangguan tidur pada seseorang. inilah gambaran yang dapat menyebabkan terjadinya kecemasan yang dalam hal ini ketika menghadapi suatu tindakan terapis di rumah sakit sehingga membuatnya mengalami gangguan tidur

2.3.6 Skala Ukur Tingkat Kecemasan

Menurut Stuart dan Sundeen (1998), tingkat kecemasan dapat diukur dengan menggunakan Hamilton Rating Scale for Anxiety (HRS-A) yang sudah dikembangkan oleh kelompok Psikiatri Biologi Jakarta (KPBJ) dalam bentuk Anxiety Analog Scale (AAS). Validitas AAS sudah diukur oleh Yul Iskandar

pada tahun 1984 dalam penelitiannya yang mendapat korelasi yang cukup dengan HRS A ($r = 0,57 - 0,84$). Kecemasan dapat diukur dengan pengukuran tingkat kecemasan menurut alat ukur kecemasan yang disebut HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale). Skala HARS merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada munculnya symptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 symptoms yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (severe).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian trial clinic. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian trial clinic yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang valid dan reliable. Skala HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale) yang dikutip Nursalam (2003) penilaian kecemasan terdiri dari 14 item, meliputi:

- a. Perasaan Cemas firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung.
- b. Ketegangan merasa tegang, gelisah, gemetar, mudah terganggu dan lesu.

- c. Ketakutan: takut terhadap gelap, terhadap orang asing, bila tinggal sendirian takut pada binatang besar.
- d. Gangguan tidur: sukar memulai tidur, terbangun pada malam hari, tidurtidak pulas dan mimpi buruk.
- e. Gangguan kecerdasan: penurunan daya ingat, mudah lupa dan sulitkonsentrasi.
- f. Perasaan depresi: hilangnya minat, berkurangnya kesenangan pada hobi, sedih, perasaan tidak menyenangkan sepanjang hari.
- g. Gejala somatik: nyeri pada otot-otot dan kaku, gertakan gigi, suara tidakstabil dan kedutan otot.
- h. Gejala sensorik: perasaan ditusuk-tusuk, penglihatan kabur, muka merahdan pucat serta merasa lemah.
- i. Gejala kardiovaskuler: takikardi, nyeri di dada, denyut nadi mengeras dandetak jantung hilang sekejap.
- j. Gejala pernapasan: rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, seringmenarik napas panjang dan merasa napas pendek.
- k. Gejala gastrointestinal: sulit menelan, obstipasi, berat badan menurun,mual dan muntah, nyeri lambung sebelum dan sesudah makan, perasaanpanas di perut.
- l. Gejala urogenital: sering kencing, tidak dapat menahan kencing,aminorea, ereksi lemah atau impotensi.
- m. Gejala vegetatif: mulut kering, mudah berkeringat, muka merah, buluroma berdiri, pusing atau sakit kepala.

- n. Perilaku sewaktu wawancara: gelisah, jari-jari gemetar, mengkerutkandahi atau kening, muka tegang, tonus otot meningkat dan napas pendek dan cepat.

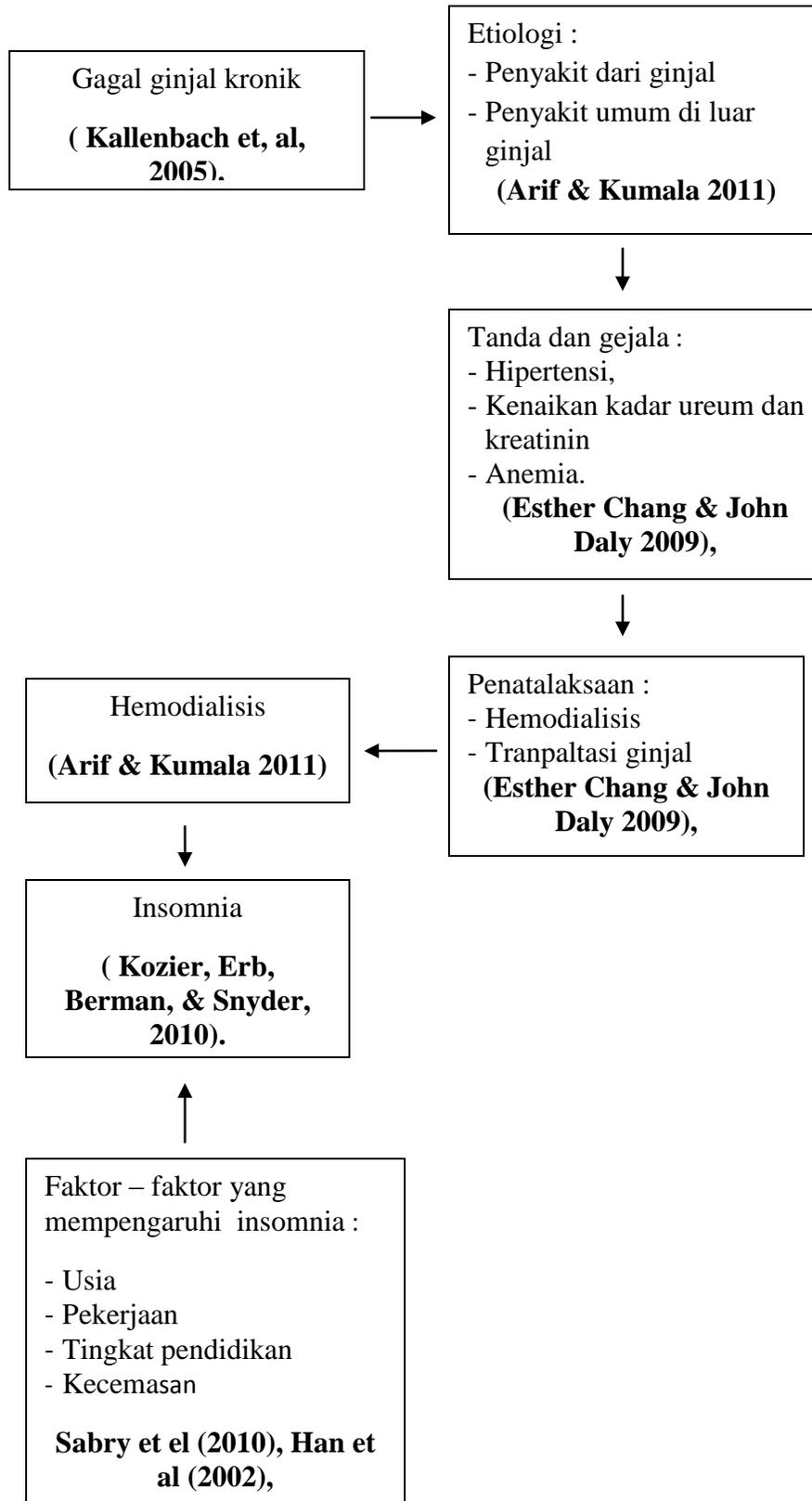
Cara penilaian kecemasan adalah dengan memberikan nilai dengan kategori:

- 0 = tidak ada gejala sama sekali
- 1 = Satu dari gejala yang ada
- 2 = Sedang/ separuh dari gejala yang ada
- 3 = berat/lebih dari $\frac{1}{2}$ gejala yang ada
- 4 = sangat berat semua gejala ada

Penentuan derajat kecemasan dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14 dengan hasil:

- a. Skor kurang dari Skor ≤ 14 = tidak ada kecemasan.
- b. Skor 14-20 = kecemasan ringan.
- c. Skor 21-27 = kecemasan sedang.
- d. Skor 28-41 = kecemasan berat
- e. Skor 42-56 = kecemasan sangat berat

2.4 Kerangka Teori



BAB III

KERANGKA KONSEP,

Pada bab ini diuraikan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional. Kerangka konsep merupakan kerangka yang menghubungkan beberapa konsep yang akan diteliti, digunakan sebagai kerangka pikir dalam penelitian dan merupakan pengembangan dari beberapa teori yang telah dibahas. Hipotesis adalah pernyataan atau jawaban sementara tentang hubungan yang diharapkan antara variabel penelitian yang dapat diuji secara empiris, sedangkan definisi operasional adalah penjelasan tentang batasan atau ruang lingkup variabel penelitian sehingga memudahkan pengukuran dan pengamatan serta pengembangan instrumen / alat ukur (Notoatmodjo, 2002).

3.1 KERANGKA KONSEP

Berdasarkan penelusuran kepustakaan, variabel yang akan diukur dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.1.1 Variabel terikat (Dependent variabel)

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah insomnia.

