

SYMPTOMS BURDEN DAN KUALITAS TIDUR PADA PASIEN HEMODIALYSIS

Abdu Rahim Kamil¹, Erwan Setiyono²

^{1,2}Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta

Email: abdurahim.kamil@umj.ac.id

ABSTRAK

Tidur memiliki peranan penting dalam kehidupan manusia, kualitas tidur yang baik dapat membantu mempertahankan kesehatan fisik dan mental. Pasien yang menjalani terapi hemodialisa mengalami berbagai gangguan termasuk diantaranya adalah gangguan kualitas tidur. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan symptoms burden dan kualitas tidur pada pasien yang menjalani terapi hemodialisa. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode *cross-sectional* dengan melibatkan 202 responden dari dua rumah sakit di Jakarta. Symptom burden pada pasien diukur dengan menggunakan Dialysis Symptom Index (DSI) dan kualitas tidur diukur menggunakan the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Hasil penelitian menunjukkan 90% responden mengalami kualitas tidur buruk (n=182) dengan rata-rata skor PSQI 8,44. Rata-rata responden menderita 13 gangguan, dengan nilai symptom burden 36 per responden. Hasil analisa dengan *Pearson correlation* terdapat hubungan moderate positif antara symptom burden dengan kualitas tidur dengan nilai 0,46 dengan p-value 0,01. Semakin tinggi symptom burden pada pasien yang menjalani hemodialisa maka kualitas tidurnya akan semakin buruk.

Kata kunci: hemodialisa, symptom burden, kualitas tidur

ABSTRACT

Sleep plays an important role in humans' life; good quality of sleep may help maintaining mental and physical health. Patients undergoing hemodialysis has been known to be experiencing various symptoms including impaired sleep quality. The aim of this study is to find the association between symptoms in patients undergoing hemodialysis and their quality of sleep. A survey of symptoms and sleep quality was conducted in 202 patients undergoing hemodialysis from two dialysis units in Jakarta, Indonesia. Symptom burden was assessed using Dialysis Symptom Index (DSI) and sleep quality was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). The result shows 90% of the subjects scored five or more in the sleep quality survey (n = 182). The average score of the global sleep score was 8,44. The average number of present symptoms in this study was 13 symptoms, with average symptoms burden of 36 per respondent. Pearson correlation analysis reveals symptom burden has positively moderate association with sleep quality 0,46 and p-value of 0,01, The higher the symptom burden the worse the sleep quality.

Keywords: hemodialysis, symptom burden, quality of sleep

PENDAHULUAN

Terapi hemodialisa (HD) merupakan terapi yang paling banyak dilakukan untuk

pasien End Stage Renal Disease (ESRD) dengan jumlah mencapai 17,193 pasien baru HD di tahun 2014, dan lebih dari 15,000

pasien baru setiap tahunnya sejak tahun 2011 di Indonesia, serta lebih dari 400,000 pasien di Amerika (Indonesia Renal Registry, 2014; NIDDK, 2006; NKF, 2015). Pertumbuhan pasien baru yang menjalani terapi HD mencapai 6-7% di tahun 2013 di seluruh dunia, dan jumlah ini diprediksi terus bertambah setiap tahunnya (Fresenius Medical Care, 2013). Meski terapi HD telah terbukti dapat memperpanjang kelangsungan hidup pasien (Davison, 2003), gejala gangguan mental dan fisik sebagai bagian dari manifestasi pasien penyakit kronis yang menjalani terapi HD sangat lazim dan mencapai tingkat yang parah (Weisbord, 2005). Pasien yang menjalani terapi HD mengalami berbagai gejala dan semua gejala berpotensi mengurangi fungsi harian dan kesejahteraan mereka.

