

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Gangguan Tidur

Tidur merupakan suatu fenomena yang umum terjadi, yaitu kehilangan kesadaran yang bersifat sementara dan merupakan suatu keadaan fisiologik aktif yang ditandai dengan adanya fluktuasi dinamik pada parameter susunan syaraf pusat, hemodinamik, ventilasi dan metabolik (Setiyo, 2007). Tidur adalah proses aktif, bukan sekedar tidak terjaga. Tingkat aktivitas otak keseluruhan tidak berkurang selama tidur. Selama stadium-stadium tidur tertentu, penyerapan oksigen oleh otak bahkan meningkat melebihi tingkat terjaga normal. Siklus tidur-terjaga adalah variasi siklus normal dalam kesadaran mengenai keadaan sekitar. Berbeda dengan keadaan terjaga, orang yang sedang tidur tidak secara sadar waspada akan dunia luar, tetapi tetap memiliki pengalaman kesadaran dalam batin seperti mimpi. Selain itu, mereka dapat dibangunkan oleh rangsangan eksternal, misalnya bunyi alarm (Sherwood, 2001).

Tidur juga dapat diartikan sebagai keadaan dimana terjadi perubahan kesadaran atau ketidaksadaran parsial dimana seorang individu dapat dibangunkan (Tortora & Derrickson, 2009). Saat seseorang jatuh tertidur, gelombang otaknya mengalami perubahan karakteristik tertentu (Kaplan, *et al.*, 2013).

Terdapat beberapa teori mengenai tidur yaitu:

a. Konservasi Energi

Saat tidur, penggunaan energi berkurang sampai 5-25% tingkat terjaga.

b. Restoratif

Tidur memungkinkan tubuh untuk memperbaiki secara mandiri setelah tubuh mengalami kerusakan atau kelelahan sepanjang hari. Serta rasio proses anabolisme atau katabolisme akan meningkat dan terjadi pelepasan hormon pertumbuhan.

c. Vestigial

Tidur adalah sisa mekanisme yang berguna pada tahap awal evolusi.

d. Keamanan

Secara superfisial serupa dengan kematian, tidur dapat membuat predator enggan untuk menyerang, tetapi hewan-hewan yang lebih berisiko diserang kurang tidur.

e. Ikatan Sosial

Pengelompokkan manusia pada saat tidur dapat berguna dalam mempertahankan kelompok sosial secara bersama-sama.

f. Bermimpi

Fungsi mimpi tidak jelas, tetapi jika ditekan (dengan obat-obatan) peningkatan signifikan dalam menghentikan supresi. Hal tersebut menunjukkan bahwa mimpi memiliki fungsi penting.

g. Perilaku

Tidur yang terjadi karena ketiadaan stimulasi dan kurangnya hal-hal yang lebih baik dilakukan.

h. Humoral

Akibat penumpukan zat-zat penginduksi tidur dalam otak selama masa terjaga (Puri, *et al.*, 2002).

Tidur terdiri dari dua keadaan fisiologis yaitu tidur dengan gerakan mata tidak cepat yaitu NREM (*Non Rapid Eye Movement*) dan tidur dengan gerakan mata cepat yaitu REM (*Rapid Eye Movement*). Tidur NREM terdiri dari stadium 1 sampai dengan 4. Saat tidur NREM, fungsi fisiologis sebagian besar mengalami penurunan dibandingkan saat terjaga, sedangkan saat tidur REM, tingkat aktivitas otak dan fisiologis sangat aktif seperti saat keadaan terjaga. Distribusi stadium tidur NREM dan REM yaitu 75% dan 25% (Kaplan, *et al.*, 2013).

