BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Penyakit Ginjal Kronik

2.1.1 Pengertian Penyakit Ginjal Kronik

Penyakit Ginjal Kronik adalah suatu sindrom klinis disebabkan penurunan fungsi ginjal yang bersifat menahun, berlangsung progresif dan cukup lanjut, serta bersifat persisten dan irreversible (Nurani & Mariyanti, 2013). Penyakit Ginjal Kronik (PGK) merupakan suatu proses patofisiologi dengan penyebab yang beragam, mengakibatkan penuruan fungsi ginjal yang progresif. PGK dapat menyebabkan gangguan pada organ tubuh. Hal ini terjadi karena toksin yang seharusnya dikeluarkan oleh ginjal tidak dapat dikeluarkan karena keadaan ginjal yang mengalami gangguan. Salah satu hal yang terjadi karena rusaknya ginjal adalah peningkatan kadar ureum dalam tubuh yang dapat merusak semua sel termasuk sel neuron (Manus et al., 2015)

2.1.2 Etiologi

Menurut Lemone, Burke, & Bauldoff (2016) etiologi penyakit ginjal kronik adalah:

a. Nefrosklerosis hipertensif adalah penyakit ginjal yang disebabkan karena terjadinya kerusakan vaskularisasi di ginjal oleh adanya peningkatan tekanan darah.
b. Nefropati diabetic yaitu jenis penyakit ginjal yang disebabkan oleh diabetes
c. Pielonefritis kronik

d. Glomerulonefritis kronik

e. Eritematosa lupus sistemik

f. Penyakit ginjal polisistik adalah penyakit keturunan dimana kista muncul didalam ginjal

2.1.3 Patofisiologi

Patogenesis penyakit ginjal kronik melibatkan penurunan dan kerusakan nefron yang diikuti kehilangan fungsi ginjal yang progresif. Total laju filtrasi glomerulus (GFR) menurun dan klirens menurun, BUN dan kreatinin meningkat. Nefron yang masih tersisa mengalami hipertrofi akibat usaha menyaring jumlah cairan yang lebih banyak. Akibatnya, ginjal kehilangan kemampuan memekatkan urine. Tahapan untuk melanjutkan ekskresi, sejumlah besar urine dikeluarkan, yang menyebabkan klien mengalami kekurangan cairan. Tubulus secara bertahap kehilangan kemampuan menyerap elektrolit. Biasanya, urine yang dibuang mengandung banyak sodium sehingga terjadi poliuri (Hutagaol, 2017)

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala yang klinis pada penyakit ginjal kronis dikarenakan gangguan yang sistematik. Ginjal yang merupakan organ yang memiliki banyak fungsi, sehingga kerusakan yang kronis secara fisiologis akan mengakibatkan gangguan keseimbangan pada sirkulasi. Adapun tanda dan gejala yang muncul yang di tunjukkan pada penyakit ginjal kronis (Hutagaol, 2017):

a. Ginjal dan gastrointestinal

Sebagai akibat dari kadar natrium yang rendah dalam darah maka akan menyebabkan tekanan darah menjadi rendah, maka akan berakibat pada keringnya mukosa mulut, penurunan pada turgor kulit, kelemahan serta kelelahan pada seseorang dan menyebabkan mual. Kemudian klien akan mengalami somnolen atau menurunnya kesadaran dan dapat menyebabkan kepala merasakan nyeri yang sangat hebat. Ketika kalium mengalami peningkatan maka otot akan berkontraksi dan akhirnya otot mengalami kelemahan. Cairan yang berlebih yang tidak dapat ditamping akan mengakibatkan asidosis metabolic. Tanda yang paling jelas adalah terjadinya penurunan output pada urine dengan pengendapan yang tinggi.

b. Integument (gangguan pada kulit)

Biasanya kulit akan menjadi pucat akibat dari kurangnya tekanan darah dan berwarna kekuning-kuningan akibat dari penimbunan urokrom serta gatal-gatal akibat toksin uremik dan mengendapnya kalsium di dalam pori-pori kulit. Selain itu juga akan muncul gangguan seperti ekimosis akibat gangguan dari hematoligik dan muncul bekas-bekas garutan pada kulit karena garukan yang gatal.

c. Gangguan pada system kardiovaskuler

Biasanya yang timbul berupa hipertensi, aritmia, nyeri dada, gagal jantung, edema perifer dan sesak nafas. Karena timbulnya edema yang di sebabkan karena penimbunan cairan maka akan mengalami gangguan irama pada jantung.