Gejala gangguan fisik yang paling sering dilaporkan pada populasi ini adalah kelelahan, gatal, kram otot, mudah memar, sesak napas, merasa pusing, rasa kebas di kedua kaki, mual dan kurang nafsu makan (Merkus, 1999) Sebuah studi dari Weisbord di tahun 2005 tentang gejala fisik dan emosional, menemukan bahwa ada empat gejala yang ada pada paling tidak dilaporkan 50% dari pasien yang menjalani HD, diantaranya adalah kulit kering (72%), merasa lelah dan tidak berenergi (69%), gatal-gatal (54%), dan nyeri tulang/sendai (50%). Pasien yang menjalani terapi HD juga mengalami masalah psikologis seperti cemas dan depresi. Studi menemukan pasien yang menjalani HD mengalami cemas yang cukup mengkhawatirkan (Cukor et al., 2008; Oneib, El Filali, Bentata & Ada, 2017; Shahgholian, Rahimpour, & Yazdani, 2015), sementara

depresi juga merupakan kondisi psikologis yang paling umum ditemui pada pasien yang menjalani peritoneal dialysis atau hemodialisa (Aldukhayel, 2015; Kimmel, 2006).

Tidur memiliki peranan penting dalam kehidupan manusia, memiliki kualitas tidur yang baik dapat membantu mempertahankan kesehatan fisik dan mental, serta meningkatkan kualitas hidup. Banyak studi melaporkan bahwa pasien yang menjalani terapi HD memiliki resiko lebih besar untuk menderita kualitas tidur yang buruk (Ezzat and Mohab 2015; Sekercioglu, Curtis, Murphy, & Barrett, 2015; Trbojević-Stanković, Stojimirović et al., 2014). Seseorang yang menderita kualitas tidur buruk secara terus menerus akan berefek pada menurunnya kualitas tidur dan meningkatkan resiko kematian (Gusbeth-Tatomir, Boisteanu, Seica, Buga, & Covic, 2007; Masoumi, 2015).

Symptom burden dapat didefinisikan sebagai prevalensi, frekuensi, dan keparahan gejala yang subjektif dan kuantitatif, yang menempatkan beban fisiologis pada pasien dan dapat menghasilkan respon negatif pada fisik, psikologis, dan emosional pasien (Gapstur, 2007). Pasien yang menjalani terapi HD mengalami banyak gejala gangguan fisik dan psikologis yang mungkin mempengaruhi kualitas tidur mereka Wang (2016). Pada penelitian ini kami bertujuan untuk mengetahui symptom burden dan kualitas tidur pada pasien yang menjalani terapi HD, serta hubungan kedua variable tersebut.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode *cross-sectional* dengan melibatkan 202 responden dari dua unit hemodialisa dari dua Rumah Sakit Islam cabang pusat dan utara di Jakarta. Data diambil selama kurang lebih satu bulan sejak Januari 2017 sampai Februari 2017.

Sampling. Target populasi pada penelitian ini adalah pasien yang menjalani HD di dari dua Rumah Sakit Islam cabang pusat dan utara di Jakarta. Teknik *convenience sampling* diaplikasikan pada penelitian ini untuk mengumpulkan data. Kriteria inklusi pada penelitian ini termasuk; pasien yang telah sedang menjalani terapi HD lebih dari tiga bulan, berusia sama dengan atau lebih dari 18 tahun; mengerti Bahasa Indonesia baik lisan maupun tulisan. Pasien yang memiliki gangguan psikologis dan atau kognitif tidak diikutsertakan pada penelitian ini. Potensial responden diberitahukan mengenai penelitian, lalu pasien yang memenuhi kriteria dan bersedia mengikuti penelitian akan menandatangani *informed consent*.

Instrumen penelitian. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari tiga kuesioner; yaitu kuesioner tentang data demografik responden, symptom burden, dan kualitas tidur pasien. Seluruh kuesioner diberikan pada saat responden menjalani terapi HD. Kuesioner demografik berisikan pertanyaan mengenai data diri pasien yang mencakup usia, jenis kelamin, status pekerjaan, kebiasaan merokok, kebiasaan meminum kopi, lama menjalani terapi HD, riwayat diabetes, indeks massa tubuh (berat dan tinggi badan).

Kuesioner tentang symptom burden menggunakan the Dialysis Symptom Index (DSI) versi Bahasa Indonesia yang merupakan sebuah daftar berisi 30 gejala

fisik dan emosional yang dirasakan oleh pasien dialisis. Responden diminta menjawab ya atau tidak tentang ada tidaknya suatu gejala. Untuk keparahan gejala tersebut, responden memilih dengan skala Likert 1 – 5, dengan 1 berarti tidak mengganggu dan 5 berarti sangat mengganggu. Jika responden menjawab tidak pada pertanyaan tentang ada tidaknya suatu gejala maka dianggap sebagai nol pada keparahan gejala. Maka skor minimum adalah nol dan maksimum ada 150 (Weisbord et al., 2004).