Gangguan tidur merupakan salah satu keluhan yang paling sering ditemukan pada penderita yang berkunjung ke praktik. Gangguan tidur dapat dialami oleh semua lapisan masyarakat baik kaya, miskin, berpendidikan tinggi dan rendah maupun orang muda, serta yang paling sering ditemukan pada usia

lanjut (Japardi, 2002). Terdapat empat gejala utama yang menandai sebagian besar gangguan tidur yaitu insomnia, hipersomnia, parasomnia, dan gangguan jadwal tidur-bangun (Kaplan, *et al.*, 2013), sedangkan menurut Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi ke-3 (PPDGJ-III) mengklasifikasikan gangguan tidur non organik (gangguan tidur yang tidak berdasarkan suatu penyakit tertentu) menjadi dua yaitu disomnia dan parasomnia.

Disomnia merupakan kondisi psikogenik primer dimana gangguan utamanya adalah jumlah dan kualitas atau waktu tidur yang disebabkan oleh hal-hal emosional. Yang termasuk ke dalam golongan disomnia adalah insomnia, hipersomnia, dan gangguan jadwal tidur-jaga. Sedangkan parasomnia adalah peristiwa episodik abnormal yang terjadi selama tidur, misalnya somnambulisme (*sleep walking*), teror tidur (*night terrors*), dan mimpi buruk (*nightmares*) (PPDGJ-III, 2013).

2. Insomnia

a. Menurut Ibrahim (2001)

Insomnia adalah gangguan tidur atau perubahan nyata yang dapat dilihat pada pola tidur.

b. Menurut Goldman (1997) (dalam Fatmasari, 2009)

Insomnia adalah kesulitan untuk tidur baik itu kesulitan untuk memulai tidur, kesulitan untuk kembali setelah terbangun di tengah malam, maupun terbangun lebih awal dan tidak bisa tidur lagi.

c. Menurut Lumbantobing (2004)

Insomnia adalah persepsi yang tidak adekuat daripada kuantitas dan kualitas tidur dengan akibat yang terkait di siang hari.

Rafknowledge (2004: 57-60) menyebutkan bahwa insomnia adalah keluhan yang sering muncul berupa kendala-kendala seperti kesulitan tidur, tidur tidak tenang, kesulitan menahan tidur atau untuk tetap tidur, seringnya terbangun di pertengahan malam, dan seringnya terbangun lebih awal pada diri seseorang. Umumnya dimulai dengan munculnya gejala-gejala:

- a. Kesulitan jatuh tertidur atau tidak tercapainya tidur nyenyak. Keadaan ini bisa berlangsung sepanjang malam dan dalam tempo sehari-hari, berminggu-minggu, atau lebih.
- b. Merasa lelah saat bangun tidur dan tidak merasakan kesegaran. Mereka yang mengalami insomnia seringkali merasa tidak pernah tertidur sama sekali.
- c. Sakit kepala di pagi hari. Ini sering disebut sebagai “efek mabuk” padahal nyatanya orang tersebut tidak minum minuman keras di malam itu.
- d. Kesulitan berkonsentrasi.
- e. Mudah marah.
- f. Mata memerah.
- g. Mengantuk di siang hari

Insomnia merupakan suatu gangguan dengan kuantitas atau kualitas tidur yang tidak cukup (Puri, *et al.*, 2002). Menurut PPDGJ-III pedoman diagnostik untuk insomnia adalah:

- a. Keluhan adanya kesulitan untuk masuk tidur atau mempertahankan tidur atau kualitas tidur yang buruk.
- b. Gangguan yang terjadi minimal 3 kali dalam seminggu selama minimal satu bulan.
- c. Adanya preokupasi dengan tidak bisa tidur (*sleeplessness*) dan peduli yang berlebihan terhadap akibat yang ditimbulkan pada malam hari dan sepanjang siang hari.
- d. Ketidakpuasan terhadap kuantitas dan atau kualitas tidur menyebabkan penderitaan yang cukup berat dan mempengaruhi fungsi dalam sosial dan pekerjaan.
- e. Adanya gejala gangguan jiwa lain seperti depresi, kecemasan, atau obsesi tidak menyebabkan diagnosis insomnia diabaikan.
- f. Kriteria “lama tidur” (kuantitas) tidak digunakan untuk menentukan adanya gangguan.