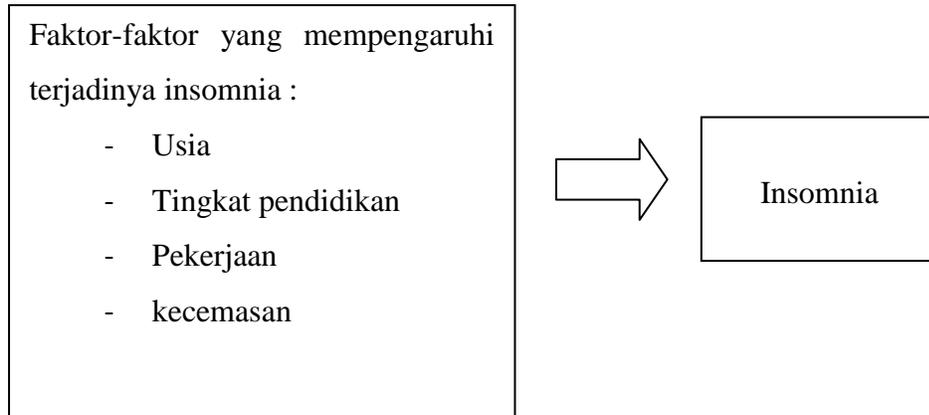
3.1.2 Variabel bebas (Independent variabel)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah faktor usia, faktor tingkat pendidikan, faktor pekerjaan dan faktor kecemasan

Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

Variabel Independent

Variabel Dependent



3.2 DEFINISI OPERASIONAL

Definisi operasional merupakan batasan ruang lingkup suatu variabel yang diamati atau diukur. Definisi operasional dari variabel-variabel dalam penelitian ini dijelaskan dalam tabel 3.1

Tabel 3.1

Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Variabel Dependent Insomnia	Gangguan tidur yang Ditandai oleh satu atau lebih dari	Wawancara tidak langsung	Angket	Interval	1 : Tidak insomnia \leq mean (37,2) 2 : Insomnia $>$ mean(37,2)

	gejala berikut: kesulitan untuk memulai tidur, bangun terlalu dini, dan atau sering Terbangundengan kesulitan untuk tertudur kembali.				
Variabel Independent Usia	Usia responden yang dihitung dari ulang tahun terakhir	Wawancara tidak langsung	Angket	Interval	1: Dewasa awal (20 – 40 tahun) 2: Dewasa madya (40 – 60 tahun) 3: Dewasa lanjut (> 60 tahun)
Tingkat pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang telah selesai ditempuh responden	Wawancara tidak langsung	Angket	Ordinal	1 : Tinggi (PT, SMA) 2: Rendah (SMP, SD)
Pekerjaan	Status pekerjaan untuk mendapatkan Penghasilan guna Memenuhi kebutuhan	Wawancara tidak langsung	Angket	Ordinal	1 : Bekerja 2 : Tidak bekerja
Kecemasan	Respon psikologis	Wawancara	Kuesione	Ordinal	1 : Rendah \leq Mean

	Responden terhadap permasalahan / penyakit yang sedang dihadapi	terpimpin	r berdasar kan <i>HARS</i> <i>(Hamilton Anxiety Rating Scale)</i>		(31,354) 2 : Tinggi > Mean (31,354)
--	---	-----------	---	--	---

3.3 Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

Ha : Ada hubungan antara usia dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015

Ha: Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015

Ha : Ada hubungan antara pekerjaan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015

Ha : Ada hubungan antara kecemasan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis di ruang HD RSUD Ahmad Mochtar Bukittingi Tahun 2015

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional, dimana pengukuran variabel - variabelnya dilakukan hanya satu kali. Menurut Sudigdo & Sofyan, (2014) menjelaskan, studi *cross sectional* merupakan penelitian yang melakukan observasi atau pengukuran variabel pada satu saat tertentu tiap subjek hanya di observasi satu kali dan pengukuran variabel subjek dilakukan pada saat pemeriksaan.

4.2 Tempat dan Waktu Penelitian

4.2.1 Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan diruang Hemodialisa RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi. Berdasarkan hasil wawancara, penelitian ini dilakukan mengingat banyaknya pasien yang menjalani hemodialisis mengeluhkan mengalami gangguan tidur diruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015.

4.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada tanggal 22 Juni sampai 6 Juli 2015, waktu penelitian ini berlangsung selama \pm 2 minggu.

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling.

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari suatu variabel yang menyangkut masalah yang diteliti. Variabel tersebut bisa berupa orang, kejadian, perilaku, dan sesuatu lain yang akan dilakukan penelitian (Nursalam & Siti Pariani, 2001). Dalam penelitian ini besarnya populasi yang peneliti dapatkan sebanyak 87 responden

4.3.2 Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Sampel adalah sebagian dari populasi yaitu nilai atau karakteristiknya diukur dan nantinya kita pakai untuk menduga karakteristik dari populasi (Susanto, 2007).

Sampel terisi dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling (Nursalam, 2003).

Besar Sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus :

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan :

n : Besar Sampel

N : Besar populasi (87)

d : Derajat kepercayaan 90% (0.1)

maka :

$$n = \frac{87}{1 + 87 (0.1)^2}$$

$$n = 47.5 \text{ (dibulatkan)}$$

$$n = 48$$

Jadi jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 47 responden.

Dengan kriteria sampel yaitu :

4.3.2.1 Kriteria inklusi sampel penelitian ini adalah :

- a. Penderita gagal ginjal kronik yang menjalani HD rutin 2x/minggu dengan durasi yang sama
- b. Bisa membaca dan menulis
- c. Bersedia menjadi responden dan menandatangani informed consent.

4.3.2.2 Kriteria eksklusi sampel penelitian ini adalah :

- a. Semua pasien gagal ginjal yang menjalani hemodialisis yang tidak bersedia menjadi responden

4.3.3 Teknik Sampling

Menurut Nursalam (2000), bahwa teknik sampling adalah cara atau metode dalam pengambilan sampel. Sedangkan menurut A. Aziz Alimul Hidayat (2008), Teknik sampling adalah suatu proses seleksi sampel yang digunakan dalam penelitian dari populasi yang ada, sehingga jumlah sampel akan mewakili keseluruhan populasi yang ada.

Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah dengan “Accidental Sampling”, dimana pengambilan sampel dilakukan dengan mengambil kasus

atau responden yang kebetulan ada atau tersedia pada saat penelitian (Notoatmojo, 2002).

4.4 Pengumpulan Data

Didalam penelitian ini, peneliti menggunakan alat pengumpulan data berupa kuesioner yang merupakan alat ukur dengan beberapa pertanyaan (Aziz alimul. 2009)

4.4.1 Pengumpulan Data

4.4.1.1 Alat Pengmpulan Data

Instrumen penelitian adalah alat-alat yang digunakan untuk pengumpulan data (Notoatmodjo, 2005). Intrumen merupakan alat bantu bagi peneliti di dalam menggunakan metode pengumpulan data (Arikunto, 2000).

Untuk memperoleh data penelitian digunakan instrumen penelitian atau alat pengumpulan data berupa koesioner yang mengacu pada kerangka konsep yang diisi oleh responden.Koesioner pertanyaan yang berkaitan dengan faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015. Pada bagian pertama terdiri dari variabel independent yaitu usia,tingkatpendidikan, pekerjaan dan kecemasan yang terdiri dari 20 pertanyaan dan bagian kedua terdiri dari variabel dependent yaitu insomnia dengan 13 item pertanyaan

4.4.1.2 Uji Coba

Sebelum melakukan penelitian, peneliti melakukan uji coba kuisisioner terhadap 8 orang responden bertujuan untuk agar kuisisioner yang peneliti buat mudah di pahami serta di mengerti oleh responden. Responden yang di lakukan uji coba kuisisioner tidak termasuk dalam sampel penelitian

4.4.1.3 Prosedur dalam pengumpulan data :

Setelah proposal penelitian mendapatkan persetujuan dari pembimbing, peneliti meminta surat rekomendasi dari STIKes Perintis Bukittinggi untuk membuat surat agar dapat melakukan penelitian yang harus dimasukkan ke RSUD DR. Ahmad Mochta Bukittinggi tahun 2015. Meminta bantuan kepada bagian Direktur Rumah sakit untuk merekomendasikan penelitian dan meminta izin kepada uni ruangan. Pengumpulan data dilakukan setelah uji coba kuisisioner dilakukan

Penelitian di mulai pada tanggal 22 juni 2015 sebelum itu peneliti melapor sekaligus meminta izin melakukan penelitian kepada kepala ruangan unit Hemodilisa RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi kemudian peneliti mendatangi responden sesuai kriteria penelitian untuk pengisian koesioner. Peneliti berkenalan dengan calon responden dan menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta jaminan terhadap hak-hak responden. Menjelaskan data yang didapat dari responden dijamin kerahasiannya.