Variable kualitas tidur diukur dengan menggunakan the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) versi Bahasa Indonesia. PSQI memiliki tujuh komponen dalam mengukur kualitas tidur yaitu kualitas tidur subjektif, latensi tidur, durasi tidur, efisiensi kebiasaan tidur, gangguan tidur, konsumsi obat tidur dan disfungsi aktifitas (Buysee, Reynolds et al., 1989). Kuesioner terdiri dari 18 pertanyaan. Total skor antara 0 – 21, responden dengan nilai lima atau lebih dikategorikan sebagai memiliki kualitas tidur buruk.

Proses pengumpulan data. Penelitian ini telah melalui review dari Institutional Review Board (IRB) Universitas Padjadjaran Bandung, dan telah mendapat izin dari rumah sakit yang bersangkutan. Pasien di skrining sesuai kriteria yang ditentukan dengan bantuan dari kepala ruangan unit HD. Pasien yang memenuhi kriteria diminta untuk mengisi *informed-consent*, lalu pengisian kuesioner dilakukan saat sedang menjalani terapi HD. Kuesioner tentang data demografik diisi terlebih dahulu, lalu kuesioner DSI, dan terakhir PSQI, proses

pengisian kuesioner dilakukan selama kurang lebih 25 menit.

HASIL

Sebanyak 202 responden ikut serta dalam penelitian ini (Tabel. 1), sebagian besar dari mereka adalah pasien di Jakarta Islamic Hospital di Jakarta Pusat ($n = 145$; 71,8%), dan sisanya adalah pasien di Rumah Sakit Islam Jakarta di Jakarta Utara. Usia rata-rata responden dalam penelitian ini adalah 54 tahun ($SD = 11,89$) dengan rentang usia antara 22 dan 78 tahun. Sebagian besar responden adalah perempuan ($n = 104$; 51,5%), menganggur ($n = 160$; 79,2%), bukan perokok ($n = 186$; 92,1%), tidak minum dua atau lebih cangkir kopi per hari ($n = 169$; 83,7%), dan tidak pernah didiagnosis dengan diabetes ($n = 110$; 54,5%). Berat rata-rata responden adalah 58 kilogram ($SD = 10,95$), dan tinggi rata-rata adalah 1,6 meter ($SD = 0,07$). Indeks massa tubuh rata-rata dari subyek adalah 23 ($SD = 3,71$); beberapa subjek dikategorikan ke dalam obesitas ($n = 6$; 3%); kelebihan berat badan ($n = 41$; 20,2%); *underweight* ($n = 27$; 13,4%); sementara sebagian besar subjek memiliki berat badan normal ($n = 128$; 63,4%). Durasi rata-rata pengobatan hemodialisis dari subjek adalah 36 bulan ($SD = 31,64$) dengan durasi terpendek menjadi empat bulan, dan yang terpanjang adalah 168 bulan.

Symptom burden. Kesulitan tidur adalah gejala yang paling dilaporkan dengan 178 subjek dan skor keparahan rata-rata dari subjek adalah 2,93 ($SD = 0,83$). Gejala lain dengan angka yang dilaporkan tertinggi adalah kulit kering ($n = 161$; $mean = 2,50$; $SD = 1,08$); merasa lelah atau kekurangan energi