d. Gangguan pada system endokrin

Bisa menyebabkan terjadinya infertilitas dan penurunan libido,

amenorrhea dan gangguan pada siklus menstruasi pada wanita, penurunan sekresi sperma, meningkatnya sekresi aldosterone, dan kerusakan metabolism karbohidrat.

e. Gangguan pada system neurologis

Biasanya ditunjukkan dengan adanya nyeri , gatal pada lengan dan kaki. Kelemahan dan keletihan, kejang, konfusi disorientasi. Selain itu juga ada kram pada otot, refles keduan , daya memori menurun, pusing dan koma.

f. Gangguan pada hematopoitiec

Biasanya mengakibatkan terjadinya anemia, menurunnya waktu hidup dari sel darah merah, dampak dari dialisis seperti trombositopenia. Biasanya dampak yang serius dari system hematologi ditunjuukkan dengan adanya perdarahan seperti purpura, ekimosis, dan petechiae

2.1.5 Klasifikasi Penyakit Ginjal Kronik

Berikut klasifikasi penyakit ginjal kronik menurut Kidney dialysis Outcomes Quality Initiative (KDOQI) (LISNAWATI, 2020).

Tahap 1

a. Kerusakan ginjal dengan GFR normal atau meningkat,
b. GFR ≥90
c. Penatalaksanaan engobatan primer dan kondisi komorbiditas.

Tahap 2

a. Kerusakan ginjal dengan penurunan GFR ringan
b. GFR 60- 89
c. Penatalaksanaan menekan laju kejadian GGK

Tahap 3

a. Penurunan GFR sedang
b. GFR 30- 59
c. Penatalaksanaan evaluasi dan pengobatan komplikasi

Tahap 4

a. Penurunan GFR yang parah
b. GFR 15- 19
c. Penatalaksanaan Persiapan transplantasi ginjal

Tahap 5

a. Penyakit ginjal kronis
b. GFR <15
c. Penatalaksanaan Terapi pengganti ginjal

2.1.6 Faktor Faktor yang Mempengaruhi Penyakit Ginjal Kronik

Secara fisiologis, mulai usia 50 tahun ginjal akan mengalami penurunan fungsi cukup signifikan akibat berkurangnya jumlah nefron yaitu sekitar 20% . Selain itu adanya penyakit degeneratif sebagai faktor risiko terkuat penyebab PGK stadium 5 yaitu hipertensi dan diabetes mellitus paling banyak diderita pada kelompok usia 50 tahun ke atas. Jika kejadian penyakit ginjal kronik terjadi pada usia yang lebih dini maka dimungkinkan karena gaya hidup yang tidak sehat terutama yang berkaitan dengan kebiasaan konsumsi zat-zat tertentu yang bersifat nefrotoksik. Faktor kebiasaan konsumsi minuman atau zat tertentu yang diduga berhubungan dengan kejadian PGK yaitu kebiasaan konsumsi kopi, minuman suplemen energi, suplemen vitamin C, minuman bersoda/

soft drink, merokok, konsumsi obat AINS (Anti Inflamasi Non Steroid), dan obat herbal.

2.1.7 Dampak Penyakit Ginjal Kronik

Komplikasi gagal ginjal kronik yaitu hiperkalemia (kadar kalium darah yang tinggi) merupakan suatu keadaan dimana konsentrasi kalium darah lebih dari 6 mEq/L, asidosis metabolik dimana dalam keadaan normal ginjal dapat menyerap asam sisa metabolisme dari darah dan membuangnya ke dalam urin, hipertensi (tekanan darah tinggi) merupakan gangguan pada sistem peredaran darah yang dapat menyebabkan kenaikan tekanan darah diatas nilai normal dimana melebihi 140/90 mmHg, hiperuremia (peningkatan kadar urea) dimana penyebab uremia yaitu prarenal, renal dan pascarenal,dan anemia disebabkan oleh ketidakmampuan ginjal untuk mensekresi eritropoetin untuk menstimulasi hematopoiesis

2.1.8 Pencegahan Penyakit Ginjal Kronik

Upaya untuk mencegah PGK sebaiknya dilakukan pada pasien penyakit ginjal kronik di stadium dini. Beberapa upaya yang bisa dilakukan adalah pengobatan hipertensi, karena semakin rendah tekanan darah maka semakin kecil resiko kerusakan fungsi ginjal. Selain itu ada pengendalian aktivitas fisik dan pengendalian berat badan. Upaya pencegahan ini terbukti memiliki manfaat yang tinggi dalam mencegah penyakit penyakit ginjal selain itu juga untuk pencegahan primer yaitu dengan terapi obat-obatan, cangkok ginjal, cucidarah (dialisis) dan modifikasi gaya hidup (Kemenkes,2017).

