

**HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN SEBELUM PRAKTIK KLINIK DI
RUMAH SAKIT DENGAN KEJADIAN INSOMNIA PADA
MAHASISWA D-III KEPERAWATAN SEMESTER II
STIKES MUHAMMADIYAH SAMARINDA
TAHUN 2016**

SKRIPSI

**Diajukan Sebagai Persyaratan
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda**



DISUSUN OLEH

**Fatimah
1211308230518**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA
2016**

Hubungan Tingkat Kecemasan Sebelum Praktek Klinik di Rumah Sakit dengan
Kejadian Insomnia pada Mahasiswa D-III Keperawatan Semester II STIKES
Muhammadiyah Samarinda Tahun 2016

Fatimah¹, Edyar Miharja², Mukhriyah Damaiyanti²

INTISARI

Latar belakang : Kecemasan atau ansietas adalah respon terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, samar-samar, atau konfliktual. Kecemasan merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu. Kecemasan bisa berupa perasaan gelisah yang bersifat subjektif, sejumlah perilaku (tampak khawatir dan gelisah), atau respon fisiologis yang bersumber di otak dan tercermin dalam bentuk denyut jantung yang meningkat dan otot yang tegang. Tanda gangguan kecemasan menyeluruh adalah ketegangan otot, agitasi mental, rawan mengalami keletihan, iritabilitas, dan gangguan tidur. Gangguan tidur umum terjadi adalah insomnia. Insomnia adalah gangguan tidur yaitu seseorang secara terus-menerus mengalami kesulitan tidur atau bangun terlalu cepat. Ini mungkin muncul sebagai reaksi terhadap sebagai ciri khas pola tidur individu yang relative tetap. Insomnia sering kali dilihat sebagai simtom orang dewasa, tetapi ditemukan juga pada anak-anak dan apabila tetap berlangsung maka harus dilihat sebagai gangguan emosi yang berat. Gangguan tidur yang kadang terjadi pada anak-anak boleh dianggap sebagai reaksi terhadap kesulitan dan tekanan hidup yang rutin.

Tujuan : penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan sebelum praktik klinik di rumah sakit dengan kejadian insomnia pada mahasiswa D-III keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah Samarinda Tahun 2016.

Metode penelitian : Penelitian ini menggunakan penelitian *deskriptif korelasi* dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan sampel dengan menggunakan metode *simple random sampling*. *Pengolahan data dengan menggunakan uji t test independent*.

Hasil dan kesimpulan : Berdasarkan hasil di dapatkan hasil pada variabel kecemasan P value = 0,964 sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara kecemasan laki-laki dan perempuan. Sedangkan pada variabel insomnia didapatkan hasil P value = 0,777 sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara insomnia laki-laki dan perempuan

Saran : Edukasi pada mahasiswa dalam pencegahan kecemasan dan insomnia

Kata kunci : insomnia, Praktik Klinik , kecemasan, Mahasiswa

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Dosen Akademik Keperawatan Propinsi Kalimantan Timur

³ Dosen program studi ilmu keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

The Relationship of Anxiety Level Before Clinical Practice in Hospital with the Occurrence of Insomnia in Nursing Students D-III Semester II STIKES Muhammadiyah Samarinda in Year 2016

Fatimah¹, Edyar Miharja², Mukhriyah Damaiyanti³

ABSTRACT

Background: Anxiety is a response to a threat whose origin are unknow, internal, vague, or conflictual. Anxiety an internal warning device which signals a danger to individuals. Anxiety can include feelings of anxiety that are subjective, some behaviors (looking worried and anxious), or a physiological response that originates the brain and is reflected in the form of increased heart rate and muscle tension. Anxiety disorders mark a whole is muscle tension, mental agitation, prone to fatigue, irritability, and sleep disorders, common sleep disorders is insomnia. Insomnia is a sleep disorder that a person is continuously experiencing difficulty falling asleep or waking up too early. This may appear as a reaction to a characteristic of individual sleep patterns are relatively fixed. Insomnia is often seen as a symptom of adults, but is found also in children and if it persists then it should be seen as a severe emotional disturbance. Sleep disorder that sometimes occurs in children should be regarded as a reaction to the difficulties and pressures of life routine.

Objektive: this study was to determine the relationship of anxiety level before clirical practice in hospital with the occurrence of insomnia in nursing students D-III semester II STIKES Muhammadiyah Samarinda in year 2016

Methodh: this study uses descriptive correlation with cross sectional approach. Sampling using simple random sampling method. Data processing using independent t test.

Results and Conclusions: Based on the results in getting the results in anxiety variable P value= 0,964 so it can be concluded that there is no significant difference between male and female anxiety. While the results obtained insomnia variable P value= 0,777 so it can be concluded that there is no significant difference between insomnia male and female.

Advice: Educating students in the prevention of anxiety and insomnia.

Key Words: insomnia, clinical practice, anxiety, students

¹ Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

² Dosen Akademik Keperawatan Propinsi Kalimantan Timur

³ Dosen program studi ilmu keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda

MOTTO

Sesali masa lalu karena ada kekecewaan dan kesalahan-kesalahan, tetapi jadikan penyesalan itu sebagai senjata untuk masa depan agar tidak terjadi kesalahan lagi

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Wr. Wb

Alhamdulillah atas kehadiran Allah SWT, sholawat dan salam kepada Nabi Muhammad SAW, karena atas petunjuk dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyusun skripsi ini yang berjudul “Hubungan Tingkat Kecemasan Sebelum Praktik Klinik Di Rumah Sakit Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa D-III Keperawatan Semester II STIKES Muhammadiyah Samarinda Tahun 2016” dan dapat diselesaikan tepat pada waktunya. Peneliti banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga proses penyusunan skripsi bisa terlaksana, untuk itu dalam kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terimakasih kepada:

1. Ghozali MH, M.Kes, selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Samarinda.
2. Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda.
3. Ns. Faried Rahman Hidayat, S.Kep.,M.Kes., selaku koordinator mata kuliah skripsi.
4. H.Edi Sukamto, M. Kep selaku penguji skripsi ini.
5. Ns. Ediyar Miharja, S.Kep., M.H selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan bimbingannya pada skripsi ini.
6. Ns. Mukhrifah Damaiyanti, S.Kep., MNS selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingannya pada skripsi ini.
7. Orang tua dan keluargaku yang aku sayangi terutama buat mamaku tercinta Hj. Andi Fadilah yang selalu memberikan motivasi, doa, ocean

dan semangatnya, juga bapakku tercinta H. Nasaruddin (alm) yang senantiasa menjaga dan mendoakan dari kejauhan selama penyusunan skripsi ini.

8. Teman-teman seperjuangan dan sahabat-sahabatku tercinta Mega Ayu, Rizky Nurul, Jamiah S, Radiyah W, Rinny, Ayu, Eca, wawan dan orang yang aku sayangi Nur Khozin yang setia memberi motivasi, ocehan, semangat dan bantuannya selama penyusunan skripsi ini.
9. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini namun tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa dalam skripsi ini masih terdapat kekurangan dan masih jauh dari sempurna. Oleh sebab itu kritik dan saran yang membangun sangat penulis harapkan sehingga dapat bermanfaat secara maksimal untuk semua pihak dan dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Wassalamualaikum Wr. Wb

Samarinda, Agustus 2016

Peneliti

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Pernyataan Keaslian Penelitian.....	ii
Halaman Pengesahan	iii
Halaman Persetujuan	iv
Abstract	v
Intisari	vi
Motto	vii
Kata Pengantar	viii
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
E. Keaslian Penelitian	9

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka	13
1. Konsep Dasar Kecemasan.....	13
2. Konsep Mahasiswa.....	38
3. Pengertian Praktik Klinik.....	41
4. Konsep Dasar Insomnia.....	43
B. Penelitian Terkait	62
C. Kerangka Teori Penelitian	64

D. Kerangka Konsep Penelitian	65
E. Hipotesa Penelitian	66

BAB III METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian	68
B. Populasi dan Sampel Penelitian.....	69
C. Waktu dan Tempat Penelitian	72
D. Definisi Operasional	73
E. Instrumen Penelitian	74
F. Uji Validitas dan Reliabilitas	76
G. Teknik Pengumpulan Data	77
H. Teknik Analisa Data	80
I. Etika Penelitian	87
J. Jalannya Penelitian	88
K. Jadwal Penelitian.....	90

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran khusus stikes muhammadiyah samarinda	91
B. Hasil Penelitian	93
C. Pembahasan	97
D. Keterbatasan Penelitian	104

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	106
B. Saran	107

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Respon fisik, kognitif dan emosional tingkat kecemasan	19
Tabel 3.1	Definisi operasional hubungan tingkat kecemasan sebelum menghadapi praktik klinik di rumah sakit dengan kejadian insomnia	73
Tabel 3.2	Indeks Korelasi (r)	86
Tabel 4.1	Tabel distribusi frekuensi jenis kelamin, usia, tingkat responden	93
Tabel 4.2	Distribusi frekuensi tingkat kecemasan laki-laki dan perempuan dengan kejadian insomnia	94
Tabel 4.3	Uji t tes independent	95
Tabel 4.4	Uji persone product moment	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Rentang respon kecemasan	29
Gambar 2.2	Kerangka teori penelitian	65
Gambar 2.3	Kerangka konsep penelitian	66
Gambar 3.1	Teknik metode sampling	71

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Lembar Penjelasan Penelitian

Lampiran 2 : Lembar Pernyataan Persetujuan Menjadi
Responden

Lampiran 3 : Lembar Kuesioner HRS-A

Lampiran 4 : Lembar Kuesioner KSPBJ IRS

Lampiran 5 : Output SPSS

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kecemasan atau ansietas adalah respon terhadap suatu ancaman yang sumbernya tidak diketahui, internal, samar-samar, atau konfliktual (Ibrahim, 2007). Kecemasan merupakan alat peringatan internal yang memberikan tanda bahaya kepada individu (Videbeck, 2008).

Menurut Pasiak (2007) dalam Hidayah (2010) mengemukakan bahwa perempuan lebih rentan dua kali untuk menderita kecemasan dibanding laki-laki. Perempuan lebih cemas akan ketidakmampuannya dibanding laki-laki karena, laki-laki lebih aktif, eksploratif, sedangkan perempuan lebih sensitif. Berdasarkan data Riskesdas (2013) tingkat kecemasan pada perempuan lebih tinggi dibandingkan tingkat kecemasan pada laki-laki. Adanya tingkat kecemasan yang tinggi pada perempuan karena dari aspek psikologis yang mempengaruhi kecemasan, dikatakan bahwa perempuan lebih sensitif, berpikir cenderung emosional, kurang percaya diri dan pasif.

National Comorbidity Study melaporkan bahwa satu di antara empat orang yang memenuhi kriteria, sedikitnya satu orang mengalami ansietas. Angka prevalensi kecemasan yang diteliti selama 12 bulan sebesar 17,7%. Perempuan (prevalensi seumur hidup 30,5%) lebih cenderung

mengalami ansietas dari pada laki-laki (prevalensi seumur hidup 19,2%). Sebuah meta-analisis terhadap 46 studi menemukan bahwa sekitar 17% orang suatu saat pernah mengalami kecemasan (Pinel, 2009).

Prevalensi penduduk Indonesia yang mengalami gangguan mental emosional seperti kecemasan secara nasional sebesar 6%. Angka ini mengalami penurunan dibanding data Riskesdas tahun 2007 di Indonesia sebesar 11,6% dari populasi orang dewasa (Depkes, 2010). Dimana prevalensi gangguan mental emosional tertinggi adalah provinsi Sulawesi tengah (11,6%), sedangkan yang terendah di provinsi Lampung (1,2%). Prevalensi gangguan mental emosional di provinsi Kalimantan timur sebesar 3,2% (Riskesdas, 2013).