($n = 152$; $mean = 2,80$; $SD = 0,96$); mulut kering ($n = 145$; $mean = 2,22$; $SD = 0,82$); dan kesulitan jatuh tertidur ($n = 144$; $mean = 3,19$; $SD = 1,23$). Lima gejala terendah yang dilaporkan dalam penelitian ini termasuk pembengkakan pada kaki ($n = 47$; $mean = 2,31$; $SD = 0,86$); nyeri dada ($n = 47$; $mean = 2,32$; $SD = 0,81$); dan konstipasi ($n = 34$; $mean = 2,67$; $SD = 0,72$). Diare (rata-rata = 2,37; $SD = 0,87$) dan perasaan gugup (rata-rata = 2,21; $SD = 0,83$) adalah gejala yang paling sedikit dilaporkan dengan hanya 32 subjek untuk setiap gejala. Jumlah rata-rata gejala yang dialami responden dalam penelitian ini adalah 13 gejala per responden, dengan gejala kehadiran terendah menjadi nol, dan jumlah tertinggi gejala yang dilaporkan menjadi 29. Skor kisaran dari beban gejala dalam penelitian ini adalah 0 - 90 dan rata-rata *symptom burden* per responden adalah 36 ($SD = 17,42$).

Kualitas tidur. Skor kualitas tidur global memiliki skor minimal nol dan skor maksimum 21. Berdasarkan kategori standar kualitas tidur menggunakan PSQI, responden yang mendapat skor lima atau lebih dalam skor tidur global dianggap sebagai orang yang kurang tidur atau memiliki kualitas tidur yang buruk. Nilai tidur global rata-rata dalam penelitian ini adalah 8,46 ($SD = 3,5$), dan rentang skor dalam penelitian ini adalah 0-17. Dalam penelitian ini, tidak kurang dari 90% dari subyek ($n = 182$) dikategorikan ke dalam kelompok dengan kualitas tidur buruk.

Tabel 1.*Data Demografis Responden Penelitian**N = 202*

Demografik	Kategori	<i>n</i>	Persentase (%)
Jenis kelamin	Laki-laki	98	48.5
	Perempuan	104	51.5
Status pekerjaan	Bekerja	42	20.8
	Tidak bekerja	160	79.2
Status merokok	Ya	16	7.9
	Tidak	186	92.1
Kebiasaan minum kopi ^a	Ya	33	16.3
	Tidak	169	83.7
Riwayat diabetes	Ya	92	45.5
	Tidak	110	54.5
Rumah sakit	Utara	57	28.2
	Pusat	145	71.8
Demografik	Mean (SD)	Minimum	Maximum
Usia (tahun)	53.86 (11.89)	22	78
Berat (kilogram)	58.30 (10.95)	37.40	110
Tinggi (meter)	1.60 (0.07)	1.45	1.80
Body Mass Index	22.54 (3.71)	14.60	35.51
Lama menjalani HD (bulan)	36 (31.64)	4	168

Catatan: ^aKebiasaan minum kopi: meminum dua cangkir atau lebih kopi dalam sehari

Table 2.*Dialysis Symptom Index**N = 202*

No	Gejala (Symptom)	Jumlah responden yang mengalami	Persentase responden yang mengalami	Keparahan (SD)
1	Kesulitan tetap tidur	178	88.12	2.55 (1.48)
2	Kulit kering	161	79.70	1.99 (1.34)
3	Merasa lelah atau tidak ada energi	152	75.25	2.11 (1.47)
4	Mulut kering	145	71.78	1.59 (1.22)
5	Sulit untuk tidur	144	71.29	2.27 (1.78)
6	Pusing	138	68.32	1.76 (1.37)
7	Kram otot	137	67.82	1.86 (1.43)
8	Nafsu makan menurun	120	59.41	1.64 (1.50)
9	Gatal-gatal	117	57.92	1.64 (1.60)
10	Mual	112	55.45	1.41 (1.37)
11	Merasa sedih	109	53.96	1.45 (1.45)
12	Merasa cemas	108	53.47	1.38 (1.43)
13	Pegal-pegal	107	52.97	1.43 (1.48)
14	Nyeri tulang atau sendi	95	47.03	1.34 (1.56)
15	Merasa khawatir	85	42.08	1.01 (1.29)
16	Batuk	83	41.09	1.17 (1.56)
17	Sakit kepala	83	41.09	1.06 (1.40)
18	Kesulitan terangsang secara seksual	76	37.62	0.92 (1.50)
19	Hasrat seks menurun	76	37.62	0.95 (1.56)
20	Kesulitan berkonsentrasi	75	37.13	0.99 (1.40)
21	Merasa mudah marah	69	34.16	0.90 (1.37)