2.2 Hemodialisa

2.2.1 Pengertian Hemodialisa

Hemodialisis merupakan suatu proses pemisahan dan pembersihan darah melalui suatu membran semipermeabel yang dilakukan pada pasien dengan fungsi ginjal baik akut maupun kronis (Nur Cahyanti & Wijayanti, 2020). Hemodialisis merupakan suatu proses terapi pengganti ginjal dengan menggunakan selaput membran semi permeabel (dialiser), yang berfungsi seperti nefron sehingga dapat mengeluarkan produk sisa metabolisme dan mengoreksi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada pasien penyakit ginjal (Hutagaol, 2017). Hemodialisis perlu dilakukan untuk mengganti fungsi ekskresi ginjal sehingga tidak terjadi gejala uremia yang lebih berat (Ulfah et al., 2021). Prinsip kerja dari hemodialisis adalah dengan menerapkan proses osmosis dan ultrafiltrasi pada ginjal buatan, dalam membuang sisa-sisa metabolisme tubuh. Pada hemodialisis, darah dipompa keluar dari tubuh lalu masuk kedalam mesin dialiser (yang berfungsi sebagai ginjal buatan) untuk dibersihkan dari zat-zat racun melalui proses difusi dan ultrafiltrasi oleh cairan khusus untuk dialisis (dialisat). Tekanan di dalam ruang dialisat lebih rendah dibandingkan dengan tekanan di dalam darah, sehingga cairan, limbah metabolik dan zat-zat racun di dalam darah disaring melalui selaput dan masuk ke dalam dialisat (HEMODIALISIS & DI, n.d.)

2.2.2 Indikasi

Hemodialisis diindikasikan pada pasien dalam keadaan akut yang memerlukan terapi dialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa

minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal tahap akhir yang memerlukan terapi jangka panjang atau permanen. Secara umum indikasi dilakukan hemodialisis pada penderita penyakit ginjal adalah (Hutagaol, 2017):

a. Laju filtrasi glomerulus kurang dari 15 ml/menit
b. Hiperkalemia
c. Kadar ureum lebih dari 200 mg/dl
d. Kreatinin lebih dari 65 mEq/L
e. Kelebihan cairan

2.2.3 Kontraindikasi

Menurut PERNEFRI kontraindikasi dilakukannya hemodialisis adalah :

a. Akses vaskuler sulit
b. Instabilitas hemodinamik dan koagulasi
c. Penderita alzheimer, demensia, multi infark, sindrom hepatorenal, sirosis hati lanjut dengan ensefalopati dan keganasan lanjut

2.2.4 Persiapan Hemodialisa

Persiapan hemodialisa menurut (Zasra et al., 2018)

a. Persiapan kondisi fisik pasien

Kadar hemoglobin (Hb) penting untuk persiapan hemodialisis. Keadaan anemia dapat memperberat keadaan pasien. Anemia pada penyakit ginjal kronik terutama disebabkan oleh penurunan relatif produksi eritropoietin yang tidak sesuai dengan derajat anemianya.

b. Pemeriksaan Penyakit Infeksi Pasien

Hemodialisis berisiko untuk terinfeksi oleh bakteri karena daya tahan tubuh yang turun dan infeksi virus yang ditularkan melalui darah. Infeksi

virus hepatitis B dan C akan menyebabkan sirosis hati dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas pada pasien hemodialisa. Pasien hemodialisis cenderung mendapatkan tranfusi darah berulang, sehingga pasien yang menjalani hemodialisis rutin mempunyai risiko tinggi untuk terinfeksi virus hepatitis B, virus hepatitis C dibandingkan populasi normal. Pemeriksaan serologi pada pasien hemodialisis :

a. Semua pasien harus di periksa HBV, HCV dan HIV sebelum memulai dialisis.
b. HbsAg, anti HCV antibody harus diperiksa setiap 3 bulan pada pasien yang negatif HbsAg dan anti HCV
c. Anti HIV antibody harus di cek setiap 6 bulan.
d. Pasien dengan infeksi HBV kronis membutuhkan pemeriksaan tes HbsAg setiap tahun.
e. Semua pasien hemodialisis dengan HbsAg negatif harus di vaksinasi hepatitis B.
f. Pasien yang positif HbsAg, HbeAg dan HBV DNA harus di hemodialisis dengan mesin dan ruangan yang terpisah.