Menurut Stuart & Sundeen (2008), mengemukakan ada dua faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu faktor predisposisi dan presipitasi. Adapun faktor predisposisi yang meliputi peristiwa traumatik, konflik emosional, konsep diri terganggu, frustrasi, gangguan fisik. Adapun faktor presipitasi yang meliputi ancaman terhadap integritas fisik dan ancaman terhadap harga diri.

Kecemasan bisa berupa perasaan gelisah yang bersifat subjektif, sejumlah perilaku (tampak khawatir dan gelisah), atau respon fisiologis yang bersumber di otak dan tercermin dalam bentuk denyut jantung yang meningkat dan otot yang tegang. Tanda gangguan kecemasan

menyeluruh adalah ketegangan otot, agitasi mental, rawan mengalami kelelahan, iritabilitas, dan gangguan tidur (Barlow & Durand, 2006).

Semium (2006) mengemukakan bahwa gangguan tidur umum terjadi adalah insomnia. Insomnia adalah gangguan tidur yaitu seseorang secara terus-menerus mengalami kesulitan tidur atau bangun terlalu cepat. Ini mungkin muncul sebagai reaksi terhadap sebagai ciri khas pola tidur individu yang relatif tetap. Insomnia sering kali dilihat sebagai simptom orang dewasa, tetapi ditemukan juga pada anak-anak dan apabila tetap berlangsung maka harus dilihat sebagai gangguan emosi yang berat. Gangguan tidur yang kadang terjadi pada anak-anak boleh dianggap sebagai reaksi terhadap kesulitan dan tekanan hidup yang rutin.

Prevalensi perkiraan menunjukkan bahwa sepertiga dari populasi (Morin, Bootzin, & Buysse dkk., 2006). Mereka yang tidur secara inadkuat ternyata 10% hingga 20% menderita insomnia kronik (Dracup dan Bryan, 2000). Insomnia biasanya terjadi pada perempuan, setengah baya dan orang yang lebih tua dewasa, pekerja *shift*, dan pasien dengan gangguan medis atau kejiwaan (Morin, Bootzin, Buysse dkk., 2006).

Iskandar & Setyonegoro (1985) dalam Dewi (2011) mengemukakan bahwa insomnia memiliki gejala-gejala atau keluhan seperti, kurangnya jumlah jam tidur, adanya mimpi-mimpi yang mengganggu, tidur tidak nyenyak, sulit untuk masuk tidur, tidak dapat mempertahankan tidur, bila

telah terbangun sulit untuk tidur kembali, bangun di pagi hari, perasaan tidak segar di pagi hari.

Insomnia menurut MGoldenson dalam *The Encyclopedia of Human Behavior* dikatakan sebagai kehilangan tidur secara sementara ataupun kronis. Penyebabnya pun beragam, yang dapat digolongkan kedalam tiga kelompok besar: fisik, psikis, dan lingkungan. Fisik dalam arti bahwa penderita tidak bisa tidur karena sesuatu yang terjadi dalam tubuhnya. Bisa jadi penyakit darah tinggi, olahraga malam hari, makan terlalu banyak, minum kopi, atau karena sudah tua. Semua ini bertentangan dengan kebutuhan tubuh untuk beristirahat. Psikis karena ada ketegangan emosi seperti sangat sedih, kecewa, marah karena baru di-PHK, baru putus dengan pacar, atau karena berbuat yang memalukan di depan orang banyak. Penyebab psikis lain adalah kebiasaan buruk, misalnya biasa begadang untuk kerja lembur atau menghadapi ujian dan praktik klinik (Mahsun, 2004).

Pengalaman belajar klinik merupakan proses pembelajaran yang penting untuk mempersiapkan peserta didik dalam melaksanakan praktik klinik. Pendapat lain menyatakan bahwa pembelajaran praktikum memberikan kesempatan kepada peserta didik untuk mengembangkan keterampilan melakukan observasi yang akurat dan teratur. Selain itu, ada pendapat mengatakan bahwa tatanan klinik

merupakan tempat yang paling tepat untuk mengajarkan keterampilan praktik (Nursalam, 2013).

Memasuki lahan praktik klinik mahasiswa diharapkan mempersiapkan diri dengan baik. Pengalaman, kepercayaan diri, dan motivasi sangat menentukan keberhasilan praktik klinik. Sikap mahasiswa yang dilandasi motivasi dalam pelaksanaan praktik klinik yang tinggi akan terlihat aktif mengerjakan tugas-tugas, tekun, ulet dalam menyikapi setiap tugas yang diberikan. Selain itu perlu juga kesiapan yang matang dalam memasuki lahan praktik misalnya mempersiapkan semua kebutuhan yang diperlukan sebelum pelaksanaan praktik klinik. Pada kenyataannya, tidak sedikit mahasiswa yang tidak mampu menjalankan praktik klinik dengan optimal, karena diawal sudah merasa terbebani, dan cenderung mengabaikan tanggung jawab yang harus di jalani sehingga permasalahan dapat menjadi stressor yang memicu timbulnya stress dan kecemasan pada mahasiswa (Wahyuni, 2012).

Mahasiswa adalah peserta didik yang terdaftar dan belajar pada perguruan tinggi. Pada usia tersebut mahasiswa mengalami masa peralihan dari remaja akhir ke dewasa awal. Masa peralihan yang dialami oleh mahasiswa, mendorong mahasiswa untuk menghadapi berbagai tuntutan dan tugas perkembangan yang baru. Tuntutan dan tugas perkembangan mahasiswa tersebut muncul dikarenakan adanya

perubahan yang terjadi pada beberapa aspek fungsional individu, yaitu fisik, psikologis, dan sosial (Yudha, 2015).

Berdasarkan pengalaman peneliti dan hasil wawancara dengan para mahasiswa D-III keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda, baik yang Semester II (Angkatan 2015) dan Semester III (Angkatan 2014), dari (Siti, 2013) masing-masing angkatan diambil 10 sampai 20 mahasiswa yang diwawancarai dan sebagian besar mengatakan cemas sehingga sulit tidur, karena memikirkan situasi baru dan tugas praktik apa yang akan mereka hadapi di rumah sakit.

Dari latar belakang di atas, khususnya tentang kesehatan mahasiswa terutama pada masalah insomnia dan kecemasan, mendorong penulis untuk mengetahui adanya hubungan tingkat kecemasan dengan kejadian insomnia pada mahasiswa D-III Keperawatan STIKES Muhammadiyah Samarinda, walaupun mahasiswa telah dibekali dengan teori-teori dan praktik-praktik sebelumnya, tetapi mahasiswa masih merasa cemas untuk menghadapi praktik langsung di lahan, karena akan berhadapan langsung dengan manusia atau pasien yang nyata, berbeda ketika waktu di kampus yang sebagian besar pasiennya dari boneka atau bisa juga disebut dalam bahasa kesehatan yaitu *phantom*.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka peneliti tertarik untuk meneliti “Apakah ada hubungan tingkat kecemasan sebelum praktik klinik di rumah sakit dengan kejadian insomnia pada mahasiswa D-III keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah Samarinda Tahun 2016.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan sebelum praktik klinik di rumah sakit dengan kejadian insomnia pada mahasiswa D-III keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah Samarinda Tahun 2016.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden (umur, jenis kelamin dan tingkat).
- b. Mengidentifikasi tingkat kecemasan sebelum praktik klinik di rumah sakit pada mahasiswa D-III keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah Samarinda Tahun 2016.
- c. Mengidentifikasi kejadian insomnia mahasiswa D-III Keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah Samarinda.
- d. Mengidentifikasi perbedaan kecemasan laki-laki dan perempuan sebelum menghadapi praktik klinik di rumah sakit pada

mahasiswa D-III Keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah samarinda

- e. Mengidentifikasi perbedaan insomnia laki-laki dan perempuan sebelum menghadapi praktik klinik di rumah sakit pada mahasiswa D-III Keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah samarinda
- f. Menganalisis hubungan tingkat kecemasan sebelum menghadapi praktik klinik di rumah sakit dengan kejadian insomnia pada mahasiswa D-III keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah Samarinda Tahun 2016.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan akan dapat mengetahui lebih jauh apakah tingkat kecemasan dan gejala insomnia yang timbul dapat diatasi sehingga tugas perkembangan mahasiswa dapat dilalui dengan baik.

2. Bagi Institusi STIKES Muhammadiyah

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan dokumentasi, bacaan dan acuan untuk menambah wawasan serta referensi keperawatan di perpustakaan STIKES Muhammadiyah Samarinda terutama pemahaman tentang hubungan

kecemasan sebelum praktik klinik di rumah sakit dengan kejadian insomnia.

3. Bagi Mahasiswa Keperawatan

Dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dan masukan serta menambah pengetahuan bagi mahasiswa keperawatan terutama tentang kecemasan dan insomnia pada saat pertama praktik klinik di rumah sakit, sehingga dapat mempersiapkan diri sebelum melakukan praktik klinik.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sumber referensi atau dapat dijadikan masukan untuk melakukan penelitian selanjutnya tentang hubungan kecemasan sebelum praktik klinik di rumah sakit dengan kejadian insomnia.

E. Keaslian Penelitian

1. Penelitian yang dilakukan oleh Siti (2013), yang berjudul Gambaran Tingkatan Kecemasan Mahasiswa Keperawatan Saat Menghadapi Ujian Skill Lab Di Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian *Cross Sectional*. Desain tersebut dipilih oleh peneliti dengan pertimbangan waktu yang dibutuhkan tidak terlalu banyak, relatif murah namun tetap dapat menjelaskan variabel yang diteliti. Tempat penelitian ini dilaksanakan di Program

Studi Ilmu Keperawatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. Populasi penelitian ini adalah seluruh mahasiswa Keperawatan semester 4 dan 6 Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. Berdasarkan dari hasil penelitian Gambaran Tingkatan Kecemasan Mahasiswa Keperawatan Saat Menghadapi Ujian Skill Lab, dapat disimpulkan bahwa sebanyak 45,7% mahasiswa tidak cemas, 50,3% mengalami cemas ringan, 4% cemas sedang dan tidak ada responden yang mengalami cemas berat. Berdasarkan tingkat semester, di dapatkan bahwa sebanyak 16 responden 34,8% semester empat, 29 responden 63% semester enam, dan 1 responden 2,2% semester delapan.

Perbedaanya dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah peneliti meneliti tentang Hubungan Tingkat Kecemasan Sebelum Menghadapi Praktik Klinik Di Rumah Sakit Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa D-III Keperawatan Semester II Stikes Muhammadiyah Samarinda Tahun 2016. Metode yang digunakan peneliti dalam penelitian ini dengan Cross Sectional. Teknik pengambilan sampel dengan cara Stratified random sampling. Sampel peneliti dalam penelitian ini adalah Mahasiswa D-III Keperawatan Semester II Stikes Muhammadiyah Samarinda dengan jumlah populasi sebanyak 40 sampel.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Ulumuddin (2011) yang berjudul Hubungan Tingkat Stres Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Uji bivariat yang digunakan pada penelitian ini menggunakan Uji *Fisher Exact*. Berdasarkan dari hasil penelitian yang berjudul Hubungan Tingkat Stres Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro. Penelitian ini menggunakan uji *Fisher Exact* dan ditemukan hasil signifikansi (*p value*) sebesar 0,009 yang berarti kurang dari 0,05 sehingga hipotesis diterima dan hasil dari penelitian adalah terdapat hubungan tingkat stres dengan kejadian insomnia pada mahasiswa.