22	Muntah	52	25.74	0.63 (1.16)
23	Mati rasa atau kesemutan di kaki	51	25.25	0.64 (1.21)
24	Kaki sulit diam	49	24.26	0.57 (1.11)
25	Sesak napas	49	24.26	0.72 (1.41)
26	Pembengkakan di kaki	47	23.27	0.54 (1.06)
27	Nyeri dada	47	23.27	0.54 (1.05)
28	Konstipasi	34	16.83	0.45 (1.04)
29	Diare	32	15.84	0.38 (0.93)
30	Merasa gugup	32	15.84	0.35 (0.87)
Total		Mean (SD)	Minimum	Maksimum
Jumlah gejala yang dirasakan (0 – 30)		13 (5.64)	0	29
Dialysis symptoms burden (0 – 150)		36 (17.41)	0	90

Catatan: keparahan gejala diukur menggunakan skala Likert dengan 1 adalah “tidak mengganggu sama sekali” sampai 5 “sangat mengganggu”. Dialysis symptom burden merupakan jumlah dari keparahan gejala, dengan nilai nol untuk gejala yang tidak dirasakan.

Tabel 3.
Kualitas Tidur Responden Penelitian

N = 202

No.	Komponen PSQI	Mean (SD)	Minimum	Maksimum
1	Kualitas tidur subjektif	1.67 (0.88)	0	3
2	Latensi tidur	2.05 (0.97)	0	3
3	Durasi tidur	1.78 (0.99)	0	3
4	Efisiensi kebiasaan tidur	0.90 (1.11)	0	3
5	Gangguan tidur	1.27 (0.56)	0	3
6	Konsumsi obat tidur	0.16 (0.56)	0	3
7	Disfungsi aktifitas	0.63 (0.74)	0	3
Skor tidur global (0 – 21)		8.46 (3.50)	0	17
Kategori kualitas tidur		<i>n</i>	Persentase (%)	
1	Kualitas tidur baik	20	9.9	
2	Kualitas tidur buruk	182	90.1	

Tabel 4.
Korelasi antara Symptom Burden dan Kualitas Tidur

N = 201

Variabel	Achievable Range	Mean	SD	Range	Pearson correlation
Symptom burden	0 – 150	36	17.41	0 – 29	.460**
Kualitas tidur	0 – 21	8.46	3.50	0 – 17	

**p<.001. *p<.05

PEMBAHASAN

Penelitian ini menemukan bahwa pasien yang menjalani hemodialisis memiliki tingkat kualitas tidur yang buruk. Kurang lebih 90% (n = 182) dari subjek memiliki kualitas tidur yang buruk dalam satu bulan terakhir. Hasil penelitian ini menunjukkan

perbedaan yang mencolok dibandingkan dengan studi tentang tidur di delapan negara termasuk Indonesia (Stranges, Tigbe, Gómez-Olivé, Thorogood, & Kandala, 2012). Penelitian menunjukkan hanya 3,9% pria dan 5,5% wanita pada populasi umum di Indonesia melaporkan kualitas tidur yang

buruk, dibandingkan dengan 89,79% pria dan 90,38% wanita melaporkan kualitas tidur yang buruk dalam penelitian ini.

Sekitar 30% subjek dalam penelitian ini biasanya tidur pada jam 10 malam dan bangun jam 4 pagi; hal ini kemungkinan disebabkan oleh faktor agama. Meskipun penelitian ini tidak menilai agama subjek, Indonesia telah dikenal sebagai negara penduduk Muslim terbesar di dunia, dengan dukungan data terbaru bahwa setidaknya 87% penduduk Indonesia adalah Muslim. Muslim diminta untuk melakukan shalat lima kali dalam sehari, dengan salah satu dari mereka harus dilakukan pada malam hari sekitar pukul delapan dan satu lagi harus dilakukan pada pagi hari sekitar pukul empat. Karena alasan itu, para subjek mungkin akan tidur setelah jam delapan malam dan bangun sekitar jam empat pagi. Menariknya, durasi tidur terlama yang ditemukan dalam penelitian ini adalah 12 jam, yang berarti bahwa subjek tidak melakukan shalat.