Setelah itu meminta responden untuk menandatangani lembaran persetujuan menjadi responden, membagi lembaran koesioner kepada responden dan menjelaskan cara pengisiannya. Setelah koesioner diisi oleh responden, peneliti langsung mengumpulkan koesioner untuk diperiksa selengkapya. Apabila data belum terisi lengkap, maka responden diminta untuk melengkapinya saat itu juga. Peneliti tidak setiap hari datang ke rumah sakit untuk melakukan penelitian, dalam sehari peneliti dapat melakukan penelitian kepada 7 orang responden. setelah peneliti selesai melakukan penelitian, peneliti melapor pada kepala ruangan Unit Hemodialisa bahwasanya hari itu peneliti telah selesai melakukan penelitian dan di lanjutkan esok hari sampai sampel responden peneliti tercukupi.

4.5 Cara Pengolahan dan Analisis Data

4.5.1 Cara Pengolahan Data

a. Editing

Editing kegiatan yang dilakukan untuk pengecekan isian koesioner atau formulir. Setelah koesioner selesai diisi kemudian dikumpulkan langsung oleh peneliti dan selanjutnya diperiksa kelengkapan data apakah dapat dibaca atau tidak dan kelengkapan isian. Jika isian belum lengkap, responden diminta melengkapi lembar koesioner pada saat itu juga..

b. Coding

Merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka atau bilangan. Setiap data diberikan kode-kode tertentu agar

memudahkan pengolahan data.pada tahap ini peneliti melakukan kegiatan pemberian tanda, symbol kode bagi tiap-tiap data. Pada variabel insomnia di beri kode 1 jika “Tidak Insomnia \leq mean, kemudian kode 2 jika “Insomnia $>$ mean. Sedangkan pada variabel kecemasan diberi kode 1 jika “kecemasan rendah \leq mean” dan untuk kode 2 jika “kecemasan tinggi.

c. Entry data

Merupakan suatu proses memasukkan data ke dalam komputer untuk selanjutnya dilakukan analisis data dengan menggunakan program komputer.

d. Cleaning

Pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan data yang sudah di-entry apakah ada kesalahan atau tidak, apakah pengkodean sudah tepat atau belum.Pada penelitian ini, peneliti memeriksa kembali data yang telah dimasukkan kedalam program komputer, saat pemeriksaan data penelitian tidak menemukan data yang tidak lengkap atau data yang salah meng-entry data.

e. Scoring

Pada tahap ini peneliti memberikan nilai pada lembar kuisisioner berdasarkan jawaban yang dibuat oleh responden sesuai dengan skor yang telah ditentukan sebelumnya. Pada variabel kecemasan jika jawaban responden “tidak pernah” maka diberi nilai 1, “jarang” diberi nilai 2, “sering” diberi nilai 3, dan “selalu” diberi nilai 4, sedangkan pada variabel insomnia dapat

dikategorikan sebagai berikut jika jawaban responden “tidak pernah” maka diberi nilai 1, “jarang” diberi nilai 2, “sering” diberi nilai 3, dan “selalu” diberi nilai.

f. Menyajikan Data (Output)

Data output merupakan data hasil pengolahan yang disajikan baik dalam bentuk numerik maupun grafik.

4.5.2 Analisis Data

Data yang telah melalui proses pengolahan selanjutnya akan dianalisis, yang meliputi:

a. Analisis Univariat

Menggunakan distribusi frekuensi dan analisa deskriptif terhadap tiap variabel penelitian baik variabel dependent yaitu insomnia pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis, maupun variabel independent yaitu faktor usia, faktor tingkat pendidikan, faktor pekerjaan dan faktor kecemasan. Tujuannya untuk mendapatkan gambaran sebaran (distribusi frekuensi) tendensi sentral (mean) dari masing-masing variabel.

Untuk hasil pengukuran kecemasan dengan kategorik kecemasan rendah dan kecemasan tinggi yaitu :

a. Kecemasan rendah \leq mean (31,354)

b. Kecemasan tinggi $>$ mean (31,354)

Untuk hasil pengukuran insomnia pada pasien hemodialisa dengan kategorik tidak insomnia dan insomnia yaitu :

a. Tidak insomnia \leq mean (37,21)

b. Insomnia $>$ mean (37,21)

Berdasarkan dari jumlah nilai yang diperoleh pasien maka rumus yang dipakai untuk menghitung nilai rata-rata adalah sebagai berikut (Arikunto, 2002) :

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

F : Frekuensi

N : Jumlah responden

b. Analisis Bivariat

Analisa yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang diteliti, pengujian hipotesis untuk pengambilan keputusan tentang apakah hipotesis yang digunakan cukup meyakinkan untuk ditolak atau diterima dengan menggunakan statistik Chi square test, untuk melihat kemaknaan perhitungan statistic digunakan batasan kemaknaan 0.05 sehingga $p \leq 0.05$ secara statistic disebut bermakna dan jika $p > 0.05$ maka hasil hitungan tersebut tidak bermakna secara komputerisasi.

$$\text{Rumus : } X^2 = \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan :

X^2 : Chi square

O : Nilai observasi atau nilai yang diperoleh dari penelitian

E : Nilai yang diharapkan

Σ : Jumlah

4.6 Etika Penelitian

4.6.1 Informed Consent (lembar pertanyaan)

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent diberikan sebelum peneliti dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden.

Menurut Hidayat, (2008) menjelaskan, tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika subjek bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia maka peneliti menghormati hak responden, tujuan dilakukan tindakan jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

4.6.2 Anomity (Tanpa Nama)

Menurut Hidayat, (2008) menjelaskan anomity merupakan masalah yang diberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak membrikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan

hanya menuliskan kode lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

4.6.3 Confidentiality (Kerahasiaan)

Menurut Hidayat, (2008) menjelaskan, masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah lainnya. Semua informasi yang telah dilakukan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset.

BAB V

HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi penelitian

RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi merupakan salah satu dari 5 buah rumah sakit yang ada di Bukittinggi. RSUD Dr. Ahmad Mochtar terletak di jalan A.Rivai Bukittinggi yang juga terletak sangat strategis sehingga mudah dikunjungi oleh pasien yang akan berobat ke RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi. RSUD Dr. Ahmad Mochtar merupakan rumah sakit kelas B Plus pendidikan dan juga merupakan rumah sakit pemerintah Tk 1 untuk daerah Bukittinggi, Tk.II dengan fasilitas cukup memadai yang dapat melayani rujukan dari daerah Tk.II Sumatra Barat bagian utara dan daerah-daerah perbatasan seperti Propinsi Riau, Propinsi Jambi, dan Sumatera Utara Bagian Selatan.

Ruang Unit hemodialisa RSUD Dr. Ahmad Mochtar dengan total pasien ± 15 per hari, dengan 1 orang karu, 1 orang bagian MR, 2 orang perawat pelaksana dengan 1 orang Dokter. Ruang Unit Hemodialisa memiliki ruangan yang terdiri dari 1 ruangan dokter, 1 ruangan tindakan, 1 ruangan peralatan, 1 ruangan perawat

5.2 Hasil penelitian

Penelitian telah dilakukan tanggal 22 Juni sampai 6 Juli 2015. Mengenai faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi tahun

2015. Adapun responden yang diteliti sebanyak 48 orang pasien yang melakukan cuci darah ke Unit Hemodialisa. Cara pengumpulan data yang digunakan adalah dengan memberikan penjelasan kepada responden dan selanjutnya responden mengisi kuesioner dengan kemampuan dan kondisi responden mengisinya di saat waktu itu tanpa pengaruh dan paksaan dari orang lain termasuk peneliti. Data yang terkumpul dari hasil penelitian yang dilakukan diolah menggunakan komputerisasi dan disajikan dalam bentuk tabel.