Perbedaannya dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah peneliti meneliti tentang Hubungan Tingkat Kecemasan Sebelum Menghadapi Praktik Klinik Di Rumah Sakit Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa D-III Keperawatan Semester II Stikes Muhammadiyah Samarinda Tahun 2016. Metode yang digunakan peneliti dalam penelitian ini dengan Cross Sectional. Teknik pengambilan sampel dengan cara Stratified random sampling. Sampel peneliti dalam penelitian ini adalah Mahasiswa D-III Keperawatan Semester II Stikes Muhammadiyah Samarinda dengan jumlah populasi sebanyak 40 sampel.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Meuthia (2011) dengan judul Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Dengan Kejadian Insomnia Pada Lansia Di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia (PPSLU) Mappakasunggu Parepare. Metode penelitian ini menggunakan deskriptif korelatif dengan pendekatan Cross Sectional. Populasi pada penelitian ini adalah lansia di pusat pelayanan sosial lanjut usia (PPSLU) mappakasunggu parepare dengan jumlah 42 orang. Teknik pengambilan sampel ini menggunakan sampel jenuh atau Exhausted sampling. Berdasarkan dari hasil penelitian ini dengan uji bivariat didapatkan hasil analisis antara tingkat kecemasan dengan kejadian insomnia lansia. Tingkat kecemasan berat menunjukkan kejadian insomnia yang tinggi sebanyak 10 responden sedangkan jika lansia yang tidak memiliki kecemasan, kejadian insomnianya rendah dan diuji menggunakan uji korelasi person terdapat hubungan bermakna antara tingkat kecemasan dengan kejadian insomnia lansia dengan p value = 0,000 yang berarti lebih kecil dari 0,05 ($p < 0,05$).

Perbedaannya dengan penelitian yang akan dilakukan oleh peneliti adalah peneliti meneliti tentang Hubungan Tingkat Kecemasan Sebelum Menghadapi Praktik Klinik Di Rumah Sakit Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa D-III Keperawatan Semester II Stikes Muhammadiyah Samarinda Tahun 2016. Metode yang digunakan peneliti dalam penelitian ini dengan Cross Sectional.

Teknik pengambilan sampel dengan cara Stratified random sampling. Sampel peneliti dalam penelitian ini adalah Mahasiswa D-III Keperawatan Semester II Stikes Muhammadiyah Samarinda dengan jumlah populasi sebanyak 40 sampel.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Konsep Dasar Kecemasan

a. Definisi kecemasan

Kecemasan (ansietas / anxiety) adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas, kepribadian masih tetap utuh, perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas-batas normal (Hawari, 2011).

Kecemasan adalah suatu bentuk emosi tanpa adanya objek yang jelas disebabkan oleh sesuatu yang tidak diketahui dan akan menghasilkan suatu bentuk pengalaman baru (Stuart & Sundeen, 2007).

Kecemasan (ansietas) merupakan suatu keadaan yang ditandai oleh rasa khawatir disertai dengan gejala somatic yang menandakan suatu kegiatan berlebihan dari susunan saraf autonomik. Ansietas merupakan gejala yang umum tetapi non spesifik yang sering merupakan satu fungsi emosi. Kecemasan (ansietas) sangat berhubungan dengan perasaan tidak pasti dan

ketidakberdayaan sebagai hasil penilaian terhadap suatu objek atau keadaan. Keadaan emosi ini dialami secara subjektif, bahkan terkadang objeknya tidak jelas. Artinya seseorang dapat menjadi cemas, namun sumber atau suatu yang dicemaskan tersebut tidak nampak nyata. (Asmadi, 2008)

Menurut Stuart, (2006) ada beberapa teori yang menjelaskan mengenai kecemasan. Teori tersebut antara lain:

- 1) Teori psikoanalitik, kecemasan adalah konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian yaitu id dan superego. Id mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan superego mencerminkan hati nurani seseorang dan dikendalikan norma budaya seseorang. Ego atau aku berfungsi mentuntut dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
- 2) Teori interpersonal, kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, seperti perpisahan dan kehilangan, yang menimbulkan kerentanan tertentu. Individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami kecemasan yang berat.

- 3) Teori perilaku, kecemasan merupakan hasil dari frustrasi, yaitu segala sesuatu yang mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli teori perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan.
- 4) Teori keluarga menunjukkan bahwa gangguan kecemasan biasanya terjadi dalam keluarga. Gangguan kecemasan juga tumpang tindih antara gangguan kecemasan dan depresi.
- 5) Teori biologis menunjukkan bahwa otak mengandung reseptor khusus untuk benzodiazepin, obat-obatan yang meningkatkan neuroregulator inhibisi asam gama-aminobitirat (GABA), yang berperan penting dalam biologis yang berhubungan dengan kecemasan.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pengertian dari kecemasan adalah keadaan dimana seseorang mengalami gelisah, kekhawatiran atau cemas dalam berespon terhadap ancaman yang tidak jelas dan tidak spesifik dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan tidak berdaya.

b. Epidemiologi kecemasan

National Comorbidity Study melaporkan bahwa satu di antara empat orang yang memenuhi kriteria, sedikitnya satu

orang mengalami anxietas. Angka prevalensi kecemasan yang diteliti selama 12 bulan sebesar 17,7%. Perempuan (prevalensi seumur hidup 30,5%) lebih cenderung mengalami anxietas dari pada laki-laki (prevalensi seumur hidup 19,2%). Sebuah meta-analisis terhadap 46 studi menemukan bahwa sekitar 17% orang suatu saat pernah mengalami kecemasan (Pinel (2009). Prevalensi ansietas cenderung menurun dengan meningkatnya status social ekonomi (Saddock, 2010). Sekitar dua pertiga individu penderita kecemasan menyeluruh adalah perempuan, baik dalam sampel klinis maupun dalam studi-studi epidemiologi (Barlow dan Durand, 2006). Prevalensi kecemasan di pelayanan kesehatan primer adalah ansietas menyeluruh adalah 7,9%, dan panik atau agorofobia 2,6%. Perkiraan prevalensi kecemasan di masyarakat (per1000 orang) adalah ansietas menyeluruh 30, panik atau agorofobia 20, fobia sosial 30, fobia sederhana 45, dan *obsesif compulsive* (yang tidak terkomorbid dengan ansietas lain) 10 (Maramis, 2009).

Pengertian dari istilah kecemasan di atas menurut Sandock, 2010, yaitu:

1. Ansietas menyeluruh adalah kecemasan berlebihan dialami hampir sepanjang hari yang berlangsung selama sedikitnya enam bulan

2. Panik adalah serangan panik tidak terduga dan spontan yang terdiri atas periode rasa takut *intens* sampai sedikit serangan selama satu tahun
3. Agorofobia adalah rasa takut sendirian di tempat umum atau tempat sulit untuk keluar
4. Fobia sosial adalah rasa takut yang kuat dan menetap akan situasi yang menimbulkan rasa malu
5. Obsesif kompulsif adalah pikiran atau sensasi berulang untuk melakukan perilaku yang disadari, dan standar secara berulang

c. Etiologi kecemasan

Teori etiologi kecemasan yang dikutip dari buku Rencana Asuhan Keperawatan Psikiatri (Doenges, 2006):

1). Psikodinamika

Pandangan Freud meliputi konflik antara kebutuhan id dan superego, dan ego yang bertindak sebagai mediator. Kecemasan terjadi jika ego tidak cukup kuat untuk menyelesaikan konflik. Kasih sayang / cinta bersyarat menyebabkan ego mudah pecah dan kurang percaya diri.

2). Biologis

Walaupun pengaruh biologis dan neurofisiologis pada etiologi gangguan kecemasan telah diteliti, tidak ditemukan kaitannya. Akan tetapi, tampaknya terdapat pengaruh genetik dengan insiden keluarga tinggi. System saraf otonom yang terjadi dalam respon terhadap implus takut dan emosi dimediasi oleh sistem limbic, menyebabkan efek perifer sistem saraf otonom terlihat pada timbulnya kecemasan.

3). Dinamika keluarga

Perilaku disfungsi yang ditunjukkan oleh individu terlihat sebagai gambaran masalah sistem keluarga. Individu yang menderita kecemasan membawa masalah anggota keluarga lain, yang tampak sebagai akibat hubungan. Interelasi (ketidakseimbangan) antara anggota keluarga, bukan sebagai masalah individu itu sendiri.

d. Jenis-jenis kecemasan

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, edisi 4 revisi yang biasa disebut DSM_IV_TR (Sadock, 2010). Klasifikasi gangguan kecemasan menurut DSM_IV_TR, yaitu kecemasan umum, kecemasan berhubungan dengan kondisi medis, serangan panik, panik dengan atau tanpa agoraphobia (rasa

takut sendirian di tempat umum atau tempat sulit untuk keluar), agoraphobia dengan atau tanpa riwayat panik, spesifik phobia, phobia sosial, obsesi kompulsif, *post-traumatic stress disorder*, dan stress akut (Sadock, 2010 dan Murtagh, 2003 dalam Novita, 2011).

Berikut respon fisik, kognitif, dan emosional berdasarkan tingkat kecemasan menurut Videbeck, 2008 yaitu:

Tabel 2.1 Respon fisik, kognitif dan emosional tingkat kecemasan

Tingkat Anxietas	Respon Fisik	Respon Kognitif	Respon Emosional
Ringan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tegang otot ringan 2. Rileks dan sedikit gelisah 3. Penuh perhatian 4. Rajin 	<ol style="list-style-type: none"> a. Tenang, percaya diri b. Sedikit rasa gatal c. Waspada banyak hal d. Tingkat belajar optimal 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Perilaku otomatis 2) Sedikit tidak sabar 3) Terstimulasi 4) Tenang
Sedang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tegang otot sedang 2. Tanda vital meningkat 3. Pupil dilatasi dan mulai berkeringat 4. Suara bergetar, nada suara tinggi 5. Tegang 6. Sering berkemih, pola tidur berubah 	<ol style="list-style-type: none"> a. Tidak perhatian secara selektif b. Fokus stimulus meningkat c. Perhatian turun penyelesaian masalah menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Tidak nyaman 2) Mudah tersinggung 3) Tidak sabar
Berat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tegang otot yang berat 2. Hiperventilasi 3. Kontak mata buruk 4. Keringat banyak 5. Bicara cepat, nada tinggi 	<ol style="list-style-type: none"> a. Sulit berpikir b. Penyelesaian masalah buruk c. Egosentris d. Tidak mampu mempertimbangkan informasi e. Preokupasi dengan pikiran sendiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Sangat cemas 2) Agitasi 3) Takut 4) Bingung 5) Merasa tidak adekuat 6) Menarik diri 7) Penyalahan 8) Ingin bebas

Panik	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Flight, fight, atau freeze</i> 2. Ketegangan otot sangat berat 3. Agitasi motorik kasar 4. Pupil dilatasi, tanda vital meningkat kemudian menurun 5. Tidak dapat tidur 6. Hormone stress neurotransmitter turun 7. Mulut menganga 	<ol style="list-style-type: none"> a. Pikiran tidak logis, terganggu b. Pribadi kacau c. Tidak dapat menyelesaikan masalah d. Fokus pada diri sendiri e. Tidak rasional f. Sulit memahami stimulasi eksternal g. Halusinasi, ilusi, dan waham dapat terjadi 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Merasa terbebani 2) Merasa tidak mampu atau tidak berdaya 3) Lepas kendali 4) Mengamuk, putus asa 5) Marah, sangat takut 6) Kaget 7) Lelah
-------	---	--	---

e. Patofisiologi

kecemasan adalah respon dari persepsi terancam yang diterima oleh sistem saraf pusat akibat adanya rangsangan berupa pengalaman masa lalu dan faktor genetik. Rangsang tersebut dipersepsikan oleh panca indra, diteruskan dan direspon oleh sistem saraf pusat melibatkan, yaitu *Cortex cerebri* diteruskan ke *Limbic system* lalu ke *Reticular Activating system* kemudian ke *Hypothalamus* yang memberikan implus kepada kelenjar adrenal, selanjutnya memacu sistem saraf otonom melalui mediator yang lain. Kecemasan menyeluruh menunjukkan adanya gangguan reseptor serotonin, yaitu 5 HT_{1A}. sistem limbic terletak diensefalon, terdiri atas

hipokampus, girus singuli, dan nucleus amigdala yang merupakan sentrum integrasi emosi (Mudjadi, 2006).

f. Neurofisiologi kecemasan

Greenberg (2002), Guyton (2006), Molina (2010) & Videbeck (2008), menjelaskan neurofisiologi kecemasan adalah sebagai berikut: respon sistem saraf otonom terhadap rasa takut dan ansietas menimbulkan aktivitas involunter pada tubuh yang termasuk dalam mekanisme pertahanan diri. Secara fisiologi situasi stress akan mengaktifkan hipotalamus, yang selanjutnya akan mengaktifkan dua jalur utama stress, yaitu sistem endokrin (korteks adrenal) dan sistem saraf otonom (simpatis dan parasimpatis).