2.3 Pola Tidur

2.3.1 Pengertian

Tidur merupakan kondisi tidak sadar dimana seorang individu dapat dibangunkan oleh stimulus atau sensoris yang sesuai. Tidur juga dapat dikatakan sebagai keadaan tidak sadarkan diri yang relatif, bukan hanya keadaan penuh ketenangan tanpa kegiatan, tetapi lebih merupakan suatu urutan siklus yang berulang, dengan ciri adanya

aktivitas yang minim, memiliki kesadaran yang bervariasi, terdapat perubahan proses fisiologis, dan terjadi penurunan respons terhadap rangsangan dari luar (Hidayat & Uliyah, 2015). Berdasarkan KBBI kata “pola” diartikan sebagai sistem atau cara kerja. Maka dari itu pola tidur dapat diartikan sebagai sistem atau susunan perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu sebagai bentuk mekanisme tubuh untuk beristirahat (Arif Hidayat Suwarna, 2016).

2.3.2 Fisiologi Tidur

Fisiologi tidur merupakan pengaturan pada kegiatan yang melibatkan mekanisme serebral. Seseorang dapat tidur dikarenakan aktifnya pada sistem retikularis, yaitu sistem yang mengatur seluruh kegiatan susunan saraf pusat termasuk pengaturan kewaspadaan dan tidur. Tempat pengaturan aktivasi kewaspadaan dan tidur terdapat dalam mesensefalon dan bagian atas pons. Pada saat tidur terjadi pengeluaran serotonin dari sel yang berada di pons dan batang otak tengah yaitu bulbar synchronizing regional (BSR). Serotonin merupakan sebuah neurotransmiter yang membuat seseorang dapat merasakan kantuk (Hidayatul Rohma, 2020).

2.3.3 Batasan Karakteristik Gangguan Pola Tidur

Menurut Herdman (2018) batasan karakteristik dalam gangguan pola tidur, antara lain:

a. Kesulitan berfungsi sehari-hari
b. Kesulitan memulai tertidur
c. Kesulitan mempertahankan tetap tidur

d. Ketidakpuasan tidur

e. Tidak merasa cukup tertidur

f. Terjaga tanpa jelas penyebabnya

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Tidur

a. Faktor Demografi

1) Jenis kelamin

Jenis kelamin merupakan faktor yang memperlihatkan adanya perbedaan biologis pada individu yang menyebabkan terjadinya perbedaan pola tidur antar keduanya, pria dan wanita memiliki perbedaan dalam karakteristik tidur, dimana pria memiliki gangguan tidur yang lebih bervariasi dan lebih cepat dibandingkan wanita. Pada usia dewasa, pria mulai mengalami penurunan tidur REM (Rapid Eye Movement), mereka sering terbangun akibat kongesti semen dalam penis sehingga mengganggu siklus tidur selama tidur REM (Wijayanti, 2019).

2) Usia

Pola tidur normal individu akan berubah sesuai pertambahan usia. Berdasarkan penelitian lain, kelompok usia lanjut lebih banyak mengalami gangguan tidur dibandingkan kelompok usia lain (Haisah, 2017).

3) Pendidikan, pekerjaan dan status perkawinan

Faktor pendidikan, pekerjaan, dan status perkawinan secara luas pendidikan mencakup seluruh proses kehidupan individu yang berupa interaksi individu dengan lingkungannya. Misalnya individu yang

berpendidikan S1 perilakunya dan pengetahuannya akan berbeda dengan individu lain yang berpendidikan SMP. Pekerjaan merupakan salah satu yang berpengaruh dalam pola tidur seseorang, misalnya seseorang yang memiliki usaha sendiri dengan orang yang bekerja sebagai pegawai maka pola tidur seseorang akan berbeda karena kesibukan dan tuntutan pekerjaan yang berbeda, selain itu status perkawinan dapat mempengaruhi terjadinya gangguan pola tidur karena jika seseorang yang telah biasa tidur dengan pasangannya maka tidur sendiri akan membuat keadaan menjadi terjaga. Kehilangan pasangan hidup dapat menimbulkan depresi yang ditandai dengan perasaan sedih, murung, tidak bersemangat dan merasa kosong (Ningsih & Wibowo, 2018).

b. Faktor Gaya Hidup

1) Merokok

Kebiasaan merokok akan berdampak pada pola tidur yang kurang baik. Nikotin yang terkandung dalam asap rokok bekerja sebagai stimulan yang membuat penghisapnya terbangun dan waspada efek stimulan juga dapat menyebabkan gangguan tidur atau insomnia (Dewi & Hastuti, 2019).

