

**Nama rumpun ilmu :
Kedokteran dan ilmu kesehatan/Aging**

**LAPORAN
PENELITIAN UNGGULAN PRODI**



**EFEKTIFITAS TERAPI PALIATIF KOMPLEMENTER TERHADAP
KUALITAS TIDUR DAN HIDUP *KDQOL* PENDERITA PENYAKIT
GINJAL KRONIS**

Disusun oleh

**Titiek Hidayati, Dr. dr. M. Kes.
0508096801/19680908200104173048**

**Falasifah Ani Yuniarti, S.Kep, NS,MAN, HNC
0527067701/ 19770627200204173056**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2015**

HALAMAN PENGESAHAN

1. Judul Penelitian: **Efektifitas Terapi Paliatif Komplementer Terhadap Kualitas Tidur dan Hidup *KDQOL* Penderita Penyakit Ginjal Kronik**
2. Waktu Pelaksanaan : 8 bulan
3. Ketua Tim Pengusul
 - a. Nama Lengkap : Dr. Titiek Hidayati, M.Kes
 - b. Jenis Kelamin : Perempuan
 - c. NIK/ NIDN : 173003/0506076801
 - d. Pangkat/Golongan : Lektor / IIIc
 - e. Prodi/Fakultas : Kedokteran Umum/ FKIK UMY
 - f. Alamat : Jalan Lingkar Barat, Tamantirto, Kasihan, Bantul
 - g. Telp./Faks/ : (0274) 387656 / (0274) 387646
 - h. Alamat Rumah : Jl. Kapt. P. Tendean 59, Yk 55252
 - i. Telp./ e-mail : 08157904942 / hidayatifikumy@yahoo.co.id
4. Anggota:
 - a. Nama : Falasifah Ani Yuniarti, S.Kep, NS,MAN, HNC
 - Jenis Kelamin : Perempuan
 - NIK/ NIDN : 173056/0527067701
 - Pangkat/Golongan : Asisten Ahli/ IIIa
 - Prodi/ Fakultas : Keperawatan/ FKIK UMY
 - b. Anggota mahasiswa: Muhammad Fajarulhuda 20120310191
Ninda Frymonalitza 20120310191
6. Anggaran yang diusulkan : Rp 18.000.000,-

Yogyakarta, 30 Maret 2015

Mengetahui,
Dekan FKIK UMY

Ketua Tim

dr. Ardi Pramono, Sp.An., M.Kes.
19691213199807173031

Dr.dr. Titiek Hidayati, M.Kes
19680908200104173048

Menyetujui kepala LP3M

Hilman Latief, S. Ag., MA. Ph.D
113033

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN KTI.....	Error! Bookmark not defined.
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR ISI.....	2
DAFTAR BAGAN	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR TABEL.....	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR SINGKATAN	Error! Bookmark not defined.
DAFTAR LAMPIRAN.....	Error! Bookmark not defined.
<i>ABSTRACT</i>	4
INTISARI.....	Error! Bookmark not defined.
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	5
B. Rumusan Masalah	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	7
E. Keaslian Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Pustaka	9
1. Penyakit Ginjal Kronis	9
2. Kualitas Hidup Penderita Penyakit Ginjal Kronik dan Instrumen KDQOL SF-36	Error! Bookmark not defined.
3. <i>Sleep Hygiene</i>	Error! Bookmark not defined.
4. Aromaterapi	Error! Bookmark not defined.
B. Kerangka Konsep	16
C. Hipotesis.....	Error! Bookmark not defined.
BAB III METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian.....	17
B. Populasi dan Sampel Penelitian	17
C. Lokasi dan Waktu Penelitian	20
D. Variabel Penelitian	Error! Bookmark not defined.
E. Definisi Operasional.....	Error! Bookmark not defined.
F. Alat dan Bahan Penelitian.....	Error! Bookmark not defined.
G. Cara Pengumpulan Data.....	Error! Bookmark not defined.
H. Uji Validitas dan Reliabilitas	22
I. Analisis Data	24
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	26
1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	26
2. Gambaran Karakteristik Responden.....	26
3. Gambaran Kualitas Hidup dan hasil pengujian hipotesis pada responden.....	27
B. Pembahasan.....	30
1. Gambaran karakteristik demografi responden.....	30

2. Pengaruh Intervensi <i>Sleep Hygiene dan</i> aromaterapi terhadap Kualitas Hidup	30
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	31
B. Saran.....	31
DAFTAR PUSTAKA	34
LAMPIRAN	

ABSTRACT

Background: Patient with Chronic Renal disease experience reduction of kidney function progressively then they will suffer kidney failure. Sleep disorder is a common problem in patients with chronic kidney disease with a high prevalence. Despite it is hard to cure, the expense of the treatment and care is very expensive. Complains about sleep disturbance and excessive daytime sleepiness is very common about 80% from all the patients. This condition effect the quality of sleep and the quality of life. Sleep hygiene is a routine to achieve good quality of sleep and lavender aromatherapy improved associated symptoms such as restlessness, disturbed sleep and somatic complaints had a beneficial influence on general well-being and quality of life. Currently, there are many lines of therapy that can be used to improve quality of sleep both pharmacological and non-pharmacological therapy. Sleep hygiene and aromatherapy is a non-pharmacological therapy to improve sleep quality.

Methods: this quantitative study purposed to determine the effects of intervention of Sleep Hygiene & Aromatherapy combination to improve the quality of sleep and quality of life in patients with Chronic Kidney Disease design with pre- and post-test with control group design. 50 patient was examined and intervention was given for about two weeks and then the patient take the posttest to see the effect correspond to the KDQOL-SF questionnaire and Pittsburg questionnaire.

Results: Based on research data mean score of sleep quality in patients with chronic kidney disease is 9.45 and its included to the category of bad sleep quality. For KDQOL-SF questionnaire, the result from paired test analysis show $p=0,002$ and result from independent test analysis show $p=0,001$. Then for Pittsburg questionnaire, Paired T-Test analysis concluded that there was no significant decrease in the pretest and posttest scores in the control group, with $p = 0.815$ (sig. $P < 0.05$) and there is a decrease in sleep quality scores significantly in the intervention group with $P = 0,000$ (sig. $p < 0.05$). While the results of the analysis of differences in pretest scores and intervention control group showed no significant difference with $p = 0.822$ (sig. $P < 0.05$) and there were significant differences of posttest scores control and intervention group $P = 0,000$ (sig. $P < 0.05$). Both of above analysis describe that the intervention give an effect in the quality of life by improvement in sleep disturbance.

Conclusion: combination of sleep hygiene and aromatherapy have an impact to enhance the quality of life and quality of sleep of chronic renal disease patients through the results of pre and post test of KDQOL-SF 36 and Pittsburg Sleep Quality Index questionnaire.

Key Word: Chronic renal disease, Sleep Hygiene, aromatherapy, sleep disturbance, quality of life, quality of sleep

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyakit ginjal kronis (PGK) adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang irreversible, sehingga pada derajat tertentu akan memerlukan terapi pengganti fungsi ginjal yang berupa hemodialisis atau transplantasi ginjal (Luana, 2012). Keadaan dimana ginjal lambat laun mulai tidak dapat melakukan fungsinya dengan baik disebut dengan penyakit Ginjal Kronis. Penyakit Ginjal Kronis makin banyak menarik perhatian dan makin banyak dipelajari karena walaupun sudah mencapai tahap gagal ginjal terminal akan tetapi penderita masih dapat hidup panjang dengan kualitas hidup yang cukup baik (Kazama, 2009). Penyakit ginjal kronis juga dapat terjadi apabila nilai GFR kurang dari $60\text{mL}/\text{menit}/1,73\text{m}^2$, yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan, dengan atau tanpa kerusakan ginjal (Luana, 2012).

Penyakit ginjal kronis merupakan permasalahan di bidang nefrologi dengan angka kejadian yang masih cukup tinggi. Selain sulit disembuhkan, biaya perawatan dan pengobatannya sangat mahal. Secara global lebih dari 500 juta orang mengalami Gagal Ginjal Kronis (GGK). Sementara di Indonesia ada sekitar 1,5 juta orang yang hidupnya harus tergantung pada terapi hemodialisa (Russell, *et al.*, 2011). Di Amerika Serikat, data tahun 1995-1999 menyatakan

insidensi penyakit ginjal kronis diperkirakan 100 kasus perjuta penduduk pertahun, dan angka ini meningkat sekitar 8% setiap tahunnya. Di Malaysia, dengan populasi 18 juta, diperkirakan terdapat 1800 kasus baru gagal ginjal pertahunnya. Di negara-negara berkembang lainnya, insidensi ini diperkirakan sekitar 40-60 kasus perjuta penduduk pertahun (Sudoyo, 2010).

Keluhan tentang gangguan tidur dan *excessive daytime sleepiness* adalah hal yang biasa dikalangan pasien dengan penyakit ginjal kronis. Gangguan tidur merupakan hal yang biasa terjadi pada pasien PGK dengan prevalensi yang cukup tinggi (Shariati *et al.*, 2012). Masalah gangguan tidur ini biasanya berkaitan dengan pergerakan ekstremitas secara periodik selama tidur atau *sleep apnea* yang mengakibatkan mengantuk pada siang hari dan hal-hal lain termasuk iritabilitas, kebingungan, depresi, atau paranoid, yang dapat menghambat pemulihan penyakit (Shariati *et al.*, 2012). Prevalensi gangguan tidur setiap tahun cenderung meningkat, hal ini juga sesuai dengan peningkatan usia dan berbagai penyebabnya (Pearce, 2008).