Untuk mengaktifkan sistem endokrin, setelah hipotalamus menerima stimulus stres atau kecemasan, bagian anterior hipotalamus akan melepaskan *Corticotrophin Releasing Hormone* (CRH), yang akan menginstruksikan kelenjar hipofisis bagian anterior untuk mensekresikan *Adrenocorticotropin Hormone* (ACTH). Dengan disekresikannya hormon ACTH ke dalam darah maka hormon ini akan mengaktifkan zona fasikulata korteks adrenal untuk mensekresikan hormon glukokortikoid yaitu kortisol. Hormon kortisol ini juga berperan dalam proses umpan balik negatif yang dihantarkan ke hipotalamus dan kemudian

sinyal diteruskan ke amigdala untuk memperkuat pengaruh stress terhadap emosi seseorang.

Selain itu, umpan balik negatif ini akan merangsang hipotalamus bagian anterior untuk melepaskan hormon *Thirotropic Releasing Hormone* (TRH) dan akan menginstruksikan kelenjar hipofisis anterior untuk melepaskan *Thirotropic Hormone* (TTH). TTH ini akan menstimulasi kelenjar tiroid untuk mensekresikan hormon tiroksin yang mengakibatkan perubahan tekanan darah, frekuensi nadi, peningkatan *Basal Metabolic Rate* (BMR), peningkatan asam lemak bebas, dan juga peningkatan ansietas.

Mekanisme kedua dari stres yaitu melalui jalur sistem saraf otonom. Setelah stimulus diterima oleh hipotalamus, maka hipotalamus langsung mengaktifkan sistem saraf simpatis dan parasimpatis. Aktivasi sistem saraf simpatis akan mengakibatkan terjadinya peningkatan frekuensi jantung, dilatasi arteri koronaria, dilatasi pupil, dilatasi bronkus, meningkatkan kekuatan otot rangka, melepaskan glukosa melalui hati dan meningkatkan aktivasi mental. Perangsangan saraf simpatis juga mengakibatkan aktivasi dari medula adrenal sehingga menyebabkan pelepasan sejumlah besar epineprin dan

norepinefrin ke dalam darah, untuk kemudian kedua hormon ini dibawa oleh darah ke semua jaringan tubuh. Epinefrin dan norepinefrin akan berikatan dengan reseptor β_1 dan α_1 adrenergik dan memperkuat respon simpatis untuk meningkatkan tekanan darah dan frekuensi nadi.

Aktivasi saraf parasimpatis akan mengakibatkan terlepasnya asetilkolin dari postganglion n. vagus, untuk selanjutnya asetilkolin ini akan berikatan dengan reseptor muskarinik (M3) pada otot polos bronkus dan mengakibatkan peningkatan frekuensi nafas. Ketika bahaya telah berakhir, serabut saraf parasimpatis membalik proses ini dan mengembalikan tubuh pada kondisi normal sampai tanda ancaman berikutnya dan mengaktifkan kembali respons simpatis.

g. Tingkat kecemasan

Menurut Stuart (2007) kecemasan dibagi menjadi 4 tingkatan yaitu:

1. Kecemasan Ringan

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari, kecemasan ini menyebabkan individu menjadi waspada dan meningkatkan lapang

persepsinya. Kecemasan ini dapat memotivasi belajar dan menghasilkan pertumbuhan serta kreativitas.

2. Kecemasan Sedang

Kecemasan sedang memungkinkan individu untuk berfokus pada hal yang penting dan mengesampingkan yang lain. Kecemasan ini mempersempit lapang persepsi individu. Dengan demikian, individu mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat berfokus pada lebih banyak area jika diarahkan untuk melakukannya.

3. Kecemasan Berat

Kecemasan berat sangat mengurangi lapang persepsi individu. Individu cenderung berfokus pada sesuatu yang rinci dan spesifik serta tidak berpikir tentang hal lain. Semua perilaku ditujukan untuk mengurangi ketegangan. Individu tersebut memerlukan banyak arahan untuk berfokus pada area lain.

4. Panik

Berhubungan dengan ketakutan dan terror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan arahan. Panik mencakup disorganisasi kepribadian dan menimbulkan peningkatan aktivitas motoric, menurunnya

kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain. Persepsi yang menyimpang dan kehilangan pemikiran yang rasional.

h. Faktor-faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut Stuart & Sundeen, 2008 mengemukakan ada 2 faktor yang mempengaruhi kecemasan yaitu :

1. Faktor predisposisi yang meliputi :

Faktor predisposisi adalah semua ketegangan dalam kehidupan yang dapat menyebabkan timbulnya kecemasan, yang berupa:

- a. Peristiwa traumatik yang dapat memicu terjadinya kecemasan berkaitan dengan krisis yang dialami individu baik krisis perkembangan atau situasional.
- b. Konflik emosional yang dialami individu dan tidak terselesaikan dengan baik. Konflik antara id dan superego atau antara keinginan dan kenyataan dapat menimbulkan kecemasan pada individu.
- c. Konsep diri terganggu akan menimbulkan ketidakmampuan individu berpikir secara realitas sehingga akan menimbulkan kecemasan.
- d. Frustrasi akan menimbulkan ketidakberdayaan untuk mengambil keputusan yang berdampak terhadap ego.

e. Gangguan fisik akan menimbulkan kecemasan karena merupakan ancaman integritas fisik yang dapat mempengaruhi konsep diri individu.

2. Faktor presipitasi meliputi :

a. Ancaman terhadap integritas fisik, ketegangan yang mengancam integritas fisik meliputi :

1. Sumber internal, meliputi kegagalan mekanisme fisiologi sistem imun, regulasi suhu tubuh, perubahan biologis normal.

2. Sumber eksternal, meliputi paparan terhadap infeksi virus dan bakteri, polutan lingkungan, kecelakaan, kekurangan nutrisi, tidak adekuatnya tempat tinggal.

b. Ancaman terhadap harga diri meliputi sumber internal dan eksternal.

1. Sumber internal, meliputi kesulitan dalam berhubungan interpersonal di rumah dan di tempat kerja, penyesuaian terhadap peran baru. Berbagai ancaman terhadap integritas fisik juga dapat mengancam harga diri.

2. Sumber eksternal, meliputi kehilangan orang yang dicintai, perceraian, perubahan status pekerjaan, tekanan kelompok, sosial budaya.

i. Gejala kecemasan

Keluhan-keluhan yang sering dikemukakan oleh orang yang mengalami gangguan kecemasan menurut Hawari (2011) antara lain:

- 1) Cemas, khawatir, firasat buruk takut akan pikirannya sendiri, mudah tersinggung
- 2) Merasa tegang, tidak tenang, gelisah, mudah terkejut
- 3) Takut sendirian, takut pada keramaian dan banyak orang
- 4) Gangguan pola tidur, mimpi-mimpi yang menegangkan
- 5) Gangguan konsentrasi dan daya ingat
- 6) Keluhan-keluhan somatic, misalnya rasa sakit pada otot dan tulang, pendengaran berdenging atau *tinnitus*, berdebar-debar, sesak napas, gangguan pencernaan, gangguan perkemihan, sakit kepala dan lain sebagainya.

j. Rentang respon kecemasan

Respon terhadap kecemasan terdiri dari respon fisiologi, perilaku, kognitif dan afektif (Stuart, 2007). Menguraikan respon fisiologi, respon perilaku, kognitif dan afektif terhadap kecemasan:

a. Respon fisiologis

- 1) Kardiovaskuler, meliputi: palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat, rasa mau pingsan, pingsan, tekanan darah menurun, denyut nadi menurun.
- 2) Pernafasan, meliputi: nafas sangat pendek, nafas sangat cepat, tekanan pada dada, napas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik, terengah-engah.
- 3) Neuromuskuler, meliputi: refleks meningkat, reaksi kejutan, mata berkedip-kedip, insomnia, tremor frigiditas, wajah tegang, kelemahan umum kaki goyah, gerakan yang janggal.
- 4) Gastrointestinal, meliputi: kehilangan nafsu makan, menolak makanan, rasa tidak nyaman pada abdomen, mual, rasa terbakar pada jantung, diare.
- 5) Saluran perkemihan, meliputi: tidak dapat menahan kencing, sering berkemih.
- 6) Kulit, meliputi: wajah kemerahan sampai telapak tangan, gatal, rasa panas, wajah pucat, berkeringat seluruh tubuh.

b. Respon perilaku

Respon perilaku yang sering terjadi yaitu: gelisah,

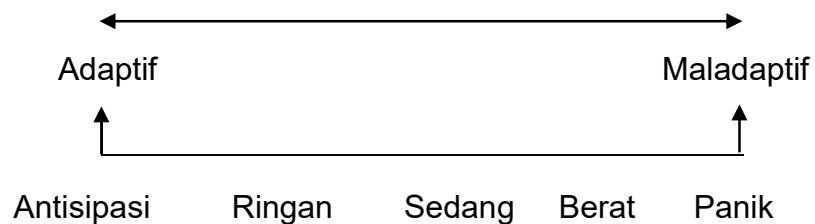
ketegangan fisik, tremor, gugup, bicara cepat, kurang kordinasi, cenderung mendapat cedera, menarik dari masalah, menghindari, hiperventilasi.

c. Respon kognitif

Perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupsi, hambatan berfikir bidang persepsi menurun, kreativitas menurun, produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri meningkat, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kontrol, takut pada gambar visual, takut pada cedera dan kematian.

d. Respon afektif

Mudah tersinggung, tidak sabar, gelisah, tegang, nervus, ketakutan, alarm, terror, gugup, gelisah.



Gambar 2.1 Rentang Respon Kecemasan (Sumber. Stuart and Sundeen, 2007).

k. Proses adaptasi kecemasan

1) Mekanisme koping

a. Strategi pemecahan masalah.

Strategi pemecahan masalah bertujuan untuk mengatasi atau menanggulangi masalah atau ancaman yang ada dengan kemampuan realistis. Strategi pemecahan masalah ini secara ringkas dapat digunakan dengan metode STOP yaitu *Source, Trial and Error, Others*, serta *Pray and Patient*. *Source* berarti mencari dan mengidentifikasi apa yang menjadi sumber masalah. *Trial and error* mencoba berbagai rencana pemecahan masalah yang disusun. Bila satu tidak berhasil maka mencoba lagi dengan metode yang lain. Begitu selanjutnya, *others* berarti meminta bantuan orang lain bila diri sendiri tidak mampu. Sedangkan *pray and patient* yaitu berdoa kepada Tuhan. Hal yang perlu dihindari adalah adanya rasa keputus asa yang terhadap kegagalan yang dialami (Suliswati,2005).

b. *Task oriented* (berorientasi pada tugas)

1. Dipikirkan untuk memecahkan masalah, konflik, memenuhi kebutuhan dengan motivasi yang tinggi.
2. Realistis memenuhi tuntunan situasi stress.

3. Disadari dan berorientasi pada tindakan.
4. Berupa reaksi melawan (mengatasi rintangan untuk memuaskan kebutuhan), menarik diri (menghindari sumber ancaman fisik atau psikologis), kompromi (mengubah cara, tujuan untuk memuaskan kebutuhan) (Suliswati, 2005).

c. *Ego oriented*

Dalam teori ini, *ego oriented* berguna untuk melindungi diri dengan perasaan yang tidak adekuat seperti *inadequacy* dan perasaan buruk berupa penggunaan mekanisme pertahanan diri (*defense mechanism*). Jenis mekanisme pertahanan diri yaitu (Suliswati, 2005):

1. Denial

Menghindar atau menolak untuk melihat kenyataan yang tidak diinginkan dengan cara mengabaikan dan menolak kenyataan tersebut.

