

Lampiran 1

KUESIONER KUALITAS TIDUR

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

1. Pukul berapa biasanya anda mulai tidur malam?
2. Berapa lama anda biasanya baru bisa tertidur tiap malam?
3. Pukul berapa anda biasanya bangun pagi?
4. Berapa lama anda tidur dimalam hari?

5.	Seberapa sering masalah masalah dibawah ini mengganggu tidur anda?	Tidak pernah dalam sebulan terakhir (0)	1x Seminggu (1)	2x Seminggu (2)	$\geq 3x$ Seminggu (3)
a.	Tidak mampu tertidur selama 30 menit sejak berbaring				
b.	Terbangun ditengah malam atau dini hari				
c.	Terbangun untuk ke kamar mandi				
d.	Sulit bernafas dengan baik				
e.	Batuk atau mengorok				
f.	Kedinginan di malam hari				
g.	Kepanasan di malam hari				
h.	Mimpi buruk				
i.	Terasa nyeri				
j.	Alasan lain.....				
6	Selama sebulan terakhir, seberapa sering anda menggunakan obat tidur				
7	Selama sebulan terakhir,seberapa sering anda mengantuk ketika melakukan aktivitas di siang hari				
		Tidak Antusias	Kecil	Sedang	Besar

8	Selama satu bulan terakhir, berapa banyak masalah yang anda dapatkan dan seberapa antusias anda selesaikan permasalahan tersebut?				
		Sangat Baik (0)	Cukup Baik (1)	Cukup buruk (2)	Sangat Buruk (3)
9.	Selama bulan terakhir, bagaimana anda menilai kepuasan tidur anda?				

Lampiran 2

Kisi - Kisi Kuesioner PSQI

Tabel 2

No	Komponen	No.Item	Sistem Penilaian	
			Jawaban	Nilai Skor
1	kualitas Tidur Subyektif	9	Sangat Baik Baik Kurang Sangat kurang	0 1 2 3
2	Latensi Tidur	2	≤15 menit	0
			16-30 menit	1
	31-60 menit	2		
2	Skor Latensi Tidur	2+5a	>60 menit	3
			Tidak Pernah	0
			1x Seminggu	1
2	Skor Latensi Tidur	2+5a	2x Seminggu	2
			>3x Seminggu	3
			3-4	2
2	Skor Latensi Tidur	2+5a	5-6	3
			1-2	1
			0	0
3	Durasi Tidur	4	> 7 jam 6-7 jam 5-6 jam < 5jam	0 1 2 3
4	Efisiensi Tidur Rumus : Durasi Tidur : lama di tempat tidur) X 100% *Durasi Tidur (no.4) *Lama Tidur (kalkulasi respon no.1 dan 3)	1, 3, 4	> 85% 75-84% 65-74% <65%	0 1 2 3
5	Gangguan Tidur	5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 5h, 5i, 5i, 5j	0 1-9 10-18 19-27	0 1 2 3
6	Penggunaan Obat	6	Tidak pernah 1x Seminggu	0 1

			2x Seminggu	2
			>3x Seminggu	3
7	Disfungsi di siang hari	7	Tidak Pernah	0
			1x Seminggu	1
			2x Seminggu	2
			>3x Seminggu	3
		8	Tidak Antusias	0
			Kecil	1
Sedang	2			
7+8	Besar	3		
	0	0		
	1-2	1		
	3-4	2		
			5-6	3

Keterangan Kolom Nilai Skor:

- 0 = Sangat Baik
- 1 = Cukup Baik
- 2 = Agak Buruk
- 3 = Sangat Buruk

Untuk menentukan Skor akhir yang menyimpulkan kualitas Tidur keseluruhan:
Jumlahkan semua hasil skor mulai dari komponen 1 sampai 7

Dengan hasil ukur:

- Baik : ≤ 5
- Buruk : > 5

Lampiran 3
Lembar Bimbingan

	POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BANDUNG	
	LEMBAR BIMBINGAN TUGAS AKHIR KARYA TULIS ILMIAH	

Nama Mahasiswa : Ismi Nurhayati
 NIM : P17320117023
 Nama Pembimbing : H. Ali Hamzah, SKp,MNS
 Judul KTI : Gambaran Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisa

NO	Hari/Tgl	Topik Bimbingan	Rekomendasi	TTD Mahasiswa	TTD Pembimbing
1	13 April 2020	Bab 1	Tambahkan 1 paragraf lagi yang menjelaskan 1-2 hasil penelitian terkait kualitas tidur dengan PSQI		
		Bab 3	Cantumkan sumber jurnal yang di dapat Perbaiki kualitas data mampukah menjawab tujuan penelitian Tambahkan dan perjelas sintesa data		
		Bab 4	Cari hasil penelitian yang mendekati karakteristik sampelnya sama dengan penelitian anda Tambahkan hasil penelitian dan urutkan dengan sistematis Tambahkan hasil pembahasan		
2	21 April 2020	Bab 1	Acc		
		Bab III	Acc dengan perbaikan		
		Bab IV	Acc dengan perbaikan--> perbaiki		

			kalimat dan alinea nya		
3	28 April 2020	Bab III	Acc dengan ada tambahan 1 paragraf pada sub judul 3.1	Stk.	f
		Bab IV	Acc		
		Bab V	Perbaiki total--> kesimpulan di buat kalimat tegas untuk menjawab tujuan umum maupun tujuan khusus pada Bab I Saran yang dituliskan sudah hampir benar, tetapi mohon lebih dispesifikan sesuai dengan temuan/hasil penelitian dan jawaban kesimpulan dari tujuan, harus relevan dengan bab atau sub bab sebelumnya.		
		Bab I	Perbaiki atau sesuaikan tujuan khusus		
4	4 Mei 2020	Bab I	Acc	Stk.	f
		Bab 5	Bahasa nya harus tegas dan jelas sebaiknya tidak berbentuk alinea/paragraf tapi dipoint-point saja. Perjelas saran ditujukan untuk siapa? Isi saran harus sesuai dengan kesimpulan dan pembahasan.		

5	5 Mei 2020	Bab 5	Acc	<i>Stk.</i>	f
6	7 Mei 2020	Abstrak	Tambahkan/lengkapi pada metode dan rekomendasi	<i>Stk.</i>	f
		Motto dan persembahan	Sebaiknya tidak terlalu banyak, maksimal 1 halaman		
		Daftar pustaka	Cek dan pastikan bahwa semua yang ditulis pada Daftar Pustaka ini ada dan dipakai sebagai rujukan dalam KTI		

Lampiran 4

Seminar dan Workshop Nasional Keperawatan “Implikasi Perawatan Paliatif pada Bidang Kesehatan”

FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUALITAS TIDUR PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK DENGAN TERAPI HEMODIALISA

¹Windy Astuti Cahya Ningrum, Imardiani, Saidatur Rahma

²STIKes Muhammadiyah Palembang

*Email: indyak84@gmail.com

Abstrak

Kualitas tidur yang buruk pada pasien hemodialisa dapat berdampak pada perubahan faktor psikologis, sistem endokrin, sistem pernafasan, dan sistem kardiovaskular dan juga dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur pada klien yang menjalani terapi hemodialisa. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain *survei analitik* melalui pendekatan *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling* dengan jumlah sampel 52 responden yang dilakukan pada bulan April 2017 dengan menggunakan kuesioner *Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)* dan *The pittsburgh sleep quality index (PSQI)*. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki kualitas tidur (53,8%) responden. Hasil analisis uji *chi square* faktor psikologi (kecemasan) didapatkan nilai *p value* 0,006 ($\leq 0,005$). Sedangkan, untuk kualitas tidur terhadap faktor demografi, faktor gaya hidup, faktor biologis, dan faktor dialisis didapatkan nilai *p value* $>0,05$. Simpulan penelitian ini adalah faktor psikologis:kecemasan berhubungan dengan kualitas tidur pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

Kata Kunci: Gagal Ginjal Kronik, Hemodialisa, Kualitas Tidur.

PENDAHULUAN

Seseorang dengan masalah gagal ginjal kronik yang sudah mengalami gangguan fungsi ginjal biasanya harus menjalani terapi pengganti ginjal atau hemodialisa. Hemodialisa merupakan terapi jangka panjang yang biasa dilakukan pada penderita gagal ginjal kronis. Hemodialisis berperan sebagai penyaring untuk membuang toksin yang ada dalam darah. Namun demikian, terapi hemodialisa tidak dapat menyembuhkan gangguan ginjal pada pasien. Oleh karena itu, pada pasien dengan gagal ginjal kronik masih sering terjadi komplikasi yaitu hipotensi, nyeri dada, gangguan keseimbangan dialisis, kram otot, mual muntah, dan gangguan tidur (Terry & Weaver, 2011).

Menurut Sabry, *et al* (2010) gangguan tidur dialami oleh 50-80% pasien yang menjalani terapi hemodialisa. Berdasarkan penjelasan tersebut terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan pola tidur/insomnia seperti faktor demografi (usia, jenis kelamin, pekerjaan, tingkat pendidikan, status perkawinan, suku/ras, spiritual), faktor gaya hidup (kebiasaan merokok, konsumsi kopi), faktor psikologis (kecemasan), faktor biologis (penyakit penyebab gagal ginjal kronik, anemia), faktor lingkungan (kenyamanan, lingkungan fisik/nyeri), dan faktor terapi dialisis (shift hemodialisa, lamanya waktu hemodialisa) (Rosdiana, 2010; Tarwoto & Wartona, 2015).

Gangguan tidur sering terjadi pada pasien gagal ginjal kronik bahkan dapat berlangsung lama, hal ini dapat mempengaruhi kualitas tidur pasien gagal ginjal kronik baik dari segi tercapainya jumlah atau lamanya tidur yang berdampak pada aktivitas keseharian individu. Gangguan tidur pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa selain menyebabkan kualitas tidur yang buruk masalah tidur juga memberikan dampak negatif pada fisik dan mental serta dapat mengarah pada penurunan penampilan pasien seperti disfungsi kognitif dan memori, mudah marah, penurunan kewaspadaan serta konsentrasi. Kualitas tidur merupakan kepuasan seseorang terhadap

Seminar dan Workshop Nasional Keperawatan "Implikasi Perawatan Paliatif pada Bidang Kesehatan"

tidur yang dapat ditentukan oleh seseorang yang mempersiapkan pada malam hari seperti kemampuan untuk tetap tidur, kemudahan untuk tetap tidur tanpa bantuan medis (Safruddin, 2016). Kualitas tidur meliputi beberapa aspek kebiasaan seseorang, termasuk kuantitas tidur, latensi tidur, efisiensi tidur, dan gangguan tidur. Penurunan kualitas tidur berhubungan dengan perasaan cemas, depresi marah, kelelahan, kebingungan dan mengantuk di siang hari. Sedangkan kualitas tidur yang baik dapat memberikan perasaan yang tenang di pagi hari, perasaan energik, dan tidak mengeluh gangguan tidur. Gangguan tidur juga berkaitan dengan peningkatan mortalitas dan peningkatan resiko untuk terkena berbagai penyakit kronis termasuk depresi, hipertensi, stroke, diabetes, penyakit jantung serta obesitas. (Chang, 2011; Firoz, 2015; Rakhmawati, 2016; Safruddin, 2016; Varisella, 2016).

Gangguan tidur pada pasien hemodialisa dapat mengakibatkan insomnia jangka panjang, penurunan kualitas hidup dan kualitas tidur yang buruk. Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa mengalami gangguan tidur dapat mempengaruhi tubuh baik fisiologis, psikologis, fisik, sosial, dan kematian. Gangguan tidur juga dapat menyebabkan efek pada sistem endokrin, kardiovaskular, imun, dan sistem saraf (Chang, 2011; Firoz, 2015; Sari, 2016). Penelitian ini dibuat bertujuan untuk melihat faktor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kualitas tidur pasien dengan gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian survey analitik dengan pendekatan cross sectional. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa. Pengambilan sampel dilakukan menggunakan teknik *non probability sampling* dengan menggunakan metode *total sampling* dan didapatkan sampel berjumlah 55 responden, namun 3 orang responden tidak dapat diikutsertakan dalam penelitian dengan alasan tidak hadir, tidak mampu dan menolak menjadi responden. Penelitian ini dilakukan selama satu minggu di Rumah Sakit PUSRI Palembang pada bulan April 2017.

Penelitian ini dilakukan dengan memberikan kuesioner kepada peserta dengan pendampingan dalam pengisian kuesioner yang bertujuan untuk mengklarifikasi pernyataan yang kurang jelas. Kuesioner yang diberikan pada responden yaitu Kuesioner faktor demografi, faktor gaya hidup, faktor biologis, faktor dialisis yang terdiri dari: usia, jenis kelamin, pekerjaan, kebiasaan merokok, kebiasaan konsumsi kopi, penyakit penyebab gagal ginjal kronik, shift hemodialisa, lamanya waktu hemodialisa. Kuesioner faktor psikologis yang berupa kecemasan dengan menggunakan kuesioner TMAS (*Taylor Manifest Anxiety Scale*) dan kuesioner gangguan tidur dengan menggunakan kuesioner PSQI (*Pittsburgh sleep quality index*).