2) Konsumsi Kopi

Konsumsi kafein berdampak negatif pada pola tidur karena konsumsi kafein menyebabkan durasi tidur yang lebih pendek perasaan meningkatnya energi, tetap waspada dan menurunkan rasa kantuk (Purdiani, 2014).

c. Faktor Psikologis

Penyakit ginjal kronik (PGK) adalah penyakit kronis yang menyebabkan hampir semua penderitanya mengalami kecemasan dan depresi, baik itu akibat dari penyakitnya maupun dari terapinya (Dewi & Hastuti, 2019).

d. Faktor Biologis

1) Penyebab penyakit PGK.
2) Diabetes melitus merupakan salah satu penyebab terjadinya penyakit ginjal kronik. Umumnya pasien DM tipe I dan II banyak yang mengalami insomnia, hal ini disebabkan karena adanya kerusakan toleransi glukosa, peningkatann aktivitas simpatis dan neuropati yang dialami pasien DM (DEWI, 2019).
3) Hipertensi sering terjadi pada penderita penyakit ginjal kronik akibat aktivasi aksis renin-angiotensin dan kerjasama keduanya dalam meningkatkan sekresi aldosteron. Beberapa penelitian rata-rata membuktikan adanya perbedaan rata-rata tekanan darah arteri pada pasien yang mengalami gangguan tidur dengan yang tidak (Astuti & Asthiningsih, 2015).

e. Faktor hemodialisa

1) Lama waktu hemodialisa

Lamanya menjalani terapi hemodialisa dapat menyebabkan terjadinya gangguan pola tidur pada pasien penyakit ginjal kronik, hal ini terjadi karena 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 (Ismi et al., 2020).

2.3.5 Dampak Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisa

Komplikasi yang paling sering terjadi pada penderita penyakit ginjal kronik yang menjalani hemodialisa adalah hipotensi terutama pada pasien diabetes. Hipotensi pada HD dapat dicegah dengan melakukan evaluasi berat badan kering dan modifikasi dan ultrafiltrasi, sehingga diharapkan jumlah cairan yang dikeluarkan lebih banyak pada awal dibandingkan pada akhir dialysis. Kram otot juga sering terjadi selama proses hemodialisis. Beberapa faktor pencetus yang dihubungkan dengan kejadian kram otot ini adalah adanya gangguan perfusi otot karena pengambilan cairan yang agresif dan pemakaian dialisat rendah sodium. Reaksi anafilaktoid terhadap dialiser sering dijumpai pada pemakaian pertama (Suhardjono, 2014).

Komplikasi lain pada pasien hemodialisis yaitu anemia, mual muntah, dan gangguan pola tidur. Gangguan pola tidur tersebut mengakibatkan insomnia jangka panjang, penurunan kualitas hidup dan kualitas tidur yang buruk. Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisa mengalami gangguan pola tidur dimana mekanismenya adalah peningkatan osteodistrofi ginjal pada hemodialisis jangka lama yang menyebabkan nyeri pada anggota gerak, sehingga mengganggu tidur pasien selain itu juga dapat mempengaruhi tubuh baik fisiologis, psikologis, sosial, dan kematian (Artom et al, 2014).