Faktor penyebab insomnia menurut Puri, Laking, dan Treasaden (2002) diantaranya sebagai berikut:

- a. Lingkungan: *hygiene* tidur yang buruk, perubahan zona waktu, perubahan pola tidur, dan pergantian waktu kerja.
- b. Fisiologis: *short sleeper* alami, kehamilan, dan usia pertengahan.
- c. *Stress* atau tekanan hidup: kehilangan kerabat, ujian, pindah rumah, dan lain-lain.
- d. Psikiatrik: ansietas akut, depresi, mania, dan sindrom otak organik.

- e. Fisik: nyeri, distres kardiorespirasi, *arthritis*, nokturia, gangguan gastrointestinal, dan tirotoksikosis.
- f. Farmakologis atau bahan tertentu: kafein, alkohol, obat stimulan, dan penggunaan hipnotik kronik.
- g. Parasomnia: apnea tidur dan mioklonus tidur.

Menurut Joewana (2006), insomnia dapat terjadi karena beberapa faktor berikut, diantaranya adalah:

- a. Suara atau bunyi: biasanya orang dapat menyesuaikan dengan suara atau bunyi sehingga tidak mengganggu tidurnya. Namun jika seseorang mengalami ketakutan untuk diserang atau dirampok, pada malam hari akan terbangun berkali-kali meski suara yang halus sekalipun.
- b. Suhu udara: kebanyakan orang akan berusaha tidur pada suhu udara yang menyenangkan bagi dirinya. Bila suhu udara rendah maka seseorang cenderung untuk memakai selimut dan pada suhu tinggi memakai pakaian tipis, insomnia seperti ini sering dijumpai di daerah tropik.
- c. Tinggi suatu daerah: insomnia merupakan gejala yang sering dijumpai pada *mountain sickness* (mabuk udara tipis), keadaan tersebut terjadi pada pendaki gunung yang mendaki lebih dari 3.500 meter diatas permukaan air laut.
- d. Penggunaan bahan yang mengganggu susunan saraf pusat: insomnia dapat terjadi karena penggunaan bahan-bahan seperti kopi

yang mengandung kafein, tembakau yang mengandung nikotin dan obat-obat pengurus badan yang mengandung amfetamin atau sejenisnya.

e. Penyakit psikologi: beberapa penyakit psikologi ditandai antara lain dengan adanya insomnia seperti pada gangguan afektif, gangguan neurotik, beberapa gangguan kepribadian, gangguan *stress* pasca-trauma dan lain-lain.

Buyse (2008) dan Roth (2007) juga memaparkan bahwa faktor risiko insomnia diantaranya adalah jenis kelamin perempuan, penambahan usia, gangguan kesehatan, status sosio-ekonomi yang rendah, ras kulit hitam, dan kehidupan yang penuh dengan tekanan (*stress*). Gangguan psikiatri merupakan faktor komorbid yang paling sering ditemukan pada insomnia. Sekitar 40% pasien dengan insomnia menderita gangguan psikiatri, terutama depresi.

3. Jenis Insomnia

Berdasarkan etiologinya, terdapat 2 macam insomnia (Turana, 2007) yaitu:

a. Insomnia Primer

Pada insomnia primer, terjadi *hyperarousal state* dimana terjadi aktivitas *ascending* retikular *activating system* yang berlebihan. Pasien bisa tidur tapi tidak merasa tidur. Masa tidur REM sangat kurang, sedangkan masa tidur NREM cukup. Periode tidur berkurang dan terbangun lebih sering. Insomnia primer ini tidak berhubungan dengan kondisi kejiwaan, masalah neurologi, masalah medis lainnya, ataupun penggunaan obat-obat tertentu.

b. Insomnia Sekunder

Insomnia sekunder disebabkan karena gangguan irama sirkadian, kejiwaan, masalah neurologi atau masalah medis lainnya, atau reaksi obat. Insomnia ini sangat sering terjadi pada orang tua. Insomnia ini bisa terjadi karena psikoneurotik dan penyakit organik. Pada orang dengan insomnia karena psikoneurosis, sering didapatkan keluhan-keluhan non organik seperti sakit kepala, kembung, dan badan pegal yang mengganggu tidur. Keadaan ini akan menjadi lebih parah jika orang tersebut mengalami ketegangan karena persoalan hidup. Pada insomnia sekunder karena penyakit organik, pasien tidak bisa tidur atau kontinuitas tidurnya terganggu karena nyeri organik, misalnya penderita *arthritis* yang mudah terbangun karena nyeri yang timbul karena perubahan sikap tubuh.