HASIL PENELITIAN

Tabel 1 dibawah menunjukkan bahwa faktor demografi antara lain usia ≤ 55 tahun, berjenis kelamin laki-laki dan tidak bekerja memiliki kualitas tidur baik dengan nilai *p value* secara berurutan yaitu 0,592; 0,878; 1,000. Pada faktor gaya hidup sebagian besar responden tidak merokok dan tidak mengkonsumsi kopi (*p value*=0,200). Selain itu, faktor psikologis yang dilihat dari tingkat kecemasan sebagian besar responden memiliki kecemasan ringan dengan *p value*=0,006. Responden dengan riwayat penyakit GJK akibat hipertensi memiliki kualitas tidur baik dengan *p value*=0,25. Faktor dialisis seperti jadwal shift HD dimana sebagian besar responden melakukan HD pada pagi hari dengan *p value*=0,427 dengan nilai OR=1,82 dan lama HD ≤ 1 tahun memiliki kualitas tidur baik dengan *p value*=0,748.

Tabel 1
Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Tidur Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa di RS PUSRI Palembang (n=52)

Faktor-Faktor Berhubungan Dengan Kualitas Tidur Pasien Gagal Ginjal Kronik	Kualitas Tidur				Total		p value	OR 95% CI	
	Baik		Buruk		n	%		Lower	Upper
	n	%	n	%					
Faktor Demografi									
Usia									
≤ 55 tahun	16	59	11	41	27	100	0,592	1,57	
> 55 tahun	12	48	13	52	25	100		0,52	4,72
Total	28	54	24	46	52	100			
Jenis Kelamin									
Laki-laki	18	56	14	44	32	100	0,878	1,28	
Perempuan	10	50	10	50	20	100		0,41	3,94
Total	28	54	24	46	52	100			
Pekerjaan									
Bekerja	7	54	6	46	13	100	1,000	1,00	
Tidak Bekerja	21	54	18	46	39	100		0,28	3,52
Total	28	54	24	46	52	100			
Faktor Gaya Hidup									
Merokok									
Tidak	28	54	24	46	52	100	-	-	
Iya	-	-	-	-	-	-			
Total	28	54	24	46	52	100			
Konsumsi Kopi									
Tidak	21	62	13	38	34	100	0,200	2,53	
Ya	7	39	11	61	18	100		0,78	8,20
Total	28	54	24	46	52	100			
Faktor Psikologi									

Seminar dan Workshop Nasional Keperawatan “Implikasi Perawatan Paliatif pada Bidang Kesehatan”

Kecemasan									
Ringan	20	74	7	26	27	10	0,006	6,07	
						0			
Berat	8	32	17	68	25	10		1,82	20,21
						0			
Total	28	54	24	46	52	10			
						0			
Faktor Biologis									
Penyakit Penyebab GGK									
Diabetes	11	48	12	52	23	10	0,258	-	
						0			
Hipertensi	16	64	9	36	25	10			
						0			
Lainnya	1	25	3	75	4	10		-	-
						0			
Total	28	54	24	46	52	10			
						0			
Faktor Dialisis									
Shift HD									
Pagi	17	61	11	39	28	10	0,427	1,82	
						0			
Siang	11	46	13	54	24	10		0,60	5,51
						0			
Total	28	54	24	46	52	10			
						0			
Lama HD									
Baru	14	58	10	42	24	10	0,748	1,40	
						0			
Lama	14	50	14	50	28	10		0,46	4,20
						0			
Total	28	54	24	46	52	10			
						0			

PEMBAHASAN

Kualitas tidur merupakan kemampuan individu untuk mempertahankan tidurnya dan mendapatkan tidur yang cukup untuk tidur REM dan NREM. Kualitas tidur merupakan suatu keadaan tidur yang dialami seorang individu untuk mendapatkan kesegaran dan kebugaran saat terbangun. Kualitas tidur mencakup aspek kuantitatif dari tidur, seperti durasi tidur, latensi tidur, frekuensi terbangun serta aspek subjektif dari tidur seperti kedalaman dan kepulasan tidur. Kualitas tidur yang buruk sering dikaitkan dengan kesehatan yang buruk (Tarwoto & Wartonah, 2015).

Gangguan tidur dapat menyebabkan efek pada sistem endokrin, imun, sistem saraf dan kardiovaskular salah satunya hipertensi. Hipertensi juga dapat menyebabkan beberapa komplikasi yaitu stroke, infark miokardium, ensefalopati, dan gagal ginjal. Tekanan darah tinggi dapat

Seminar dan Workshop Nasional Keperawatan “Implikasi Perawatan Paliatif pada Bidang Kesehatan”

menyebabkan tekanan pembuluh darah dalam ginjal sehingga pembuluh darah rusak serta terjadinya penurunan fungsi ginjal. Hipertensi dapat menyebabkan nefrosklerosis maligna yaitu kelainan ginjal yang ditandai dengan naiknya tekanan darah sehingga terganggunya fungsi ginjal (Ardiansyah, 2012; Naga, 2012; Rosdiana 2010).

Kualitas tidur yang baik ditentukan oleh bagaimana seseorang mempersiapkan pola tidurnya pada malam hari seperti kedalaman tidur, kemampuan untuk tetap tidur, dan kemudahan untuk tertidur tanpa bantuan medis. Tidur yang berkualitas merupakan kebutuhan dasar manusia, selama tidur di dalam tubuh terjadi berbagai aktivitas yang akan berpengaruh terhadap kesehatan fisik dan mental. Responden pada penelitian ini sebagian besar memiliki kualitas tidur baik, hal ini disebabkan karena mereka merasa tidak ada kegiatan yang lain lagi dan tidak merasa khawatir dengan keadaan sakit yang dialami serta telah merasa terbiasa dengan sakit yang diderita.

Penelitian ini menunjukkan bahwa faktor demografi, faktor gaya hidup, faktor biologis dan faktor dialisis tidak berhubungan dengan kualitas tidur dengan $p\text{ value} > 0,05$. Faktor demografi terdiri dari usia, jenis kelamin dan pekerjaan. Usia dapat meningkatkan dan menurunkan kerentanan terhadap penyakit tertentu, usia merupakan salah satu faktor resiko terjadinya gagal ginjal kronik seiring dengan berjalannya waktu, fungsi ginjal akan menurun sehingga ginjal tidak mampu melakukan tugasnya. Perubahan dan stress pada usia lanjut dapat disebabkan karena kecemasan, depresi atau penyakit fisik yang dapat mempengaruhi kualitas tidur pasien. Jumlah tidur berubah seiring bertambahnya usia, terdapat penurunan terhadap tahapan tidur pada usia lanjut, namun sebagian seseorang dengan usia lanjut dapat beradaptasi terhadap perubahan fisiologis dan psikologis dalam mempertahankan kualitas tidur (Indonesiannursing, 2008; Tarwoto & wartonah, 2015).

Jenis kelamin merupakan faktor biologis yang membedakan antara laki-laki dan perempuan, jenis kelamin juga membedakan kualitas tidur antar keduanya. Dalam beberapa penelitian juga disebutkan bahwa gangguan pola tidur pada laki-laki lebih cepat dibandingkan dengan perempuan. Penyakit pada dasarnya dapat menyerang manusia baik laki-laki maupun perempuan, tetapi ada beberapa penyakit terdapat perbedaan frekuensi antara laki-laki dan perempuan. Tidak ada penelitian yang menyatakan bahwa jenis kelamin menjadi patokan penyebab seseorang mengalami gagal ginjal kronik (Rosdiana, 2010).

Pekerjaan merupakan suatu kegiatan atau aktivitas seseorang untuk memperoleh penghasilan yaitu gaji atau upah baik berupa uang maupun barang demi memenuhi kebutuhan hidupnya. Penghasilan yang rendah akan berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan maupun pencegahan. Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin karena tidak mempunyai penghasilan yang cukup untuk membeli obat atau membayar transportasi. Berbagai jenis pekerjaan juga berpengaruh terhadap frekuensi dan distribusi penyakit. Kelelahan akibat aktivitas juga dapat mempengaruhi stress yang menyebabkan sulit tidur (Damaiyanti, 2016; Notoatmodjo, 2010; Rosdiana, 2010).

Faktor gaya hidup terdiri dari riwayat merokok dan kebiasaan mengkonsumsi kopi. Kebiasaan merokok berhubungan dengan kualitas tidur yang kurang karena nikotin yang terkandung dalam rokok bekerja sebagai stimulan membuat penghisapnya tetap waspada dan terjaga yang mengakibatkan seseorang mengalami gangguan tidur atau insomnia. Secara teori nikotin akan hilang dari otak dalam waktu 30 menit, tetapi reseptor otak seakan menginginkan nikotin lagi sehingga dapat mengganggu proses tidur. Selain lebih sulit tidur seseorang juga akan terbangun pada malam hari karena keinginan kuat untuk merokok lagi dan akan sulit untuk memulai tidur lagi (Rosdiana, 2010).

Kebiasaan mengkonsumsi kopi membuat seseorang mengalami gangguan tidur atau insomnia karena kafein dalam kopi berpengaruh dalam meningkatkan energi, waspada, dan menurunkan tingkat rasa kantuk. Kafein merupakan jenis obat stimulan yang bekerja sebagai *adenosis receptor antagonist* adenosin merupakan senyawa dalam tubuh yang dapat membuat mengantuk. Kafein menghambat kerja adenosin yang membuat seseorang terhindar dari rasa kantuk (Rosdiana, 2010).

Faktor biologis pada penelitian ini adalah penyebab penyakit gagal ginjal kronik. Diabetes dan hipertensi merupakan penyebab tersering terjadinya gagal ginjal kronik pada responden. Diabetes merupakan naiknya kadar glukosa dalam darah yang di produksi oleh hati dan dikendalikan kadar darah. Diabetes dapat menurunkan kemampuan tubuh dalam bereaksi terhadap insulin atau bisa menghentikan sama sekali produksi insulin yang dapat menyebabkan komplikasi seperti diabetes ketoasidosis, dan hiperglikemia jangka panjang yang menimbulkan komplikasi. Hipertensi merupakan tekanan darah tinggi yang bersifat abnormal. Hipertensi juga dapat menyebabkan beberapa komplikasi yaitu stroke, infark miokardium, ensefalopati, dan gagal ginjal. Setiap penyakit yang menyebabkan nyeri dan ketidaknyamanan fisik dapat mempengaruhi masalah tidur. Penyakit dapat memaksa seseorang untuk tidur dalam posisi yang tidak biasa yang dapat mengganggu tidur (Ardiansyah, 2012; Naga, 2012; Rosdiana 2010).

Faktor dialisis terdiri dari shift dilakukan hemodialisa dan lama hemodialisa. Lamanya menjalani terapi hemodialisa dapat menyebabkan terjadinya gangguan pola tidur pada pasien gagal ginjal kronik, hal ini terjadi karena progresifnya gejala dan penyakit yang menjalani terapi atau komplikasi yang disebabkan oleh terapi hemodialisa jangka panjang atau gangguan tidur lainnya seperti terjadinya peningkatan hormon paratiroid, osteodistrofi renal, gangguan nafas saat tidur dan kantuk di siang hari yang berlebihan (Al-Jahdali, *et al.*, 2010; Rosdiana, 2010; Sari, 2016).

Hasil analisa hubungan kecemasan dengan kualitas tidur baik lebih banyak pada responden dengan kecemasan ringan sebanyak (74,1%) dengan $p\text{ value}=0,006$ ($p\text{ value}\leq 0,05$). Sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara kecemasan terhadap kualitas tidur. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rosdiana (2010) dengan hasil penelitian ada hubungan antara kecemasan dengan insomnia pada pasien yang menjalani hemodialisa dengan hasil $p\text{ value}$ 0,038 ($p\text{ value}\leq 0,05$). Cemas merupakan kekhawatiran yang tidak pasti berkaitan dengan perasaan yang tidak jelas dan tidak berdaya. Penyakit ginjal kronis salah satu penyakit yang dapat menyebabkan penderitanya merasa cemas dan depresi baik itu karena penyakitnya maupun terapi yang dijalannya, hal ini kemungkinan disebabkan karena pasien sering mengalami gangguan tidur. Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa sering berpikiran bahwa agar dapat bertahan hidup harus bergantung pada mesin dialisis dan juga dapat menimbulkan pemikiran bahwa nyawanya akan terancam dan harapan hidup jadi berkurang, khawatir bahwa usia tidak akan lama lagi serta permasalahan dapat menimbulkan konflik dengan keluarga serta masalah fisik yang menyebabkan kelelahan sehingga mempengaruhi aktivitas sehari-hari, menimbulkan perasaan khawatir yang dapat berpengaruh pada kualitas tidur. Oleh karena itu pasien hemodialisa yang merasa cemas berat lebih sering mengalami gangguan tidur (Rosdiana, 2010; Wulan & Hastuti, 2011).