Prevalensi tidur yang buruk dalam penelitian ini hampir mirip dengan penelitian dari Turki, yang ditentukan 88% (Eryavuz et al., 2008). Di sisi lain, beberapa penelitian tentang kualitas tidur pada populasi ini menunjukkan hasil yang agak berbeda dibandingkan dengan penelitian ini, meskipun menggunakan metode yang sama untuk menilai kualitas tidur, yaitu menggunakan PSQI, dan mengkategorikan mereka yang mendapat lima atau lebih pada PSQI global. skor ke tidur yang buruk; Brekke et al. dan Trbojević-Stanković dkk. melaporkan nilai masing-masing 53,3% dan 64% (Brekke et al., 2013; Trbojević-Stanković, Stojimirović et al., 2014).

Meskipun menggunakan metode yang sama dalam menilai kualitas tidur menggunakan PSQI, latar belakang dan karakteristik subyek yang berbeda dari rumah sakit dari masing-masing negara mungkin telah mempengaruhi hasilnya. Misalnya, kebiasaan menggunakan obat untuk membantu mendapatkan tidur yang lebih baik di negara lain lebih tinggi, dan juga ketersediaan ahli tidur untuk membantu pasien di setiap rumah sakit mungkin berbeda.

Komponen kedua kualitas tidur, latensi tidur dalam penelitian ini tampaknya memiliki skor rata-rata tertinggi dari komponen lain, skor rata-rata ini bahkan lebih tinggi bila dibandingkan dengan penelitian lain tentang kualitas tidur pada populasi ini (Edalat-Nejad dan Qlich-Khani, 2013; Eryavuz et al., 2008; Iliescu, 2003; Tomita et al., 2016; Wang et al., 2016). Hasilnya dapat diartikan karena sebagian besar subjek mendapat skor dua dalam latensi tidur, artinya sebagian besar subjek membutuhkan 31-60 menit untuk tidur, hal ini juga dapat dilihat dari hasil pertanyaan terbuka (pertanyaan nomor item dua) di PSQI, di mana waktu rata-rata yang diperlukan untuk tidur adalah 55 menit. Semakin tinggi waktu yang dibutuhkan untuk tidur; subjek kurang tidur, oleh karena itu, mereka menganggap kualitas tidur mereka buruk, itu didukung oleh skor rata-rata komponen tiga tentang durasi tidur dan komponen satu tentang kualitas tidur subjektif, sebagai tiga nilai tertinggi tertinggi dari semua komponen tidur lainnya di pelajaran ini. Dua penelitian lain tentang kualitas tidur juga menemukan hasil yang

sama di mana latensi tidur dan kualitas tidur subjektif memiliki skor rata-rata tertinggi (Tomita et al., 2016; Wang et al., 2016).

Penggunaan obat tidur adalah komponen keenam kualitas tidur di PSQI. Hasil dalam penelitian ini mengungkapkan bahwa komponen ini sebagai komponen terendah di antara komponen lainnya. Hasil rendah dapat diartikan sebagai; kebanyakan subjek dalam penelitian ini tidak menggunakan obat untuk membantu mereka tidur bahkan ketika mereka kesulitan untuk tidur. Temuan ini adalah skor rata-rata terendah dibandingkan dengan beberapa penelitian lain dalam populasi yang sama menggunakan PSQI untuk menilai kualitas tidur (Edalat-Nejad dan Qlich-Khani, 2013; Iliescu, 2003; Tomita dkk., 2016; Wang et al., 2016). Perbedaan budaya antar negara dapat mempengaruhi kebiasaan orang-orang akan tidur, yang akan mempengaruhi kualitas tidur seseorang termasuk bagaimana mereka menggunakan obat tidur. Sebuah studi oleh LeBourgeois (2005) juga mendukung pernyataan ini setelah mempelajari hubungan antara kebersihan tidur dan kualitas tidur.