Menurut penelitian, banyak faktor yang menyebabkan tingginya prevalensi masalah tidur primer, seperti karakteristik demografi, hubungan dengan penyakit metabolik, efek dari pengobatan, yang menempatkan pasien dengan risiko kantuk. Gangguan tidur termasuk onset tidur yang tertunda, sering terbangun saat tidur, *restless legs syndrome*, insomnia, kantuk siang hari, sangat sering pada pasien ESRD. Hal ini berpengaruh terhadap kualitas tidur dan juga ikut mempengaruhi kualitas hidup pasien (Fonseca, 2014).

Tidur merupakan kebutuhan dasar manusia yang ditandai dengan aktivitas fisik yang minimal, penurunan kesadaran, perubahan proses fisiologi tubuh dan penurunan respon terhadap rangsangan dari luar (Kurnia *et al.*, 2009). Tidur merupakan salah satu cara untuk melepaskan kelelahan jasmani dan kelelahan mental. Dengan tidur semua keluhan hilang atau berkurang dan akan kembali mendapatkan tenaga serta semangat untuk menyelesaikan persoalan yang dihadapi (Anwar, 2011). Tidur mempunyai manfaat besar bagi tubuh. Manfaat tidur antara lain dapat mengembalikan keseimbangan dan aktivitas saraf pusat pada level normal. Tidur juga bermanfaat untuk sintesis protein yang memungkinkan terjadinya proses perbaikan (Kozier, 2004). Memperoleh kualitas tidur terbaik penting untuk peningkatan kesehatan dan pemulihan individu yang sakit (Potter & Perry, 2009).

Gangguan tidur merupakan suatu kumpulan kondisi yang dicirikan dengan gangguan dalam jumlah, kualitas, atau waktu tidur pada seorang individu (Haryono *et al.*, 2009). Gangguan tidur merupakan salah satu keluhan yang paling sering ditemukan pada penderita yang berkunjung ke praktek. 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). Beberapa gangguan tidur dapat mengancam jiwa baik secara langsung (misalnya insomnia yang bersifat keturunan dan fatal dan apnea tidur obstruktif) atau secara tidak langsung misalnya kecelakaan akibat gangguan tidur (Anwar, 2011).

Diperkirakan jumlah penderita akibat gangguan tidur setiap tahun semakin lama semakin meningkat sehingga menimbulkan masalah kesehatan (Japardi, 2002). Dalam beberapa dekade terakhir, penelitian epidemiologi mengungkapkan bahwa jumlah anak remaja yang mengalami gangguan tidur semakin meningkat (Haryono *et al.*, 2009). siswa SLTP dan SMU menunjukkan prevalensi gangguan tidur yang bervariasi mulai dari 15,3% hingga 39,2%, bergantung pada jenis gangguan tidur yang dialami (Ohida *et al.*, 2004). Gangguan tidur dapat menyebabkan gangguan pada kemampuan intelektual, motivasi yang rendah, ketidakstabilan emosional, depresi bahkan resiko gangguan penyalahgunaan zat. Pilihan untuk mengatasinya antara lain latihan tidur higienis, latihan relaksasi dan terapi pengontrolan stimulus yang kesemuanya dapat dipadukan dengan pengobatan bila diindikasikan. Penggunaan obat-obatan untuk induksi tidur memiliki kerugian atau keterbatasan, meliputi harga, efek samping dan toleransi terhadap obat tidur berkembang dengan cepat (Kurnia *et al.*, 2009).

Kualitas hidup pasien dengan masalah ginjal berfokus pada perencanaan perawatan yang baik, *end-of-life decisions*, terapi konserfatif dan *withdrawal from dialysis* haruslah didukung dengan perawatan paliatif yang adekuat (Fassett, *et al.*, 2011). Paliative care bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup melalui intervensi pada nyeri, aktivitas, mual, muntah, depresi, kecemasan, kantuk, nafsu makan dan kesejahteraan (Stephelrgerg, 2014). Dalam perawatan paliatif, intervensi yang diberikan haruslah sesuai dengan diagnosa dalam rangka meningkatkan kenyamanan pasien dengan status sakit

kronis. Intervensi tersebut dapat berupa manajemen nyeri, *patient self-control management*, aromaterapi, *sleep hypnosis*, *guided imagery* dan lain-lain (Bakitas, 2014).

Sleep hygiene merupakan praktek perilaku yang berdasarkan pada pengetahuan kita terhadap fisiologi tidur dan farmakologi, yang telah terbukti dapat meningkatkan kualitas tidur (Jefferson *et al.*, 2005). Dalam salah satu penelitian yang mengevaluasi penanganan dengan meditasi, kontrol stimulus, dan *sleep hygiene* untuk memperbaiki tidur penderita insomnia. Telah terbukti bahwa *sleep hygiene* lebih efektif dibandingkan pilihan terapi lainnya (Jefferson *et al.*, 2005).

Salah satu pilihan terapi pengganti untuk terapi farmakologis untuk peningkatan kualitas tidur adalah *Cognitive-Behavioral Therapies* (CBTs), yang termasuk didalamnya *sleep hygiene* dan terapi relaksasi yang merupakan terapi non farmakologis dan biasanya tanpa efek samping.

Selain penggunaan intervensi *non invasive* tunggal seperti *sleep hygiene* dapat juga digunakan terapi kombinasi dengan terapi relaksasi. Terapi relaksasi dapat dilakukan untuk jangka waktu yang terbatas dan biasanya tidak memiliki efek samping (Potter & Perry, 2009). Aromaterapi merupakan salah satu terapi relaksasi yang banyak digunakan saat ini. Pengobatan ini menempati peringkat kedua untuk metode yang paling sering digunakan oleh perawat dalam praktek klinis (Wheaver & Shutes, 2011). Aromaterapi adalah suatu proses terapi penyembuhan yang menggunakan sari tumbuhan dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan tubuh, pikiran, dan jiwa (Namni *et*

al., 2005). Salah satu minyak esensial untuk peningkatan kualitas tidur yang banyak digunakan adalah minyak lavender (*Lavendula L*). Beberapa penelitian mengatakan bahwa penggunaan aromaterapi memiliki efek positif terhadap peningkatan kualitas tidur (Price & Price, 2007).

Theofilou (2014) dalam jurnal *Nephrology and Therapeutic* menyebutkan bahwa penggunaan aromaterapi dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan masalah ginjal erat hubungannya dengan kenyamanan dan efek relaksasi yang diraih pasien. Efek relaksasi tersebut dipicu oleh pengeluaran hormon endorpin saat terapi. Fasset (2012) dalam jurnal *Nephrology* juga menyinggung adanya pengaruh yang signifikan dari pemberian *Sleep Hygiene* terhadap kualitas tidur pasien dengan gagal ginjal kronis yang berhubungan erat dengan peningkatan kualitas hidup pasien tersebut.

Dari penjelasan diatas maka dapat ditarik kesimpulan bahwa penderita penyakit ginjal kronik yang sedang menjalani hemodialisis memiliki resiko tinggi terkena gangguan tidur, sehingga mempengaruhi kualitas tidur pasien yang nantinya secara tidak langsung berpengaruh pada kualitas hidup pasien. Karena gangguan tidur dapat mengganggu produktivitas individu maka perlu dicari solusi yang tidak memiliki efek samping yang begitu besar serta efektif terhadap biaya yang dikeluarkan.

Berdasarkan uraian diatas maka penelitian tentang pengaruh pemberian kombinasi *Sleep hygiened* dan Aromaterapi terhadap kualitas hidup dan kualitas

tidur penderita penyakit ginjal kronis di unit hemodialisa PKU Muhammadiyah Unit 2 Yogyakarta perlu untuk dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang penelitian di atas, maka dirumuskan masalah sebagai berikut: “Apakah ada pengaruh kombinasi *Sleep hygiened* dan Aromaterapi terhadap peningkatan kualitas hidup dan kualitas tidur penderita penyakit ginjal kronis?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis yang sedang di hemodialisa di RS PKU Muhammadiyah 2 Gamping.

2. Tujuan Khusus:

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pengaruh kombinasi *sleep hygiened* dan aromaterapi terhadap kualitas hidup dan kualitas tidur pasien penyakit ginjal kronis.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan mampu memberikan manfaat bagi:

1. Manfaat Teoritis

Dapat dijadikan referensi ilmiah untuk penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh *sleep hygiened* dan aromaterapiterhadap Kualitas Hidup penderita penyakit ginjal kronis.

2. Manfaat Praktis

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan masukan kepada masyarakat, puskesmas dan Dinas Kesehatan dalam menggiatkan promosi kesehatan terutama penanganan *end-of-life care* pada pasien penyakit ginjal kronis.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Penyakit Ginjal Kronis

Penyakit Ginjal Kronik (PGK) adalah sebuah entitas dan didefinisikan sebagai kerusakan ginjal atau laju filtrasi glomerulus (GFR) $< 60 \text{ mL/ menit/ } 1.73 \text{ m}^2$ untuk ≥ 3 bulan. PGK sekarang telah menjadi masalah kesehatan masyarakat di seluruh dunia karena prevalensi yang meningkat, biaya tinggi dan *output* yang buruk. Asosiasi independen dan bergradasi antara tingkat yang lebih rendah antara perkiraan GFR (eGFR) dan risiko kematian, kejadian kardiovaskular dan rawat inap telah terbukti, dan ulasan risiko ini terutama terlihat pada eGFR < 60 . (Tanase-Nakao, *et al.*, 2014).