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa faktor psikologi (tingkat kecemasan) mempengaruhi kualitas tidur pasien GGK hal ini disebabkan karena pasien GGK umumnya telah berasumsi bahwa mereka menderita penyakit kronis yang hanya bisa diselamatkan dengan terapi dialisis dan tingkat kecemasan semakin tinggi ketika mereka memikirkan bahwa kesembuhannya hanya tergantung ada mesin hemodialisa. Disarankan pada instansi Rumah Sakit diharapkan dapat

lebih menerapkan intervensi nonfarmakologi dalam asuhan keperawatan pasien GGK seperti terapi *mind-body spirit* untuk mengatasi faktor psikologi (kecemasan) sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur pada pasien GGK khususnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Jahdali, H.H., Khogeer, H.A., Al-Qadhi, W.A., Baharoon, Salim., Tarnim, Hani., Al-Hejaili, F.F., Al-Gharndi, S.M., & Al-Sayyari, A.A. (2010). Insomnia in chronic renal patients on dialysis in Saudi Arabia. Pebruari 21, 2017. *Journal Of Circadian Rhythms*. 8:7 doi:10.1186/1740-3391-8-7.
- Ardiansyah, M. (2012). *Medikal bedah*. Yogyakarta : DIVA press.
- Chang, S.Y., & Yang, T.C. (2011). Sleep quality and associated factors in hemodialysis patients. *Acta Nephrologica* ; 25(3): 97-104.
- Damaiyanti, Novita. (2016). *Karakteristik dan dukungan keluarga dengan kepatuhan klien menjalani hemodialisa di rumah sakit PUSRI Palembang*. Skripsi. Palembang: Sikes Muhammadiyah Palembang.
- Firoz, N.M., Shafipour, Vida., Jafari, Hedayat., Hosseini, S.H., & Charati, J.Y. (2015). Evaluation of subjective sleep quality in hemodialysis patients and its associations with hemodialysis timing. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*; 2(4): 43-50.
- Indonesian nursing. (2008). *Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan perawatan hemodialisis*. Januari 26, 2017. <http://indonesiannursing.com/> Insan, A.N.M., & Kurniawaty, Evi. (2016).
- Naga, S.S. (2012). *Buku panduan lengkap ilmu penyakit dalam*. Yogyakarta : DIVA Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Rakhmawati, L.N. (2016). *Hubungan kualitas tidur dengan kualitas hidup pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD Wates*. Pebruari 21, 2017. Yogyakarta. Universitas Gajah Mada. <http://etd.repository.ugm.ac.id/>
- Rosdiana, Ida. (2010). *Analisis faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RSUD kota Tasikmalaya dan Garut*. Tesis. Januari 18, 2017. Depok. Universitas Indonesia. *Journal Of Exercise and Sport Psychology*. <http://lib.ui.ac.id/>
- Sabry, A.A., Abo-Zenah, A., Wafa, Ehab., Mahmud, Khaled., El-Dahshan K., Hassan, Ahmed., Abbas, T.M., Saleh, A.E.M., & Okasha, Kamal. (2010). Sleep disorders in hemodialysis patients. Pebruari 21, 2017. Saudi J Kidney. *Saudi Journal Of Kidney Disease and Transplantation*. <http://www.sjkd.org/>
- Safuruddin. (2016). *Pengaruh latihan relaksasi otot progresif terhadap kualitas tidur klien gagal ginjal yang menjalani hemodialisa*. Maret 13, 2017. Universitas Muslim Indonesia. <https://jurnalstikesnh.files.wordpress.com/>
- Sari, A.P. (2016). *Hubungan lama hemodialisa dengan insomnia pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RST. Dr. Asmir Salatiga*. Januari 17, 2017. Stikes Ngudi Waluyo Ungaran. <http://perpusnwu.web.id/>
- Tarwoto, & Wartonah. (2015). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan Edisi 9*. Jakarta : Salemba Medika.
- Terry, C.L., & Weaver, A. (2013). *Keperawatan Kritis*. Yogyakarta : Rapha Publishing
- Varisella, Santi. (2016). *Pengaruh terapi relaksasi massage terhadap skor insomnia pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisis di RS. PKU Muhammadiyah I Yogyakarta*. Maret 11, 2017. Yogyakarta. Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta. <http://opac.unisayogya.ac.id/>
- Wulan, K., & Hastuti. (2011). *Pengantar etika keperawatan*. Jakarta : Prestasi Pustaka.

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KUALITAS TIDUR
PADA PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK YANG MENJALANI
HEMODIALISIS DI RUMAH SAKIT TARAKAN JAKARTA**

Enggus Subarman Pius¹, Santi Herlina²

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta
Jalan Limo Raya Kelurahan Limo Kecamatan Limo Kota Depok Kode Pos 16515

Korespondensi : Santi Herlina, Keilmuan Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Pembangunan Nasional "Veteran" Jakarta, Telp. 021-7532884, Fax 021-7546772
Email : santiherlina@upnvj.ac.id

ABSTRACT

Sleep is an activity that involves the arrangement of the central nervous, endocrine, cardiovascular peripheral nervous, respiratory and Musculoskeletal, sleep disorders often occur in patients with end-stage renal failure. Problems with sleep disorders experienced by about 50-80% of patients who undergo the therapy Hemodialysis. The average patient undergoing chronic renal failure Hemodialysis having problems on the quality of sleep. With increasing numbers semakin kejdian renal failure it will be growing patients undergoing therapy Hemodialysis. From the results of a survey conducted by researchers at the hospital tarakan terdapa chronic renal failure patient 90 undergoing Hemodialysis, this number is calculated from December 2013-February 2014. Researchers want to know the relationship of companion ailments, psychological stress, environment and kelelahan with the quality of sleep in patients with chronic renal failure undergoing Hemodialysis in Jakarta Tarakan hospital Hemodialysis. Methods used is descriptive with sample 40 respondents taking with total sampling techniques and observation guided by kuessioner as instruments. A research done in earn comorbidities such 79,3 %, psychological stress 92,3 %, environment 91,7 %, and fatigue 100 %. Disease penuerta, psychological stress, environment and fatigue very influential on quality sleep patient kidney failure chronicle underwent Hemodialysis. The high influence of companion ailments, psychological stress, the environment, and the fatigue of sleep quality chronic renal failure patients undergoing Hemodialysis, hence the need for a serious handling of the health care personnel to be able to minimize the faktor that can affect the quality of sleep is chronic renal failure patients undergoing Hemodialysis at Jakarta Tarakan hospital

Keywords : Quality of sleep, chronic renal failure, Hemodialysis

PENDAHULUAN

Gagal ginjal merupakan penyakit sistemik dan merupakan jalur akhir yang umum dari berbagai penyakit traktus urinarius dan ginjal. Setiap tahun 50.000 orang Amerika Serikat meninggal akibat gagal ginjal. Penyakit Ginjal Kronik (PGK) kini telah menjadi masalah kesehatan serius di dunia. Menurut WHO (2002) dan *Burden of Disease*, penyakit ginjal dan saluran kemih telah menyebabkan kematian sebesar 850.000 orang setiap tahunnya. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit ini menduduki peringkat ke-12 tertinggi angka kematian.

Di Amerika Serikat, data tahun 1995-1999 menyatakan insidensi penyakit ginjal kronik diperkirakan 100 kasus per juta penduduk per tahun, dan angka ini meningkat sekitar 8% setiap tahunnya (Suwitra, 2006). Prevalensi penyakit ginjal kronik atau disebut juga *Chronic Kidney Disease* (CKD) meningkat setiap tahunnya. Dalam kurun waktu 1999 hingga 2004, terdapat 16,8 % dari populasi penduduk usia di atas 20 tahun mengalami Penyakit Ginjal Kronik. Persentase ini meningkat bila dibandingkan data 6 tahun sebelumnya, yaitu 14,5% (CDC, 2007). Di Indonesia peningkatan penderita penyakit ini mencapai angka 20%. Pusat data dan informasi Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PDPERSI) menyatakan jumlah penderita gagal ginjal kronik diperkirakan sekitar 50 orang per satu juta penduduk. Berdasarkan data dari Indonesia Renal Registry, suatu kegiatan registrasi dari perhimpunan nefrologi Indonesia, pada tahun 2008 jumlah pasien Hemodialisis (cuci darah) mencapai 2260 orang dari 2146 orang pada tahun 2007 (Roderick, 2008).

Hemodialisis adalah proses pembersihan darah oleh akumulasi sampah buangan. Hemodialisis (HD) digunakan bagi pasien dengan tahap akhir gagal ginjal atau pasien berpenyakit akut yang membutuhkan dialysis waktu singkat (Nursalam, 2006). Hemodialisis merupakan suatu proses yang digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi dialysis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium akhir atau *end stage renal disease* (ESRD) yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen.

Masalah gangguan tidur dialami sekitar 50-80% pasien yang menjalani terapi Hemodialisis (Lubis, 2006). Terjadinya perubahan dan gangguan pada fungsi tubuh pasien Hemodialisis, menyebabkan pasien harus melakukan penyesuaian diri secara terus menerus selama sisa hidupnya. Kualitas tidur yang buruk dialami rata-rata 86,6 % dalam setiap kelompok Hemodialisis (HD) dan pasien peritoneal dialisis (PD) (Masoumi, 2013). Penelitian yang dilakukan di antara 69 pasien yang menjalani HD selama lebih dari 3 bulan, prevalence depresi (47,8%), insomnia (60,9 %), peningkatan risiko sleep apnea (24,6 %), (Rustagi, 2011). Carole (2013) gangguan tidur umumnya dialami pada pasien stadium akhir penyakit ginjal. Kualitas tidur adalah mencakup aspek kuantitatif tidur seperti durasi tidur, latensi tidur dan aspek subyektif, seperti tidur nyenyak dan beristirahat (Wahyu, 2012). Lebourgeois et al (2005) kualitas tidur yang baik ditandai dengan mudahnya seseorang memulai tidur saat jam tidur, mempertahankan tidur, menginisiasi untuk tidur kembali setelah terbangun di malam hari, dan peralihan dari tidur ke bangun di pagi hari dengan mudah.

TINJAUAN PUSTAKA

1. Pengertian

Gagal ginjal kronik merupakan penyakit ginjal tahap akhir, progresif dan irreversible dimana kemampuan tubuh gagal untuk mempertahankan metabolisme dan keseimbangan cairan dan elektrolit sehingga terjadi uremia (Kartika, 2013). Sedangkan menurut Suharyanto, 2009, gagal ginjal konik terjadi ketika ginjal tidak mampu mengangkut sampah metabolik tubuh atau melakukan fungsi regulernya.

Gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 3 (tiga) stadium, yaitu:

- a. Stadium I, dinamakan penurunan cadangan ginjal.
- b. Stadium II, dinamakan insufisiensi ginjal.
- c. Stadium III, dinamakan gagal ginjal stadium akhir atau uremia.

2. Penatalaksanaan Gagal Ginjal Kronik

Pengobatan gagal ginjal kronik dapat dibagi menjadi 2 (dua) tahap, yaitu tindakan konservatif dan dialisis atau transplantasi ginjal.

a. Tindakan konservatif

Tujuan pengobatan pada tahap ini adalah untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif.

Pengobatan:

1. Pengaturan diet protein, kalium, natrium dan cairan
 - a) Pembatasan protein
 - b) Diet rendah kalium
 - c) Diet rendah natrium
 - d) Pengaturan cairan
2. Pencegahan dan pengobatan komplikasi
 - a) Hipertensi
 - b) Hiperkalemia
 - c) Anemia
 - d) Asidosis
 - e) Diet rendah fosfat
 - f) Pengobatan hiperurisemia

b. Dialisa dan transplantasi

Pengobatan gagal ginjal stadium akhir adalah dengan dialisis dan transplantasi ginjal. Dialisis dapat digunakan untuk mempertahankan penderita dalam keadaan klinis yang optimal sampai tersedia donor ginjal.

Dialisis dilakukan apabila kadar kreatinin serum biasanya diatas 6 mg/100 ml pada laki-laki atau 4 ml/100 ml pada wanita, dan GFR kurang dari 4 ml/menit.

Konsep Hemodialisis

Hemodialisis adalah proses pembersihan darah oleh akumulasi sampah buangan. Hemodialisis digunakan bagi pasien dengan tahap akhir gagal ginjal atau pasien berpenyakit akut yang membutuhkan dialisis waktu singkat (Nursalam, 2006). Menurut Suharyanto, 2009, dialisa merupakan suatu proses yang digunakan untuk mengeluarkan cairan dan produk limbah dari dalam tubuh ketika ginjal tidak mampu melaksanakan proses tersebut. Doengoes, 1993 dialisa adalah proses yang menggantikan secara fungsional pada gangguan fungsi ginjal dengan membuang kelebihan cairan dan akumulasi toksin endogen atau eksogen.

Konsep Istirahat dan Tidur

Istirahat adalah suatu keadaan dimana kegiatan jasmaniah menurun yang berakibat badan menjadi lebih segar (Wartonah, 2006). Tidur adalah suatu keadaan relatif tanpa sadar

yang penuh ketenangan tanpa kegiatan yang merupakan urutan siklus yang berulang-ulang dan masing-masing menyatakan fase kegiatan otak dan badaniah yang berbeda (Tarwoto, Wartonah, 2006). Potter & Perry, 2005 tidur merupakan keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu. Tidur merupakan aktivitas yang melibatkan susunan saraf pusat, saraf perifer, endokrin kardiovaskuler, respirasi dan muskuloskeletal (Robinson, 1993, dalam Potter, 2005). Tiap kejadian tersebut dapat diidentifikasi atau dapat direkam dengan electroencephalogram (EEG) untuk aktivitas listrik otak, pengukuran tonus otot dengan menggunakan eletromiogram (EMG) atau electrooculogram (EOG) untuk mengukur pergerakan mata.