Berdasarkan waktu terjadinya insomnia (Ibrahim, 2001) dibagi menjadi:

a. *Initial* Insomnia

Yaitu kesulitan untuk memulai tidur. Biasanya terdapat pada pasien gangguan jiwa dengan ansietas.

b. *Middle* Insomnia

Ditandai dengan seringnya terbangun di tengah malam dan kesulitan untuk tidur kembali. Biasanya terdapat pada pasien depresi.

c. *Late* Insomnia

Yaitu sering bangun terlalu pagi dan tidak dapat tidur kembali. Biasanya ditemukan pada pasien depresi.

Berdasarkan lamanya insomnia terbagi dalam tiga golongan besar, yaitu:

a. *Transient* Insomnia/Insomnia Sekilas

Insomnia yang terjadi jika lamanya kurang dari 4 minggu. Biasanya terjadi pada orang yang tidur secara normal, tetapi mengalami kesulitan tidur karena suatu stres yang berlangsung tidak terlalu lama, misalnya pada perjalanan jauh dengan kapal terbang yang melampaui zona waktu hospitalisasi (Rudi, 1988).

b. *Short Term* Insomnia

Yaitu insomnia jangka pendek. Terjadi antara 4 minggu sampai dengan 36 bulan. Sering dihubungkan dengan stres. Situasional seperti duka cita, kehilangan orang yang dicintai, menghadapi ujian atau wawancara pekerjaan (Kaplan & Sadock, 1997).

c. *Long Term* Insomnia/Insomnia Kronik

Insomnia jangka panjang yang terjadi lebih dari 36 bulan, bahkan sampai bertahun-tahun (Rudi, 1988).

Berdasarkan berat ringannya (Dohrmaji, 2006), insomnia terbagi:

a. *Mild* Insomnia

Yaitu kesulitan dalam memulai dan mempertahankan tidur, tanpa atau sedikit mengalami penurunan kualitas hidup.

b. *Moderate* Insomnia

Yaitu kesulitan dalam memulai dan mempertahankan tidur di sepanjang malam. Penderita insomnia jenis ini akan mengalami penurunan kualitas hidup yang relatif sedang.

c. *Severe Insomnia*

Yaitu kesulitan dalam memulai dan mempertahankan tidur di sepanjang malam dan hampir di setiap hari. Biasanya diikuti dengan penurunan kualitas hidup yang berat.

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 1990 (Laniwaty) (2001), bahwa tingkat insomnia dari yang paling ringan adalah sebagai berikut:

a. *Insomnia Transient* (Sementara)

Yaitu insomnia yang berlangsung kurang dari seminggu.

b. *Insomnia Jangka Pendek*

Yaitu kesulitan tidur yang berlangsung selama 1-4 minggu.

c. *Insomnia Kronis* (Jangka Panjang)

Yaitu kesulitan tidur yang berlangsung lebih dari sebulan.

4. Dampak Insomnia

Insomnia dapat memberi efek pada kehidupan seseorang, diantaranya sebagai berikut:

- a. Efek fisiologis: karena kebanyakan insomnia diakibatkan oleh *stress*.
- b. Efek psikologis: dapat berupa gangguan memori, gangguan konsentrasi, kehilangan motivasi, depresi dan lain-lain.
- c. Efek fisik/somatik: dapat berupa kelelahan, nyeri otot, hipertensi dan sebagainya.