Studi ini menemukan bahwa pasien yang menjalani hemodialisis di Indonesia mengalami symptom burden yang tinggi; dan symptom burden yang tinggi memiliki korelasi positif terhadap kualitas tidur. Temuan itu juga sesuai dengan dua penelitian lain yang memeriksa gejala pada pasien yang menjalani hemodialisis. (Wang et al., 2016; Weisbord et al., 2005). Wang et al. pada tahun 2016 meneliti hubungan antara gejala beban dan kualitas tidur dan juga kualitas hidup. Penulis menemukan rata-rata gejala adalah 15 per pasien yang mempertahankan

hemodialisis dan gejala beban dikaitkan dengan kualitas tidur. Menggunakan instrumen yang sama untuk mengukur symptom burden pada pasien yang menjalani hemodialisis, hasil dari penelitian ini menunjukkan hasil yang hampir sama seperti yang ada dalam penelitian Wang. Mengenai gejala yang paling dilaporkan dalam populasi ini, kecuali keluhan mulut kering, empat lainnya, kesulitan tidur, kulit kering, merasa lelah atau kekurangan energi, dan kesulitan tidur, juga termasuk gejala yang paling tinggi dilaporkan dalam penelitian ini.

Studi ini menemukan dialysis symptom burden memiliki hubungan signifikan dengan kualitas tidur. Korelasi positif menunjukkan beban gejala yang lebih berat menghasilkan skor tidur global yang lebih tinggi. Semakin tinggi skor tidur global, semakin buruk kualitas tidurnya. Korelasi garis diharapkan karena kualitas tidur juga mempertimbangkan berbagai gangguan, dan beberapa gangguan yang disebutkan dalam PSQI juga hadir sebagai gejala di DSI. Temuan ini juga sesuai dengan satu studi tertentu; yang juga menemukan beban gejala yang lebih berat akan berkontribusi pada kualitas tidur yang buruk (Wang et al., 2016).

KESIMPULAN DAN SARAN

Penanganan symptom burden diperlukan untuk mencapai kualitas tidur yang lebih baik. Wang et al. (2016) juga menemukan bahwa dialisis saja mungkin tidak cukup untuk meredakan gejala. Oleh karena itu, mengikuti pedoman ketat untuk pasien yang menjalani hemodialisis mungkin memiliki peran penting dalam mengurangi beban gejala. Juga menambahkan penilaian

gejala pasien dalam manajemen pasien dapat menghasilkan informasi untuk diagnosis perubahan patofisiologi tertentu untuk

menentukan perawatan medis yang tepat dari gejala.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldukhayel, A. (2015). Prevalence of depressive symptoms among hemodialysis and peritoneal dialysis Patients. *International Journal of Health Sciences*, 9(1), 9-15. dx.doi.org/10.12816/0024678
- Brekke, F., Waldum, B., Amro, A., Østhus, T., Dammen, T., Gudmundsdottir, H., & Os, I. (2013). Self-perceived quality of sleep and mortality in Norwegian dialysis patients. *Hemodialysis International*, 18(1)
- Buyse, D., Reynolds, C., Monk, T., Berman, S., & Kupfer, D. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Buyse, D. J. (2014). Sleep health: can we define it? Does it matter? *SLEEP*, 37(1), 9-17.
- Cukor, D., Coplan, J., Brown, C., Friedman, S., Newville, H., & Safier, M. et al. (2008). Anxiety disorders in adults treated by hemodialysis: a single-center study. *American Journal of Kidney Diseases*, 52(1), 128-136.
- Davison, S. (2003). Pain in hemodialysis patients: prevalence, cause, severity, and management. *American Journal of Kidney Diseases*, 42(6), 1239-1247.
- Edalat-Nejad, M. & Qlich-Khani, M. (2013). Quality of life and sleep in hemodialysis patients. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 24(3), 514.
- Eryavuz, N., Yuksel, S., Acarturk, G., Uslan, I., Demir, S., Demir, M., & Sezer, M. (2008). Comparison of sleep quality between hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *International Urology and Nephrology*, 40(3), 785-791.
- Ezzat, H. & Mohab, A. (2015). Prevalence of sleep disorders among ESRD patients. *Renal Failure*, 37(6), 1013-1019.
- Fresenius Medical Care. (2013). ESRD patients in 2013: A global perspective. Germany: Fresenius Medical Care Deutschland GmbH.
- Gapstur, R. (2007). Symptom Burden: A concept analysis and implications for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 673-680.
- Gusbeth-Tatomir, P., Boisteanu, D., Seica, A., Buga, C., & Covic, A. (2007). Sleep disorders: a systematic review of an emerging major clinical issue in renal patients. *International Urology and Nephrology*, 39(4), 1217-1226.
- Iliescu, E. (2003). Quality of sleep and health-related quality of life in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 18(1), 126-132. dx.doi.org/10.1093/ndt/18.1.126
- Indonesia Renal Registry. (2014). *7th Report of Indonesian Renal Registry*.