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tidur

- a. Penyakit fisik
- b. Obat-obatan dan substansi
- c. Gaya hidup
- d. Pola tidur yang biasa dan mengantuk yang berlebihan pada siang hari (EDS)
- e. Stres emosional
- f. Lingkungan
- g. Kelelahan

Kualitas Tidur

Kualitas tidur adalah mencakup aspek kuantitatif tidur seperti durasi tidur, latensi tidur dan aspek subyektif, seperti tidur nyenyak dan beristirahat (Wahyu, 2012). Lebourgeois et al (2005) kualitas tidur yang baik ditandai dengan mudahnya seseorang memulai tidur saat jam tidur, mempertahankan tidur, menginisiasi untuk tidur kembali setelah terbangun di malam hari, dan peralihan dari tidur ke bangun di pagi hari dengan mudah. Menurut Carole (2012), Kualitas tidur seseorang dapat ditentukan dengan menggunakan metode *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Data penelitian diperoleh dengan memberikan kuesioner yang berisi data pribadi dan pertanyaan tentang komponen kualitas tidur selama satu bulan terakhir. Terdapat tujuh komponen kualitas tidur yaitu, kualitas tidur subjektif, tidur laten, lama tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, pemakaian obat tidur, dan disfungsi siang hari (Carole, 2012).

1. Kualitas tidur subjektif
2. Latensi tidur
3. Durasi tidur
4. Efisiensi kebiasaan tidur
5. Gangguan tidur
6. Penggunaan obat
7. Disfungsi di siang hari

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi menggunakan cross sectional, yaitu suatu penelitian untuk mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor resiko dengan efek, dengancara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada suatu saat (*point time*

approach) (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan menggunakan desain penelitian cross sectional tentang hubungan kualitas tidur pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialisis. Dalam pengambilan sampel peneliti menggunakan teknik sampling jenuh, yaitu teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Hal ini dilakukan jika jumlah populasi relatif kecil kurang dari 30 orang, atau penelitian yang ingin membuat generalisasi dengan kesalahan yang sangat kecil. Istilah lain sampel jenuh adalah *sensus*, dimana semua anggota populasi dijadikan sampel (Setiadi, 2013). Maka total sampel yang diambil adalah 40 responden dari 40 populasi yang ada diruang Hemodialisis rumah sakit Tarakan Jakarta.

HASIL DAN PEMBAHASAN

**Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Responden
Di Rumah Sakit Tarakan Jakarta
Tahun 2014**

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
1. Usia		
Dewasa awal (26-35 tahun)	5	12,5
Dewasa akhir (36-45 tahun)	8	20,0
Lanjut usia awal (46-55 tahun)	13	32,5
Lanjut usia akhir (56-65 tahun)	14	35,0
2. Jenis kelamin		
Laki-laki	28	70,0
Perempuan	12	30,0
3. Penyakit penyerta		
Ada	29	72,5
Tidak ada	11	27,5
4. Stres psikologis		
Normal	4	10,0
Ringan	10	25,0
Sedang	13	32,5
Berat	13	32,5
5. Lingkungan		
Tenang	16	40,0
Tidak tenang	24	60,0
6. Kelelahan		
Ringan	6	15,0
Sedang	23	57,5
Berat	11	27,5
7. Kualitas tidur		
Baik	14	35,0
Buruk	26	65,0

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Tarakan Jakarta dari 40 responden yang diteliti dapat dilihat bahwa 5 responden (12,5%) berusia 26-35 tahun dewasa awal. 8 responden (20,0%) berusia 36-45 tahun Dewasa akhir, 13 responden (32,5%) lanjut usia awal dan sebanyak 14 responden (35,0%) berusia 46-65 tahun lanjut usia akhir. Dari 28 responden (70%)

adalah laki-laki sedangkan sebanyak 12 responden (30%) adalah perempuan. 11 responden (27,5%) ada penyakit penyerta sedangkan sebanyak 29 responden (72,5%) tidak ada penyakit penyerta. 4 responden (10%) tidak mengalami stres, 10 responden (25%) mengalami stres ringan, 13 responden (32,5%) mengalami stres sedang, sedangkan 13 responden (32,5%) mengalami stres berat. 16 responden (40%) lingkungan tenang sedangkan sebanyak 24 responden (60%) lingkungan tidak tenang.

Berdasarkan tabel di atas dari 40 responden yang diteliti dapat dilihat bahwa 6 responden (15%) memiliki tingkat kelelahan ringan, sebanyak 23 responden (57,5%) memiliki tingkat kelelahan sedang, sedangkan sebanyak 11 responden (27,5%) memiliki tingkat kelelahan berat. 14 responden (35%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan sebanyak 26 responden (65%) memiliki kualitas tidur buruk.

A. Analisa Bivariat

1. Hubungan Karakteristik Responden Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa

Tabel 5.2 Analisis Kualitas Tidur Berdasarkan Usia Di Rumah Sakit Tarakan Jakarta Tahun 2014

Usia	Kualitas Tidur		Total	P Value	OR (95% CI)
	Baik	Tidak Baik			
	n %	n %			
Dewasa awal	3	2	5	0,405	4,500 0,408-49,627
	60,0%	40,0%	100%		
Dewasa akhir	2	6	8		
	25,0%	75,0%	100%		
Lanjut usia awal	3	10	13	2,000 0,250-15,991	
	23,1%	76,9%	100%		
Lanjut usia akhir	6	8	14		
	42,9%	57,1%	100%		
Total	14	26	40		
	35%	65%	100%		

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Tarakan Jakarta dari 5 responden dengan usia 26-35 tahun dapat dilihat bahwa sebanyak 3 responden (60,0%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 2 responden (40,0%) memiliki kualitas tidur tidak baik. Dari 8 responden dengan usia 36-45 tahun dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden (25,0%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 6 responden (75,0%) memiliki kualitas tidur tidak baik. Dari 13 responden dengan usia 46-55 tahun dapat dilihat bahwa 3 responden (23,1%) memiliki kualitas tidur yang baik sedangkan 10 responden (76,9%) memiliki kualitas tidur yang tidak baik. Dari 14 responden dengan usia 56-65 tahun dapat dilihat bahwa sebanyak 6 responden (42,9%) memiliki kualitas tidur yang baik, sedangkan 8 responden (57,1%) memiliki kualitas tidur yang tidak baik.

Dari hasil uji statistik didapatkan nilai P Value = 0,405 berarti P Value \geq 0,05 maka H_0 gagal ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia dengan kualitas tidur pada pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Tarakan Jakarta. Dari hasil uji statistik juga diperoleh nilai OR (95% CI) untuk

usia (1) = 4,50 yang artinya responden dengan usia 36-45 tahun berisiko 4,5 kali mempunyai kualitas tidur tidak baik dibandingkan responden dengan usia 26-35 tahun. Nilai OR usia (2) = 5,00 artinya responden dengan usia 45-55 tahun berisiko 5,00 kali mempunyai kualitas tidur tidak baik dibandingkan responden dengan usia 26-35 tahun. Nilai OR usia (3) = 2,00 artinya responden dengan usia 56-65 tahun berisiko 2,00 kali mempunyai kualitas tidur tidak baik dibandingkan responden dengan usia 26-35 tahun. Nilai OR (95% CI) merupakan estimasi confidence interval (CI) OR ditetapkan pada tingkat kepercayaan 95%.

Kualitas tidur meliputi aspek kuantitatif dan kualitatif tidur, seperti lamanya tidur, waktu yang diperlukan untuk bisa tertidur, frekuensi terbangun dan aspek subjektif seperti kedalaman dan kepulasan tidur (Buysse et al., 1989 cit. Modjod, 2007). Sedangkan menurut Carole (2012) terdapat tujuh komponen kualitas tidur yaitu, kualitas tidur subjektif, tidur laten, lama tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, pemakaian obat tidur, dan disfungsi siang hari.

Persepsi mengenai kualitas tidur itu sangat bervariasi dan individual yang dapat dipengaruhi oleh waktu yang digunakan untuk tidur pada malam hari atau efisiensi tidur. Beberapa penelitian melaporkan bahwa efisiensi tidur pada usia dewasa muda adalah 80-90% (Dament et al, 1985; Hayashi & Endo, 1982 dikutip dari Carpenito, 1998).

2. Hubungan Jenis Kelamin Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa

Tabel 5.3 Analisis Kualitas Tidur Berdasarkan Jenis Kelamin Di Rumah Sakit Tarakan Jakarta Tahun 2014

Jenis Kelamin	Kualitas Tidur		Total	P Value	OR (95% CI)
	Baik	Tidak Baik			
	n %	n %			
Laki-laki	8 28,6%	20 71,4%	28 100%	0,281	0,400 0,099-1,618
Perempuan	6 50,0%	6 50,0%	12 100%		
Total	14 35%	26 65%	40 100%		

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Tarakan Jakarta dari 28 responden dengan jenis kelamin laki-laki dapat dilihat bahwa sebanyak 8 responden (28,6%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 20 responden (71,4%) memiliki kualitas tidur tidak baik. Dari 12 responden dengan jenis kelamin perempuan dapat dilihat bahwa sebanyak 6 responden (50%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 6 responden (50%) memiliki kualitas tidur tidak baik.

Dari hasil uji statistik didapatkan nilai P Value = 0,281 berarti P Value \geq 0,05 maka H_0 gagal ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara jenis kelamin dengan kualitas tidur pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa.

Dari hasil uji statistik juga didapatkan nilai OR (95 % CI) = 0,400 yang artinya laki-laki memiliki peluang kualitas tidur tidak baik/buruk 0,400 kali dibandingkan dengan perempuan. Secara teori Jenis kelamin adalah sesuatu yang digunakan untuk mengidentifikasi perbedaan laki-laki dan perempuan dari segi anatomi biologi atau merupakan identitas responden yang dapat digunakan untuk membedakan laki-laki dan perempuan. Hal ini dapat dirasakan dalam keadaan normal responden, yang berjenis kelamin perempuan lebih cepat terlihat perubahan yang dilakukannya dibandingkan dengan responden laki-laki. Namun menurut Wiwie (2002) perubahan peran dan penurunan interaksi sosial serta kehilangan pekerjaan karena penyakit ginjal yang diderita bisa menyebabkan laki-laki menjadi rentan terhadap masalah-masalah mental termasuk depresi yang menyebabkan kualitas tidurnya terganggu. Oleh karena itu setiap karakter dan sifat yang berbeda baik perempuan maupun laki-laki dalam keadaan psikologis yang terganggu harus diberi dukungan sehingga hal-hal yang berdampak buruk dapat segera diatasi atau diminimalkan permasalahan depresinya yang menyebabkan kualitas tidur terganggu, hal ini berarti antara responden perempuan dan laki-laki tidak menunjukkan adanya perbedaan dalam tingkat depresi, dan tidak terdapatnya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan tingkat kualitas tidur pasien Gagal Ginjal Kronik.

3. Hubungan Penyakit Penyerta Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa

Tabel 5.4 Analisis Kualitas Tidur Berdasarkan Penyakit Penyerta Di Rumah Sakit Tarakan Jakarta Tahun 2014

Penyakit Penyerta	Kualitas Tidur		Total	P Value	OR (95% CI)
	Baik	Tidak Baik			
	n %	n %			
Tidak Ada	8 72,7%	3 27,3%	11 100%	0,007	10,222 2,059-50,757
Ada	6 20,7%	23 79,3%	29 100%		
Total	14 35%	26 65%	40 100%		

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Tarakan Jakarta dari 11 responden yang tidak ada penyakit penyerta dapat dilihat bahwa sebanyak 8 responden (72,7%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 3 responden (27,3%) memiliki kualitas tidur tidak baik. Dari 29 responden yang memiliki penyakit penyerta dapat dilihat bahwa sebanyak 6 responden (20,7%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 23 responden (79,3%) memiliki kualitas tidur tidak baik.

Dari hasil uji statistik didapatkan nilai P Value = 0,007 berarti P Value \leq 0,05 maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penyakit penyerta dengan kualitas tidur pasien pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Tarakan Jakarta. Dari hasil uji statistik juga didapatkan nilai OR = 10,22 yang artinya responden yang mempunyai penyakit penyerta berisiko 10,22 kali mengalami kualitas tidur yang tidak baik dibandingkan responden yang tidak memiliki penyakit penyerta.