- d. Efek sosial: dapat berupa kualitas hidup yang terganggu, seperti susah mendapat promosi pada lingkungan kerjanya, kurang bisa menikmati hubungan sosial dan keluarga.
- e. Kematian orang yang tidur kurang dari 5 jam semalam memiliki angka harapan hidup lebih sedikit dari orang yang tidur 7-8 jam semalam. Hal ini mungkin disebabkan karena penyakit yang mengindikasikan insomnia yang memperpendek angka harapan hidup atau karena *high arousal state* yang terdapat pada insomnia. Selain itu, orang yang menderita insomnia memiliki kemungkinan dua kali lebih besar untuk mengalami kecelakaan lalu lintas jika dibandingkan dengan orang yang normal (Turana, 2007).

5. Perilaku Merokok

Perilaku merokok dilihat dari berbagai sudut pandang sangat merugikan, baik untuk diri sendiri maupun orang di sekelilingnya. Dilihat dari sisi individu yang bersangkutan, ada beberapa riset yang mendukung pernyataan tersebut. Dikatakan oleh Kendal & Hammen bahwa dilihat dari sisi kesehatan, pengaruh bahan-bahan kimia yang dikandung rokok seperti nikotin, CO (karbonmonoksida) dan tar akan memacu kerja dari susunan syaraf pusat dan susunan syaraf simpatis sehingga mengakibatkan tekanan darah meningkat dan detak jantung bertambah cepat (Komasari & Helmi, 2000), menstimulasi penyakit kanker dan berbagai penyakit lain seperti penyempitan pembuluh darah, tekanan darah tinggi, jantung, paru-paru, dan *bronchitis* kronis (Kaplan *et al.*, 2013).

Perilaku merokok didefinisikan sebagai suatu aktivitas membakar tembakau, kemudian menghisapnya dan menghembuskannya keluar dan dapat menimbulkan asap yang dapat terhisap oleh orang-orang disekitarnya serta dapat menimbulkan dampak buruk baik bagi si perokok itu sendiri maupun orang-orang disekitarnya (Putra, 2013).

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, perokok merupakan orang yang suka merokok dan dibagi menjadi dua macam perokok yaitu:

- a. Perokok aktif, yaitu orang yang merokok secara aktif.
- b. Perokok pasif, yaitu orang yang menerima asap rokok saja, bukan perokoknya sendiri.

Menurut Sitepoe (2000), tipe perokok terbagi atas empat bagian, yaitu:

- a. Perokok ringan yaitu seseorang yang mengkonsumsi rokok antara 1-10 batang perhari.
- b. Perokok sedang yaitu seseorang yang mengkonsumsi rokok antara 11-20 batang perhari.
- c. Perokok berat yaitu seseorang yang mengkonsumsi rokok lebih dari 20 batang perhari.

Berdasarkan *Global Youth Tobacco Survey* tahun 2014 menyatakan bahwa Indonesia merupakan negara dengan angka perokok remaja tertinggi di dunia. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Dian dan Avin (2000), dipaparkan bahwa terdapat 3 faktor penyebab perilaku merokok pada remaja yaitu kepuasan psikologis, sikap permisif orang tua terhadap perilaku merokok remaja, dan

pengaruh teman sebaya. Menurut Leventhal & Clearly, terdapat 4 tahap dalam perilaku merokok sehingga menjadi perokok yaitu (Dian & Avin, 2000):

- a. Tahap *Preparatory*. Seseorang mendapatkan gambaran yang menyenangkan mengenai merokok dengan cara mendengar, melihat, atau dari hasil bacaan. Hal-hal ini menimbulkan minat untuk merokok.
- b. Tahap *Initiation*. Tahap perintisan merokok yaitu tahap apakah seseorang akan meneruskan ataukah tidak terhadap perilaku merokok.
- c. Tahap *Becoming A Smoker*. Apabila seseorang telah mengkonsumsi rokok sebanyak 4 batang per hari maka mempunyai kecenderungan menjadi perokok.
- d. Tahap *Maintenance of Smoking*. Tahap ini merokok sudah menjadi salah satu bagian dari cara pengaturan diri (*self-regulating*). Merokok dilakukan untuk memperoleh efek fisiologis yang menyenangkan.