Penyakit ginjal kronik adalah suatu keadaan klinis yang ditandai dengan penurunan fungsi ginjal yang *irreversible*, sehingga pada derajat tertentu akan memerlukan terapi pengganti fungsi ginjal yang berupa hemodialisis atau transplantasi ginjal. Kriteria penyakit ginjal kronik adalah kerusakan ginjal yang terjadi lebih dari 3 bulan, berupa kelainan struktural atau fungsional, dengan atau tanpa penurunan laju filtrasi glomerulus (*glomerulus filtration rate/GFR*), dengan manifestasi kelainan patofisiologis, dan kelainan ginjal termasuk kelainan dalam komposisi darah atau urin, atau kelainan dalam tes pencitraan. Penyakit ginjal kronik juga dapat terjadi apabila nilai GFR kurang dari $60 \text{ mL/ menit/ } 1,73 \text{ m}^2$,

yang berlangsung selama lebih dari 3 bulan, dengan atau tanpa kerusakan ginjal (Adiatma, 2014).

Penyakit ginjal kronik terjadi setelah berbagai macam penyakit merusak massa nefron ginjal. Sebagian besar penyakit ini merupakan penyakit parenkim ginjal difuse bilateral, meskipun lesi obstruktif pada traktus urinarius juga dapat menyebabkan gagal ginjal kronik (Price & Wilson, 2005).

Penyakit Ginjal Kronik merupakan salah satu penyakit yang memiliki risiko morbiditas dan mortalitas yang tinggi di dunia. Di Amerika Serikat, data tahun 1995-1999 menyatakan insidensi penyakit ginjal kronis diperkirakan 100 kasus perjuta penduduk pertahun, dan angka ini meningkat sekitar 8% setiap tahunnya. Di Malaysia, dengan populasi 18 juta, diperkirakan terdapat 1800 kasus baru gagal ginjal pertahunnya. Di negara-negara berkembang lainnya, insidensi ini diperkirakan sekitar 40-60 kasus perjuta penduduk pertahun (Sudoyo, 2010). Terutama di Indonesia penyakit ini sudah menjadi masalah utama di fasilitas kesehatan. Menurut O'hare, *et al.*, (2007), Penyakit Ginjal Kronik adalah penyakit yang lebih banyak diderita di populasi orang tua. Biasanya Penyakit Ginjal Kronik pada umur yang lebih muda berhubungan erat dengan hilangnya fungsi ginjal, tapi pada pasien diatas umur 65 tahun dengan Penyakit Ginjal Kronik, 30% dari mereka tidak menderita hilangnya fungsi ginjal yang progresif.

Indonesia sendiri belum memiliki sistem registrasi yang lengkap di bidang penyakit ginjal, namun di Indonesia diperkirakan 100 perjuta penduduk atau sekitar 20.000 kasus baru dalam setahun. Selain itu mahalnya tindakan hemodialisis masih merupakan masalah besar dan diluar jangkauan sistem kesehatan. Pada tahun 1996, pemerintah melalui PT. Askes Indonesia telah membiayai 14 miliar rupiah untuk pasien-pasien dengan hemodialisis kronik, yang berarti hanya 15% dari seluruh pasien gagal ginjal terminal. Sebagian besar pasien penyakit ginjal datang mencari pertolongan dalam keadaan terlambat dan pada stadium tidak dapat pulih. Hal ini disebabkan karena penyakit ginjal pada stadium awal umumnya tidak bergejala. Perawatan ginjal fase pre-dialitik jarang dilakukan. Satu penelitian dari Surabaya menunjukkan bahwa rujukan terlambat kepada ahli ginjal terjadi pada 56% pada pasien laki-laki dan 26% pada pasien perempuan (Surhayadi, 2014). Penyakit ginjal kronis merupakan masalah medik, sosial dan ekonomi yang sangat besar bagi pasien dan keluarganya, khususnya di negara-negara yang sedang berkembang yang memiliki sumber-sumber terbatas untuk membiayai pasien dengan gagal ginjal terminal. Sebagian besar negara-negara yang sedang berkembang ini jarang memiliki registrasi nasional untuk penyakit ginjal. Dengan demikian insidensi dan prevalensi penyakit ginjal kronis (PGK) serta bebannya terhadap sistem pelayanan kesehatan dan luaran pada pasien dengan gagal ginjal terminal tidak diketahui. Insidensi

tahunan gagal ginjal terminal dilaporkan bervariasi mulai dari 4 perjuta di Bolivia sampai 254 perjuta penduduk di Puerto Rico (Kher, 2002).

Adapun respon yang muncul pada pasien PGK antara lain yaitu penurunan kadar hemoglobin darah dan gangguan tidur (Rompas, 2013). Prevalensi gangguan tidur setiap tahun cenderung meningkat, hal ini juga sesuai dengan peningkatan usia dan berbagai penyebabnya. Pasien dengan PGK yang mengalami masalah dengan kualitas tidurnya dapat dipengaruhi oleh menurunnya kadar hemoglobin dalam darah yaitu ≤ 10 gram% atau hematokrit $\leq 30\%$ (Pearce, 2008).

Pasien yang mendapat dukungan baik dari keluarga namun mengalami depresi sedang menurut asumsi peneliti dapat disebabkan oleh masalah finansialnya karena sebagian besar responden tidak bekerja. Faktor ekonomi juga menjadi salah satu faktor yang berpengaruh, sebagian besar pasien merupakan laki-laki yaitu sebanyak 70% yang dimana berperan sebagai kepala keluarga yang seharusnya mencari nafkah namun dengan kondisinya sekarang responden tidak mampu bekerja hal ini terbukti dengan pasien yang tidak bekerja sebanyak 36,7% (Pratiwi, 2014).

2. Tidur

a. Definisi Tidur

Tidur adalah periode istirahat untuk tubuh dan pikiran, yang selama masa ini kemauan dan kesadaran ditanggihkan sebagian atau seluruhnya dan fungsi-fungsi tubuh sebagian dihentikan (Dorland, 2010). Menurut Prayitno (2002) Tidur adalah kondisi organisme yang

sedang istirahat secara reguler, berulang dan reversibel dalam keadaan dimana ambang rangsang terhadap rangsangan dari luar lebih tinggi jika dibandingkan dengan keadaan jaga. Tidur merupakan salah satu cara untuk melepaskan kelelahan jasmani dan kelelahan mental. Dengan tidur semua keluhan hilang atau berkurang dan akan kembali mendapatkan tenaga serta semangat untuk menyelesaikan persoalan yang dihadapi (Japardi, 2002). Tidur dikarakteristikan oleh penurunan kesadaran dan respon terhadap stimulasi internal maupun eksternal, tetapi seringkali kejadian yang mengagetkan dapat membangunkan individu dari tidur. Namun demikian, tidur bukanlah proses pasif, tetapi sebuah keadaan dimana aktivitas otak diistirahatkan (Allen, 2009). Hampir sepertiga dari waktu yang dimiliki individu digunakan untuk tidur, karena tidur dapat memulihkan atau mengistirahatkan fisik setelah seharian melakukan aktivitas, mengurangi stres dan kecemasan, serta dapat meningkatkan kemampuan menyimpan memori dan konsentrasi saat melakukan aktivitas (Bornstein, 1998). Dari beberapa pengertian tidur maka dapat disimpulkan bahwa tidur adalah suatu kebutuhan hidup dasar manusia yang ditandai dengan menurunnya tingkat kesadaran dan kewaspadaan individu, dengan pola dan siklus tertentu, yang dilakukan oleh tubuh untuk kepentingan istirahat.

b. Gangguan Tidur

Gangguan tidur primer terdiri atas dissomnia dan parasomnia. Dissomnia adalah suatu kelompok gangguan tidur yang heterogen termasuk : (i) insomnia primer, (ii) hipersomnia primer, (iii) narkolepsi, (iv) gangguan tidur yang berhubungan dengan pernafasan, dan (v) gangguan tidur irama sirkadian. Parasomnia adalah suatu kelompok gangguan tidur termasuk : (i) gangguan mimpi menakutkan (*nightmare disorder*), (ii) gangguan teror tidur, dan (iii) gangguan tidur berjalan (Prayitno, 2002).

Menurut Japardi (2002), Klasifikasi Gangguan tidur adalah :

a. Dissomnia

1. Gangguan tidur intrinsik

Narkolepsi, gerakan anggota gerak periodik, sindroma kaki gelisah, obstruksi saluran nafas, hipoventilasi, post traumatik kepala, tidur berlebihan (hipersomnia), idiopatik.

2. Gangguan tidur ekstrinsik

Tidur yang tidak sehat, lingkungan, perubahan posisi tidur, toksik, ketergantungan alkohol, obat hipnotik atau stimulan.

3. Gangguan tidur irama sirkadian.

Jet-lag sindroma, perubahan jadwal kerja, sindroma fase terlambat tidur, sindroma fase tidur belum waktunya, bangun tidur tidak teratur, tidak tidur selama 24 jam.

b. Parasomnia

1. Gangguan arosal

Gangguan tidur berjalan, gangguan tidur teror, arosal konfusional

2. Gangguan antara bangun-tidur.

Gerak tiba-tiba, tidur berbicara, kram kaki, gangguan gerak berirama

3. Berhubungan dengan fase REM.

Gangguan mimpi buruk, gangguan tingkah laku, gangguan sinus arrest.

4. Parasomnia lain-lainnya

Bruxism (otot rahang mengeram), mengompol, sukar menelan, distonia parosismal.

c. Gangguan tidur berhubungan dengan gangguan kesehatan/psikiatri

1. Gangguan mental

Psikosis, anxietas, gangguan afektif, panik (nyeri hebat), alkohol.

2. Berhubungan dengan kondisi kesehatan

Penyakit degeneratif (demensia, parkinson, multiple sklerosis), epilepsi, status epilepsi, nyeri kepala,

Huntington, post traumatik kepala, stroke, Gilles de-la tourette sindroma.