5.3 Analisa Univariat

Analisa univariat melihat gambaran distribusi frekuensi variabel independen yang meliputi faktor usia, faktor tingkat pendidikan, faktor pekerjaan dan faktor kecemasan serta variabel dependent yaitu insomnia pada pasien hemodialisis dengan jumlah responden 48 orang. Peneliti mendapatkan data univariat tentang faktor – faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisa di ruangan HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi tahun 2015 sebagai berikut :

5.3.1 Distribusi Frekuensi Kejadian Insomnia

Tabel 5.3.1
Distribusi Frekuensi Kejadian Insomnia Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

No	Kejadian Insomnia	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tidak Insomnia	23	35,4
2.	Insomnia	25	54,6
	Total	48	100

Berdasarkan tabel 5.3.1 lebih dari separoh responden yaitu 54,6% di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015 yang mengalami insomnia.

5.3.2 Usia

Tabel 5.3.2
Distribusi Frekuensi Kejadian Faktor Usia Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

No	Kejadian Insomnia	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Dewasa awal	1	2,1
2	Dewasa madya	27	56,2
3.	Dewasa lanjut	20	41,7
	Total	48	100

Bedasarkan tabel 5.3.2 didapatkan bahwa lebih dari separoh responden yang menjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015 berusia dewasa madya 56,2%.

5.3.3 Pekerjaan

Tabel 5.3.3
Distribusi Frekuensi Kejadian Faktor Pekerjaan Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

No	Faktor Pekerjaan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Tidak Bekerja	31	64,6
2.	Bekerja	17	35,4
	Total	48	100

Bedasarkan tabel 5.3.3 di dapatkan sebagian besar responden yangmenjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015 mempunyai pekerjaan 64,6%.

5.3.4 Pendidikan

Tabel 5.3.4
Distribusi Frekuensi Kejadian Faktor Pendidikan Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

No	Faktor Pendidikan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Pendidikan tinggi	27	56,2
2.	Pendidikan rendah	21	43,8
	Total	48	100

Bedasarkan tabel 5.3.4 di dapatkan lebih dari separoh responden yang menjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015 berpendidikan tinggi 56,2%.

5.3.5 Kecemasan

Tabel 5.3.5
Distribusi Frekuensi Kejadian Faktor Kecemasan Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisis Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

No	Faktor Kecemasan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
1.	Kecemasan Rendah	18	37,5
2.	Kecemasan Tinggi	30	62,5
	Total	48	100

Berdasarkan tabel 5.3.5 di dapatkan sebagian besar responden yang menjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015 memiliki kecemasan yang tinggi 62,5%.

5.4 Analisa Bivariat

Analisa ini bertujuan mengetahui hubungan antara variabel dependen (kejadian insomnia) variabel independen (usia, pendidikan, pekerjaan, kecemasan) dengan menggunakan Chi Square, dengan hasil sebagai berikut ;

5.4.1 Hubungan Faktor Usia Dengan Dejadian Insomnia

Tabel 5.4.1
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan Kejadian Insomnia
Dengan Usia Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2015

Usia	Kejadian Insomnia				Jumlah		p value	OR
	Ada (Insomnia)		Tidak ada (Insomnia)					
	f	%	f	%	n	%		
Dewasa awal	1	100	0	0	1	100	0,002	Dummi variabel
Dewasa madya	8	29,6	19	70,4	27	100		
Dewasa lanjut	16	80,0	4	20,0	20	100		
Total	25	52,1	23	47,9	48			

Bedasarkan tabel 5.4.1 dapat dilihat bahwa dari 1 orang responden yang berusia dewasa awal mengalami insomnia 100% dan tidak mengalami insomnia tidak ada sedangkan dari 27 orang responden yang berusia dewasa madya tidak mengalami insomnia 70,4% dan yang mengalami insomnia 29,5% sedangkan dari 16 orang responden yang berusia dewasa lanjut mengalami insomnia 80% dan yang tidak mengalami insomnia 20%. Dari uji statistik Chi- Square di dapatkan nilai $p = 0.002 < \alpha (0,05)$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia dewasa lanjut dengan kejadian insomnia.

5.4.2 Hubungan faktor pekerjaan dengan kejadian insomnia

Tabel 5.4.2
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan Kejadian Insomnia
Dengan Pekerjaan Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2015

Pekerjaan	Kejadian Insomnia				Jumlah		p value	OR
	Tidak (Insomnia)		Ada (Insomnia)					
	f	%	f	%	n	%		
Tidak Bekerja	3	17,6	14	82,4	17	100	0,005	0,118
Bekerja	20	64,5	11	35,5	32	100		
Total	23	47,9	25	52,1	48	100		

Bedasarkan tabel 5.4.2 dapat dilihat bahwa dari 17 orang responden yang tidak bekerjamengalami insomnia 82,4% dan yang tidak mengalami insomnia 17,6% sedangkan dari 32 orang responden yang bekerja tidak mengalami insomnia (64,5%) dan yang mengalami insomnia 35,5%. Dari hasil uji statistik Chi- Square di dapatkan nilai $p = 0.005 < \alpha (0,05)$ maka dapat di simpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara insomnia dengan pekerjaan responden, dengan OR = 0.118 artinya bahwa responden yang tidak bekerja mempunyai peluang 0.118 kali untuk mengalami kejadian insomnia di bandingkan dengan responden yang bekerja

5.4.3 Hubungan Faktor Pendidikan Dengan Kejadian Insomnia

Tabel 5.4.3
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan Kejadian Insomnia
Dengan Pendidikan Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2015

Pendidikan	Kejadian Insomnia				Jumlah		p value	OR
	Tidak (Insomnia)		Ada (Insomnia)					
	f	%	f	%	n	%		
Pendidikan tinggi	13	48,1	14	82,4	27	100	0,001	1,021
Pendidikan rendah	10	47,6	11	52,4	21	100		
Total	23	47,9	25	52,1	48	100		

Bedasarkan tabel 5.4.3 dapat dilihat bahwa dari 17 orang responden yang berpendidikan tinggi mengalami insomnia 82,4% dan yang tidak mengalami insomnia 48,1%, sedangkan dari 32 orang responden yang berpendidikan rendah mengalami insomnia 52,4% dan yang tidak mengalami insomnia 47,6%. Dari hasil uji statistik Chi- Square di dapatkan nilai $p = 0,001 < \alpha (0,05)$ maka dapat di simpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kejadian insomnia, dengan $OR = 1.021$ artinya bahwa responden yang berpendidikan tinggi mempunyai peluang 1.021 kali untuk mengalami kejadian insomnia di bandingkan responden yang berpendidikan rendah.

5.4.4 Hubungan Faktor Kecemasan Dengan Kejadian Insomnia

Tabel 5.4.4
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hubungan Kejadian Insomnia
Dengan Kecemasan Di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2015

Kecemasan	Kejadian Insomnia				Jumlah	p value	OR
	Tidak (Insomnia)		Ada (Insomnia)				
	f	%	f	%			
Kecemasan rendah	15	83,3	3	16,7	18	100	0,001
Kecemasan Tinggi	8	26,7	22	73,3	30	100	
Total	23	47,9	25	52,1	48	100	

Bedasarkan tabel 5.4.4 dapat dilihat bahwa dari 18 orang responden yang keemasannya rendah tidak mengalami insomnia 83,3% dan yang mengalami

insomnia 16,7% sedangkan dari 30 orang responden yang kecemasannya tinggi mengalami insomnia 73,3% dan yang tidak mengalami insomnia 26,7%. Dari hasil uji Chi- Square statistik di dapatkan nilai $p = 0.000 < \alpha (0,05)$ maka dapat di simpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kecemasan dengan kejadian insomnia dengan $OR = 13.750$ artinya bahwa responden dengan kecemasan tinggi mempunyai peluang 13.750 kali untuk mengalami kejadian insomnia.

5.5 Pembahasan

Pada penelitian ini peneliti membahas hasil penelitian dan mengaitkan konsep terkait serta asumsi peneliti tentang masalah yang dapat terjadi pada hasil penelitian yang peneliti melaksanakan dari bulan Juni sampai Juli 2015. Penelitian dilakukan pada seluruh pasien yang menjalani hemodialisa maka peneliti dapat membahas faktor yang mempengaruhi terjadi insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi tahun 2015.

5.5.1 Analisa Univariat

a. Kejadian Insomnia

Berdasarkan tabel 5.3.1 di dapatkan bahwa lebih dari separoh pasien menjalani hemodialisa 52.1% di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi yang mengalami kejadian insomnia.

Hasil penelitian didukung oleh hasil penelitian dari Al- Jahdali 2010, menjelaskan bahwa Insomnia adalah umum masalah tidur, bagaimanapun, dan

prevalensi dalam umum populasi berkisar antara 4% sampai 64% . Prevalensi insomnia secara substansial lebih besar pada pasien dialisis dan telah dilaporkan berkisar antara 45% hingga 59%.