4. Hubungan Tingkat Stres Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa

Tabel 5.5 Analisis Kualitas Tidur Berdasarkan Tingkat Stres Di Rumah Sakit Tarakan Jakarta Tahun 2014

Tingkat Stres	Kualitas Tidur		Total n %	P Value	OR (95 % CI)
	Baik	Tidak Baik			
	n %	n %			
Normal	3 75,0%	1 25,0%	4 100%	0,019	2,000 0,150-26,734
Ringan	6 60,0%	4 40,0%	10 100%		6,750 0,526-86,562
Sedang	4 30,8%	9 69,2%	13 100%		36,000 1,710-757,790
Berat	1 7,7%	12 92,3%	13 100%		
Total	14 35%	26 65%	40 100%		

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Tarakan Jakarta dari 4 responden dengan tingkat stres normal dapat dilihat bahwa sebanyak 3 responden (75%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 1 responden (25%) memiliki kualitas tidur tidak baik. Dari 10 responden dengan tingkat stres ringan dapat dilihat bahwa sebanyak 6 responden (60%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 4 responden (40%) memiliki kualitas tidur tidak baik. Dari 13 responden dengan tingkat stres sedang dapat dilihat bahwa sebanyak 4 responden (30,8%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 9 responden (69,2%) memiliki kualitas tidur tidak baik. Dari 13 responden dengan tingkat stres berat dapat dilihat bahwa sebanyak 1 responden (7,7%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 12 responden (92,3%) memiliki kualitas tidur tidak baik.

Dari hasil uji statistik didapatkan nilai P Value = 0,019 berarti P Value \leq 0,05 maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat stres dengan kualitas tidur pada pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Tarakan Jakarta. Dari hasil uji statistik juga didapatkan nilai OR stres psikologis (1) = 2,00 yang artinya responden dengan stres ringan berisiko 2,00 kali mempunyai kualitas tidur yang tidak baik dibandingkan responden yang tidak mengalami stres (normal). Nilai OR stres psikologis (2) = 6,75 yang artinya responden dengan stres sedang 6,75 kali berisiko mempunyai kualitas tidur yang tidak baik dibandingkan responden yang tidak mengalami stres (normal). Nilai OR stres psikologis (3) = 36,00 yang artinya responden dengan stres berat berisiko 36,00 kali mempunyai kualitas tidur yang tidak baik dibandingkan responden yang tidak mengalami stres (normal).

Kecemasan tentang masalah pribadi atau situasi dapat mengganggu tidur. Stres emosional menyebabkan seseorang menjadi tegang dan seringkali mengarah frustrasi apabila tidak tidur (Potter, 2005). Keadaan stres yang dialami individu mempengaruhi kemampuan individu untuk tidur atau tetap tertidur. Mayoral (2006) menyatakan bahwa stres berat sangat lekat dengan jam tidur yang rendah. Selain itu, stres berat sangat berpengaruh dan berhubungan positif dengan mimpi buruk dan keluhan tidur.

Potter & Perry (2005), menyatakan bahwa stres emosional dapat menyebabkan individu merasa tegang dan putus asa. Perasaan tersebut menyebabkan individu menjadi sulit tidur, sering terbangun saat tidur atau terlalu banyak tidur. Bila stres berkepanjangan dapat menyebabkan kebiasaan tidur yang buruk.

5. Hubungan Lingkungan Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa

Tabel 5.6 Analisis Kualitas Tidur Berdasarkan Lingkungan Di Rumah Sakit Tarakan Jakarta Tahun 2014

Lingkungan	Kualitas Tidur		Total n %	P Value	OR (95 % CI)
	Baik	Tidak Baik			
	n %	n %			
Tenang	12 75,0%	4 25,0%	16 100%	0,000	33,000 5,255-207,234
Tidak Tenang	2 8,3%	22 91,7%	24 100%		
Total	14 35%	26 65%	40 100%		

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Tarakan Jakarta dari 11 responden dengan lingkungan tenang dapat dilihat bahwa sebanyak 12 responden (75%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 4 responden (25%) memiliki kualitas tidur tidak baik. Dari 24 dengan lingkungan tidak tenang dapat dilihat bahwa sebanyak 2 responden (8,3%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 22 responden (91,7%) memiliki kualitas tidur tidak baik.

Dari hasil uji statistik didapatkan nilai P Value = 0,000 berarti P Value \leq 0,05 maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara lingkungan dengan kualitas tidur pasien Gagal Ginjal Kronik di Rumah Sakit Tarakan Jakarta. Dari hasil uji statistik juga didapatkan nilai OR = 33,00 yang artinya responden dengan lingkungan tidak tenang berisiko 33,00 kali mempunyai kualitas tidur yang tidak baik dibandingkan responden dengan lingkungan yang tenang.

Suara juga mempengaruhi tidur. Tingkat suara yang diperlukan untuk membangunkan orang tergantung pada tahap tidur (Webster dan Thomson, 1986 dalam Potter, 2005). Suara yang rendah lebih sering membangunkan seorang dari tidur tahap 1, sementara suara yang keras membangunkan orang pada tahap tidur 3 atau 4.

Di rumah sakit dan fasilitas rawat inap lainnya, suara menciptakan masalah bagi klien. Suara di rumah sakit biasanya baru atau asing. Sehingga klien menjadi terbangun. Masalah ini adalah yang terbesar pada malam pertama hospitalisasi, ketika klien sering mengalami peningkatan total waktu terjaga, peningkatan terjaga, dan penurunan tidur REM dan total waktu (Agnew dkk, 1996 dalam Potter, 2005). Tingkat suara di rumah sakit dapat menjadi sangat keras. Percakapan normal mengukur sekitar 50 desibel. Hilton (1987), dalam Potter, 2005) menemukan bahwa alarm-pengontrol intravena menciptakan suara 44 sampai 80 desibel, pembilasan toilet 44 sampai 76 desibel dan penyobekan tisu 41 sampai 81 desibel. Suara

menjadi berisik pada 35 sampai 40 desibel. Suara yang disebabkan orang (misal, aktivitas keperawatan) adalah sumber tingkat suara yang meningkat. Unit perawatan intensif merupakan sumber untuk tingkat kebisingan yang tinggi. Kedekatan yang rapat dengan klien, suara dari klien yang bingung dan sakit, dan deringan sistem alarm dan telepon, dan gangguan yang disebabkan oleh kegawatdaruratan membuat lingkungan tidak menyenangkan.

6. Hubungan Kelelahan Dengan Kualitas Tidur Pada Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Hemodialisa

Tabel 5.7 Analisis Kualitas Tidur Berdasarkan Kelelahan Di Rumah Sakit Tarakan Jakarta Tahun 2014

Kelelahan	Kualitas Tidur		Total n %	P Value	OR (95 % CI)
	Baik	Tidak Baik			
	n %	n %			
Ringan	5 83,3%	1 16,7%	6 100%	0,002	7,778 0,776-77,931
Sedang	9 39,1%	14 60,9%	23 100%		
Berat	0 0,0%	11 100%	11 100%		
Total	14 35%	26 65%	40 100%		

Hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Tarakan Jakarta dari 6 responden dengan kelelahan ringan dapat dilihat bahwa sebanyak 5 responden (83,3%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 1 responden (16,7%) memiliki kualitas tidur tidak baik. Dari 23 responden dengan kelelahan sedang dapat dilihat bahwa sebanyak 9 responden (39,1%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan 14 responden (60,9%) memiliki kualitas tidur tidak baik. Dari 11 responden dengan kelelahan berat dapat dilihat bahwa sebanyak 11 responden (100%) memiliki kualitas tidur tidak baik.

Dari hasil uji statistik didapatkan nilai P Value = 0,002 berarti P Value $\leq 0,05$ maka H_0 ditolak, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara kelelahan dengan kualitas tidur pasien Gagal Ginjal Kronik di Rumah Sakit Tarakan Jakarta. Dari hasil uji statistik juga didapatkan nilai OR kelelahan (1) = 7,77 yang artinya responden dengan tingkat kelelahan sedang berisiko 7,77 kali mempunyai kualitas tidur yang tidak baik dibandingkan responden dengan tingkat kelelahan ringan. Nilai OR kelelahan (2) = 80,77 yang artinya responden dengan tingkat kelelahan berat berisiko 80,77 kali mempunyai kualitas tidur yang tidak baik dibandingkan responden dengan tingkat kelelahan ringan.

Kelelahan dapat menyebabkan gangguan tidur, dimana biasanya seseorang yang kelelahan akan merasa seolah-olah mereka bangun ketika tidur dan biasanya tidak mendapatkan tidur yang dalam (Shapiro et al, 1993).

Kelelahan pada pasien gagal ginjal kronik dapat disebabkan oleh terjadinya penurunan sel darah merah yang diakibatkan defisiensi sekresi hormon eritropoietin oleh ginjal yang merupakan hormon pengatur/ stimulasi eritropoiesis (proses pembentukan sel darah merah). Normalnya 90% hormon ini dihasilkan di sel interstitial peritubular ginjal dan 10% di hati dan tempat lain.

Terganggunya proses eritropoeisis menyebabkan penurunan kadar Hb, yang memiliki fungsi untuk mengikat oksigen.

KESIMPULAN

1. Berdasarkan hasil penelitian pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Tarakan Jakarta dapat dilihat bahwa 5 responden (12,5%) berusia 26-35 tahun dewasa awal, 8 responden (20,0%) berusia 36-45 tahun lanjut usia awal, 13 responden (32,5%) berusia 46-55 tahun lanjut usia awal dan sebanyak 14 responden (35,0%) berusia 56-65 tahun lanjut usia akhir. Sebanyak 28 responden (70%) adalah laki-laki sedangkan sebanyak 12 responden (30%) adalah perempuan. Sebanyak 11 responden (27,5%) ada penyakit penyerta sedangkan sebanyak 29 responden (72,5%) tidak ada penyakit penyerta.
2. Berdasarkan hasil penelitian pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di rumah hemodialisa Rumah Sakit Tarakan Jakarta dapat dilihat bahwa 4 responden (10%) tidak mengalami stres (normal), 10 responden (25%) mengalami stres ringan, 13 responden (32,5%) mengalami stres sedang, sedangkan 13 responden (32,5%) mengalami stres berat. Sebanyak 16 responden (40%) lingkungan tenang sedangkan sebanyak 24 responden (60%) lingkungan tidak tenang. Sebanyak 6 responden (15%) memiliki tingkat kelelahan ringan, sebanyak 23 responden (57,5%) memiliki tingkat kelelahan sedang, sedangkan sebanyak 11 responden (27,5%) memiliki tingkat kelelahan berat.
3. Berdasarkan hasil penelitian pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di Rumah Sakit Tarakan Jakarta dapat dilihat bahwa 14 responden (35%) memiliki kualitas tidur baik sedangkan sebanyak 26 responden (65%) memiliki kualitas tidur buruk.
4. Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara penyakit penyerta, tingkat stress dan kelelahan dengan kualitas tidur pasien Gagal Ginjal Kronik di Rumah Sakit Tarakan Jakarta.
5. Dari hasil uji statistik dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia dan jenis kelamin dengan kualitas tidur pasien Gagal Ginjal Kronik di Rumah Sakit Tarakan Jakarta.

SARAN

1. Bagi Pelayanan Kesehatan Bagi petugas kesehatan selain
Perlu adanya penanganan yang serius dari tenaga kesehatan yang terdapat meminimalkan faktor yang dapat berpengaruh pada kualitas tidur pasien gagal ginjal kronis yang dialami hemodialisis.
2. Bagi penelitian selanjutnya
Para praktisi diharapkan mampu meningkatkan upaya-upaya dalam memberikan program pendidikan kesehatan tentang gangguan tidur pasien gagal ginjal kronis serta modifikasi perawatan pada pasien yang mengalami gangguan tidur. Dengan keterbatasan penelitian ini maka diharapkan untuk penelitian selanjutnya melakukan penelitian dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani Hemodialisa, sampai pada pembahasan analisa multivariat.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, & Hidayat, A. A. (2008). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisa Data*. Jakarta; Salemba Medika
- Andrade, (2012). Depression In Chronic Kidney Disease and Hemodialysis Patients.<http://search.proquest.com/docview/1285239512?accountid=2570>
- Arikunto, Suharsimi. (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*, Jakarta : Rineka Cipta
- Bepha, G. (2005). Promoting quality sleep in older people: *the nursing care role*. *British journal Nursing*, Volume 14. Number 4
- Smelzer Suzane, (2002), Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, alih bahasa: Waluyo Agung., Yasmin Asih., Juli, Kuncara., I.made karya, EGC, Jakarta.
- Caple & Grose. (2011). Sleep and hospitalization. Evidence-Based Care Sheet Sleep and Hospitalization. *Cinahl Information system.ICD-9*
- Carole, (2012). evaluating sleep quality in older adults the pittsburgh sleep quality index can be used to detect sleep disturbances or deficits. *AJN, American Journal of Nursing*
- Cohen, S, Kamarck, T, & Mermelstein, R. (1983). *Jurnal Kesehatan dan Perilaku Sosia*, 24 , 385-396.
- Colten R, Harvey. (2006). Sleep Disorder and Sleep Deprivation: An Unmet Public health Problem. *Washington, DC. The National Academic Press*
- Cook, Neal. (2008). *Clinical Fokus Sleep. A Fine Balance: The Physiology of Sleep Practice Nursing*. Volume 19. Number 2
- Dharma, Kusuma K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : CV Trans Info Media.
- Dogan, O, Ertekin. (2005). Sleep quality in hospitalized Patients. *Journal of Clinical Nursing*, 14: 107-113
- Edalat et al, (2013). Depresi pada Penyakit Ginjal Kronis dan Pasien Hemodialisis *IndianJournalofNephrology:264-269*.<http://e-resources.pnri.go.id:2058/docview/1285239512?accountid=25704>
- Hanly, Patrick J, Pierratos, Andreas. (2001). Peningkatan Sleep Apnea Pada Pasien Dengan Gagal Ginjal Kronis Yang Menjalani Nokturnal Hemodialisis. <http://search.proquest.com/docview/1285239512?accountid=2570>
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Hidayati, (2012). Kualitas Tidur Lansia Balai Rehabilitasi Sosial "MANDIRI" Semarang *Khusnul Khasanah, jurnal nursing studies*, Volume 1, Nomor 1, Halaman 189 – 196 : <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jnursing>
- Marie Boltz, (2012). The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) *Hartford Institute for Nursing Geriatri, Sherry A. Greenberg , MSN ,New York University CollegeofNursing*.<http://www.sleep.pitt.edu/content.asp?id=1484&subid=2316>