2. Proyeksi

Menyalakan orang lain mengenai ketidakmampuan pribadinya atas kesalahan yang diperbuatnya. Mekanisme ini digunakan untuk

menghindari celaan atau hukuman yang mungkin akan ditimpakan pada dirinya.

3. Represi

Menekan kedalam tidak sadar dan sengaja melupakan terhadap pikiran, perasaan, dan pengalaman yang menyakitkan.

4. Regresi

Kemunduran dalam hal tingkah laku yang dilakukan individu dalam menghadapi stress.

5. Rasionalisasi

Berusaha memberikan alasan yang masuk akal terhadap perbuatan yang dilakukannya.

6. Fantasi

Keinginan yang tidak tercapai dipuaskan dengan imajinasi yang diciptakan sendiri dan merupakan situasi yang berkhayal.

7. Displacement

Memindahkan perasaan yang tidak menyenangkan diri atau objek ke orang atau objek lain yang biasanya lebih kurang berbahaya dari pada semula.

8. Undoing

Tindakan atau komunikasi tertentu yang bertujuan menghapuskan atau meniadakan tindakan sebelumnya.

9. Kompensasi

Menutupi kekurangan dengan meningkatkan kelebihan yang ada pada dirinya (Suliswati, 2005).

I. kriteria diagnosis

kecemasan umum memiliki kriteria, yaitu memiliki tiga atau lebih dari sifat lekas marah, gelisah, tegang, mudah lelah, kesulitan konsentrasi atau pikiran kosong, ketegangan, dan insomnia. Diagnosis berdasar riwayat pasien dengan seksama mendengar yang dikatakan pasien, kecuali pasien dengan gangguan organik distimulasi dengan sejarah (Murtagh, 2003 dalam Novita 2011).

Fitur-fitur kecemasan menyeluruh berdasar kriteria DSM-IV-TR meliputi, yaitu:

1. Kecemasan dan kekhawatiran eksematik selama enam bulan atau lebih, tentang sejumlah kejadian atau aktivitas
2. Kesulitan dalam mengontrol kekhawatiran
3. Menunjukkan minimal tiga di antara gejala-gejala, yaitu:
 - a. Kegelisahan atau perasaan tegang

- b. Menjadi mudah lelah
 - c. Sulit berkonsentrasi
 - d. Iritabilitas
 - e. Ketegangan otot, juga insomnia
- 4. Distress atau hendaya yang signifikan
 - 5. Kecemasan tidak terbatas pada sebuah isu tertentu (Barlow & Durand, 2006).
- m. Pengukuran kecemasan berdasarkan Hamilton Anxiety Rating Scale/HARS

Untuk mengetahui sejauh mana tingkat kecemasan baik itu kecemasan ringan, sedang, berat, dan panik digunakan alat ukur kecemasan yang dikenal *Hamilton Anxiety Rating Scale/ HARS*. Alat ukur ini terdiri dari 14 kelompok gejala yang masing-masing dirinci lagi dengan gejala-gejala yang lebih spesifik. Masing-masing kelompok gejala diberi penilaian angka (score) antar 0-4, yang artinya adalah:

- 0 : Tidak ada (tidak ada gejala sama sekali)
- 1 : Ringan (satu gejala dari pilihan yang ada)
- 2 : Sedang (separuh dari gejala yang ada)
- 3 : Berat (lebih dari separuh dari gejala yang ada)
- 4 : Sangat Berat (semua gejala ada)

Masing-masing nilai angka (skor) dapat mengetahui derajat kecemasan seseorang, yaitu:

Total nilai (score) :

Skor kurang dari 14 = tidak ada kecemasan

Skor 14 sampai 20 = kecemasan ringan

Skor 21 sampai 27 = kecemasan sedang

Skor 28 sampai 41 = kecemasan berat

Skor 42 sampai 56 = panik

Pengukuran kecemasan berdasarkan Hamilton Anxiety Rating Scale/ HARS (Nursalam, 2009) adalah sebagai berikut:

1. Perasaan cemas seperti firasat buruk, takut akan pikiran sendiri, mudah tersinggung
2. Ketegangan seperti merasa tegang, lesu mudah terkejut, tidak dapat istirahat dengan nyenyak, mudah menangis, gemetar, gelisah
3. Ketakutan seperti ada gelap, ditinggal sendiri, pada orang asing, pada binatang besar, pada keramaian lalu lintas, pada kerumunan banyak orang
4. Gangguan tidur seperti sukar memulai tidur, terbangun malam hari, tidak pulas, mimpi buruk, mimpi yang menakutkan
5. Gangguan kecerdasan seperti daya ingat, sulit konsentrasi, sering bingung

6. Perasaan depresi seperti kehilangan minat, sedih, bangun dini hari, berkurangnya kesukaan pada hobi, perasaan berubah-ubah sepanjang hari
7. Gejala somatic seperti telinga berdengung, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk
8. Gejala sensorik: telinga berdengung, penglihatan kabur, muka merah dan pucat, merasa lemah, perasaan ditusuk-tusuk
9. Gangguan kardivaskuler seperti denyut nadi cepat, berdebar, nyeri dada, denyut nadi mengeras, rasa lemah seperti mau pingsan, detak jantung hilang sekejap
10. Gangguan pernapasan seperti rasa tertekan di dada, perasaan tercekik, merasa napas pendek/ sesak, sering menarik napas panjang
11. Gangguan gastrointestinal seperti sulit menelan, mual muntah, berat badan menurun, konstipasi/ sulit buang air besar, perut melilit, gangguan pencernaan, nyeri lambung sebelum/sesudah makan, rasa panas diperut, perut terasa penuh/kembung

12. Gejala urogenital seperti sering kencing, tidak dapat menahan kencing, amenor/ menstruasi tidak teratur, frigiditas
13. Gejala vegetatif/ otonom seperti mulut kering, muka kering, mudah berkeringat, pusing/sakit kepala, bulu roma berdiri
14. Apakah ibu/bapak merasakan seperti gelisah, tidak tenang, mengerutkan dahi, muka tegang, ketegangan otot meningkat, napas pendek dan cepat, muka merah.

n. Penatalaksanaan kecemasan

1) Penatalaksanaan Farmakologi

Pengobatan untuk anti kecemasan terutama benzodiazepine, obat ini digunakan untuk jangka pendek, dan tidak dianjurkan untuk jangka panjang karena pengobatan ini menyebabkan toleransi dan ketergantungan. Obat anti kecemasan nonbenzodiazepine, seperti buspiron (Buspar) dan berbagai antidepresan juga digunakan (Isaacs, 2005).

2) Penatalaksanaan non farmakologi

1. Relaksasi

Lin (2004) dalam Siahaan (2013), menjelaskan untuk mengatasi kecemasan dapat digunakan teknik relaksasi yaitu relaksasi dengan melakukan pijat/pijatan pada bagian

tubuh tertentu dalam beberapa kali akan membuat perasaan lebih tenang, mendengarkan musik yang menenangkan, dan menulis catatan harian. Selain itu, terapi relaksasi lain yang dilakukan dapat berupa meditasi, relaksasi imajinasi dan visualisasi serta relaksasi progresif (Isaacs, 2005).

2. Distraksi

Potter & Perry (2005), menjelaskan distraksi merupakan metode untuk menghilangkan kecemasan dengan cara mengalihkan perhatian pada hal-hal lain sehingga pasien akan lupa terhadap cemas yang dialami. Stimulus sensori yang menyenangkan menyebabkan pelepasan endorfin yang bisa menghambat stimulus cemas yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli cemas yang ditransmisikan ke otak. Salah satu distraksi yang efektif adalah dengan memberikan dukungan spiritual (membacakan doa sesuai agama dan keyakinannya), sehingga dapat menurunkan hormo-hormon stressor, mengaktifkan hormon endorfin alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktivitas

gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik.

3. Humor

Kemampuan untuk menyerap hal-hal lucu dan tertawa melenyapkan stres. Hipotesis fisiologis menyatakan bahwa tertawa melepaskan endorfin ke dalam sirkulasi dan perasaan stres dilenyapkan (Potter & Perry, 2005).

4. Terapi spiritual

Aktivitas spiritual dapat juga mempunyai efek positif dalam menurunkan stres. Praktik seperti berdoa, meditasi atau membaca bahan bacaan keagamaan dapat meningkatkan kemampuan beradaptasi terhadap gangguan stressor yang dialami (Potter & Perry, 2005).

5. Aromaterapi

Aromaterapi adalah terapi yang menggunakan minyak esensial yang dinilai dapat membantu mengurangi bahkan mengatasi gangguan psikologis dan gangguan rasa nyaman seperti cemas, depresi, nyeri, dan sebagainya (Watt, Gillian, & Janca, 2008).

2. Konsep Mahasiswa

Menurut Wikipedia bahasa Indonesia mahasiswa adalah panggilan untuk orang yang sedang menjalani pendidikan tinggi di sebuah universitas atau perguruan tinggi, sedangkan menurut Ilmi (2003) dalam Kasenda (2012) mahasiswa keperawatan merupakan seorang calon perawat profesional yang akan melaksanakan asuhan keperawatan di pelayanan kesehatan. Dalam menjalankan profesinya, mahasiswa rentan terhadap stress dan cemas. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat stress dan cemas mahasiswa perawat dengan kategori tinggi sebesar 47%, tingkat stress dan cemas tinggi cenderung mengarah pada gangguan fisiologis seperti: sering mengalami sakit kepala (pusing), tekanan darah meningkat, mengalami ketegangan dalam bekerja, sering mengalami jantung berdebar, bola mata melebar, berkeringat dingin, serta nyeri leher dan bahu.

Menurut Susantoro (2003) mengemukakan mahasiswa merupakan kalangan muda yang berumur antara 19 sampai 28 tahun yang memang dalam usia tersebut mengalami suatu peralihan dari tahap remaja ke tahap dewasa. Sosok mahasiswa juga kental dengan nuansa kedinamisan dan sikap kenyataan objektif, sistemik dan rasional.

Rahmawati (2006) mengatakan bahwa mahasiswa (youth) adalah suatu priode yang disebut "studenthood" yang terjadi hanya pada individu yang memasuki post secondary education dan sebelum masuk ke dalam dunia kerja yang menetap. Namun, visi pelayanan mahasiswa menyebutkan bahwa mahasiswa adalah seseorang yang sedang mempersiapkan diri dalam keahlian tertentu dalam tingkat pendidikan tinggi.

Mahasiswa mempunyai peran penting sebagai agen perubahan (agent of change) bagi tatanan kehidupan yang secara realistis dan logis diterima oleh masyarakat dan dalam gerakan-gerakan pembaharuan memiliki makna yaitu sekumpulan manusia intelektual, memandang segala sesuatu dengan pikiran jernih, positif, kritis yang bertanggung jawab, dan dewasa. Secara moral mahasiswa akan dituntut tanggung jawab akademisnya dalam menghasilkan "buah karya" yang berguna bagi kehidupan lingkungan (Chaerul, 2002). Sehubungan dengan pendapat Chaerul, Kartono dalam (Rahmawati, 2006) menyebutkan bahwa mahasiswa merupakan anggota masyarakat yang mempunyai ciri-ciri tertentu di antaranya:

1. Mempunyai kemampuan dan kesempatan untuk belajar di perguruan tinggi sehingga dapat digolongkan sebagai kaum intelegenasi

2. Mahasiswa diharapkan dapat bertindak sebagai pemimpin masyarakat maupun dalam dunia kerja.
3. Mahasiswa diharapkan dapat menjadi daya pergerakan yang dinamis bagi proses modernisasi
4. Mahasiswa diharapkan dapat memasuki dunia kerja sebagai tenaga yang berkualitas dan professional.