Menurut Berman, & Snyder 2010, menjelaskan insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering terjadi, adalah ketidakmampuan untuk tidur dengan jumlah tau kualitas tidur yang cukup.Sedangkan menurut Harold dkk 2010, insomnia adalah kesukaran dalam memulai atau mempertahankan tidur.Keadaan ini adalah keluhan tidur yang paling sering terjadi.

Sedangkan menurut ICSD (Internasional Classification of Sleep Disorder) insomnia adalah kesulitan untuk memulai tidur, bangun terlalu dini, serta terbangun dengan kesulitan untuk tidur kembali, danmengalami kosekuensi disiang hari.

Menurut pendapat peneliti bahwa insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis terjadi akibat pada usiadewasa lanjut, pendidikan yang tinggi, pengaruh pekerjaan, serta kecemasan yang tinggi.

b. Usia

Bedasarkan tabel 5.3.2 didapatkan bahwa lebih dari separoh responden yang menjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi berusia dewasa madya 56,2%.

Hasil peneliti ini didukung oleh hasil penelitian dari Han et al 2002, pasien ESRD dengan diabetes dan insomnia memiliki usia yang lebih tua dibandingkan

dengan kelompok yang tanpa insomnia, hal ini sesuai dengan hasil penelitian Merlino et, al (2006), yang menyatakan bahwa usia merupakan predoktor independen dan signifikan terhadap gangguan tidur pada pasien ESRD yang menjalani hemodialisis. Sebaliknya Al-jahdali, et al (2010) tidak menemukan hubungan yang signifikan antara usia den kejadian insomnia.

Berdasarkan penelitian Black &Hawks 2005, menjelaskan bahwa pola tidur normal mulai berubah sesuai dengan pertambahan usia. Hal ini terjadi akibat reduksi saraf yang mempengaruhi gelombang delta pada tidur normal non rapid eyes movement (NREM) III dan IV, atau lebih karena defisit system saraf pusat yang menyebabkan berkurangnya reaksi terhadap alarm ekstrinsik dan disfungsi biorhythm serta berkurangnya pengeluaran substansi melatonim. Penurunan melatonim memperberat insomnia sejalan makin bertambahnya usia.

Sedangkan menurut ICSD (*Internasional Classification Of Sleep Disorder*), 2010, insomnia adalah kesulitan untuk memula tidur, bangun terlalu dini, serta terbangun dengan kesulitan untuk tidur kembali, dan mengalami kosekuensi yang tinggi di siang hari

Menurut pendapat peneliti bahwa semakin bertambah usia seseorang maka semakin berubah pola tidur yang di alaminya, terlebih pada pasien yang sedang menjalani hemodialisis yang berdampak pada gangguan tidurnya. kejadian insomnia di latar belakang dengan status usia yang lanjut

c. Pekerjaan

Bedasarkan tabel 5.3.3 di dapatkan sebagian besar responden yang menjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi mempunyai pekerja 64,6%.

Hasil Penelitian ini di dukung oleh penelitian dari Unruh 2006, yang menjelaskan bahwa pekerjaan merupakan salah satu faktor sosiokultural yang bisa mempengaruhi insomnia.

Berdasarkan teori dari Coren .S 2003, menjelaskan bahwa pekerjaan merupakan salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis. Tuntutan ekonomi membuat pasien giat bekerja untuk memnuhi kebutuhan hidup, mencari makan, dan memenuhi kebutuhan pokok sehari-hari.berbagai macam pekerjaan dilakukan seperti berjualan di pasar, menjadi pembantu rumah tangga dan ada pula sebagai buruh pabrik. Selain itu tuntutan karir juga mendorong pasien atau responden untuk giat dalam bekerja.pasien yang bekerja tanpa mengenal waktu mengakibatkan kurang jatah untuk beristirahat sehingga tidak terpenuhi nya kebutuhan dasar tubuh yaitu istirahat (tidur).

Menurut pendapat peneliti bahwa pekerjaan mempengaruhi kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisis, pasien yang bekerja menghabiskan waktunya untuk bekerja, mengurus rumah tangga dan sebagainya, akan

cenderung kurangnya waktu untuk beristirahat. dan sebaliknya pasien yang tidak terlalu sibuk dengan pekerjaannya dapat memenuhi kebutuhan dasarnya

d. Pendidikan

Berdasarkan tabel 5.3.4 di dapatkan lebih dari separoh responden yang menjalani hemodialisa mengalami insomnia di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi berpendidikan tinggi 56,2%.

Berdasarkan penelitian Suhardjo 2007, mengatakan bahwa tingginya rata-rata tingkat pendidikan masyarakat sangat penting bagi kesiapan bangsa menghadapi tantangan global di masa depan. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi akan memudahkan seseorang atau masyarakat untuk menyerap informasi dan mengimplementasikannya dalam perilaku dan gaya hidup sehari-hari, khususnya dalam hal kesehatan. tingkat pendidikan yang formal membentuk nilai bagi seseorang terutama dalam menerima hal baru

Menurut Suwarman 2000, tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi nilai-nilai yang di anut, cara berfikir, cara pandang bahkan persepsi seseorang terhadap masalah. Pasien yang berpendidikan tinggi akan berfikir cerdas dengan mengakses berbagai informasi dan pengetahuan terhadap suatu masalah yang sedang di hadapi sebagai salah satu untuk jalan keluarnya..

Asumsi diatas sesuai dengan yang di kemukakan oleh Pender 2002, menjelaskan bahwa, tingkat pendidikan yang tinggi bisa memungkinkan individu untuk

mengakses dan memahami informasi tentang kesehatan, sehingga pasien memiliki pengetahuan untuk memilih strategi dalam mengatasi insomnia

Peneliti berpendapat bahwa pendidikan yang tinggi di latar belakang dengan pengetahuan yang baik, semakin tinggi pendidikan dan pengetahuan responden maka semakin baik pula pengetahuan responden tentang kesehatannya.

d. Kecemasan

Bedasarkan tabel 5.3.5 di dapatkan sebagian besar responden yang menjalani hemodialisa mengalami insomnia di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi memiliki kecemasan yang tinggi 62,5%.

Bedasarkan penelitian Freud (dalam Alwisol) 2005, mengatakan bahwa kecemasan adalah fungsi ego untuk memperingati individu tentang kemungkinan datangnya suatu bahaya sehingga dapat disipakan reaksi adaptif yang sesuai. kecemasan berfungsi sebagai mekanisme yang melindungi ego karena kecemasan memberi sinyal kepada kita bahwa ada bahaya dan kalau tidak dilakukan tindakan yang tepat maka bahaya akan meningkat sampai di kalahkan

Sedangkan Parker (2009) berpendapat, menjelaskan bahwa penyakit ginjal kronik merupakan salah satu penyakit kronis yang menyebabkan hamper semua penderitanya mengalami kecemasan dan depresi, baik itu akibat dari penyakitnya atau juga terapi lain.. Pada penyakit kronis kecemasan bisa menjadi faktor penting terjadinya gangguan tidur (Kimmel, 1989). Seperti halnya dalam penelitian Sabry

et al (2010) yang menemukan bahwa ada korelasi antara faktor psikologis seperti kecemasan dengan penurunan kualitas tidur pada pasien hemodialisis kronik.

Peneliti berpendapat sangat mempengaruhi kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisa, bahwa tinggi tingkat kecemasan responden disebabkan oleh kurangnya kepercayaan diri responden untuk menjalani hemodialisa. Apabila semakin rendah kepercayaan diri responden maka semakin tinggi tingkat kecemasan yang dialami responden, dan sebaliknya jika semakin tinggi kepercayaan diri pasien maka semakin rendah kecemasan yang dialami pasien

5.5.2 Analisa Bivariat

a. Hubungan Faktor Usia Dengan Dejadian Insomnia

Bedasarkan tabel 5.4.1 dapat dilihat bahwa dari 1 orang responden yang berusia dewasa awal mengalami insomnia 100% dan tidak mengalami insomnia tidak ada sedangkan dari 27 orang responden yang berusia dewasa madya tidak mengalami insomnia 70,4% dan yang mengalami insomnia 29,5% sedangkan dari 16 orang responden yang berusia dewasa lanjut mengalami insomnia 80% dan yang tidak mengalami insomnia 20%. Dari uji statistik Chi- Square di dapatkan nilai $p = 0.002 < \alpha (0,05)$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara usia dewasa lanjut dengan kejadian insomnia.