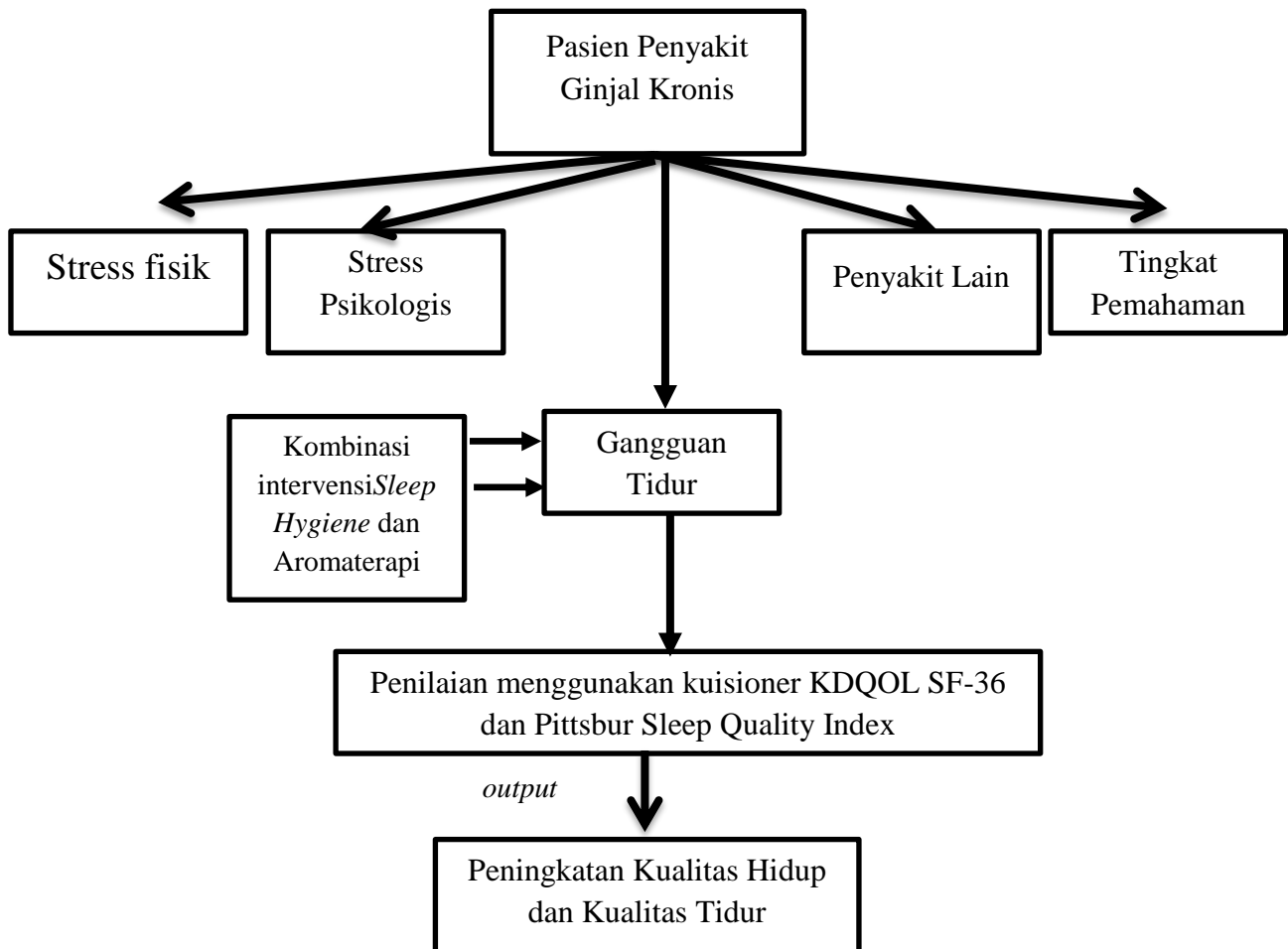
3. Berhubungan dengan kondisi kesehatan

Penyakit asma, penyakit jantung, ulkus peptikus, sindroma fibrositis, refluks gastrointestinal, penyakit paru kronis (PPOK).

d. Gangguan tidur yang tidak terklasifikasi.

B. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah dirangkum dari berbagai sumber, maka disusun kerangka konsep penelitian yang dapat dijelaskan melalui gambar berikut



Bagan 1. Hubungan Intervensi *Sleep Hygiene* dan Aromaterapi terhadap peningkatan kualitas hidup dan kualitas tidur pasien penyakit Ginjal Kronis

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif. Jenis penelitian ini menggunakan *quasiexperimental pretest and posttest with control group design*. Penelitian ini menggunakan dua kelompok, dimana kelompok perlakuan diberikan intervensi sedangkan kelompok kontrol tidak. Pada kedua kelompok diberlakukan *pre test* dengan 2 kuisioner, dan setelah diberikan intervensi diadakan pengukuran kembali (*post test*) (Nursalam, 2013). Tujuannya untuk mengetahui efek intervensi kombinasi *Sleep Hygiene & aromaterapi* terhadap peningkatan kualitas tidur dan kualitas hidup pada pasien Penyakit Ginjal Kronis.

B. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi Penelitian

Populasi merupakan wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang

ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik Besar Sampel

Sampel pada penelitian kali ini adalah semua pasien yang didiagnosa mengidap penyakit ginjal kronis dan menjalani hemodialisis rutin yang mengalami gangguan tidur dan diambil secara *total sampling*. Besar sampel yang diperlukan dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan rumus perkiraan besar sampel untuk data numerik terhadap uji beda dua mean kelompok berpasangan atau paired dependet (Madiyono, 2011), yaitu :

$$n = \left(\frac{(Z\alpha + Z\beta)S}{Z1 - Z2} \right)^2$$

Keterangan :

n : Besar sampel kelompok intervensi

$Z\alpha$: Deviat baku alpha (1,96)

$Z\beta$: Deviat baku beta (0,842)

S : Simpangan baku dari rerata selisih (pustaka)

$Z1 - Z2$: Selisih rata-rata kedua kelompok yang bermakna

Peneliti menggunakan nilai standar deviasi dan peningkatan rata-rata kualitas tidur dari penelitian yang dilakukan oleh Trihadi., *et al* (2014) tentang, diketahui $S= 1,09$ dan selisih kualitas tidur yang dianggap bermakna adalah 1, maka :

$$n = \left(\frac{(1,96 + 0,842)1,09}{1} \right)^2$$

$$= \left(\frac{3,05418}{1} \right)^2$$

$$= (3,05418)^2$$

$n = 9,33 \rightarrow$ dibulatkan keatas menjadi 10 orang

Antisipasi kemungkinan subjek terpilih yang *drop out*, *loss to follow-up*, atau subjek yang tidak taat, maka perlu dilakukan koreksi terhadap besar sampel, dengan menambahkan sejumlah subjek agar besar sampel tetap terpenuhi (Madiyono, 2011).

$$n' = \frac{n}{(1 - f)}$$

n : Besar sampel yang dihitung

f : Perkiraan proporsi *drop out*

$$n' = \frac{10}{(1 - 0,3)}$$

$$n' = \frac{10}{0,7}$$

$n' = 14,3 \rightarrow$ pembulatan keatas menjadi 15

Jumlah minimal sampel yang digunakan adalah 15 responden yang masuk kedalam kelompok intervensi dan 15 orang yang masuk kedalam kelompok kontrol. Dengan demikian jumlah minimal keseluruhan responden sebanyak 30 orang.

2. Kriteria Inklusi dan Eksklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- 1) Pasien Penyakit Ginjal Kronis dalam kondisi stabil dan sedang menjalani hemodialisa minimal 2 kali seminggu
- 2) Pasien mempunyai keluhan sulit tidur
- 3) Berusia 21-60 tahun
- 4) Tidak buta huruf
- 5) Bersedia diwawancarai, bersedia mengikuti alur penelitian dan diintervensi serta komunikatif

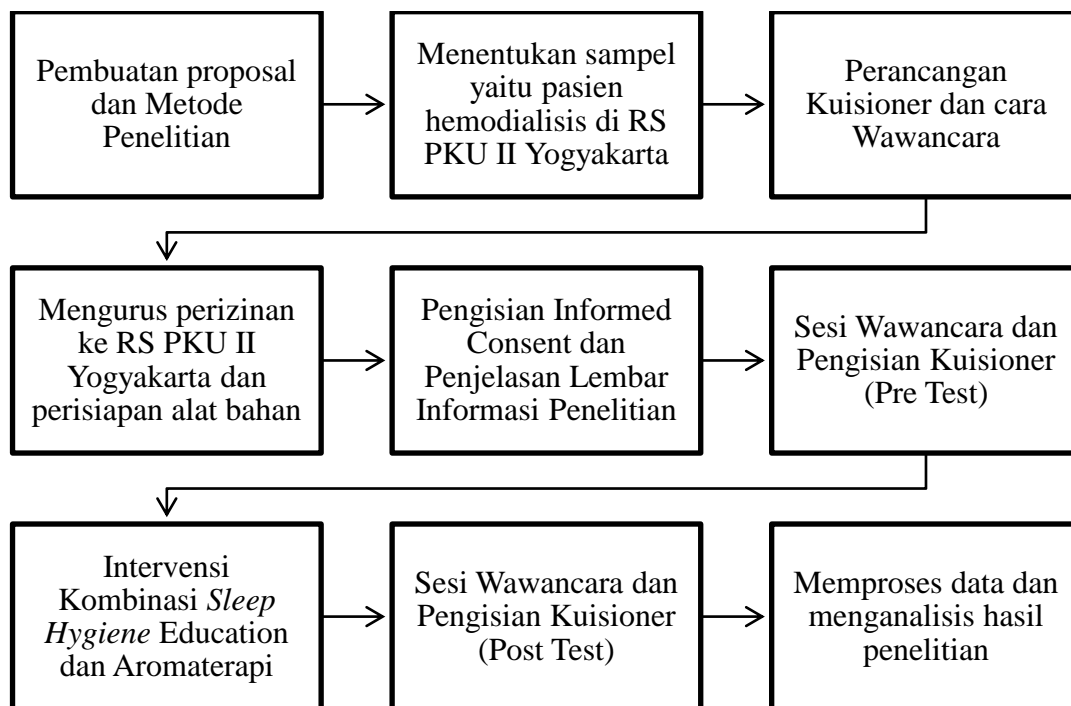
Kriteria eksklusi adalah mengeluarkan subjek yang tidak memenuhi kriteria inklusi. kriteria eksklusi adalah:

- 1) Pasien tidak dapat secara langsung terlibat dalam wawancara dan pengisian kuisisioner
- 2) Pasien dalam kondisi gawat atau tidak stabil
- 3) Pasien yang mengundurkan diri dari penelitian
- 4) Pasien tidak bersedia memberikan informasi yang tertera dalam kuisisioner dan data pribadi secara lengkap.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Dalam penelitian ini, lokasi yang digunakan peneliti untuk melakukan penelitian adalah di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Sementara waktu yang dibutuhkan untuk penelitian ini

kurang lebih selama 4 bulan, yaitu terhitung dari minggu pertama bulan Mei 2015 sampai minggu pertama bulan September 2015.



Bagan 2. Cara Pengumpulan Data

D. Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas adalah suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar-benar mengukur apa yang di ukur. Realibilitas adalah ukuran yang menunjukkan bahwa alat ukur yang digunakan dalam penelitian berperilaku mempunyai keandalan sebagai alat ukur, diantaranya di ukur melalui konsistensi hasil pengukuran dari waktu ke waktu jika fenomena yang diukur tidak berubah. Sementara validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan bahwa variabel yang diukur memang benar-benar variabel yang hendak diteliti oleh peneliti (Zulganef, 2006).

Dikutip dari Kuisisioner KDQOL Version 1.2 didapatkan bahwa konsistensi realibilitas internal yang terukur dari pasien penyakit ginjal melebihi 0,80, dengan dua pengecualian yaitu 0.68 untuk fungsi kognitif, 0,61 untuk

kualitas interaksi sosial. Nilai rerata untuk penyakit ginjal ini dimulai dari angka 25,26 (status pekerjaan, SD= 37.82) hingga 79,11 (fungsi kognitif, SD=19,75 dengan persentase toral 1-100. Realibilitas terhitung 8 dari 36 skala juga cukup dapat diterima dan berkisar daro 0,78 sampai 0,92. Penghitungan realibilitas dan nilai rerata untuk 36 item survey kesehatan terhadap rasa sakit dan skala kesehatan umum sangat mirip saat dinilai dengan RAND atau SF-36, walaupun penilaian RAND mempunyai cakupan yang mempunyai nilai lebih tinggi untuk skala rasa sakit, seperti yang sudah dicatat sebelumnya. Validitas dan Realibilitas dari KDQOL – SF Version ini telah tervalidasi dengan baik dan telah digunakan luas di banyak negara dalam menilai kualitas hidup pada pasien penyakit ginjal.

Menurut Buysse (1989) *The Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) adalah kuesioner yang menilai kualitas tidur dan disturbansinya dengan interval waktu lebih dari satu bulan. 19 butir poin berkembang menjadi tujuh “komponen” penilaian: kualitas tidur subjektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi tidur, gangguan-gangguan tidur, penggunaan obat-obatan untuk tidur, dan disfungsi tidur saat siang hari. Jumlah penilaian untuk tujuh komponen ini menghasilkan satu penilaian global. *Clinical properties* dan *clinimetric properties* dari PSQI dinilai dalam waktu lebih dari 18 bulan dengan subjek yang memiliki kualitas tidur yang “baik” (subjek yang sehat, $n = 52$) dan subjek dengan kualitas tidur yang “buruk” (pasien yang mengalami depresi, $n = 54$; pasien dengan gangguan tidur, $n = 62$). *Acceptable measures* dari homogenitas internal, konsistensi (*test-retest reliability*), dan validitas

telah diperoleh. Penilaian global PSQI > 5 menghasilkan 89,6% sensitivitas dan 86,5% spesifisitas ($\kappa = 0.75$, $p \leq 0.001$) dalam membedakan orang dengan kualitas tidur yang baik dan buruk. Mengacu pada *clinometric properties* dan *clinical properties* dari PSQI maka PSQI disarankan dapat dipakai sebagai instrumen dalam praktek klinik dan aktivitas riset. Validitas dan Realibilitas dari PSQI ini telah tervalidasi dengan baik dan telah digunakan luas di banyak negara dalam menilai kualitas tidur seseorang.

E. Analisis Data

Analisis data suatu penelitian melalui prosedur bertahap antara lain:

1. Analisis Univariat

Analisis univariat digunakan untuk menganalisis data karakteristik demografi responden yang akan ditampilkan dengan penyebaran presentase dan frekuensi (Notoadmodjo, 2010).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk menganalisis hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat (Notoatmodjo, 2010). Analisis bivariat digunakan peneliti untuk mencari adanya pengaruh aromaterapi lavender dan *sleep hygiene* sebelum (*pretest*) dan sesudah (*posttest*) intervensi. Sebelumnya peneliti akan melakukan uji normalitas. Normalitas data akan diuji dengan *Shapiro-Wilk* karena memiliki responden kurang dari 50 orang. Data yang dikatakan terdistribusi secara

normal jika nilai signifikan $> 0,05$ dan dikatakan data terdistribusi tidak normal jika nilai signifikan $< 0,05$.

Apabila data terdistribusi dengan normal maka menggunakan tes parametrik, yang tujuannya untuk mengetahui perbedaan nilai pretest dan post-test pada masing kelompok kontrol dan eksperimen dengan menggunakan uji *Paired T-Test* (Dahlan, 2013).

Apabila data tidak terdistribusi dengan normal maka peneliti akan menggunakan tes non-parametrik, yang tujuannya untuk melihat perbedaan nilai pretest dan post-test pada masing kelompok kontrol dan eksperimen dengan menggunakan uji *Wilcoxon*.(Dahlan, 2013).

Setelah melakukan uji berpasangan, peneliti akan melakukan uji tidak berpasangan yaitu dengan menggunakan Uji *Independent T-Test* untuk melihat perbandingan signifikan antara kelompok kontrol dan eksperimen. Terdapat perbedaan yang signifikan jika nilai $P < 0,05$ (Dahlan, 2013).

Tahapan-tahapan analisis data yang akan dilakukan :

1. Input data

Input data adalah memasukkan data yang diperoleh dari kuisioner untuk diolah.

2. *Editing*

Editing adalah pengoreksian data yang telah dikumpulkan.

3. Koding

Pembuatan kode pada tiap data yang telah diperoleh.

4. Tabulasi

Membuat tabel-tabel yang berisikan data yang telah diberi kode.

5. Analisis data

Setelah data didapatkan lalu terkumpul kemudian ditabulasi. Data tersebut diolah menggunakan program komputer.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

2. Gambaran Karakteristik Responden

Karakteristik Subjek yang dianalisis hubungannya dengan kualitas hidup adalah Jenis Kelamin, Berat Badan, Respirasi, Nadi, Ureum, Kreatinin, Hemoglobin, Tekanan Darah, Umur, Pekerjaan, Lama Hemodialisis dan Penyakit Komorbiditas. Seluruh karakteristik subjek ditampilkan dalam Tabel 2.

Tabel 2. Gambaran Karakteristik Responden Pasien Ginjal Kronis dengan Kualitas Hidup

BB = Berat Badan; RR = Respiratort Rate; N = Nadi; Kr = Kreatinin; Ur = Ureum; Hb = Hemoglobin; TD-S = Tekanan darah Sistol; TD-D = Tekanan darah Diastol

Tabel 3. Gambaran Karakteristik Responden Pasien Ginjal Kronis dengan Kualitas Hidup

JK = Jenis Kelamin; Lama HD = Lama Hemodialisis; PK = Penyakit Komorbiditas; P = Pekerjaan

Tabel 4.

Gambaran karakteristik responden kelompok kontrol dan intervensi berdasarkan berat badan, respirasi, nadi, ureum, kreatinin, hemoglobin, tekanan darah sistol dan tekanan darah diastol.

Sumber: Rekam medis dan buku saku Hemodialisis

3. Gambaran Kualitas Hidup dan hasil pengujian hipotesis pada responden

a. Distribusi Frekuensi Responden

Tabel 6.

Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol pada Pretest dan Post test (n=49)

Tabel 6 menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi pretest diperoleh responden dengan tingkat kualitas hidup dalam kategori baik hanya sejumlah 8 orang (33,3%).

Tabel 7

Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Kelompok Eksperimen dan Kelompok Kontrol pada Pretest dan Post test (n=49)

Berdasarkan tabel 7 yang menggambarkan nilai klasifikasi kualitas tidur responden sesuai komponen pada PSQI didapatkan bahwa komponen 1 yang menggambarkan kualitas tidur subjektif didominasi oleh klasifikasi cukup baik sebanyak 20 responden (50%).