- Masoumi, Afsoun Emami Naini, dkk. (2013). Kualitas Tidur Pada Pasien Hemodialisis Dan Peritoneal Dialisis; : *International Journal of Preventive Medicine* 4,2. <http://search.proquest.com/docview/1285239512?accountid=2570>
- Nursalam. (2008). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pendekatan Praktis*. Jakarta : Salemba Medika
- Pamela L. Swearingen. (2000). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta; EGC
- PiperBF; Dibble. (2011). fatigue piper scale. http://www.sparkpeople.com/myspark/team_messageboard_thread.asp?board=0x41x26596738. Natural Wellness
- Potter, Patricia A. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik*. Jakarta; EGC
- Purwati, Susi, (2012). *Tingkat stres akademik pada mahasiswa reguler angkatan 2010 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, FIK UI*
- Rai, et al. (2011). Depresi, Insomnia Dan Sleep Apnea Pada Pasien Hemodialisis Pemeliharaan. *IndiaJournalofNephrology*.<http://search.proquest.com/docview/1285239512?accountid=2570>
- Setiadi. (2013). *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan*, Edisi 2. Yogyakarta; Graha Ilmu
- Shariati, et al. (2012). Pengaruh Akupresur Pada Kualitas Tidur Pada Pasien Hemodialisis; *Complementary Therapies di Kedokteran* 20,6
- Sudoyo, et all. (2009). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi Lima*. Jakarta; InternaPublishing
- Suharyanto Abdul Madjid, Toto. (2009). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta; CV Trans Info Media
- Tarwoto, Wartonah. (2006). *Kebutuhan Dasar Manusia Dan Proses Keperawatan*. Jakarta; Salemba Medika
- WHO & Burden Of Disease. (2002). *Penyakit Ginjal Dan Saluran Kemih*
- Wijayaningsih, S, Kartika. (2013). *Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta; CV Trans Info Media.

Lampiran 6

**PERBEDAAN KUALITAS TIDUR PASIEN GAGAL GINJAL KRONIK
YANG MENJALANI TERAPI HEMODIALISA 2 KALI DAN 3 KALI DI
RUMAH SAKIT PKU MUHAMADIYAH YOGYAKARTA**

Naskah Publikasi

**Untuk Memenuhi Syarat Memperoleh Derajat
Sarjana Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta**



**IKA KHOLILA SARI
20100320028**

**PROGAM STUDY ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

2017

The Difference Of Sleep Quality In Patients With Chronic Renal Failure Undergoing Hemodialysis 2 Time and 3 Time Therapy at PKU Muhammadiyah Of Yogyakarta.

Perbedaan Kualitas Tidur Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Hemodialisa 2 Kali dan 3 Kali Di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Ika Kholila Sari

Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

Abstract

Background Patients with chronic renal failure in Indonesia are increasing every year. One therapy to overcome metabolic disorders in patients with GJK is by hemodialysis (HD). HD therapy is generally done with a frequency of 2-3 times a week for 4-5 hours. In Indonesia in 2009 there were 5,450 GJK patients undergoing HD, increasing in 2010 as many as 8,034 people and increasing again in 2011 as many as 12,804 patients. **Aim** The purpose of this study was to determine differences in sleep quality of patients who undergo therapy GJK HD 2 times and 3 times a week in RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. **Method** The design of this research is non experimental with comparative descriptive research design. Sample in this research used is patient of chronic kidney failure in RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta who undergo HD therapy 2 time and 3 time a week counted 91 people. The instrument used is a questionnaire The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Data were analyzed by using univariate analysis (frequency distribution and percentage). **Result** The results showed that patients with 2 times frequency of HD therapy who had poor sleep quality there were 47 people (92.2%). In patients with 3 times HD therapy frequency there were 39 people (97.5%) who had poor sleep quality. Based on data analysis of sleep quality in patients who undergo HD therapy 2 times and 3 times there were significant differences. This is evidenced from Mann-Whitney test results obtained p value = 0.014 ($p < 0.05$). **Conclusion** Based on statistical test results there were significant differences in sleep quality in patients with GJK who undergo HD therapy 2 times and 3 times in hospital PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Keyword: sleep quality, chronic kidney failure, hemodialysis.

Abstrak

Latar Belakang Penderita gagal ginjal kronik di Indonesia semakin meningkat setiap tahunnya. Salah satu terapi untuk mengatasi gangguan metabolisme pada penderita GGK adalah dengan cara hemodialisa (HD). Terapi HD umumnya dilakukan dengan frekuensi 2-3 kali dalam seminggu selama 4-5 jam. Di Indonesia pada tahun 2009 terdapat 5.450 pasien GGK yang menjalani HD, meningkat pada tahun 2010 sebanyak 8.034 penderita dan meningkat lagi pada 2011 sebanyak 12.804 penderita. **Tujuan** Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan kualitas tidur pasien GGK yang menjalani terapi HD 2 kali dan 3 kali dalam seminggu di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. **Metode** Desain penelitian ini adalah non eksperimen dengan rancangan penelitian deskriptif komparasi. Sampel pada penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang menjalani terapi HD 2 kali dan 3 kali seminggu sebanyak 91 orang. Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner kualitas tidur *The Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Data dianalisis dengan menggunakan analisis univariat (distribusi frekuensi dan persentase). **Hasil** Hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan frekuensi terapi HD 2 kali sebagian besar memiliki kualitas tidur buruk yaitu sebanyak 47 orang (92,2%). Pada pasien dengan frekuensi terapi HD 3 kali sebagian besar juga memiliki kualitas tidur yang buruk yaitu sebanyak 39 orang (97,5%). Kualitas tidur pasien yang menjalani terapi HD 2 kali berbeda dengan 3 kali. Hal ini dibuktikan dari hasil uji *Mann-Whitney* yang diperoleh nilai $p=0,014$ ($p<0,05$). **Kesimpulan** Berdasarkan hasil uji statistik terdapat perbedaan kualitas tidur yang signifikan pada pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisa 2 kali dan 3 kali di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Kata kunci : kualitas tidur, gagal ginjal kronik, hemodialisis.

PENDAHULUAN

Penyakit gagal ginjal kronik/GGK adalah suatu keadaan penurunan fungsi ginjal yang ditandai dengan banyak gangguan metabolisme serta bersifat irreversible dan progresif (Potter & Perry, 2006). Insidensi dan prevalensi GGK semakin meningkat jumlahnya, di Amerika pada tahun

2009 diperkirakan terdapat 1.163,95 orang penderita GGK yang baru (USRDS, 2011). Individu dengan GGK ini meningkat rata-rata 6,5 % per tahun di Canada (*Canada Institute for Health Information* [CIHI], 2005 dalam Harwood, 2009). Kondisi ini juga terjadi di Indonesia. Menurut laporan *Indonesian Renal*

Registry/IRR (2012) serta data dari Departemen Kesehatan Provinsi D.I. Yogyakarta menyebutkan bahwa sepanjang tahun 2009 terdapat 461 kasus baru GJK yang terbagi atas Kabupaten Jogja 175 kasus, Kabupaten Bantul 73 kasus, Kabupaten Kulon Progo 45 kasus dan Kabupaten Sleman 168 kasus, serta pasien yang meninggal di Kabupaten Jogja 19 orang, Bantul 8 orang, Kulon Progo 45 orang, Sleman 23 orang.

Terapi pengganti ginjal menjadi satu-satunya pilihan bagi penderita GJK untuk mempertahankan hidup dan fungsi tubuhnya. Salah satu terapi untuk mengatasi gangguan metabolisme yang terdapat dalam tubuh khususnya pada penderita GJK adalah dengan melakukan pencucian darah yaitu hemodialisa/HD. Pada tahun 2011 di Indonesia terdapat 15.353 pasien yang baru menjalani HD dan pada tahun 2012 terjadi peningkatan pasien yang menjalani HD sebanyak 4.268 orang sehingga secara keseluruhan terdapat 19.621 pasien yang baru menjalani HD. Sampai akhir tahun 2012 baru terdapat

244 unit HD di Indonesia (*IRR*, 2013). Insidensi pasien yang baru melakukan HD ini di Indonesia semakin meningkat setiap tahunnya (*Widiana*, 2007).

Peningkatan signifikan jumlah penderita GJK yang menjalani HD ini akan membuat permasalahan bagi penderitanya. Permasalahan ini akan sangat berpengaruh terhadap kehidupan pasien selanjutnya. Pasien yang menjalani HD akan mengalami perubahan dalam kesehariannya. Menurut *IRR* (2012), pasien yang menjalani HD akan mengalami berbagai perubahan pada sistem dan fungsi tubuh mereka.

Terapi HD yang dijalani oleh pasien GJK umumnya menimbulkan banyak gejala yang berhubungan dengan tidur serta kelelahan. Sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh *Unruh, et al* (2011) bahwa pada populasi GJK yang diteliti mengalami kualitas tidur yang buruk yang diakibatkan berbagai faktor diantaranya kesiapan mental serta psikologi untuk menghadapi terapi HD selanjutnya, kecukupan nutrisi yang

dibutuhkan dan frekuensi terapi HD yang dibutuhkan oleh pasien GGK dalam seminggu. Hasil yang diperoleh dalam penelitian tersebut faktor yang paling signifikan berpengaruh pada kualitas tidur pasien adalah frekuensi terapi HD.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di unit HD RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada Januari 2014, dari 8 pasien yang diwawancarai oleh peneliti didapatkan data bahwa semua pasien mengalami gangguan tidur. Beberapa pasien mengatakan mengalami susah tidur beberapa hari sebelum melakukan terapi HD. Mereka juga mengemukakan gangguan tidur tersebut dirasakan karena terjadi penumpukan cairan dan sisa metabolit tubuh yang belum bisa dikeluarkan. Sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman, dan berakibat pada terjadinya gangguan tidur.

Berdasarkan uraian data diatas, frekuensi terapi HD yang diperlukan oleh pasien GGK sangat berpengaruh pada menurunnya kualitas tidur. Oleh karena itu penting untuk diketahui

perbedaan kualitas tidur pasien GGK yang menjalani terapi HD 2x dan 3x dalam seminggu di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Desain penelitian yang digunakan adalah korelasi dengan rancangan *Cross Sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis 2x dan 3x di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Teknik sampling yang digunakan adalah menggunakan total sampling dengan kriteria inklusi sebagai berikut: (1) Pasien GGK yang menjalani terapi HD rutin di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. (2) Pasien GGK yang menjalani HD secara rutin 2x dan 3x seminggu. (3) Pasien GGK yang sesuai dengan kriteria inklusi diatas, dan bisa membaca, menulis serta bersedia menjadi responden. Sampel yang diperoleh dalam penelitian ini adalah 91 responden.

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner kuesioner PSQI. Dalam

kuesioner PSQI terdapat tujuh komponen yaitu kualitas tidur subjektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur serta disfungsi pada siang hari. Pasien dikategorikan kualitas tidurnya baik apabila mendapatkan skor dalam rentang 0-5. Sedangkan jika pasien mendapat total skor $> 5-21$, maka pasien dikategorikan memiliki kualitas tidur yang buruk. Kuesioner PSQI telah diterjemahkan ke dalam Bahasa Indonesia serta telah diuji validitas dengan hasil $\geq 0,4$ sehingga kuisisioner PSQI ini dikatakan valid. Sedangkan reliabilitasnya di dapatkan nilai $\geq 0,60$ artinya semakin mendekati angka 1 nilai Alpha Cronbach, maka semakin baik instrumen pengukuran. Dalam penelitian ini, pengujian reliabilitas menggunakan metode analisis Alpha Cronbach dengan bantuan SPSS, dengan hasil Alpha Cronbach 0,753 sehingga kuisisioner PSQI dikatakan reliable (Maulida, 2011).

Analisis statistik yang digunakan meliputi analisis univariate berupa distribusi frekuensi. Analisis bivariat

untuk menguji perbedaan antara kelompok terapi 2x dan 3x seminggu dilakukan menggunakan uji *Mann Whitney U*.