Menurut Ohayon et al 2011, berpendapat bahwa insomnia, salah satu penyebab utama gangguan tidur, didefinisikan oleh kehadiran kesulitanterlelap tidur, terbangun sering dengan kesulitan tertidur lagi dan pagiterbangun. Agar dianggap

sebagai insomnia, gejala-gejala ini harus dilaporkan dimiminal 3 kali per minggu dan adanya disfungsi siang yang dihasilkan harus diselidiki untuk membedakan dua tingkat insomnia (level 1, tanpa siang hari disfungsi, dan tingkat 2, dengan disfungsi siang hari)

Holley 2009, berpendapat bahwa gangguan tidur sangat umum di antara pasien dialisis. Tidur subyektif keluhan dilaporkan dalam hingga 80% dari pasien dan ditandai dengan kesulitan dalam memulai dan mempertahankan tidur, masalah dengan gelisah, menyentak kaki, mendengkur, terdaksa sensasi dan / atau kantuk di siang hari. Masalah tidur ini tampaknya memiliki efek negatif yang signifikan pada kualitas hidup seperti yang sering disebut-sebut sebagai sumber utama stres. Memang, wawancara pasien hemodialisis dan dialisis peritoneal telah menemukan bahwa gangguan tidur adalah salah satu dari tujuh gejala yang paling menyedihkan yang dialami (Eichel et al, 2010;.. Bass et al, 2009).

Menurut pendapat peneliti faktor usia dewasa lanjut memiliki hubungan yang bermakna terhadap kejadian insomnia. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Sabbtani 2006. Dalam penelitian ini di dapatkan responden yang menjalani hemodialisa lebih dari separoh usia dewasa madya yang mengalami insomnia.

b. Hubungan Faktor Pekerjaan Dengan Kejadian Insomnia

Bedasarkan tabel 5.4.2 dapat dilihat bahwa dari 17 orang responden yang tidak bekerja mengalami insomnia 82,4% dan yang tidak mengalami insomnia 17,6% sedangkan dari 32 orang responden yang bekerja tidak mengalami insomnia 64,5%

dan yang mengalami insomnia 35,5%. Dari hasil uji statistik Chi- Square di dapatkan nilai $p = 0.005 < \alpha (0,05)$ maka dapat di simpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara insomnia dengan pekerjaan responden, dengan $OR = 0.118$ artinya bahwa responden yang tidak bekerja mempunyai peluang 0.118 kali untuk mengalami kejadian insomnia di bandingkan dengan responden yang bekerja

Dari hasil penelitian yang di lakukan Sabbtani 2006 bahwa pekerjaan responden memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian insomnia. Responden yang bekerja berpeluang lebih besar untuk tidak mengalami insomnia. Hal tersebut karena pekerjaan mempengaruhi kejadian insomnia.

Menurut Meyer TJ 2002, Insomnia didefinisikan sebagai sensasi subjektif dari tidur yang pendek dan tidak puas. sedangkan ICSD (International Classification of Sleep Disorder) memberi definisi insomnia sebagai kesulitan untuk memulai tidur, bangun terlalu dini, sering terbangun dengan kesulitan untuk tertidur kembali dan mengalami konsekuensi di siang hari akibat kesulitan tidur di malam hari (Association, A.A.S.D, 1997).

Sulitnya mempertahankan tidur dan tidak dapat tidur secukupnya mengakibatkan seorang pasien terbangun sebelum dia mendapatkan tidur yang cukup. Hal tersebut menyebabkan pasien mengalami beberapa konsekuensi, diantaranya rasa kantuk di siang hari, perasaan depresi, kurang energi, gangguan kognitif, gangguan memori,

lekas marah, disfungsi psikomotor dan penurunan kewaspadaan serta konsentrasi (Szentkiralyi A, et al, 2009).

Menurut pendapat peneliti bahwa faktor pekerjaan berhubungan dengan kejadian insomnia. Dalam hal ini tingkat kejadian insomnia lebih tinggi pada responden yang bekerja karena responden yang bekerja sibuk dengan pekerjaannya tanpa memerhatikan kebutuhan dasarnya. Di bandingkan dengan responden yang tidak bekerja berbeda dengan hasil penelitian Sabbtani 2006 responden yang tidak bekerja memiliki kejadian insomnia yang tinggi

c. Hubungan Faktor Tingkat Pendidikan Dengan Kejadian Insomnia

Bedasarkan tabel 5.4.3 dapat dilihat bahwa dari 17 orang responden yang berpendidikan tinggi mengalami insomnia 82,4% dan yang tidak mengalami insomnia 48,1%, sedangkan dari 32 orang responden yang berpendidikan rendah mengalami insomnia 52,4% dan yang tidak mengalami insomnia 47,6%. Dari hasil uji statistik Chi-Square di dapatkan nilai $p = 0,001 < \alpha (0,05)$ maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kejadian insomnia, dengan $OR = 1.021$ artinya bahwa responden yang berpendidikan tinggi mempunyai peluang 1.021 kali untuk mengalami kejadian insomnia di bandingkan responden yang berpendidikan rendah.

Penelitian Ida Rosdiana 2010, berpendapat bahwa ada hubungan yang bermakna antara responden yang berpendidikan tinggi terhadap kejadian insomnia. Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Unruh 2010, bahwa tingkat

pendidikan responden juga memiliki hubungan yang bermakna dengan kejadian insomnia, semakin tinggi pendidikan responden semakin tidak ada kejadian insomnia dan sebaliknya

Menurut asumsi Han, 2002 menjelaskan bahwa insomnia umumnya didefinisikan sebagai sensasi subjektif pendek, tidur tidak memuaskan, meskipun kemampuan untuk tidur mungkin sekunder baik untuk sulit tidur dan / atau malam hari bangun, yang harus terus-menerus hadir (yaitu tiga sampai empat kali seminggu selama beberapa minggu)

Sabbtani, 2010 berpendapat insomnia adalah masalah tidur yang agak umum, prevalensi yang berkisar antara 4 dan 29% dari populasi umum Prevalensinya biasanya dilaporkan lebih tinggi dalam mata pelajaran tua atau cemas, dan pada pasien sakit kronis antara yang terakhir, pasien uremik pada dialisis khususnya mengeluh tentang insomnia dan gangguan tidur lainnya

Menurut pendapat peneliti bahwa, responden yang berpendidikan tinggi berhubungan dengan kejadian insomnia. Dalam hal ini tingkat kejadian insomnia lebih tinggi pada responden yang berpendidikan tinggi di banding pendidikan rendah hal ini di dukung dengan penelitian yang di lakukan oleh Ida .R 2010 juga berpendapat sama.

d. Hubungan Faktor Kecemasan Dengan Kejadian Insomnia

Bedasarkan tabel 5.4.4 dapat dilihat bahwa dari 18 orang responden yang kecemasannya rendah tidak mengalami insomnia 83,3% dan yang mengalami insomnia 16,7% sedangkan dari 30 orang responden yang kecemasannya tinggi mengalami insomnia 73,3% dan yang tidak mengalami insomnia 26,7%. Dari hasil uji Chi- Square statistik di dapatkan nilai $p = 0.000 < \alpha (0,05)$ maka dapat di simpulkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kecemasan dengan kejadian insomnia dengan $OR = 13.750$ artinya bahwa responden dengan kecemasan tinggi mempunyai peluang 13.750 kali untuk mengalami kejadian insomnia.

Hasil penelitian ini di dukung oleh penelitian yang dilakukan Iliescu, 2003, Peningkatan stres, kecemasan, berhubungan dengan tidur yang buruk subjektif kualitas pada pasien dialisis.

Johnson dan Dwyer dalam Feroze, et al (2010) melaporkan bahwa lebih dari 70 % pasien HD memiliki gejala depresi atau kecemasan, namun mereka tidak menyadari gejala tersebut atau tidak merasakan perlunya mencari bantuan untuk mengatasi keadaan tersebut. Dokter atau perawat di ruang HD, yang bukan ahli kejiwaan, kadang juga gagal menyadari gejala tersebut dan biasanya kurang member perhatian terhadap keluhan somatik yang timbul akibat gangguan kejiwaan pasien, sehingga umumnya gejala tersebut tidak terdiagnosa. Penelitian melaporkan bahwa kecemasan merupakan salah satu faktor resiko terjadinya perilaku bunuh diri dan memiliki hubungan yang erat dengan berbagai komorbiditas gangguan

fisik, rendahnya kualitas hidup dan ketidakmampuan pada pasien HD (Feroze, et al, 2010). Insomnia ditandai oleh satu atau lebih dari berikut ini Gejala: sulit tidur ("onset tidur Insomnia "), kesulitan untuk tetap tidur (" pemeliharaan tidur Insomnia "), awal kebangkitan atau kualitas tidur yang buruk (" -menyegarkan tidur ").