6. Dampak Rokok Bagi Kesehatan

Menurut *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC, 2014) dikatakan bahwa asap rokok mengandung lebih dari 7.000 senyawa yang dapat menyerang sistem imun. Suatu penyakit akan dengan mudah mengalami perkembangan jika sistem imun tidak dapat bekerja dengan baik. Beberapa penyakit yang dapat memburuk karena perilaku merokok adalah:

- a. Infeksi bakteri dan virus, terutama pada paru-paru. Misalnya pneumonia, influenza, dan tuberkulosis.
- b. Periodontal atau penyakit gusi.
- c. *Bacterial meningitis*, yaitu penyakit yang menyerang lapisan membran yang melindungi otak dan sumsum tulang belakang.
- d. Infeksi yang terjadi pasca pembedahan.
- e. *Rheumatoid arthritis*.
- f. *Crohn's disease*, yaitu penyakit serius pada sistem pencernaan.
- g. Kanker.

Menurut Suryo (2007) dan Yumaria (2002) juga dikatakan bahwa bahaya yang dapat ditimbulkan dari merokok diantaranya adalah sebagai berikut:

- a. Kebutaan.
- b. Katarak.
- c. Kanker.
- d. Periodontitis.
- e. Asma.
- f. Kelahiran bayi prematur.
- g. Tulang rapuh.
- h. Leukemia.
- i. Insomnia.

Menurut WHO dikatakan pula bahwa kematian dan kesakitan terbesar di dunia disebabkan karena merokok. Dampak rokok tak hanya mengenai para

perokok aktif saja namun para perokok pasif pun juga dapat terkena dampak dari asap rokok seperti yang dipaparkan *United States Department of Health and Human Services* (USDHHS, 2006) bahwa perokok pasif ikut merasakan dampak asap rokok yang ada di sekitarnya. Diantaranya yaitu dapat mengakibatkan kematian dini dan menimbulkan berbagai macam penyakit. Dikatakan bahwa setengah dari anak-anak di dunia merupakan perokok pasif. Anak-anak dan orang dewasa mempunyai resiko yang berbeda-beda. Resiko *sudden infant death syndrome* meningkat pada anak. Anak-anak juga akan lebih mudah terkena infeksi pernafasan akut, infeksi THT dan memperburuk asma. Pada orang dewasa yang merupakan perokok pasif, asap rokok akan meningkatkan resiko gangguan kardiovaskuler serta meningkatkan resiko penyakit jantung koroner dan kanker paru.

7. Hubungan Perilaku Merokok Dengan Insomnia

Berdasarkan *international journal of humanities and social science* tahun 2014, studi mengenai hubungan antara gejala psikologis dengan tingkat ketergantungan nikotin ditemukan bahwa terdapat hubungan yang positif signifikan antara gangguan obsesif kompulsif, kecemasan umum, pikiran paranoid dan psikosis, insomnia, serta gejala anoreksia dengan tingkat ketergantungan nikotin. Gejala psikologis yang dimaksud dalam studi tersebut adalah gangguan obsesif kompulsif, kecemasan umum, pikiran paranoid dan psikosis, insomnia, dan gejala anoreksia yang dibedakan menjadi tiga kelompok utama yaitu gangguan kecemasan, gangguan mood atau perasaan, dan gangguan psikosis. Studi tersebut memaparkan bahwa tingkat ketergantungan nikotin mempengaruhi

kadar kemunculan gejala psikologis dan dalam kasus tersebut yang menjadi perhatian penelitian peneliti yaitu insomnia yang merupakan cabang dari gangguan psikotik. Dimana semakin tinggi tingkat ketergantungan seseorang terhadap nikotin maka terjadi peningkatan kemunculan insomnia (Mustafa Koç, *et al.*, 2014).