HASIL

Karakteristik responden dapat disajikan sebagai berikut: Jenis kelamin kelompok laki-laki lebih banyak (54,90%). Responden sebagian besar adalah kelompok usia masa lansia akhir (56 – 65 tahun) sekitar 32,97%. Umumnya pasien adalah wiraswasta (54,94%). Responden dengan frekuensi terapi 2 kali lebih banyak (56,05%) dibanding 3 kali (43,95%).

Gambaran Kualitas Tidur Pasien. Tabel 1. menunjukkan gambaran kualitas tidur pasien GGK pada masing-masing komponen yang selanjutnya dapat dijelaskan sebagai berikut:

Kualitas Tidur Subjektif. Pasien dengan terapi sebanyak 2 kali dalam seminggu paling banyak memiliki kualitas tidur subjektif pada kategori cukup baik yaitu 38 orang (74,5%). Kondisi tersebut hampir sama dengan

pasien dengan yang menjalani 3 kali terapi, dimana sebagian besar pasien memiliki kualitas tidur subjektif pada kategori cukup baik yaitu 28 orang (70,0%). Pasien yang memiliki kualitas tidur subjektif cukup buruk sebanyak 7 orang (13,5%) untuk pasien 2 kali terapi, dan 9 orang (22,5%) pada pasien 3 kali terapi.

Kualitas Tidur Latensi. Pasien dengan terapi sebanyak 2 kali dalam seminggu paling banyak memiliki kualitas tidur latensi pada kategori cukup baik yaitu 20 orang (39,2%). Berbeda dengan pasien dengan yang menjalani 3 kali terapi, dimana sebagian besar pasien memiliki kualitas tidur latensi pada kategori cukup buruk yaitu 24 orang (60,0%). Pasien yang memiliki latensi tidur sangat buruk sebanyak 3 orang (5,9%) pada pasien 2 kali terapi, dan 3 orang (7,5%) pada pasien 3 kali terapi.

Durasi Tidur. Pada komponen durasi tidur, pasien yang menjalani 2 kali terapi dalam seminggu sebagian besar memiliki durasi tidur pada kategori cukup buruk yaitu 23 orang (45,1%). Pasien dengan 3 kali terapi,

diketahui sebagian besar pasien memiliki durasi tidur pada kategori cukup buruk yaitu 29 orang (72,5%).

Efisiensi Tidur. Pasien yang menjalani 2 kali terapi dalam seminggu paling banyak memiliki efisiensi tidur pada kategori Sangat Buruk yaitu 17 orang (33,3%). Pada pasien yang menjalani 3 kali terapi, sebagian besar pasien memiliki efisiensi tidur pada kategori sangat buruk yaitu 21 orang (52,5%).

Gangguan Tidur. Pada komponen gangguan tidur, pasien yang menjalani 2 kali terapi dalam seminggu paling banyak mengalami gangguan tidur ringan yaitu sebanyak 32 orang (62,7%). Kondisi berbeda terjadi pada pasien dengan 3 kali terapi, dimana sebagian besar pasien mengalami gangguan tidur sedang yaitu sebanyak 30 orang (75,0%). Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak ada pasien yang mengalami gangguan berat, baik pada pasien 2 kali maupun 3 kali terapi.

Penggunaan Obat Tidur. Pasien yang menjalani 2 kali terapi dalam seminggu sebagian besar tidak pernah

mengonsumsi obat tidur yaitu sebanyak 46 orang (90,2%). Pasien yang menjalani 3 kali terapi sebagian besar juga tidak pernah mengonsumsi obat tidur yaitu sebanyak 32 orang (80,0%).

Disfungsi Siang Hari. Sebagian besar pasien yang menjalani 2 kali

terapi dalam seminggu sebagian besar mengalami disfungsi pada siang hari pada kategori ringan yaitu sebanyak 33 orang (64,7%). Pasien 3 kali terapi yang sebagian besar mengalami disfungsi pada siang hari pada kategori ringan sebanyak 24 orang (60,0%).

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Komponen Kualitas Tidur Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Unit Hemodialisa Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Mei 2014 (N=91)

No	Komponen	Kriteria	Kualitas Tidur		Kualitas Tidur	
			HD 2x (N=51)	HD 3x (N=40)	HD 2x (N=51)	HD 3x (N=40)
			Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
1	Kualitas tidur subyektif	Sangat Baik (0)	6	11.8	3	7.5
		Cukup Baik (1)	38	74.5	28	70.0
		Cukup Buruk (2)	7	13.7	9	22.5
		Sangat Buruk (3)	-	-	-	0.0
		Total	51	100.0	40	100.0
2	Latensi tidur	Sangat Baik (0)	9	17.6	1	2.5
		Cukup Baik (1)	20	39.2	12	30.0
		Cukup Buruk (2)	19	37.3	24	60.0
		Sangat Buruk (3)	3	5.9	3	7.5
		Total	51	100.0	40	100.0
3	Durasi tidur	Sangat Baik (0)	7	13.7	2	5.0
		Cukup Baik (1)	21	41.2	9	22.5
		Cukup Buruk (2)	23	45.1	29	72.5
		Sangat Buruk (3)	-	-	-	0.0
		Total	51	100.0	40	100.0
4	Efisiensi tidur	Sangat Baik (0)	6	11.8	4	10.0
		Cukup Baik (1)	12	23.5	10	25.0
		Cukup Buruk (2)	16	31.4	5	12.5
		Sangat Buruk (3)	17	33.3	21	52.5
		Total	51	100.0	40	100.0
5	Gangguan tidur	Tidak ada gangguan (0)	18	35.3	-	0.0
		Gangguan ringan (1)	32	62.7	10	25.0
		Gangguan sedang (2)	1	2.0	30	75.0
		Gangguan berat (3)	-	-	-	0.0
		Total	51	100.0	40	100.0
6	Penggunaan obat tidur	Tidak pernah selama satu bulan (0)	46	90.2	32	80.0

No	Komponen	Kualitas Tidur Kriteria	HD 2x (N=51)		HD 3x (N=40)	
			Frekuensi	Persentase (%)	Frekuensi	Persentase (%)
		Kurang dari 1 kali seminggu (1)	4	7.8	7	17.5
		1 kali atau 2 kali seminggu (2)	1	2.0	1	2.5
		3 kali lebih seminggu (3)	-	-	-	0.0
		Total	51	100.0	40	100.0
7	Disfungsi pada siang hari	Tidak ada disfungsi (0)	17	33.3	13	32.5
		Disfungsi ringan(1)	33	64.7	24	60.0
		Disfungsi sedang (2)	1	2.0	3	7.5
		Disfungsi berat(3)	-	-	-	0.0
		Total	51	100.0	40	100.0

Untuk memberikan gambaran mengenai kualitas tidur pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisis (HD) sebanyak 2 kali dan 3 kali seminggu serta hasil uji *Mann-Whitney* dapat disajikan dalam Tabel 2

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Kualitas Tidur Pasien Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Terapi Hemodialisis di Unit Hemodialisa Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta Mei 2014 (N=91)

Kriteria	HD 2x (n=51)		HD 3x (n=40)		P
	Frek	%	Frek	%	
Baik	4	7.8	1	2.5	0,014
Buruk	47	92.2	39	97.5	
Total	51	100.0	40	100.0	

Sumber: Data primer, 2017

Hasil analisis deskriptif di atas menunjukkan secara keseluruhan

kualitas tidur pada pasien gagal ginjal kronik (GGK) yang rutin mendapatkan terapi hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang menjalani terapi 2 kali hemodialisa (HD 2x) selama seminggu, terdapat 4 orang (7,8%) dalam kategori kualitas tidur yang baik dan 47 orang (92,2%) dalam kualitas tidur yang buruk. Artinya, pasien yang memiliki kualitas tidur yang baik lebih sedikit yaitu hanya 7,8%. Pasien yang terapi 3 kali hemodialisa (HD 3x) selama seminggu terdapat 1 orang (2,5%) dalam kategori kualitas tidur yang baik dan 39 orang (97,5%) dalam kualitas tidur yang buruk. Artinya, mayoritas pasien dengan terapi 3 kali seminggu memiliki kualitas tidur yang buruk.

Berdasarkan hasil uji *Mann-Whitney* menunjukkan bahwa nilai *p* value sebesar 0,014 atau $p < 0,05$. Jadi dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan yang signifikan kualitas tidur pasien gagal ginjal kronik (GGK) yang menjalani terapi Hemodialisa (HD) 2 kali dan 3 kali dalam seminggu.

DISKUSI **Karakteristik Responden.**

Jenis Kelamin. Sebagian besar responden laki-laki yang melakukan terapi hemodialisis. Temuan ini selaras dengan penelitian Syaiful, dkk (2014) yang menunjukkan jumlah pasien gagal-ginjal laki-laki lebih banyak dibanding perempuan. Laki-laki jauh lebih beresiko terkena penyakit gagal ginjal kronik dari pada perempuan, dikarenakan perempuan mempunyai hormon esterogen lebih banyak. Hormon esterogen berfungsi untuk menghambat pembentukan *cytokin* tertentu untuk menghambat osteoklas agar tidak berlebihan menyerap tulang, sehingga kadar kalsium seimbang. Kalsium memiliki efek protektik

dengan mencegah penyerapan oksalat yang bisa membentuk batu ginjal sebagai salah satu penyebab terjadinya gagal ginjal kronik (Ganong, 2003 dalam Dewi, 2015).

Usia. Berdasarkan analisis deskriptif tentang usia dapat dilihat bahwa pasien RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang rutin melakukan terapi hemodialisis didominasi pasien dengan usia 56 – 65 tahun (masa lansia akhir) sebanyak 30 orang (32,97%). Hasil penelitian ini senada dengan penelitian Syaiful, dkk (2014) dimana rentang usia pasien gagal ginjal krosik terbanyak didapatkan pada usia 50-59 tahun yaitu sebesar 50,86%. Efendi (2008) menjelaskan usia sangat erat kaitannya dengan prognose penyakit dan harapan hidup mereka yang berusia diatas 55 tahun kecenderungan untuk terjadi berbagai komplikasi yang memperberat fungsi ginjal sangat besar bila dibandingkan dengan yang berusia dibawah 40 tahun.

Pekerjaan. Berdasarkan analisis deskriptif tentang jenis pekerjaan pasien dapat dilihat bahwa pasien RS

PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang rutin melakukan terapi hemodialisis didominasi oleh pasien dengan pekerjaan wiraswasta sebanyak 50 orang (54,94%). Pada penelitian ini distribusi responden menunjukkan sebagian besar bekerja sebagai wiraswasta. Hal ini dapat disimpulkan bahwa responden yang tidak bekerja atau pengangguran belum tentu mempunyai tingkat kesehatan yang buruk, melainkan responden yang bekerja sebagai wiraswastalah yang mempunyai tingkat kesehatan yang rendah. Kejadian GJK lebih banyak terjadi pada responden dengan pekerjaan wiraswasta. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Wakeel (2012) bahwa yang tidak memiliki pekerjaan/pengangguran mempunyai tingkat kesehatan yang lebih buruk dibandingkan dengan yang mempunyai pekerjaan. Begitu juga pendapat dari Peng (2010) yang menyebutkan bahwa seorang pengangguran tingkat kesehatannya lebih rendah dari seseorang yang mempunyai pekerjaan.

Frekuensi Hemodialisa. Pasien RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang rutin melakukan terapi hemodialisis didominasi dengan frekuensi terapi selama seminggu 2 kali sebanyak 51 orang (56,05%). Pasien gagal ginjal kronik harus menjalani terapi hemodialisis sepanjang hidupnya (biasanya dua atau tiga kali seminggu selama paling sedikit tiga atau empat jam per kali terapi) dan ini merupakan stresor untuk klien (Brunner & Suddart, 2002).

Rata-rata lama terapi yang dijalani pasien antara 16 sampai 26 perbulan. Terapi hemodialisa merupakan stressor bagi pasien gagal ginjal kronis, menurut Rasmun (2004), ada beberapa faktor yang mempengaruhi individu dalam merespon stressor, berbeda-beda antara individu yang satu dengan lainnya. Memanjangnya stressor, dapat menyebabkan menurunnya kemampuan individu mengatasi stres, karena individu telah berada pada fase kelelahan, individu sudah kehabisan

tenaga untuk menghadapi stressor tersebut.

Kualitas Tidur Pasien. Hasil analisis deskriptif menunjukkan bahwa baik pasien dengan 2 kali maupun 3 kali hemodialisa mayoritas memiliki kualitas tidur yang buruk. Namun, persentase pasien yang memiliki kualitas tidur buruk lebih banyak pada pasien yang menjalani 3 kali hemodialisa.

Terdapat banyak faktor yang mempengaruhi kualitas tidur pasien gagal ginjal. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Rompas, dkk (2013) bahwa pasien penyakit ginjal kronik cenderung mengalami gangguan tidur dikarenakan pada pasien dengan penyakit tersebut juga mengalami nokturia, badan lemah, mual dan kurang nafsu makan.