Tabel 8

Hasil Rerata Skoring Kualitas Tidur Responden

Berdasarkan tabel 8 yang menggambarkan rerata skor kualitas tidur responden didapatkan bahwa rerata skor kualitas tidur responden adalah 9,45 atau dapat dikatakan tidak baik.

b. hasil pengujian hipotesis kelompok intervensi dan kelompok kontrol pada awal *pretest* dan akhir *posttest*.

Tabel 9.

Hasil uji analisis berpasangan untuk melihat perbedaan tingkat kualitas hidup pada kelompok Intervensi dan kontrol

Hasil pengujian hipotesis menggunakan uji non parametrik untuk menguji *pretest* dan *posttest* kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronis pada kelompok intervensi diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,002

Tabel 10

Perbedaan Perubahan Kualitas Tidur pada Kelompok Intervensi dan Kontrol

c. Hasil analisa perbedaan tingkat kualitas hidup dan kualitas tidur responden *pretest* dan *posttest* pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol

Tabel 11.

Hasil uji analisis tidak berpasangan untuk melihat perbedaan tingkat kualitas hidup sebelum (Pretest) dan sesudah (Posttest) pada kedua kelompok (Intervensi dan Kontrol)

Dilakukan uji non parametrik tidak berpasangan dan diperoleh nilai $p= 0,922$ yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang bermakna saat dilakukan pretest pada kedua kelompok penelitian. Didapatkan pula penjelasan berdasarkan table diatas bahwa hasil dari uji non parametrik tidak berpasangan memperoleh hasil nilai $p= 0,001$ yang menunjukkan bahwa terjadi perbedaan bermakna saat dilakukan posttest pada kedua kelompok penelitian.

Tabel 12

Hasil Analisis Perbedaan Skor *Pretest* dan *Posttest*

Berdasarkan tabel 5, telah dilakukan uji *Independent Samples T-Test* diperoleh nilai $P=0,822 > 0,05$

Pembahasan

1. Kualitas Hidup

a. Gambaran karakteristik demografi responden

Tekanan darah pada sebagian besar responden, baik tekanan darah sistol maupun tekanan darah diastol, pada penelitian adalah tinggi. Hal ini dapat menjelaskan bahwa sebagian besar responden menderita hipertensi. Dari data dapat dilihat bahwa rata-rata tekanan darah sistol adalah 155 mmHg dan rata-rata tekanan darah diastole adalah 86 mmHg. Dari penelitian yang dilakukan oleh Insani (2014) bahwa mayoritas pasien gagal ginjal yang hipertensi sebanyak 68,8% dari jumlah seluruh populasi. Hal yang tidak jauh berbeda juga didapatkan kesamaan pada rata-rata tekanan darah sistol yaitu 148 mmHg dan tekanan darah diastole yaitu 90 mmHg.

b. Pengaruh Intervensi *Sleep Hygiene* dan aromaterapi terhadap Kualitas Hidup

Penelitian ini dilakukan dengan desain kuasi eksperimental *pretest* dan *posttest* dengan grup kontrol. Derajat keyakinan adalah 95%, maka $p \text{ Value} = 5 \% (0,05)$ yang mempunyai arti hipotesis diterima jika $P \text{ Value} < 0,05$.

2. Kualitas Tidur

Menurut Stenley & Beare (2006) *Sleep Quality* (SQ) atau kualitas tidur merupakan efisiensi tidur (jumlah waktu tidur berbanding dengan waktu berbaring di tempat tidur) yang dibutuhkan agar pemulihan fungsi tubuh tercapai secara optimal. Hal ini akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan fungsional di siang hari, seperti pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari, pemenuhan *activity daily living*, dan menikmati QoL yang tinggi

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka didapatkan kesimpulan sebagai berikut:

Gambaran pengaruh peningkatan kualitas hidup terhadap pemberian *sleep hygiene* dan aromaterapi pada pasien penyakit ginjal kronis yang menjalani hemodialisis di RS PKU Muhammadiyah 2 Gamping. Dengan hasil $p=0,001$ yang menunjukkan bahwa terjadi perbedaan bermakna saat dilakukan post test pada kedua kelompok penelitian. Saran

1. Bagi pasien

Penggunaan terapi paliatif menggunakan metode *sleep hygiene* dan aromaterapi untuk pasien dengan penyakit ginjal kronis yang sedang menjalani hemodialisis terbukti bermanfaat untuk membantu keluhan

tidur juga meningkatkan kualitas hidup. Hal ini mungkin dapat didiskusikan dengan dokter di lingkungan rumah sakit sehingga dapat diterapkan dengan baik.

2. Bagi unit pelayanan kesehatan (Rumah sakit/Puskesmas)
 - a. Pemantauan rutin secara holistik bagi pasien penyakit ginjal yang sedang menjalani hemodialisis perlu dilakukan, mengingat sebagian besar pasien tidak patuh dalam segi diet sehingga mempengaruhi Hb. Dan secara tidak langsung mempengaruhi kualitas hidup.
 - b. Membantu pasien untuk berdiskusi tentang permasalahan baik yang dirasakan secara fisik maupun mental dan kejiwaan agar tercapai kualitas hidup yang baik, setelah itu diharapkan dokter dapat membantu pasien dalam menyelesaikannya.
 - c. Penggunaan edukasi *sleep hygiene* yang dikombinasikan dengan aromaterapi lavender (*Lavendula L*) dapat digunakan sebagai salah satu bentuk terapi *non invasive* dengan tingkat efek samping serta biaya yang rendah.
3. Bagi peneliti lain
 - a. Harus dikaji lebih jauh lagi tentang efek gabungan *sleep hygiene* dan aromaterapiberkaitan dengan masing-masing aspek pada kualitas hidup responden. Karena banyaknya aspek dalam kualitas

hidup kadang berpotensi menimbulkan bias, ada baiknya bila diteliti satu persatu secara spesifik.

- b. Meneliti hubungan mana yang lebih kuat antara *sleep hygiene* saja dan aromaterapi saja atau gabungan antara keduanya. Diharapkan apabila ternyata seluruhnya berkesinambungan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien, maka hal ini dapat sangat bermanfaat dalam memilih terapi untuk pasien.
- c. Perlu dikembangkan penelitian selanjutnya tentang pengaruh-pengaruh eksternal maupun internal yang dapat berpengaruh pada kualitas tidur pasien gagal ginjal kronis yang sedang menjalani terapi hemodialisis. kemudian, peneliti selanjutnya juga dapat melakukan penelitian terkait bentuk terapi lain yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas tidur pada pasien gagal ginjal kronis yang sedang menjalani terapi hemodialisis. Penelitian ini memiliki keterbatasan cara penyampaian edukasi yang hanya lewat penjelasan personal, saran untuk peneliti selanjutnya dapat menggunakan media edukasi yang lebih menarik dan komunikatif agar dapat lebih dimengerti oleh responden penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiatma, D. C. (2014). Prevalensi dan Jenis Anemia pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis Reguler (Studi di RSUP DR, Kariadi Semarang). Skripsi.
- Arzi, A., Sela, L., Green, A., Givaty, G., Dagan, Y., Sobel, N. (2010). The influence of odorants on respiratory patterns in sleep. *Chemical Senses*, pp. 31-40.
- A Safitrie, A. M. (2013). Studi Komparatif Kualitas Tidur Perawat Shift dan Non Shift di Unit Rawat Inap dan Unit Rawat Jalan. *Prosiding Konferensi Nasional PPNI Jawa Tengah*.
- Althasian Boas Rompas, J. T. (2013). Hubungan Kadar Hemoglobin dengan Kualitas Tidur Pasien Penyakit Ginjal Kronik di Poli Ginjal dan Hipertensi BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *eJournal Keperawatan, Vol.1, No.1*.
- Anwar, Z. (2011). Penanganan Gangguan Tidur pada Lansia.
- Arif Muttaqin, K. S. (2011). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bakitas, M., Lyons, K. D., Hegel, M. T., Balan, S., Barnett, K. N., Brokaw, F. C., Byock, I. R., Hull, J. G., Li, Z., McKinstry, E., Seville, J. L., Ahles, T. A. (2014). The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial to Improve Palliative Care for Patients with Advanced Cancer. *JAMA: The journal of the American Medical Association*, 1(Palliative Care), pp. 1-9. Mar;7(1):75-86.
- Barulich, Anna Lynn., Rizzardi, Kristy., Sunden, Kerith. (2012). Sleep Hygiene In Hospitalized Adults. *Pharmacy and Nursing Student Research and Evidence-Based Medicine Poster Session*. Paper 28. http://digitalcommons.cedarville.edu/pharmacy_nursing_poster_session/28
- Beddhu, S., Pappas, L. M., Ramkumar, N., Samore, M. (2003). Effects of Body Size and Body composition on Survival in Hemodialysis Patients. Division of Nephrology and Hypertension.
- Chadijah, S., Wirawanni, Y. (2013). The Differences in Nutrition Status, Ureum and Creatinin Levels among Chronic Renal Failure with Diabetes Mellitus and Non Diabetic Patients in RSUD d. Zainoel Abidin Banda Aceh.