2.3.6 Indikator Pola Tidur pada Pasien Hemodialisa

a. Kualitas tidur subjektif

Kualitas tidur secara subjektif merupakan evaluasi singkat terhadap tidur seseorang tentang apakah tidurnya sangat baik atau sangat buruk (Basri, 2021).

b. Latensi tidur

Latensi tidur adalah durasi mulai dari berangkat tidur hingga tertidur. Seseorang dengan kualitas tidur baik menghabiskan waktu kurang dari 15 menit untuk dapat memasuki tahap tidur selanjutnya secara lengkap. Sebaliknya, lebih dari 20 menit menandakan level insomnia yaitu seseorang yang mengalami kesulitan dalam memasuki tahap tidur selanjutnya (Basri, 2021).

c. Durasi tidur

Durasi tidur dihitung dari waktu seseorang tidur sampai terbangun di pagi hari tanpa menyebutkan terbangun pada tengah malam. Orang dewasa yang dapat tidur selama lebih dari 7 jam setiap malam dapat dikatakan memiliki kualitas tidur yang baik (Basri, 2021).

d. Efisiensi kebiasaan tidur

Efisiensi kebiasaan tidur adalah rasio persentase antara jumlah total jam tidur dibagi dengan jumlah jam yang dihabiskan di tempat tidur. Seseorang dikatakan mempunyai kualitas tidur yang baik apabila efisiensi kebiasaan tidurnya lebih dari 85% (Basri, 2021).

e. Gangguan tidur

Gangguan tidur merupakan kondisi terputusnya tidur yang mana

pola tidur bangun seseorang berubah dari pola kebiasaannya, hal ini menyebabkan penurunan baik kuantitas maupun kualitas tidur seseorang (Basri, 2021).

f. Penggunaan obat

Penggunaan obat obatan yang mengandung sedatif mengindikasikan adanya masalah tidur. Obat-obatan mempunyai efek terhadap terganggunya tidur pada tahap REM. Oleh karena itu, setelah mengkonsumsi obat yang mengandung sedatif, seseorang akan dihadapkan pada kesulitan untuk tidur yang disertai dengan frekuensi terbangun di tengah malam dan kesulitan untuk kembali tertidur, semuanya akan berdampak langsung terhadap kualitas tidurnya (Basri, 2021).

g. Disfungsi di siang hari

Seseorang dengan kualitas tidur yang buruk menunjukkan keadaan mengantuk ketika beraktivitas di siang hari, kurang antusias atau perhatian, tidur sepanjang siang, kelelahan, depresi, mudah mengalami distres, dan penurunan kemampuan beraktivitas (Basri, 2021).