2. Pengertian Praktik Klinik

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia, klinik adalah rumah sakit atau lembaga kesehatan tempat orang berobat dan memperoleh advis medis serta tempat mahasiswa kedokteran melakukan pengamatan terhadap kasus penyakit yang diderita para pasien (Poerwodarminto, 2007).

Praktik klinik yang efektif dan efisien didapat dari pengalaman panjang local dan regional maupun Internasional yang diterjemahkan dalam suatu standar baik berupa standart kebijakan (Policy Guidelines) dan standar pelayanan (service delivery guidelines).(Yessi, 2009).

Praktik klinik diharapkan bukan hanya sekedar kesempatan untuk menerapkan teori yang dipelajari di kelas ke dalam praktik profesional. Melalui praktik klinik mahasiswa diharapkan lebih aktif dalam setiap tindakan sehingga akan menjadi orang yang cekatan dalam menggunakan teori tindakan. Lebih jauh lagi, praktik keperawatan

profesional di bidang pelayanan keperawatan mencakup banyak hal termasuk di antaranya pengambilan keputusan klinis yang mengintegrasikan teori, hukum, pengetahuan, prinsip dan pemakaian keterampilan khusus. Tidak kalah pentingnya adalah bagaimana perawat menerima klien sebagai makhluk hidup yang utuh, unik dan mandiri dengan hak-haknya yang tidak dapat dipisahkan. Selama praktik klinis, mahasiswa dapat bereksperimen dengan menggunakan konsep dan teori untuk praktik, menyelesaikan masalah, dan mengembangkan bentuk perawatan baru (Satria, 2010 dalam Aisyah, 2014).

Menurut Nursalam (2013) pembelajaran praktikum merupakan salah satu bentuk pengalaman belajar yang memberikan kesempatan belajar kepada peserta didik dengan tujuan sebagai berikut:

1. Memahami, menguji, dan menggunakan berbagai konsep utama dari program teoritis untuk diterapkan pada praktik klinik.
2. Mengembangkan keterampilan teknis, intelektual, dan interpersonal, sebagai persiapan untuk memberikan asuhan kepada klien. Banner (1984) menyatakan bahwa suatu tingkatan dalam melakukan berbagai keterampilan (intelektual dan teknis) yang berhubungan dengan prinsip-prinsip dan teori dapat dicapai melalui pembelajaran praktikum.

3. Menemukan berbagai prinsip dan mengembangkan wawasan melalui latihan praktik yang bertujuan untuk menerapkan ilmu-ilmu dasar kedalam praktik klinik keperawatan. Sasaran program pembelajaran praktikum adalah agar peserta didik dapat mengintegrasikan dan menerapkan konsep-konsep, prinsip-prinsip, dan teori ilmu pengetahuan dalam praktik klinik.
4. Menggunakan keterampilan pemecahan masalah. Proses keperawatan merupakan suatu pendekatan pembelajaran keterampilan pemecahan masalah dengan cara berfikir tentang observasi yang saling berkaitan dengan proses berfikir dari: pengkajian, pengambilan keputusan, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3. Konsep Dasar Insomnia

a. Definisi Insomnia

Insomnia adalah ketidakmampuan memenuhi kebutuhan tidur, baik secara kualitas maupun kuantitas. Gangguan tidur ini umumnya ditemui pada individu dewasa (Mubarak, 2007). Insomnia adalah ketidakmampuan untuk memulai tidur, sulit mempertahankan keadaan tidur, sulit tertidur pada malam hari atau gangguan tidur yang membuat penderita merasa belum cukup tidur pada saat terbangun yang di akibatkan oleh satu atau multifaktor (Lumbantobing, 2004).

Semium (2006) mengemukakan bahwa gangguan tidur umum terjadi adalah insomnia. Insomnia adalah gangguan tidur yaitu seseorang secara terus-menerus mengalami kesulitan tidur atau bangun terlalu cepat. Ini mungkin muncul sebagai reaksi terhadap sebagai ciri khas pola tidur individu yang relatif tetap. Insomnia sering kali dilihat sebagai simtom orang dewasa, tetapi ditemukan juga pada anak-anak dan apabila tetap berlangsung maka harus dilihat sebagai gangguan emosi yang berat. Gangguan tidur yang kadang terjadi pada anak-anak boleh dianggap sebagai reaksi terhadap kesulitan dan tekanan hidup yang rutin.

Kesulitan memulai dan mempertahankan tidur. Keluhan insomnia paling lazim ditemui bersifat sementara atau menetap. Insomnia melibatkan dua masalah yang kadang dapat dipisahkan, tetapi sering berkaitan, yaitu tegangan somatisasi serta ansietas, dan respon asosiatif yang dipelajari (Sadock, 2010).

Untuk menyembuhkan insomnia, maka terlebih dahulu harus dikenali penyebabnya. Artinya, kalau disebabkan penyakit tertentu, maka untuk mengobatinya maka penyakitnya yang harus disembuhkan terlebih dahulu (Aman, 2005).

Umumnya dimulai dengan munculnya gejala-gejala:

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

Insomnia adalah ketidakmampuan penderita untuk memperoleh jumlah tidur yang diperlukan agar dapat menjalankan fungsi pada siang hari secara efisien. Insomnia pada dasarnya hanya mempunyai dua keluhan utama, yaitu seseorang sulit masuk tidur, dan sulit mempertahankan tidur. Insomnia dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana seseorang sulit untuk masuk tidur, atau kesulitan mempertahankan tidur dalam kurun waktu tertentu, sehingga menimbulkan penderitaan atau gangguan

dalam berbagai fungsi sosial, pekerjaan ataupun fungsi-fungsi kehidupan lainnya (Erry, 2000).

b. Epidemiologi (Prevalensi dan Insiden Insomnia)

Prevalensi perkiraan menunjukkan bahwa sepertiga dari populasi (Morin, Bootzin, & Buysse dkk., 2006). Mereka yang tidur secara inadkuat ternyata 10% hingga 20% menderita insomnia kronik (Dracup dan Bryan, 2000). Insomnia biasanya terjadi pada perempuan, setengah baya dan orang yang lebih tua dewasa, pekerja *shift*, dan pasien dengan gangguan medis atau kejiwaan (Morin, Bootzin, Buysse dkk., 2006). Menurut penelitian insiden insomnia pada mahasiswa pendidikan dokter Universitas Sebelas Maret sekitar 30% (Saraswati, 1998). Insiden insomnia pada mahasiswa dan mahasiswi pendidikan dokter Universitas Sebelas Maret tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan (Hatmitasari, 2005).

Studi menunjukkan insomnia meningkatkan morbiditas, hendaya fungsional, dan penggunaan pelayanan kesehatan. Studi tahun 2002 pada lebih dari satu juta laki-laki dan perempuan menunjukkan bahwa orang yang tidur lebih dari 8,5 jam atau kurang dari 3,5 jam setiap malam memiliki angka mortalitas 15% lebih besar dari pada orang yang tidur selama 7 jam setiap malam (Sadock, 2010).

c. Etiologi

Menurut Potter dan Perry (2006) penyebab insomnia mencakup:

1) Faktor psikologi

Lanjut usia sering mengalami kehilangan yang mengarah pada stress emosional. Stress emosional menyebabkan seseorang menjadi tegang dan seringkali mengarah frustrasi apabila tidak tidur. Stress juga menyebabkan seseorang mencoba terlalu keras untuk tidur, sering terbangun selama siklus tidur, atau terlalu banyak tidur. Stress yang berlanjut akan menyebabkan kebiasaan tidur yang buruk.

2) Penyakit fisik

Sesak nafas pada orang yang terserang asma, hipertensi, penyakit jantung coroner sering dikarakteristikkan dengan episode nyeri dada yang tiba-tiba dan denyut jantung yang tidak teratur. Sehingga seringkali mengalami frekuensi terbangun yang sering, nokturia atau berkemih pada malam hari, dan lansia yang mempunyai sindrom kaki tak berdaya yang terjadi pada saat sebelum tidur mereka mengalami berulang kali kambuh gerakan berirama pada kaki dan tungkai.

3) Factor lingkungan

Lingkungan yang bising, tempat tidur yang kurang nyaman, tingkat cahaya dan suhu yang terlalu ekstrim dapat menjadi faktor penyebab susah tidur.

4) Gaya hidup

Alkohol, rokok, kopi, obat penurun berat badan, jam kerja yang tidak teratur, juga dapat menjadi faktor penyebab sulit tidur.

5) Pengobatan medis

Banyak sekali obat-obat yang membuat susah tidur. Obat-obatan tersebut menyebabkan insomnia ketika dikonsumsi mendekati waktu tidur atau ketika dosisnya ditingkatkan. Beberapa obat yang dapat menyebabkan insomnia antara lain: antidepresan, dopamine agonis (beberapa pengobatan pada Parkinson), psikostimulan, amfetamin, antikonvulsan, obat demam, dekonjestan, efedrin dan pseudoefedrin, kortison, dan adrenokortikotropin, beta agonis, teofilin, pengobatan untuk menurunkan tekanan darah, lipid dan agen penurun kolesterol, diuretik, kafein, niasin, antibiotic quinolone, dan agen antineoplastik.

d. Batasan insomnia

Berdasarkan skala insomnia yang telah dibakukan, yaitu skala KSPBJ (Kelompok Studi Psikiatri Biologi Jakarta) menurut Aspuah, (2013) mengemukakan, batasan atau indikator insomnia dapat ditentukan meliputi parameter sebagai berikut:

1. Kesulitan untuk memulai tidur
2. Tiba-tiba terbangun pada malam hari
3. Bias terbangun lebih awal atau dini hari
4. Merasa mengantuk di siang hari
5. Merasa kurang puas dengan tidurnya
6. Merasa kurang nyaman atau gelisah saat tidur
7. Mendapat mimpi buruk
8. Badan terasa lemah, letih, kurang tenaga setelah tidur

Maslim (2002) menyebutkan bahwa diagnostik untuk insomnia adalah:

- 1) Keluhan adanya kesulitan masuk tidur atau kualitas tidur yang buruk,
- 2) Gangguan terjadi minimal 3 kali dalam seminggu,
- 3) Adanya preokupasi dengan tidak bias tidur (*sleeplessness*) dan peduli yang berlebihan terhadap akibatnya di malam hari dan sepanjang siang hari,

- 4) Adanya gejala gangguan jiwa lain, seperti depresi, *anxietas*, atau obsesi tidak menyebabkan diagnosis insomnia diabaikan. Semua ko-morbiditas harus dicantumkan karena membutuhkan terapi tersendiri,
- 5) Kriteria “lama tidur” (kuantitas) tidak digunakan untuk menentukan adanya gangguan, oleh karena luasnya variasi individual. Lama gangguan yang tidak memenuhi kriteria di atas (seperti pada “*transient insomnia*”) tidak didiagnosis disini, dapat dimasukkan dalam Reaksi Stress Akut (F43.0) atau Gangguan Penyesuaian (F43.2).

e. Pengatur tidur

Sebenarnya pusat pengendalian tidur tidak sederhana, melainkan terdapat sejumlah sistem kecil terutama pada batang otak akan saling mengaktifkan dan menghambat satu sama lain. Pencegahan sintesis serotonin atau penghancuran nucleus rafe dorsalis batang otak mengurangi waktu tidur yang cukup lama. Sintesis dan pelapasan serotonin dipengaruhi oleh tersedianya L-triptofan. Ingesti sejumlah besar L-triptofan sebesar satu gram hingga lima belas gram dapat menimbulkan pengurangan waktu tidur pada tahap tidur REM atau *Rapid Eye Movement* (Sadock, 2010).

Norepinefrin yang badan selnya terdapat pada lokus serelous memainkan peranan penting mengendalikan pola tidur yang normal. Obat yang memanipulasi peningkatan noradrenergik menimbulkan pengurangan nyata tahap tidur REM dan peningkatan keadaan terjaga. Asetilkolin otak terlibat dalam produksi REM. Pasien depresi memiliki gangguan nyata pada tahap tidur REM. Sekresi melatonin dihambat oleh cahaya terang dengan kadar terendah melatonin pada siang hari.