Perbedaan Kualitas Tidur. Hasil uji *Mann-Whitney* menunjukkan ada perbedaan yang signifikan kualitas tidur pasien GGK yang menjalani terapi hemodialisis (HD) sebanyak 2 kali dan 3 kali dalam seminggu. Pasien yang memiliki kualitas tidur buruk lebih banyak terjadi pada pasien HD 3

kali seminggu. Adanya perbedaan kualitas tidur ini dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor. Salah satu hal yang menjadi penyebabnya adalah adanya adaptasi penderita terhadap rutinitas terapi hemodialisa yang dijalani baik bersifat psikologis maupun fisik (Sagala, 2015). Selain itu, penggunaan terapi kesehatan lain, seperti terapi relaksasi yang mampu memperbaiki kualitas tidur pasien GGK (Safrudin, 2016).

Perbedaan kualitas tidur pada pasien terapi hemodialisis dengan frekuensi 2 kali dan 3 kali juga dapat disebabkan oleh faktor lamanya menjalani terapi. Hal ini seperti ditunjukkan pada hasil penelitian Sabbatini, et al. (2002) dalam Sari (2016) bahwa terdapat risiko tinggi gangguan tidur atau insomnia pada pasien yang menjalani HD lebih dari 12 bulan. Hal ini berhubungan dengan makin progresifnya gejala dan penyakit yang mendasari terapi dialysis pada penderita yang menjalani HD dalam waktu yang lama. Seperti peningkatan hormone paratiroid (PTH) dan osteodistrofi renal.

Kualitas tidur seseorang tidak tergantung pada jumlah atau lama tidur seseorang, tetapi bagaimana pemenuhan kebutuhan tidur orang tersebut. Indikator tercukupinya pemenuhan kebutuhan tidur seseorang adalah kondisi tubuh waktu bangun tidur, jika setelah bangun tidur merasa segar berarti pemenuhan kebutuhan tidur telah tercukupi (Potter & Perry, 2005).

KESIMPULAN

Simpulan dari hasil penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pasien gagal ginjal kronik (GGK) yang rutin mendapatkan terapi hemodialisis (HD) di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mayoritas berjenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 50 orang. Selain itu pasien yang melakukan terapi paling banyak pada usia 56-65 tahun atau termasuk dalam kategori lansia akhir. Sedangkan

wiraswasta adalah pekerjaan mayoritas pasien yang menjalani terapi yaitu sebanyak 50 orang dan dari keseluruhan sampel pada penelitian ini di dominasi pasien dengan 2 kali frekuensi terapi hemodialisis (HD) yaitu sebanyak 51 orang.

2. Pasien gagal ginjal kronik (GGK) yang menjalani terapi hemodialisis (HD) 2 kali seminggu di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta terdapat 4 orang dalam kategori kualitas tidur yang baik dan sebanyak 47 orang termasuk memiliki kualitas tidur yang buruk.
3. Pada pasien gagal ginjal kronik (GGK) dengan 3 kali seminggu terapi hemodialisis (HD) hanya terdapat 1 orang dalam kategori kualitas tidur yang baik dan sebanyak 39 orang termasuk memiliki kualitas tidur yang buruk.

4. Terdapat perbedaan yang signifikan antara kualitas tidur pasien gagal ginjal kronik (GGK) yang menjalani terapi hemodialisis (HD) 2 kali dengan 3 kali dalam seminggu. Hal ini dibuktikan dari hasil uji *Mann-Whitney* yang menunjukkan bahwa nilai p value 0,014 ($p < 0,05$).

SARAN

1. Bagi klien, sebagai bahan masukan dan membantu klien untuk meningkatkan perawatan atas diri sendiri berhubungan dengan peningkatan kualitas hidupnya.
2. Bagi perawat hemodialisa, Perawat diharapkan dapat membantu memberikan pemenuhan kebutuhan dasar yaitu aspek fisik pasien HD.
3. Bagi rumah sakit, penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan

sebagai informasi dalam menentukan kebijakan mengenai pemenuhan pelayanan yang bermutu dan upaya meningkatkan kualitas rumah sakit terutama mengenai pelayanan pemenuhan kebutuhan tidur.

4. Bagi pengembangan ilmu keperawatan, penelitian ini diharapkan dapat memperkaya ilmu keperawatan terutama dibidang kualitas tidur pasien GGK yang menjalani HD 2x dan 3x dalam seminggu dengan mengoptimalkan salah satu aspek kualitas hidup yaitu aspek fisik (kualitas tidur).
5. Bagi peneliti lain, diharapkan penelitian ini dapat dipergunakan sebagai referensi awal untuk penelitian selanjutnya.

REFERENSI

- Adam., John, M.F. 2006. Dalam Aru, W. Sudoyo. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Beaudoin, L.E. dan Edgar, L. 2003. Their Importance to Nurses' Quality of Work Life. *Nursing Economics*, May-June, pp. 106-113.
- Brooks, B.A. dan Anderson, B. 2007. Assessing The Nursing Quality of Work Life. *Nursing Administration Quarterly*, pp. 152-157.
- Buyse, D. 1998. *The Pittsburgh Sleep Quality Index : A New Instrument for Psychiatric Practice and Research*. *Psychiatric Research*, 28 (2), 193-213. Diunduh pada tanggal 28 Desember 2013 dari <http://sakai.ohsu.edu/access/content/user/brodym/N547A%20spring08/appendix/PSQI.doc>
- Choppra, D. (2003). *Tidur Nyenyak, Mengapa Tidak? Ucapkan Selamat Tinggal Pada Insomnia*. Yogyakarta : Ikon Teralitera.
- Ganong, W. F. (1998). Buku Ajar Fisiologi Kedokteran Edisi 17. Jakarta : EGC.
- Ganong, William F, 2003. Fisiologi Kedokteran, *Fungsi Ginjal dan Miksi*. Edisi 20. Jakarta: EGC. Hal: 617.
- Gayton, A. C. and Hall, J. E. (1997). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Edisi 9. Jakarta : EGC.
- Greene, T., Daugirdas, J.T., Depner, T.A., Gotch, F., Kuhlman, M. Solute Clearances and Fluid Removal in The Frequent Hemodialysis Network Trials. *Am J Kidney Dis*, 2009; 53: 835-844.
- Harsono. 1996. Kapita Selekta Neurologi. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press. Hal: 265-285. Diunduh pada tanggal 02 Desember 2013 dari <http://www.apotik2000.net/artikel.htm>
- Hidayat, A. A. (2006). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Himmelfarb, Jonathan. 2004. Core Curriculum In Nephrology Hemodialysis Complications. National Kidney Foundation. *N Eng J M. Doi* : 10. 1053. Diunduh pada tanggal 02 November 2013 dari <http://www.nejm.org/content/fullarticle.htm>
<http://gudangarsipadibahmadi.files.wordpress.com/2007/7/gangguan-tidur.pdf>
- Indonesian Renal Registry (IRR), 2012. *5th Report of Indonesian Renal Registry 2011*. Perhimpunan nefrologi Indonesia (PERNEFRI).
- Japardi, I (2002). *Gangguan Tidur*. Fakultas Kedokteran Bagian Bedah Universitas Sumatra Utara. USU Digital Library. Diunduh pada tanggal 29 November 2013
- Johanna, C. and Jachens. 2004. *Sleep Disturbances & Healthy Sleep*. The Association of Waldorf Schools of

- Nort America. *Journal of Nephrol*, 23: 998-1004.
- John, L., Carmicael, P., Popoola, J., Steven, P.E. 2004. Assessment of Quality of Life in Single Centre Dialysis Population Using The KDQOL-SF Questionnaire. *Quality of Life Research*, 9: 195-205.
- Kallenbach, J.Z., Gutch, C.F., Martha, S.H. dan Corca, A.L. 2003. Review of Hemodialysis for Nurses and Dialysis Personal. *Med Care*, 20(6): 567-580.
- Leung, S.H. *Dietary and Fluid Compliance in Chinese Hemodialysis Patients*. *Int J Nurs stud*; 2003;39(7): 695-704.
- Lorraine, M., Wilson. 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Volume 1. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Maulida. 2011. *Test Reliabilitas dan Validitas Indeks Kualitas Tidur Dari Pittsburg (PSQI) Versi Bahasa Indonesia Pada Lansia [Thesis]*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada.
- McCane, dan Huether. 2010. *Tidur dalam Potter, P.A. dan Perry, A.G. 2010. Fundamental Keperawatan*. Buku 1. Edisi 7. Jakarta : EGC.
- Modjod, D. 2007. *Insomnia Experience, Management Strategies, and Outcomes in ESRD Patients Undergoing Hemodialysis [Tesis]*. Mahidol University.
- Moskovits, R.A., Mounder, R.P., Cohen, J.J., Rogers, M.E., Solanchick, J.C. 1999. An International Study of Patient Compliance with Hemodialysis. *JAMA* 281 (13): 1211-1213.
- Murtagh, F.E., Addington-Hall, J., Higginson, IJ: The prevalence of symptoms in end-stage renal disease: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis* 2007; 14: 82-99.
- Narrow. 1967. dalam Potter, P.A & Perry, A.G. 1993. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Edisi Revisi Catatan Pertama. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen*. Edisi 2. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Edisi 3. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter and Perry, 2010. *Fundamental of Nursing*. 7th edition. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter and Perry. (2005). *Buku Ajar*

- Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik Edisi 4 Volume 2.* Jakarta : EGC.
- Potter, P.A., Kerr, J.C., Perry, A.G., & Wood, M.J. 2006. *Buku Fundamental keperawatan.* Edisi 6. Jakarta: EGC.
- Price, S.A., dan Wilson, M.L.C. 2005. *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit.* Edisi 6. Vol 2. Alih Bahasa oleh Brahm, U. Pendit. Jakarta : EGC.
- Rahardjo, P., Susalit, E., Suhardjono. 2006. *Hemodialisis Dalam Sudoyo, A.W., Sutiahadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M. dan Setiati, S. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam.* Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Roesli, Rully M.A. 2006. *Terapi Pengganti Ginjal Berkepanjangan (CRRT).* Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Jilid 1, Edisi IV, Jakarta. Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Hal: 596-599.
- Saputri, D., 2009. Hubungan antara *Sleep Hygiene* dengan Kualitas Tidur pada Lanjut Usia di Dusun Sendowo, Kelurahan Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta [Skripsi]. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Sastroasmoro, S. dan Ismael, S. 2011. *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis.* Jakarta : Binapura Aksara.
- Smeltzer, S.C., Bare B.G., Hinkle, J.L. and Cheever, K.H. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Medikal-bedah.* Edisi 12. Jakarta : EGC.
- Sudoyo, A.W. 2010. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam.* Jilid II. Edisi V. Jakarta : Balai Penerbit FK UI.
- Suwitra, K. 2006. *Penyakit Ginjal Kronik.* Dalam Sudoyo, A.W., Sutiahadi, B., Alwi, I., Simadibrata, M. dan Setiati, S. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam (581).* Jakarta: Departemen Ilmu Penyakit Dalam FK UI.
- Swartzendrubber, Donna; Simth, Lyle; Peacock, Eileen; McDillon, Debra. 2008. *Hemodialysis Procedures and Complications.* Diunduh pada tanggal 02 November 2013 dari <http://www.emedicine.com/med/topic683.htm>
- Thomas, N. (2003). *Renal nursing.* Edisi 2. Philadelphia: Elsevier Science.
- United State Renal Data System (USRDS). 2011. *Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End Stage-Renal Disease in the United States,* National Institutes of Health, National of Diabetes ad Digestive and Kidney Disease, *Bethesda, MD.* Diunduh pada tanggal 02 November 2013 dari <http://www.usrds.org/adr.html>
- Unruh M, Welsbord BR, Kimmel PL, Greene T, Yan G, Beddhu S, DeVita M, Dwyer JT, Kusek JW, Martin A, Rehm-McGillicuddy J, Teehan BP, Meyer KB, Group HS. 2005. *Effects of Hemodialysis Dose and Membrane*

Flux on Health-Related Quality of Life in The HEMO Study. *Kidney Int*, 66: 355–366.

Unruh, M., Tamura, M.K., Larive, B., Rastogi, A., James, S., Schiller, B., Gassman, J., Chan, C., Lockridge, R., Klinger, A. Impact of Sleep Quality on Cardiovascular Outcomes in Hemodialysis Patients: Results from the Frequent Hemodialysis Network Study. *American Journal of Nephrology*. 2011; 33:398–406.

Wahit, Nurul Chayatin dan Mubarak. (2007). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Dan Aplikasi Dalam Praktek*. Jakarta : EGC.

Wavy, G.I., Biyik, M., Yekson, M., Atalay, H., Solak, Y., Selcuk, N.Y., Tonbul, H.Z., Turk, S. 2008. *Sleep Quality and Depression in Peritoneal Dialysis Patiens.* *J Nephrol*, 30: 1017-1022.

Widiana, I.G.R., Wulandari, D.C., Sudhana, I.W., Suwitra, K (2007). *Hubungan Antara Produk Kalsium x Fospat dengan Penyakit Arteri Perifer pada Pasien Hemodialysis Reguler di RSUP Sanglah.* *Denpasar, Journal Penyakit Dalam*. Vol 8.