- Indonesia: Perkumpulan Nefrologi Indonesia.
- Kimmel, P. (2006). Depression in Patients with End-Stage Renal Disease Treated with Dialysis: Has the Time to Treat Arrived? *Clinical Journal of The American Society of Nephrology*, 1(3), 349-352.
- LeBourgeois, M. (2005). The relationship between reported sleep quality and sleep hygiene in Italian and American adolescents. *PEDIATRICS*, 115(1), 257-265.
- Masoumi, M., Afsoun, E. N., Aghaghazvini, R., Amra, B., & Gholamrezaei, A. (2013). Sleep quality in patients on maintenance hemodialysis and peritoneal dialysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(2)
- Masoumi, M. (2015). Sleep quality in patients on maintenance hemodialysis and peritoneal dialysis. *Sleep Medicine*, 16, S72.
- Merkus, M. (1999). Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of The Netherlands cooperative study on adequacy of dialysis (NECOSAD). *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(5), 1163-1170.
- National Kidney Foundation (2015). KDOQI Clinical practice guideline for hemodialysis adequacy: 2015 Update. *American Journal of Kidney Diseases*, 66(5), 884-930.
- NIDDK. (2006). *Treatment methods for kidney failure: Hemodialysis* (p. 2). NIH Publication.
- Oneib, B., El Filali, A., Bentata, Y., & Ada, N. (2017). Depression and anxiety disorders in chronic hemodialysis patients and their quality of life: A cross-sectional study about 106 cases in the northeast of Morocco. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 28(2), 341.
- Sekercioglu, N., Curtis, B., Murphy, S., & Barrett, B. (2015). Sleep quality and its correlates in patients with chronic kidney disease: a cross-sectional design. *Renal Failure*, 37(5), 757-762.
- Shahgholian, N., Rahimpour, M., & Yazdani, M. (2015). Effect of hope therapy on depression, anxiety, and stress among the patients undergoing hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20(6), 694.
- Stranges, S., Tigbe, W., Gómez-Olivé, F., Thorogood, M., & Kandala, N. (2012). Sleep Problems: An Emerging Global Epidemic? Findings from the INDEPTH WHO-SAGE Study Among More Than 40,000 Older Adults From 8 Countries Across Africa and Asia. *Sleep*, 35(8), 1173-1181.
- Tomita, T., Yasui-Furukori, N., Oka, M., Shimizu, T., Nagashima, A., & Mitsuhashi, K. et al. (2016). Insomnia in patients on hemodialysis for a short versus long duration. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 12, 2293-2298.

- Trbojevic-Stankovic, J., Stojimirovic, B., Bukumiric, Z., Hadzibulic, E., Andric, B., & Djordjevic, V. et al. (2014). Depression and quality of sleep in maintenance hemodialysis patients. *Srp Arh Celok Lek*, *142*(7-8), 437-443.
[dx.doi.org/10.2298/sarh1408437t](https://doi.org/10.2298/sarh1408437t)
- Wang, R., Tang, C., Chen, X., Zhu, C., Feng, W., Li, P., & Lu, C. (2016). Poor sleep and reduced quality of life were associated with symptom distress in patients receiving maintenance hemodialysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, *14*(1).
- Weisbord, S., Fried, L., Arnold, R., Rotondi, A., Fine, M., Levenson, D., & Switzer, G. (2004). Development of a symptom assessment instrument for chronic hemodialysis patients: the dialysis symptom index. *Journal of Pain and Symptom Management*, *27*(3), 226-240.
- Weisbord, S. (2005). Prevalence, severity, and importance of physical and emotional symptoms in chronic hemodialysis patients. *Journal of the American Society of Nephrology*, *16*(8), 2487-2494.