- Bahasa, P. P. (2009). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Jakarta: Departemen Pendidikan dan Kebudayaan.
- Barulich, A. L., Rizzardi, K., & Sunden, K. (2012). Sleep Hygiene in Hospitalized Adults.
- Buyse, D. J., III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* , 193-213.
- Chien, Li-Wei., Cheng, S., Liu, C. (2012). The effect of lavender aromatherapy on autonomic nervous system in midlife women with insomnia. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. Department of Obstetrics and Gynecology, Taipei Medical University Hospital, Taipei, Taiwan*.
- Cho, M., Min, E. S., Hur, M.-H., Lee, M. S. (2013). Effects of Aromatherapy on the Anxiety, Vital Signs, and Sleep Quality of Percutaneous Coronary Intervention Patients in Intensive Care Units. *Hindawi Publishing Corporation*. Epub 2013 Feb 17.
- Christina Weaver, J. S. (2011). *Aromatherapy For Bodyworkes 4th Edition*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Corwin, E. J. (2009). *Buku Saku Patofisiologi : Sistem Kardiovaskular. Edisi 1*. Jakarta: EGC.
- Dahlan, M. S. (2013). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Dorland, W. A. (2010). *Kamus Kedokteran Dorland*. Jakarta: EGC.
- Dwi Kurnia, A., Wardhani, W., & Tri Rusca, K. (2009). Aromaterapi Bunga Lavender Memperbaiki Kualitas Tidur pada Lansia. *Jurnal Kedokteran Brawijaya, Vol. XXV No. 2* , 83-86.
- Eduard A. Iliescu, H. C. (2003). Quality of sleep and health-related quality of life in Haemodialysis Patients. *Nephrology Dialysis Transplantation* .
- Ehrhart-Bornstein, Hinson, J., Bornstein, S., Scherbaum, W., & Vinson, G. (1998). Intraadrenal interactions in the regulation of adrenocortical steroidogenesis. *Endocr Rev*.
- Fahmia, N. I., Mulyati, T., Handarsari, E. (2012). Hubungan Asupan Energi dan Protein dengan Status Gizi pada Penderita Gagal Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa Rawat Jalan di RSUD Tugurejo Semarang. *Tesis*.

- Fasset, R. G., Robertson, I. K., Mace, R., Youl, L., Challenor, S., Bull, R. (2011). Palliative care in end-stage kidney disease. *Nephrology*, 16(Kidney Disease), pp. 4-12. Jan;16(1):4-12.
- Fonseca, N. T., Santos, I. R., Fernandes, V., Fernandes, V. A. T., Lopes, V. C. D., Luis, V. F. O. (2014). Excessive daytime sleepiness in patients with chronic kidney disease undergone hemodialysis.
- Fructuoso, M. R., Castro, R., Oliveira, L., Prata, C., Morgado, T. (2011). Quality of Life in Chronic Kidney Disease. *Originales*; 31(1): 91–96. doi: 10.3265/Nefrologia.pre2010.Jul.10483
- Ginting, A. R. (2010). Manifestasi Oral pada Penyakit Ginjal Kronis. *Skripsi*. Divisi Nefrologi & Hipertensi. Departemen Ilmu Penyakit Dalam FKUSU.
- Goes, T. C., Antunes, F. D., Alves, P. B., Teixeira-Silva, F. (2012). Effect of sweet orange aroma on experimental anxiety in humans. *J Altern Complement Med*; 18(8):798-804. doi: 10.1089/acm.2011.0551. Epub 2012 Jul 31.
- Goel Namni, K. H. (2005). An olfactory stimulus modifies nighttime sleep in young men and women. *Chronobiology International* .
- Guyton, A. C., & E.Hall, J. (2007). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Hirokawa, K., Nishimoto, T., Taniguchi, T. (2012). Effects of lavender aroma on sleep quality in healthy Japanese students. *Percept Mot Skills*; 114(1):111-22.
- Haryono, A., Rindiarti, A., Arianti, A., Pawitri, A., Ushuluddin, A., Setiawati, A., et al. (2009). Prevalensi Gangguan Tidur pada Remaja Usia 12-15 Tahun di Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama. *Sari Pediatri* .
- Howard, S., & Hughes, B. M. (2008). Expectancies, not aroma, explain impact of lavender aromatherapy on psychophysiological indices of relaxation in young healthy women. *British Journal of Health Psychology* , 603-617.
- Ingsathit, A., Thakkinstian, A., Chaiprasert, A., Sangthawan, P., Gojaseni, P., Kiattisunthorn, K., Ongaiyooth, L., Vanavanan, S., Sirivongs, D., Thirakhupt, P., Mittal, B., Singh, A. K. (2009). Prevalence and risk factors of chronic kidney disease in the Thai adult population: Thai SEEK study. *Nephrol Dial Transplant* (2010) 25: 1567–1575 doi: 10.1093/ndt/gfp669

- Insani, T. E. (2014). Gambaran Tekanan Darah dan Berat Badan Pasien Gagal Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisis di RSUD Stella Maris Makassar.
- Iliescu, E. A., Coo, H., McMurray, M. H., Meers, C. L., Quinn, M. M., Singer, M. A., et al. (2003). Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* , 126-132.
- Jefferson, T. D., Schmidt-Nowara, W., Jessop, C. A., Ahearn, J. (2010). Sleep Restriction Therapy and Hypnotic Withdrawal versus sleep hygiene education in hypnotic using patients with insomnia. *J Clin Sleep Med*. 2010 Apr 15;6(2):169-75
- Johnson, D. & Roberson, A., 2013. The Evaluation of the Effectiveness of Relaxation Training and Sleep Hygiene Education for Insomnia of Depressed Patients. *Clinical Scholars Review*, pp. 39-46(8).
- Joshi, V., Suchin, V., Lim, J, 2010. Smoking Cessation: Barriers, Motivators and the Role of Physicians - A Survey of Physicians and Patients. *Proceedings of Singapore Healthcare, Volume 19*, pp. 45-153.
- J., C. E. (2009). *Buku Saku Patofisiologi : Sistem Kardiovaskular. Edisi 1*. Jakarta: EGC.
- Japardi, I. (2002). Gangguan Tidur. *USU digital library* .
- Jefferson, C. D., Drake, C. L., Scofield, H. M., Myers, E., McClure, T., Roehrs, T., et al. (2005). Sleep Hygiene Practices in a Population-Based Sample of Insomniacs. *SLEEP, Vol. 28, No. 5* , 611-615.
- Kamaluddin, R., Rahayu, E. (2009). Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan Asupan Cairan pada Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisis di RSYD prof. Dr . Margono Soekarjo Purwokerto. *The Soedirman Journal of Nursing*. Vol. 4 No. 1.
- Kazama, J. K., Kazama, S., Koda, R., Yamatomo, S., Narita, I., Gejyo, F. (2009). The Risk Of Gallbladder Stone Formation Is Increased in Patients with Predialysis Chronic Kidney disease but not Undergoing Chronic Hemodialysis therapy. *Nephron Clinic Practice*, pp. 111: c167-c172.
- Khawaja, I. S., Azeem, M. W., Ebrahim, A., Niazi, S. K.(2014). Non-Pharmacological Management Of Chronic Insomnia in Clinical Practice. *Minnesota Regional Sleep Disorders Center at Hennepin County Medical Center*, p. 34.
- Korevaar, J., Jansen, M. A. M., Merkus, M. P., Dekker, F. W., Boerchoten, E. W., Krediet, R. T. (2010). Quality of Life in Predialysis End-Stage Renal Disease Patients At The Initiation of Dialysis Therapy. Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics. *Peritoneal Dialysis International*, pp. 69-75.

- Koulivand, P. H., Khaleghi Ghadiri, M., & Gorji, A. (2013). Lavender and the nervous system. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine, 2013*.
- Kaku, A., Nishinoue, N., Takano, T., Eto, R., Kato, N., Ono, Y., et al. (2012). Randomized Controlled Trial on the Effects of a Combined Sleep Hygiene Education and Behavioral Approach Program on Sleep Quality in Workers with Insomnia. *Industrial Health, 52-59*.
- Kher, V. (2002). End-stage renal disease in developing countries. *Kidney International, Vol. 62, 350-362*.
- Kozier, B., Harvey, S., & Morgan-Samuel, H. (2004). *Fundamentals of Nursing : Concepts, Process and Practice 7th Ed*. New Jersey: Pearson Education.
- Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2010). *Principles and Practice of Sleep Medicine (5th Ed.)*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Kurnia, A. D., Wardhani, V., & Rusca, K. T. (2009). Aromaterapi Bunga Lavender Memperbaiki Kualitas Tidur pada Lansia. *Jurnal Kedokteran Brawijaya* .
- LeBourgeois, M. K., Giannotti, F., Cortesi, F., Wolfson, A. R., Harsh, J.(2005). The Relationship Between Reported Sleep Quality and Sleep Hygiene in Italian and American Adolescents. *PEDIATRICS*, p. 257;115(1 Suppl):257-65
- Lee, Y.-L., Wu, Y., Tsang, H. W., Leung, A. Y., Cheung, M. W.(2011). A Systematic Review on the Anxiolytic Effects of Aromatherapy in People with Anxiety Symptoms. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, pp. 101-108;17(2):101-8. doi: 10.1089/acm.2009.0277. Epub 2011 Feb 10.
- Lillehei, A. S.(2014). Effect of Lavender Aromatherapy via Inhalation and Sleep Hygiene on Sleep in College Students with Self-reported Sleep Issues. *Disertation*. Retrieved from the University of Minnesota Digital Conservancy, <http://hdl.handle.net/11299/165750>.
- Lim, J. & Dinges, D. F. (2010). A meta-analysis of the impact of short-term sleep deprivation on cognitive variables. *Physiological Bulletin*, pp. 375-389.
- Luana, N. A., (2012). Kecemasan pada Penderita Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis di RS Universitas Kristen Indonesia. *Media Medika Indonesiana*.
- Lewith GT, G. A. (2005). A single-blinded, randomized pilot study evaluating the aroma of *Lavandula augustifolia* as a treatment for mild insomnia. *J Altern Comlemen Med* .