Nucleus suprachiasmaticus sebagai tempat memacu pola sirkadian dengan mengatur sekresi melatonin serta kerja otak pada siklus bangun dan tidur selama 24 jam. Dopamine memiliki efek menyiagakan. Obat yang cenderung meningkatkan dopamine otak akan meningkatkan waktu tidur orang tersebut (Sadock, 2010).

f. Psikofisiologi tidur

Tidur merupakan keadaan normal yang ditandai oleh perubahan kesadaran. Lamanya tidur tergantung pada ritme intrinsik sistem reticular atau siklus bangun tidur (Ginsberg, 2008). EEG (*electroencephalogram*), EOG (*electrooculogram*), EMG (*electromyogram*) merupakan alat standar mengukur psikofisiologis tidur (Pinel, 2009). Tidur terdiri atas tahap *nonrapid eye movement* dan *rapid eye movement*. Tahap tidur *nonrapid*

eye movement merupakan tahap tenang dibandingkan keadaan terjaga. Dan, tidur *rapid eye movement* merupakan tahap yang relatif lebih aktif dibandingkan tahap terjaga. Tahap *tidur rapid eye movement* disebut sebagai tahap tidur yang bersifat paradoks, dan desinkronisasi. Tahap tidur REM disebut sebagai tahap tidur paradoks karena aktivitas otaknya meningkat namun orang tersebut dalam keadaan tertidur. Hal ini terjadi karena aktivitas otak tidak disalurkan ke tempat yang membuat orang tersebut terjaga. Dan, tahap tidur REM juga disebut sebagai tahap desinkronisasi karena pada tahap ini terdapat pola gelombang dan frekuensi seperti pada keadaan terjaga atau aktif namun tidak ada letupan neuron meskipun aktivitas otak jelas (Guyton, 2007).

Pola tidur berubah selama rentang hidup seseorang. Distribusi tahap tidur *non rapid eye movement* relatif konstan walaupun pengurangan terjadi pada tidur gelombang pendek dan tahap tidur REM pada orang yang lebih tua. Gelombang alfa sebesar 8 hingga 12 Hz terjadi ketika seseorang mulai menutup mata dan ketika orang bersiap tidur (Sadock, 2010).

Tahap tidur dipantau dengan EEG, yaitu:

1) Tahap tidur NREM terdiri dari atas tahap satu hingga empat.

Tahap tidur NREM merupakan keadaan tenang dibandingkan keadaan terjaga. Denyut jantung melambat lima sampai

sepuluh menit dibandingkan keadaan terjaga dan sangat teratur. Tekanan darah cenderung rendah dengan variasi dari menit ke menit. Aliran darah berkurang ke sebagian besar jaringan termasuk aliran darah ke otak sedikit berkurang. Terdapat gerakan involunter dan episodic

- 2) Tidur NREM tahap satu: sinyal tinggi, frekuensi rendah yang mirip tetapi lebih lamban dibandingkan keadaan bangun.
- 3) Tidur NREM tahap dua: amplitude sedikit tinggi, dan frekuensi yang lebih rendah. Gambaran *k complexe* dan *sleep spindles* khas pada tahap dua.
- 4) Tidur NREM tahap tiga: gelombang delta merupakan gelombang paling besar dan lamban dengan frekuensi 1-12 Hz.
- 5) Tidur NREM tahap empat: predominasi gelombang delta dan bertahan dalam waktu tertentu dan kembali ke tahap satu dengan ditandai dengan *emergency stage I* pada EEG. *Emergency stage I* merupakan nama lain dari REM sleep, sedang tahap tidur satu hingga empat disebut tahap tidur NREM (Pinel, 2009).
- 6) Tahap tidur REM menunjukkan keadaan tidak teratur. Pada tahap tidur REM semuanya lebih tinggi daripada tahap tidur NREM dan saat terjaga, yaitu denyut jantung, pernafasan, dan

tekanan darah. Penggunaan oksigen otak meningkat, dan meningkatnya respon ventilasi karena meningkatnya kadar karbon dioksida pada tahap tidur REM. Ciri khas tidur REM mengalami mimpi yang abstrak dan aneh.

g. Klasifikasi insomnia

Kategori insomnia menurut DSM-TR-IV adalah gangguan tidur primer, gangguan tidur yang berkaitan dengan gangguan jiwa lain, dan gangguan tidur lainnya berkaitan dengan keadaan medis umum atau dicetuskan oleh zat, seperti obat-obatan (Sadock, 2010).

Menurut (Ibrahim, 2004) penggolongan insomnia berdasar waktu terjadinya , yaitu:

- 1) *Initial insomnia*: kesulitan memulai tidur
- 2) *Middle insomnia*: keadaan seringnya terbangun di tengah malam dan kesulitan untuk tidur kembali
- 3) *Late insomnia*: keadaan seringnya bangun terlalu pagi dan tidak dapat tidur kembali

Menurut (Dohrmaji, 2006) penggolongan insomnia berdasar berat-ringannya insomnia, yaitu:

- a) *Mild insomnia*: kesulitan memulai dan mempertahankan tidur, tanpa atau sedikit mengalami penurunan kualitas hidup.

- b) *Moderate insomnia*: kesulitan memulai dan mempertahankan tidur hampir sepanjang malam.
- c) *Severe insomnia*: kesulitan memulai dan mempertahankan tidur di sepanjang malam dan setiap hari

Berikut kategori insomnia menurut DSM-TR-IV (Nasution, 2007), yaitu:

- a) Insomnia primer: insomnia, narkolepsi, hypersomnia kronik, mimpi buruk, *pickwickia*, DAN *KLEINE-LEVIN*.
- b) Insomnia sekunder: insomnia pada pasien skizofrenia, depresi, alkoholisme, sindrom uremia, gravida, sindrom postpartum.
- c) Parasomnia: berjalan waktu tidur, enuresis nocturnal, bicara pada waktu tidur, bruksisme, dan juktasio kapitis nocturnal.
- d) Insomnia bermodifikasi: hal yang dapat menyebabkan insomnia, yaitu perubahan fisiologis, gangguan kardiovaskuler, gangguan respirasi, kondisi neuromuskuler, serta kondisi medis lain, seperti mikrofilasis brancofti, fluktuasi konsentrasi gula darah pasien diabetes mellitus, ulkus duodeni, hipnalgia nocturnal, dan sebagainya.

h. Faktor-faktor yang menyebabkan insomnia

Menurut Rafknowldege (2004), jika diambil garis besarnya, faktor-faktor penyebab insomnia yaitu:

1. Stress atau kecemasan: seseorang yang didera kegelisahan yang dalam, biasanya karena memikirkan permasalahan yang sedang dihadapi.
2. Depresi: selain menyebabkan insomnia, depresi juga bisa menimbulkan keinginan untuk tidur terus sepanjang waktu, karena ingin melepaskan diri dari masalah yang dihadapi. Depresi bisa menyebabkan insomnia dan sebaliknya insomnia dapat menyebabkan depresi.
3. Kelainan-kelainan kronis: Kelainan tidur (seperti tidur apnea), diabetes, sakit ginjal, arthritis, atau penyakit yang mendadak seringkali menyebabkan kesulitan tidur.
4. Efek samping pengobatan: Pengobatan untuk suatu penyakit juga dapat menjadi penyebab insomnia.
5. Pola makan yang buruk: Mengonsumsi makanan berat sesaat sebelum pergi tidur bisa menyulitkan seseorang jatuh tidur.
6. Kafein, nikotin, dan alkohol: Kafein dan nikotin adalah zat *stimulant* (penekan syaraf). Alkohol dapat mengacaukan pola tidur seseorang.
7. Kurang berolahraga: hal ini juga bisa menjadi faktor sulit tidur yang signifikan.

Penyebab lainnya bisa berkaitan dengan kondisi spesifik, seperti:

- a. Usia lanjut (insomnia lebih sering terjadi pada orang yang berusia di atas 60 tahun).
- b. Wanita hamil.
- c. Riwayat depresi atau penurunan.

Insomnia ringan atau hanya sementara biasanya dipicu oleh :

1. Stres
2. Suasana ramai atau berisik
3. Perbedaan suhu udara
4. Perubahan lingkungan sekitar
5. Masalah jadwal tidur dan bangun yang tidak teratur
6. Efek samping pengobatan

Insomnia kronis lebih kompleks lagi dan seringkali diakibatkan faktor gabungan, termasuk yang mendasari fisik atau penyakit mental. Bagaimanapun, insomnia kronis bisa juga karena faktor perilaku, termasuk penyalahgunaan kafein, alkohol, atau obat-obat berbahaya.

i. Gejala Insomnia

Menurut Amirta (2009), penderita insomnia dimulai dengan munculnya gejala-gejala:

- a. Kesulitan jatuh tertidur atau tidak tercapainya tidur nyenyak. Keadaan ini berlangsung sepanjang malam dan bisa dalam tempo sehari-hari, berminggu-minggu bahkan lebih.
- b. Merasa lelah saat tidur dan tidak merasakan kesegaran. Penderita insomnia sering kali merasa tidak pernah tidur sama sekali walaupun kita melihat penderita insomnia ini sedang memejamkan mata.
- c. Sakit kepala di pagi hari biasanya sakit kepala ini disebut 'efek mabuk'. Padahal kenyataannya orang tersebut tidak minum minuman beralkohol di malam harinya.
- d. Mengalami masalah dalam menjalani aktivitas sehari-hari akibat insomnia, seperti turunnya produktivitas, sering mengantuk di siang hari, sulit atau kurang dapat berkonsentrasi dan fokus, sulit mengingat atau sering lupa bahkan pada hal yang baru saja dialami, tidak dapat berpikir jernih atau objektif, sulit memberikan pertimbangan dan mempengaruhi penilaiannya terhadap sekitar, mengalami gangguan koordinasi otot kurang sigap, mengalami gangguan dalam bersosialisasi (memiliki sedikit hubungan sosial, kurang aktif, mudah tersinggung), mengalami kecelakaan dalam berkendara akibat kelelahan atau kekurangan tidur.

e. Pada orang-orang tertentu, masalah sehari-hari semakin memburuk akibat tingkah laku mereka sendiri yang tidak tepat dalam upaya menenangkan diri dari gangguan insomnia, seperti: merokok, minum-minuman beralkohol dan kafein, serta mengkonsumsi obat-obatan (obat tidur, obat penenang) tanpa resep dokter atau kecanduan obat-obatan.

j. Dampak Insomnia

Rafknowledge (2004), mengatakan bahwa insomnia memberi sedikit atau banyak dampak pada kualitas hidup, produktifitas, dan keselamatan seseorang. Pada kondisi yang parah, dampaknya bisa lebih serius, seperti misalnya:

- a. Orang yang insomnia lebih mudah menderita depresi dibandingkan mereka yang biasa tidur dengan baik.
- b. Kekurangan tidur akibat insomnia memberi kontribusi pada timbulnya suatu penyakit, termasuk penyakit jantung.
- c. Dampak mengantuk atau ketiduran di siang hari dapat mengancam keselamatan kerja, termasuk mengemudi kendaraan.
- d. Orang dengan insomnia bisa kehilangan banyak waktu dari pekerjaannya.

e. Tidur malam yang buruk, dapat menurunkan kemampuan dalam memenuhi tugas harian serta kurang menikmati aktivitas hidup.

k. Kriteria diagnosis insomnia

Sesuai petunjuk buku saku diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas PPDGI-III, kriteria insomnia adalah

1. Untuk mendiagnosis pasti insomnia, yaitu:

- a. Keluhan adanya kesulitan masuk tidur, mempertahankan tidur, atau kualitas tidur yang buruk.
- b. Gangguan tidur terjadi minimal tiga kali dalam seminggu selama minimal satu bulan.
- c. Adanya preokupasi dengan tidak bias tidur (*sleeplessness*) dan peduli berlebihan oleh karena tidak bias tidur di malam hari, dan efek tidak bisa tidur di malam hari terasa di sepanjang hari.
- d. Ketidakpuasan terhadap kuantitas dan kualitas tidur menyebabkan penderitaan yang cukup berat, dan mempengaruhi fungsi sosial serta pekerjaan.