Peneliti berasumsi bahwa kecemasan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kejadian insomnia. Karena di sebabkan kurangnya rasa percaya diri responden untuk menjalani terapi hemodialisis sehingga menjadi masalah kesehatan mental tersendiri bagi responden. Pendapat diatas didukung oleh penelitian Breslau, et al (1996) yang menemukan adanya peningkatan kecemasan 2 kali lipat pada individu yang mengalami insomnia dibandingkan individu yang tidurnya baik.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 48 orang responden yang menjalani hemodialisa dapat di simpulkan bahwa :

6.1.1 Diketahui lebih dari separoh responden 54,6% yang menjalani hemodialisa di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi mengalami insomnia.

6.1.2 Diketahui bahwa lebih dari separoh responden yang menjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi berusia dewasa madya 56,2%

6.1.3 Diketahui sebagian besar responden yang menjalani hemodialisa di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi mempunyai pekerjaan 64,6%.

6.1.4 Diketahui lebih dari separoh responden yang menjalani hemodialisa mangalami insomnia di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi berpendidikan tinggi 56,2%.

6.1.5 Diketahui sebagian besar responden yang menjalani hemodialisa mengalami insomnia di ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi memiliki kecemasan yang tinggi 62,5%.

6.1.6 Terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan kejadian insomnia di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015 nilai $p = 0,002$.

6.1.7 Terdapat hubungan yang signifikan antara pekerjaan dengan kejadian insomnia di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015 nilai $p = 0,005$.

6.1.8 Terdapat hubungan yang signifikan antara pendidikan dengan kejadian insomnia di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015 nilai $p = 0,001$.

6.1.9 Terdapat hubungan yang signifikan antara kecemasan dengan kejadian insomnia di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015 nilai $p = 0,000$.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Peneliti Selanjutnya

Untuk dapat mengembangkan penelitian sejenis dengan metode yang berbeda dan penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar untuk penelitian lebih lanjut sehingga bermanfaat bagi kita semua.

6.3.1 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan kepada institusi pendidikan untuk memberikan tambahan pengetahuan tentang insomnia dengan tujuan untuk menambah pengetahuan

dan pemahan tentang insomnia beserta faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisa

6.2.3 Bagi Lahan

Diharapkan kepada Instalansi RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi untuk menerapkan dan selalu memberikan informasi kepada responden tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisa

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Jahdali, H., Khogeer, H.A., Al-Qadhi, W.A., et al. (2010) *Insomnia in Chronic Renal Patients on Dialysis in Saudi Arabia. Journal of Circadian Rhythms.* 8:7doi:10.1186/1740-3391-8-7. <http://www.jcircadianrhythms.com/content/8:7doi:10.1186/1740-3391-8-7>.
- Chang Esther, John Daly dan Doug Elliott. 2009. *Patofisiologi Aplikasi Pada Praktik Keperawatan.* Jakarta : EGC
- Hudak dan Gallo, 2010. *Keperawatan Kritis Pendekatan Holistik Volume 2.* Jakarta : EGC
- Kaplan dan Sadock. 2010. *Sinopsis Psikiatri Ilmu pengetahuan Prilaku Jilid 2.* Tangerang : Binarupa Aksara
- Kowalak, Welsh dan Mayer. 2011. *Buku Ajar Patofisiologi.* Jakarta : EGC
- Kozier, Erb, Berman dan Synder. 2010. *Buku Ajar fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik.* Jakarta : EGC
- Muttaqin .A dan Kumala sari. 2011. *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan.* Jakarta : Salemba Medika
- NKF-DOQI. (2006). *Clinical practice guidelines for hemodialysis adequacy.* http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guideline_uphd_pd_va/hd_guide_2.htm
- Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrument Penelitian Keperawatan Edisi 2.* Jakarta : Salemba Medika
- Potter dan Perry, 2002. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik. Edisi 4.* Jakarta : EGC

Sabbatini, M., Minale, B., Crispo, A., et al. (2002) *Insomnia in Maintenance Hemodialysis Patients. Nephrology Dialysis Transplantation* 17: 852-856.
<http://ndt.oxfordjournals.org/cgi/content/short/17/5/852>

Suddarth, dan brunner, 2002. *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Edisi 2. Jakarta : EGC

Suyono S & Wapadji. (2001). *Buku ajar penyakit dalam* Jilid II Edisi ketiga. FKUI. Jakarta.

Terry .L Cynthia dan Aurora Weaver. 2011. *Keperawatan Kritis*. Yogyakarta : Rapha Pubishing

Lampiran 1

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,

Responden Peneliti

Di tempat

Dengan Hormat

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) STIKes Perintis Sumatra Barat, semester VIII yang bermaksud akan mengadakan penelitian :

Nama : Roni Aftikal
NIM : 11103084105047
Alamat : Kabupaten Agam

Akan bermaksud mengadakan penelitian dengan judul “Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Insomnia pada Pasien yang menjalani Hemodialisis Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi

Tahun 2015”. Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi bapak atau ibu sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

Apabila bapak atau ibi menyetujui, makan dengan ini saya memohon kesediaan untuk mendatangi lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan yang saya ajukan. Atas perhatian bapak atau ibu sebagai responden saya ucapkan terima kasih.

Bukittinggi, Juni 2015

Peneliti

(Roni Aftikal)

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jenis Kelamin :

Pekerjaan :

Alamat :

Setelah mendapatkan penjelasan yang diberikan oleh peneliti, maka saya bersedia untuk berpartisipasi sebagai responden penelitian dengan judul **“Faktor – Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Insomnia pada Pasien yang menjalani Hemodialisis Di Ruang HD RSUD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015”**.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak akan membawa akibat yang merugikan bagi saya dan saya mengerti bahwa penelitian ini hanya untuk mengetahui, saya telah diberi kesempatan untuk bertanya berkaitan dengan penelitian ini. Dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi responden tanpa paksaan atau ancaman dari pihak manapun juga.

Bukittinggi, Juni 2015

Responden

()

LEMBAR KUESIONER PENELITIAN

No. Responden

**FAKTOR – FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN
INSOMNIA PADA PASIEN YANG MENJALANI HEMODIALISIS DI
RUANG HD RSUD AHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2015**

Petunjuk Pengisian :

- a. Isilah pertanyaan berikut dengan memberikan tanda silang (x) atau ceklis (√) pada kotak didepan jawaban sesuai dengan kondisi bapak/ibu/saudara.
- b. Bagi responden yang tidak dapat mengisi lembar kuesioner sendiri, dapat di bantu oleh peneliti dengan menanyakan jawaban yang sesuai dengan pilihan responden.

I. Identitas Reponden

1. Nama :

2. Jenis kelamin :

II. Komponen yang diteliti

1. Usia Responden :

- Dewasa awal (20 – 40 tahun)
- Dewasa madya (40 – 60 tahun)
- Dewasa lanjut (> 60 tahun)

2. Pendidikan Responden

- Sekolah Dasar (SD)
- Sekolah Menengah Pertama (SMP)
- Sekolah Menengah Atas (SMA)
- Perguruan Tinggi (PT)

3. Pekerjaan Responden

- Berkerja
- Tidak Bekerja

III. Kuesioner Tentang Faktor Kecemasan

Petunjuk pengisian :*Isilah pertanyaan berikut dengan memberikan tanda silang (X) pada kotak di depan jawaban sesuai dengan kondisi bapak/ibu/saudara.*

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Selalu (4)	Sering (3)	Jarang (2)	Tidak Pernah (1)
1.	Saya sering merasa cemas terhadap penyakit yang saya alami.				
2.	Saya merasa takut luar biasa sehingga ingin penyakit saya segera				

	sembuh				
3.	Saya mudah tersinggung terhadap ucapan-ucapan yang tidak menyenangkan baik dari keluarga maupun tetangga sekitar				
4.	Saya merasa tegang dengan keadaan penyakit yang saya alami ini				
5.	Saya suka merasa gelisah ketika memeriksakan penyakit saya ke dokter				
6.	Saya merasa takut bila di tinggal sendiri				
7.	Saya mudah lupa dan sulit berkonsentrasi sekarang ini				
8.	Saya sering merasakan nyeri dan kaku pada otot-otot tubuh				
9.	Penglihatan saya mulai berkurang (kabur)				
10.	Tubuh saya sering merasa lemah				
11.	Jantung saya sering berdebar-debar				
12.	Saya sering menarik napas panjang dan merasa napas saya pendek				
13.	Saya mengalami sulit menelan				
14.	Berat badan saya menurun				
15.	Saya merasakan mual dan muntah				
16.	Saya merasakan nyeri di lambung				

	sebelum dan sesudah makan.				
17.	Saya sering BAK				
18.	Saya mudah berkeringat				
19.	Saya sering merasakan pusing serta sakit kepala				
20.	Saya mudah gemeteran				

Sumber : Nursalam, 2003

IV. Kuesioner Tentang Insomnia

Petunjuk pengisian :*Isilah pertanyaan berikut dengan memberikan tanda silang*

(X) pada kotak di depan jawaban sesuai dengan kondisi bapak/ibu/saudara.