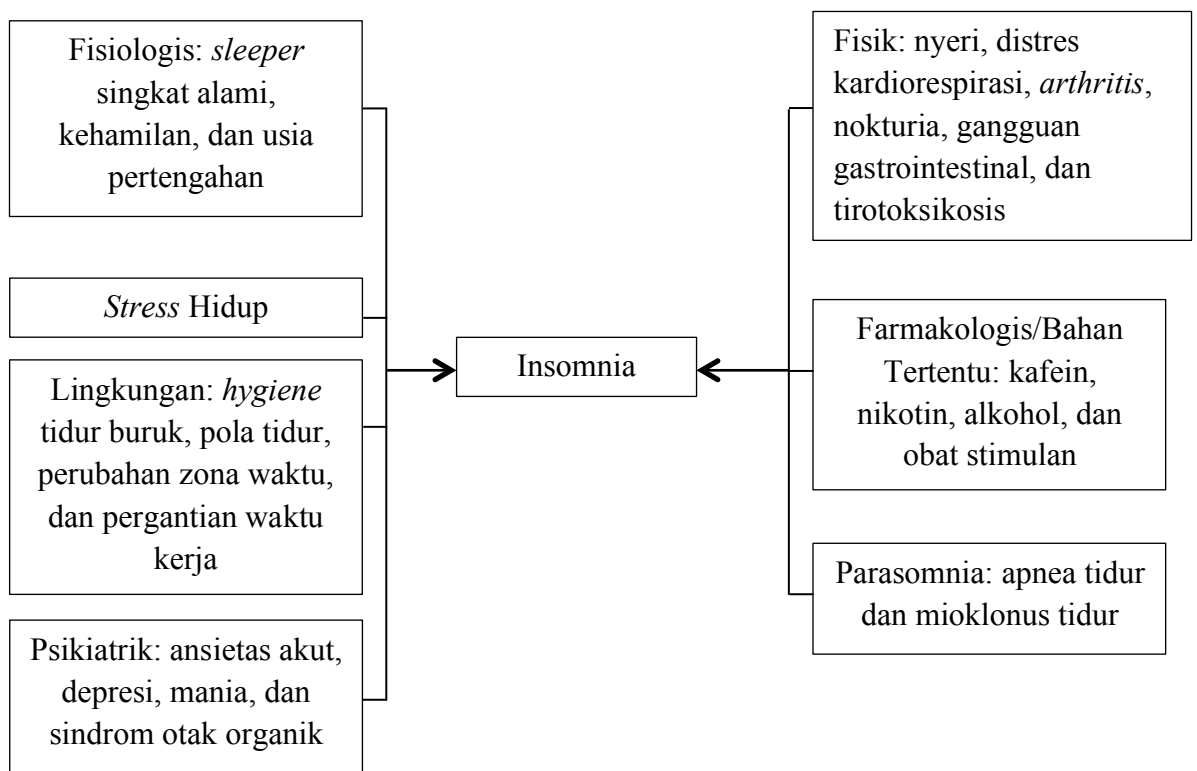
Penelitian tentang durasi tidur dan insomnia sebagai faktor risiko penyakit kardiovaskuler dan penyebab kematian pada 3.430 etnis Cina di Taiwan yang dilakukan oleh Chien, *et al.* (2010) juga didapatkan hasil bahwa jika dibandingkan dengan subyek penelitian yang tidur selama 7-8 jam, mereka yang tidur ≤ 5 jam dan ≥ 9 jam diantaranya adalah laki-laki, perokok, dan meminum alkohol. Sehingga dapat disimpulkan bahwa salah satu faktor risiko dalam terjadinya insomnia adalah perilaku merokok. Hal tersebut didukung dengan data dalam penelitian tersebut dimana 31,7% dari 889 responden merupakan perokok yang mengalami *occasional insomnia*, 30,5% dari 351 responden merupakan perokok yang mengalami *frequent insomnia*, dan 29,5% dari 78 responden merupakan perokok yang mengalami insomnia hampir setiap hari (*daily insomnia*).