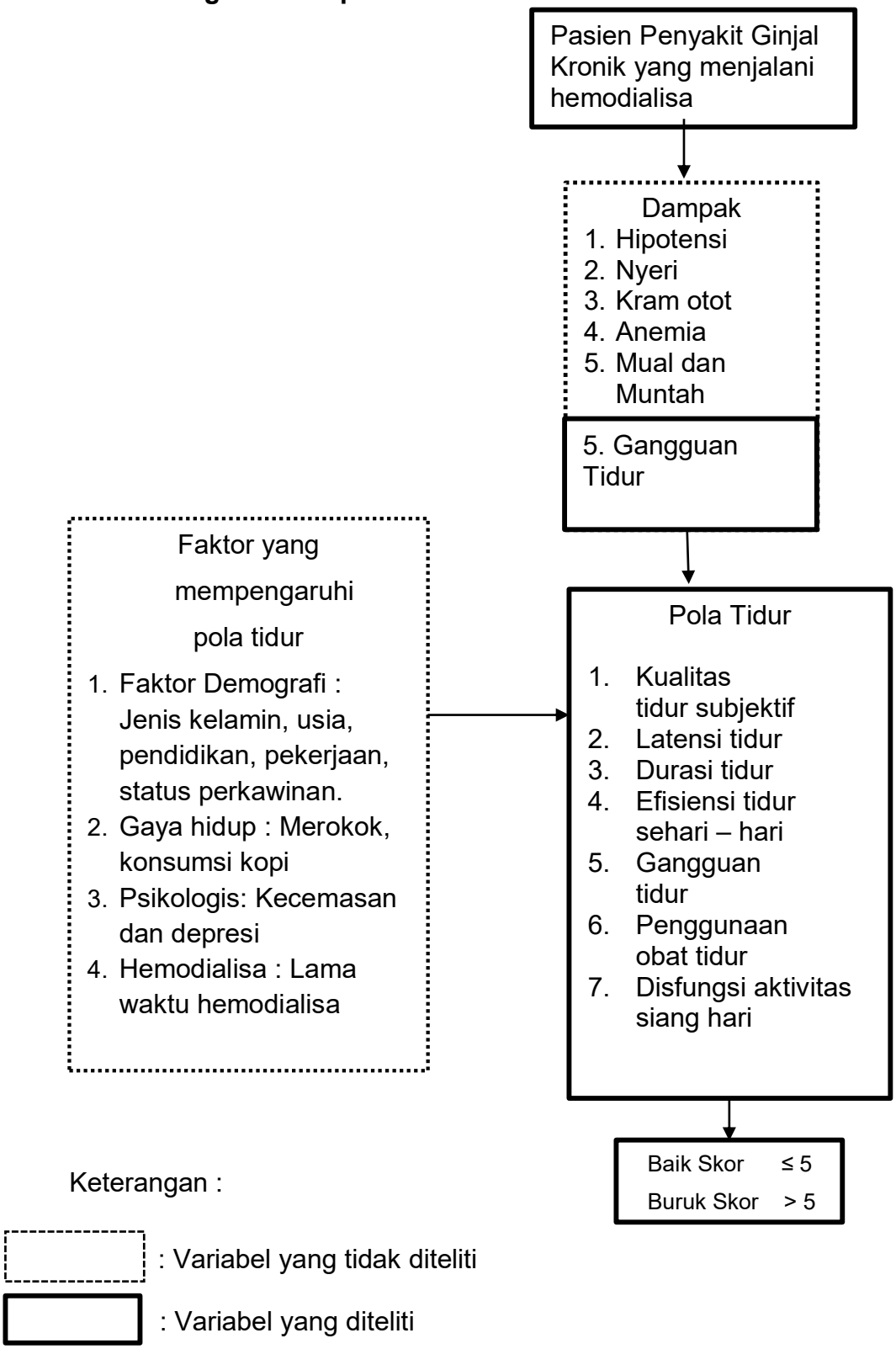
2.3.7 Penilaian pola tidur

a. *Pittburgh Sleep Quality Index* (PSQI).

PSQI merupakan instrumen yang efektif digunakan untuk mengukur kualitas dan pola tidur pada orang dewasa. Kuesioner ini terdiri dari 18 pertanyaan dan 7 komponen, yaitu kualitas tidur subjektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi tidur sehari-hari, gangguan tidur, penggunaan obat tidur, dan disfungsi aktivitas siang hari. Pengukuran setiap komponen

tersebar dalam beberapa pertanyaan. Pertanyaan nomor 9 untuk komponen kualitas tidur subjektif, pertanyaan nomor 2 dan 5a untuk komponen latensi tidur, pertanyaan nomor 4 untuk komponen durasi tidur, pertanyaan nomor 1 dan 3 untuk komponen efisiensi tidur, pertanyaan nomor 5b-5j untuk komponen gangguan tidur, pertanyaan nomor 6 untuk komponen penggunaan obat tidur, dan pertanyaan nomor 7 dan 8 untuk komponen disfungsi aktivitas siang hari. Penilaian jawaban berdasarkan pada skala likert dari 0-3, dimana skor 3 menggambarkan hal negatif. Pengkategorian pola tidur terbagi menjadi dua kelompok, yaitu pola tidur baik dan pola tidur buruk. Rentang jumlah skor PSQI adalah 0-21 dari ketujuh komponennya. Pola tidur dikatakan baik apabila jumlah skor penilaian ≤ 5, sedangkan pola tidur dianggap buruk apabila jumlah skor penilaian > 5 (Dewi & Hastuti, 2019).

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.1 Kerangka Konsep Gambaran Pola tidur Penderita Penyakit Ginjal Kronik di Ruang Hemodialisa RS Lavalette Kota Malang

2.5 Deskripsi Kerangka Konsep

Dari kerangka konsep diatas dapat dijelaskan bahwa pasien yang menderita penyakit ginjal kronik dan sedang menjalani hemodialisa memiliki dampak yaitu hipotensi, nyeri, gangguan keseimbangan cairan, pruritus, malnutrisi, fatigue, dan gangguan tidur. Adapun faktor yang mempengaruhi gangguan pola tidur yaitu faktor demografi, gaya hidup, psikologis, penyakit, dan hemodialisa. Pola tidur memiliki indikator tersendiri yaitu kualitas tidur subjektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi tidur sehari – hari, gangguan tidur, penggunaan obat tidur dan disfungsi aktivitas siang hari. Pasien yang mengalami gangguan pola tidur dapat dilihat mengguanakan alat ukur *Pittburgh Sleep Quality Index* (PSQI) dari pengukuran tersebut dapat terlihat jika skor hasil PSQI ≤5 memiliki pola tidur yang baik dan jika skor hasil PSQI ≥5 memiliki pola tidur yang buruk.