No	Pertanyaan	Jawaban			
		Selalu (4)	Sering (3)	Jarang (2)	Tidak Pernah (1)
1.	Saya mengalami kesulitan untuk memulai tidur.				
2.	Saya sering kali tiba-tiba terbangun pada saat malam hari				
3.	Saya mudah terbangun lebih awal/dini hari.				
4.	Saya sering kali merasa ngantuk pada saat di siang hari				
5.	Saya mengalami sakit kepala pada siang hari				
6.	Saya sering kali merasa kurang puas dengan tidur saat malam hari				

7.	Saya merasa kurang nyaman/gelisah saat tidur				
8.	Saya sering kali mengalami mimpi buruk				
9.	Saya merasakan badan terasa lemas, letih, kurang tenaga setelah tidur.				
10.	Jadwal jam tidur saya sampai bangun tidak beraturan.				
11.	Saya sering mengalami tidur selama 6 jam dalam semalam.				
12.	Saya pernah menggunakan bantuan untuk tidur seperti obat tidur				
13.	Saya mudah terbangun karena suara keras/ gaduh tengah malam,				

Sumber : Iwan, (2009)



YAYASAN PERINTIS SUMBAR
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES) PERINTIS

IZIN MENDIKNAS NO : 162/D/O/2006 DAN 17/D/O/2007

Kampus I : Jl. Adinogoro KM 17 Simpang Kalumpang Lubuk Buaya PadangTelp. (0751) 481992 Fax. (0751) 481962
Kampus II : Jl. Kusuma Bhakti Gulai Bancah BukittinggiTelp. (0752) 34613/6218277/22220 Fax.(0752) 34613

Bukittinggi, 4 Maret 2015

Nomor :203.s/STIKes- YP/Pend/ III / 2015
Lamp : -
Perihal : Izin Pengambilan Data dan Penelitian

Kepada Yth,
Bapak/ Ibuk : Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
Di
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Dengan hormat,

Dalam rangka menyusun Tugas Akhir Program bagi mahasiswa Semester Ganjil Reguler Program Studi Ilmu Keperawatan Perintis Sumbar Tahun Ajaran 2014/ 2015 atas mahasiswa:

Nama : Roni Aftikal
NIM : 11103084105047
Judul Penelitian : Faktor- Faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Insomnia pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015

Dalam hal penulisan Tugas Akhir Program tersebut, mahasiswa membutuhkan data dan informasi untuk menyusun proposal dan melakukan penelitian. Oleh karena itu kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk dapat memberi izin dalam pengambilan data dan penelitian yang dilakukan mahasiswa pada Instansi yang Bapak/ Ibuk pimpin.

Demikianlah surat ini kami sampaikan, dengan harapan Bapak/ Ibuk dapat mengabulkannya, atas bantuan dan kerjasama yang baik kami ucapkan terima kasih

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis

Ketua

Yendrizal Jafri, SKp. M. Biomed

NIK: 1420106116893011

Tembusan kepada yth:

1. Bapak/ Ibuk Kabid Keperawatan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
2. Bapak/ Ibuk Ka. Diklat RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
3. Ibuk Ka. Administrasi Kampus II Bukittinggi
4. Arsip

Website : www.yayasanperintissumbar.ac.id Email : stikesperintis@yahoo.com

STIKES PERINTIS

We are the first and we are the best



BIDANG SUMBER DAYA MANUSIA
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
Jl. Dr. A. Rival - Bukittinggi



No : 099/RSAM-SDM/III/2015
 Lamp : -
 Hal : Pengambilan Data & Izin Penelitian

Bukittinggi, 26 Maret 2015,

Kepada Yth:

1. Ka Bidang Pelayanan & Rekam Medik
2. Kabid Keperawatan
3. Karu Bedah
4. Karu
5. Ka. Poli.....

RSUD Dr. Achmad Mochtar
 di-
Bukittinggi

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan bahwa yang tersebut dibawah ini :

Nama : Roni Aftikal
 NIM : 11103084105047
 Institusi : STIKes Perintis Bukittinggi.

Akan melakukan Pengambilan Data Awal / Penelitian dengan judul " **Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Insomnia pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015** "

Demikian disampaikan atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terimakasih.

Acc. Kabid Keperawatan
26/3/15
h. David

Kabid SDM

 Drg. Sesmarry
 Nip. 19650925 199903 2

Roni Aftikal
26/3/15
 Nip. 11103084105047



PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

JALAN DR. A. RIVAI - BUKITTINGGI
Telp. Hunting (0752) 21720 - 21492 - 21831 - 21322
Fax. (0752) 21321 Telp. Dir. (0752) 33825



No : 073/67124/SDM-RSAM/ VIII /2015
Lamp : -
Hal : Pengembalian Mahasiswa

Bukittinggi, 06 Agustus 2015,

Kepada Yth.
Sdr. Ketua STIKes Perintis Sumbar
di -
BUKITTINGGI

Dengan hormat,

Sehubungan dengan telah selesainya pengambilan data dan penelitian Mahasiswa STIKes Perintis Sumbar, maka bersama ini kami kembalikan ke Institusi Pendidikan atas nama :

Nama : **Roni Aftikal**
NIM : **11103084105047**
Institusi : **STIKes Perintis Sumbar.**

Dengan judul Penelitian " **Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Kejadian Insomnia pada Pasien yang Menjalani Hemodialisa di Ruang Hemodialisa RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2015** "

Untuk keperluan pengembangan Bidang SDM (Seksi Diklit) RSUD.Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi diharapkan kepada Saudara untuk dapat memberikan hasil Penelitian Mahasiswa tersebut diatas kepada kami sebelum Ijazah yang bersangkutan diberikan.

Demikianlah disampaikan atas perhatian dan kerja samanya diucapkan terimakasih.



Direktur ,

Dr. Hj.ERMAWATI.M.Kes
NIP. 19610423 198710 2 001

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATERA BARAT
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Roni Aftikal
 Nim : 11103084105047
 Pembimbing I : Ns. Endra Amalia, M.Kep
 Judul Proposal/Skripsi : Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian
 Insomnia Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa Di
 Ruang HD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun
 2015

Bimbingan Ke	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
I	Kamis, 30 Juli 2015	Konsul Bab I, II, III, IV, V dan VI	
II	Jum'at 31 Juli 2015	Konsul Hasil Penelitian Abstrak, Bab V, bab VI	
III	Senin, 02 Agus 15	Konsul Bab V dan VI, abstrak	
IV	Senin 03 Agus 2015	Att di ujikan	

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS SUMATERA BARAT
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : Roni Afikal
 Nim : 11103084105047
 Pembimbing II : Ns. Vera Sesrianty, S.Kep
 Judul Proposal/Skripsi : Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian
 Insomnia Pada Pasien Yang Menjalani Hemodialisa Di
 Ruang HD Dr. Ahmad Mochtar Bukittinggi Tahun
 2015

Bimbingan Ke	Hari/ Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
	Jumab 31 Juli 2015	-Perbaiki gab tempat penelitian -Perbaiki hasil → penulisan -Tambahkan penelitian terkait pada pembahasan min 2 br	<i>js</i>
	Sabtu 1 Agustus 2015	-Perbaiki sesuai sama kata & akan → telah dilakukan	<i>js</i>
	Minggu 2 Agustus 2015	Konsul Abstrak & Seluruh Bsnb	<i>js</i>
	Senin 3 Agustus 2015	Hot Skripsi	<i>js</i>