Hubungan antara perilaku merokok dengan gangguan tidur juga pernah dilakukan oleh Punjabi, *et al.* (2006) dalam penelitian analisis spektral aktivitas gelombang otak dengan EEG (elektroensefalogram), dimana dalam penelitian tersebut menunjukkan hasil bahwa perbandingan antara perokok dengan bukan perokok yaitu perokok memiliki rata-rata prosentase yang lebih tinggi pada gelombang alpha (15,6 % vs 12,5 %) dan prosentase lebih rendah pada gelombang delta (59,7 % vs 62,6 %). Hal tersebut mengartikan bahwa perokok menghabiskan

lebih banyak waktu pada stadium *light sleep* dan sedikit waktu di stadium *deep sleep* dibandingkan orang yang tidak merokok.

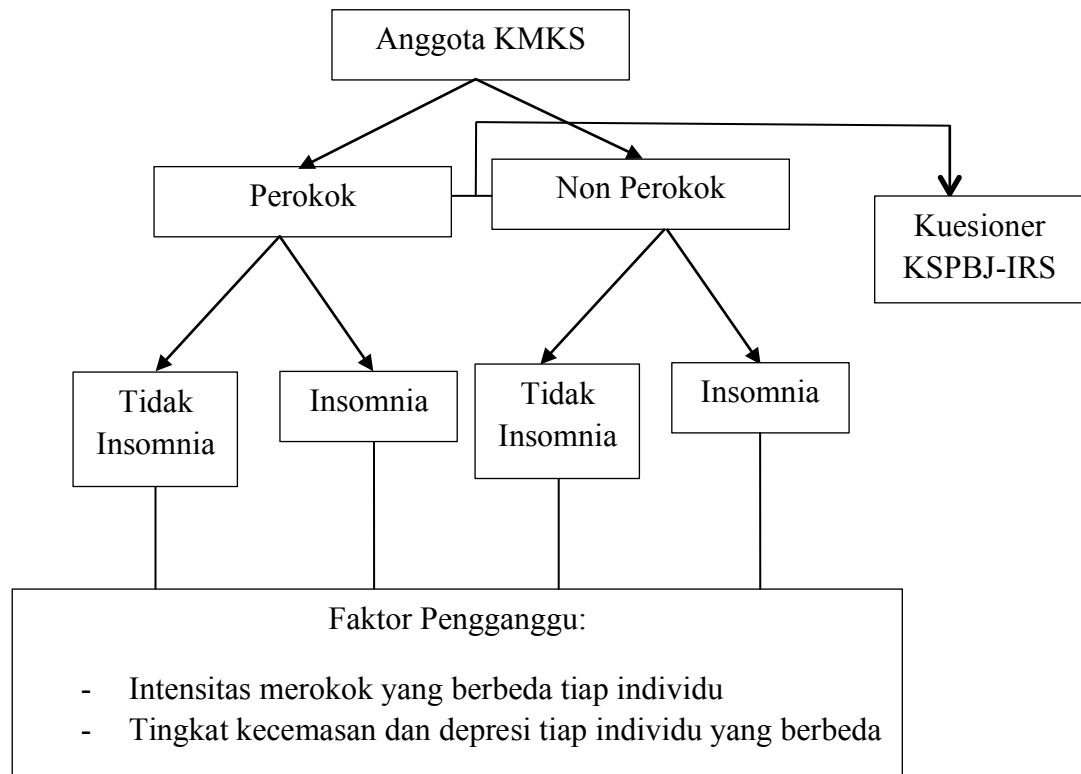
Rafknowledge (2004) dalam bukunya “Insomnia dan Gangguan Tidur Lainnya” juga menyebutkan bahwa salah satu faktor penyebab terjadinya insomnia adalah nikotin yaitu rokok. Nikotin merupakan stimulan yang dapat mengganggu tidur.

B. Kerangka Teori



Kerangka teori menurut Puri, Laking, dan Treasaden (2002)

C. Kerangka Konsep



D. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat hubungan antara perilaku merokok dengan kejadian insomnia pada anggota keluarga mahasiswa Klaten Surabaya angkatan 2013-2015.