- Lim, J., & Dinges, D. F. (2010). A meta-analysis of the impact of short-term sleep deprivation on cognitive variables. *Psychological Bulletin*, Vol 136(3) , 375-389.
- Longo, F. K. (2012). *Harrison's Principles of Internal Medicine 18th Edition*. New York: McGraw Hill.
- Moeini, M., Khadibi, M., Bekhradi, R., Mahmoudian, S. A., Nazari, F. (2010). Effect of aromatherapy on the quality of sleep in ischemic heart disease patients hospitalized in intensive care units of heart hospitals of the Isfahan University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2010 Fall;15(4):234-9
- Merlino, G., Piani, A., Dolso, P. & Adorati, M. (2006). Sleep Disorders in patients with End-stage Renal Disease Undergoing Dialysis Therapy. *Nephrology Dialysis Transplantation*.
- Molony, D. A., (2014). *KDQOL: A Powerful Under-utilized tool*. [Online] Available at: <http://www.esrdnetwork.org/assets/pdf/KDQOL/KDQOLdr%20molonyrevised.pdf> [Diakses 20 Maret 2015].
- Mahajan, B. (2008). Clinical pharmacology ramelton : A new melatonin receptor agonist. *Anaesth Clin Pharmacol Journal* , 463-465.
- McCrae, C. S., Rowe, M. A., Dautovich, N. D., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Riedel, B. W., et al. (2006). Sleep Hygiene Practices in Two Community Dwelling Samples of Older Adults. *SLEEP*, Vol. 29, No. 12 , 1551-1560.
- National Kidney Foundation. Chronic kidney disease. 2010. <https://www.kidney.org/atoz/content/dialysisinfo> disitasi: 16 Februari 2016.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nur, Edy. (2008). Hubungan Asupan Zat Gizi dan Status Gizi dengan kualitas hidup penderita penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa di RSUD M. Yunus Bengkulu. UGM.
- Nurchayati, Sofiana. (2010). Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Hidup pasien Penyakit Ginjal Kronik yang menjalani Hemodialisa di Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap dan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. Depok: FIK UI.
- O'hare, A. M., Choi, A. I., Bertenthal, D., Bacchetti, P., Garg, A. X., Kaufman, J. S., Walter, L. C., Mehta, K. M., Steinman, M. A., Allon, M., McClellan, W.

- M., Landefeld, C. S.(2007). Age affects outcomes in chronic kidney disease. *Journal American Society Nephrology*, October.
- Orlic, L., Crncevic, Z., Pavlovic, D., Zaputovic, L.. (2010). Bone Mineral Densitometry in Patients On Hemodialysis: Difference between genders and what to measure Bone Mineral Density in Hemodialysis Patients. *Renal Failure*, pp. 300-308.
- Ohida, T., Osaki, Y., Doi, Y., Tanihata, T., Minowa, M., Suzuki, K., et al. (2004). An epidemiologic study of self-reported sleep problems among Japanese adolescents.
- Oliviero, B., Salvatore, O., Vincenzo, G., Manuela, R., Margherita, I., Flavia, C., et al. (1996). The Sleep disturbances Scale for Children (SDSC) construction and validation of an instrument to evaluate sleep Disturbances in childhood and adolescence. *European Sleep Research Society* .
- Parsudi A.I. (2009). Ginjal Dan Hipertensi Pada Usia Lanjut dalam Geriatri Ilmu Kesehatan Usia Lanjut. Edisi 4. Jakarta: FK-UI, hal; 489.
- Perazella, M. A. & Reilly, R. F. (2005). Nephrology in 30 days. *McGraw-Hill*, pp. 251-74.
- Pernambuco, C. S., Rodrigues, B. M., Bezerra, J. C. P., Carrielo, A., Fernandes, A. D. O., Vale, R. G. S., Dantas, E. H. M. (2011). Quality of life, elderly and physical activity.
- Post, J. B., Jegede, A. B., Morin, K., Spungen, A. M., Langhoff, E., Sano, M. (2010). Cognitive Process of Chronic Kidney Disease and Hemodialysis Patients without Dementia. *Nephron Clinic Practician*, 116(3): c247–c255.
- Pratiwi, D. A. (2014). Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Depresi Pasien Gagal Ginjal Kronik dengan Hemodialisa di RD PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- Price, S. A. & Wilson, L. M. (2005). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- Putri, R., Sembiring, L. P., Bebasari, E. (2014) Gambaran Kualitas Hidup Pasien Gagal Ginjal Kronik Yang Menjalani Terapi Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Di RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau Dengan Menggunakan Kuesioner KDQOL-SF.
- Pearce, E. C. (2008). *Anatomi dan Fisiologi Untuk Tenaga Medis*. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2009). *Fundamental Keperawatan Edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.

- Prayitno, A. (2002). Gangguan Pola Tidur Pada Kelompo Usia Lanjut dan Penatalaksanaannya. *Jurnal Kedokteran Trisakti* .
- Riskesdas, Balitbang RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI.
- Robbins, S. P. a. J. T. A. (2012). *Perilaku Organisasi Buku 2*. Jakarta: Salemba.
- Russell, M., Tirado, G. L., Pacheco, D. R. L., Escamilla, S. R., Lopez, C. M.(2011). Work Climate in Mexican Hemodialysis Units: A Cross-Sectional Study. *Nefrologia*, pp. 31 (1): 76-83.
- Radityo, W. E. (2012). Depresi dan Gangguan Tidur.
- Rompas, A. B., Tangka, J., & Rotti, J. (2013). Hubungan kadar hemoglobin dengan kualitas tidur pasien penyakit ginjal kronik di poli ginjal dan hipertensi BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado.
- Sameiro-Faria, M. D., Ribeiro, S., Costa, E., Mendonça, D., Teixeira, L., Rocha-Pereira, P., ... & Amado, L. (2013). Risk factors for mortality in hemodialysis patients: two-year follow-up study. *Disease markers*, 35(6), 791-798.
- Stringer, J., Donald, G. (2011). Aromatics in cancer care: an innovation not to be sniffed at. *Complement Ther Clin Pract*. 2011 May;17(2):116-21. doi: 10.1016/j.ctcp.2010.06.002
- Suharyadi, A., & Sukohar, A. (2014). Pengaruh Pemberian Ekstrak Etanol Daun Sirsak Terhadap Gambaran Histopatologi Ginjal Tikus Yang Diinduksi Dmba. *Majority*, 3(4).
- Shariati, A., Jahani, S., Hooshmand, M., & Khalili, N. (2012). The Effect of Acupressure on Sleep Quality in Hemodialysis Patients. *Complementary Therapies in Medicine* .
- Shirley Price, L. P. (2007). *Aromatherapy for Health Professionals 3rd Edition*. Philadelphia: Elsevier Health Science.
- Smith MC, K. L. (2008). Holistic foundations of aromatherapy for nursing. *Holistic Nursing Practice* .
- Stanley, M., & Beare, P. G. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Stepanski, E. J., & Wyatt, J. K. (2003). Use of sleep hygiene in the treatment of insomnia. *Sleep Medicine Reviews* , 215-225.
- Sudoyo, A. (2010). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

- Sukandar, E. (2006). *Nefroogi Klinik*. Bandung: Pusat Informasi Ilmiah FK UNPAD/RS Hasan Sadikin.
- Tanase-Nakao, K., Naruse, M., Nanba, K., Tsuiki, M., Tagami, T., Usui, T., Okuno, H., Shimatsu, A., Hashimoto, S., Katabami, T., Ogo, A., Okumura, A., Umakoshi, H., Suzuki, T.(2014). Chronic Kidney Disease Score for Predicting Postoperative Masked Renal Insufficiency in Patients with Primary Aldosteronism. *Clinical Endocrinol*, ;81(5):665-70. doi: 10.1111/cen.12497. Epub 2014 Jun 12.
- Taylor, D., Schmidt-Nowara, W., Jessop, C. & Ahearn, J. (2010). Sleep restriction therapy and hypnotic withdrawal versus sleep hygiene education in hypnotic using patients with insomnia.. *J Clin Sleep Med*, pp. 169-175.
- Theofilou, P. (2014). Palliative Care in End - Stage Kidney Disease. *Nephrology and Therapeutic*, 2(Palliative), p. 21.
- Taheri, M. A., Fotovvat, A. R., Joeghan, S. S., & Ashrafi-Amineh, F. (2014). Symptom recovery of various types of sleep disorder via Faradarmani and Psymento-therapy. *Procedia - Social and Behavioral Sciences 114* , 107-110.
- Timby, & Kuhn, B. (2009). *Fundamental Nursing Skills and Concepts. 9th Ed.* Philadelphia: Lippincott Willian and Witkins.
- Trihadi, D., Andhyka, R., & Suprihatiningsih, T. (2014). Pengaruh Sleep Hygiene Therapy Terhadap Perubahan Kualitas Tidur Pasien Skizofrenia di Instalasi Pelayanan Kesehatan Jiwa Terpadu RSUD Banyumas Tahun 2013. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad (JKA)*, Vol. V, No. 1.
- Voinescu, B. L., Szentagotai-Tatar, A. (2015). Sleep Hygiene awareness: its relation to sleep quality and diurnal preference. *Journal of Molecular Psychiatry* 3:1; DOI 10.1186/s40303-015-0008-2

LAMPIRAN

No :

LAMPIRAN 1

INFORMED CONSENT

(PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN)

Dengan menandatangani lembar ini, saya:

Identitas Pasien

Nama Lengkap :
Jenis Kelamin : Pria/Wanita (coret yang salah)
TTL :
Pekerjaan :
Umur :
Alamat :

Identitas Perwakilan/ Keluarga Pasien

Nama Lengkap :
Jenis Kelamin : Pria/Wanita (coret yang salah)
Umur :
Alamat :
Pekerjaan :

Identitas Dokter Penanggung Jawab

Nama Dokter :