2. Adanya gejala gangguan jiwa lain, seperti depresi, anxietas, atau obsesi kompulsif “lama tidur” (kuantitas) tidak digunakan untuk menentukan adanya gangguan, oleh karena variasi individual. Lama gangguan yang tidak memenuhi kriteria di

atas, seperti *transient insomnia* tidak didiagnosis di sini, tetapi dimasukkan reaksi stress akut (F43.0) atau gangguan penyesuaian dan termasuk dalam jenis gangguan F43.2 (Muslim, 2003).

I. Penatalaksanaan

Perlakuan terhadap pasien insomnia sebagai perawatan psikologis yang didukung oleh bukti empiris, yaitu terapi control stimulus (*stimulus control therapy*), pembatasan tidur (*sleep restriction*), dan terapi kognitif perilaku (*cognitive-behavioural therapy*), niat paradoksal, dan relaksasi (Morin, Bootzin, & Buysse dkk., 2006).

1. Non farmakologik

Menurut Amin (2007), instruksi yang harus diikuti oleh penderita insomnia antara lain: pergi ketempat tidur hanya di saat telah mengantuk, menggunakan tempat tidur hanya untuk tidur, jangan menonton (televisi, membaca, makan) dan menelepon di tempat tidur, jangan berbaring-barang di tempat tidur karena bisa bertambah frustrasi jika tidak bisa tidur, jika tidak bisa tidur (setelah beberapa menit) harus bangun, pergi keruang lain, kerjakan yang tidak membuat terjaga. Masuk kamar tidur setelah ngantuk datang kembali, bangun pada saat yang sama setiap hari tanpa menghiraukan waktu tidur,

total tidur, atau hari (misalnya hari minggu) menghindari tidur di siang hari, jangan menggunakan stimulasi (kopi atau rokok) dalam 4-6 jam sebelum tidur.

2. Farmakologi

Obat-obatan hipnotik tidak efektif untuk penggunaan jangka panjang, sebab toleransinya yang sering berkembang dalam minggu pertama dan setelah satu bulan pemakaian secara teratur. Obat tidur mempunyai efek samping yang mempengaruhi fungsi keseharian dan kualitas tidur malam. Orang tua lebih mudah terpengaruh terhadap efek samping dari obat tidur dari pada orang muda. Hampir semua obat hipnotik mempengaruhi tidur REM. Ketika obat tidur tidak dilanjutkan, orang dapat mengalami efek ulangan, yang dikarakteristikkan oleh mimpi buruk. Secara umum obat tidur terdiri atas, anti-histamin yang dapat mempunyai efek samping seperti konfusi, konstipasi, dan pandangan kabur, baik dari obat itu sendiri maupun kombinasinya. Kombinasinya obat tidur dan obat lain yang berbahaya dan sering berakibat fatal.

m. Pengukuran insomnia

Sebagai alat pengukur tergantung yaitu insomnia adalah *Insomnia Rating Scale* yang telah dibakukan oleh KSPBJ (Kelompok Studi Psikiatri Biologi Jakarta), dikenal sebagai KSPBJ

Insomnia Rating Scale yang terdiri dari 8 keluhan gangguan tidur yang dianggap cukup untuk melengkapi semua keluhan tidur (Aspuah, 2013). Derajat Insomnia yang dipake KSPBJ Rating Scale adalah:

- a. Tidak insomnia : <8
- b. Insomnia ringan : 8-13
- c. Insomnia berat : 13-18
- d. Insomnia sangat berat : >18

Responden dinyatakan insomnia bila skor *Insomnia Rating Scale* yang diperoleh ≥ 8 dan tidak insomnia bila skor *Insomnia Rating Scale* yang diperoleh < 8.

B. Penelitian Terkait

1. Penelitian yang dilakukan oleh Siti (2013), yang berjudul Gambaran Tingkatan Kecemasan Mahasiswa Keperawatan Saat Menghadapi Ujian Skill Lab Di Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah. Metode penelitian yang digunakan adalah metode deskriptif kuantitatif dengan desain penelitian *Cross Sectional*. Desain tersebut dipilih oleh peneliti dengan pertimbangan waktu yang dibutuhkan tidak terlalu banyak, relatif murah namun tetap dapat menjelaskan variabel yang diteliti. Tempat penelitian ini dilaksanakan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta. Populasi

penelitian ini adalah seluruh mahasiswa Keperawatan semester 4 dan 6 Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

Berdasarkan dari hasil penelitian Gambaran Tingkatan Kecemasan Mahasiswa Keperawatan Saat Menghadapi Ujian Skill Lab, dapat disimpulkan bahwa sebanyak 45,7% mahasiswa tidak cemas, 50,3% mengalami cemas ringan, 4% cemas sedang dan tidak ada responden yang mengalami cemas berat. Gambaran data demografi dengan kecemasan yaitu: berdasarkan jenis kelamin, bahwa sebanyak 34 responden 73,9% perempuan, 12 responden 26,1% laki-laki. Berdasarkan tingkat semester, di dapatkan bahwa sebanyak 16 responden 34,8% semester empat, 29 responden 63% semester enam, dan 1 responden 2,2% semester delapan.

2. Penelitian yang dilakukan oleh Ulumuddin (2011) yang berjudul Hubungan Tingkat Stres Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro. Uji bivariat yang digunakan pada penelitian ini menggunakan Uji *Fisher Exact*.

Berdasarkan dari hasil penelitian yang berjudul Hubungan Tingkat Stres Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro. Penelitian ini menggunakan uji *Fisher Exact* dan ditemukan hasil signifikansi (*p value*) sebesar 0,009 yang berarti kurang dari 0,05 sehingga hipotesis

diterima dan hasil dari penelitian adalah terdapat hubungan tingkat stres dengan kejadian insomnia pada mahasiswa.

3. Penelitian yang dilakukan oleh Meuthia (2011) dengan judul Hubungan Antara Tingkat Kecemasan Dengan Kejadian Insomnia Pada Lansia Di Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia (PPSLU) Mappakasunggu Parepare. Metode penelitian ini menggunakan deskriptif korelatif dengan pendekatan Cross Sectional. Populasi pada penelitian ini adalah lansia di pusat pelayanan sosial lanjut usia (PPSLU) mappakasunggu parepare dengan jumlah 42 orang. Teknik pengambilan sampel ini menggunakan sampel jenuh atau Exhausted sampling.

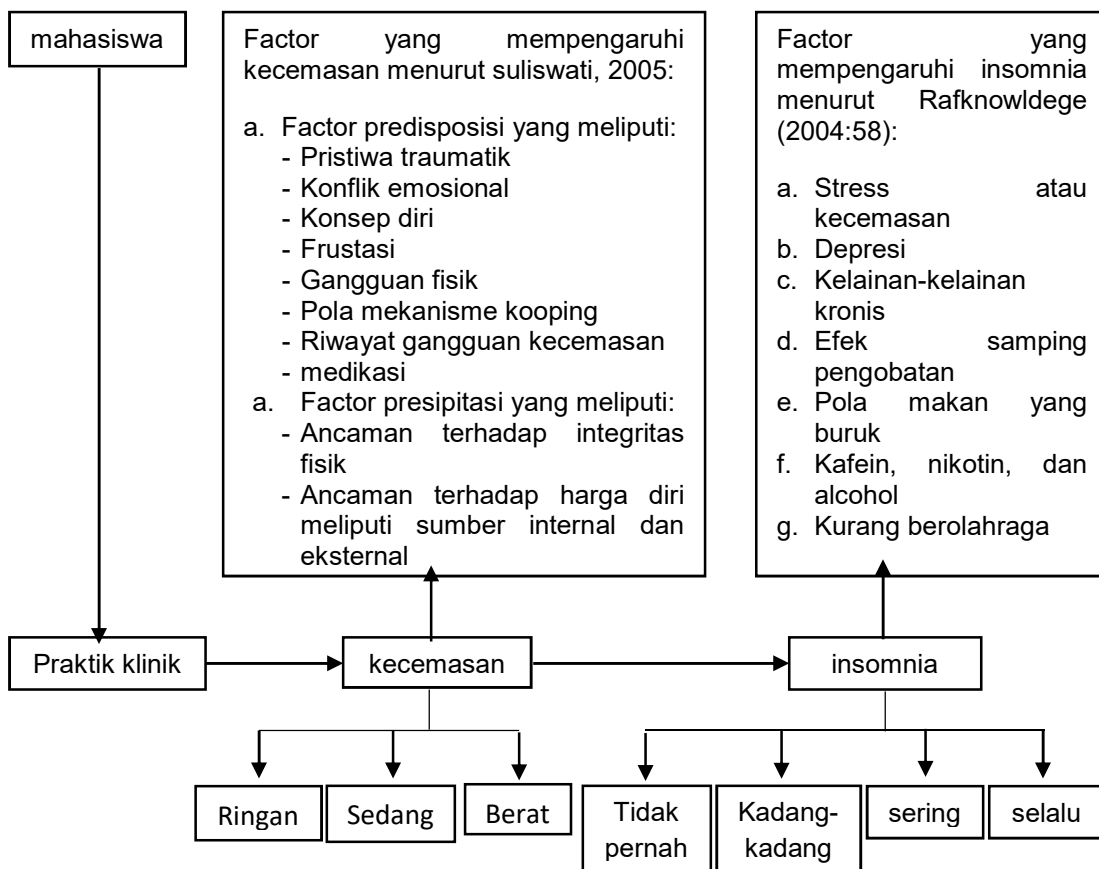
Berdasarkan dari hasil penelitian ini dengan uji bivariat didapatkan hasil analisis antara tingkat kecemasan dengan kejadian insomnia lansia. Tingkat kecemasan berat menunjukkan kejadian insomnia yang tinggi sebanyak 10 responden sedangkan jika lansia yang tidak memiliki kecemasan, kejadian insomnianya rendah dan diuji menggunakan uji korelasi person terdapat hubungan bermakna antara tingkat kecemasan dengan kejadian insomnia lansia dengan p value = 0,000 yang berarti lebih kecil dari 0,05 ($p < 0,05$).

C. Kerangka Teori Penelitian

Menurut Notoadmojo (2010) , kerangka teori merupakan suatu model yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor yang penting dalam suatu penelitian.

Kerangka teori dari penelitian ini menggambarkan tentang hubungan tingkat kecemasan sebelum praktik klinik di rumah sakit dengan kejadian insomnia pada mahasiswa DIII Keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah samarinda tahun 2016 dimana hubungannya digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.2 Kerangka Teori Peneliti

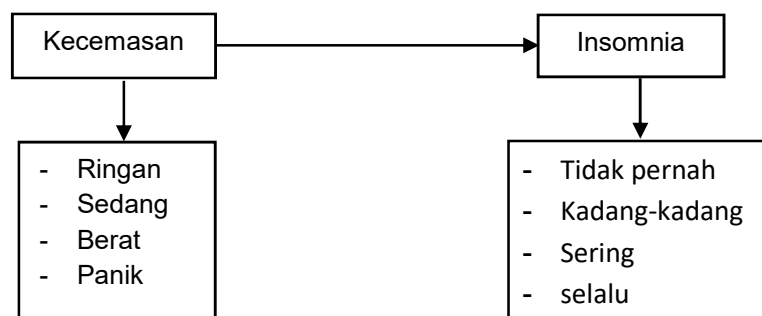


D. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep penelitian adalah hubungan-hubungan antara konsep yang satu dengan konsep lainnya dari masalah yang diteliti sesuai dengan apa yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka (Notoatmodjo, 2012).

Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Gambar 2.3 Kerangka Konsep Peneliti



E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap rumusan masalah penelitian. Dikatakan sementara karena, jawaban yang diberikan baru didasarkan pada teori dan belum menggunakan fakta (Sugiyono, 2012). Untuk mengarahkan pada hasil penelitian ini maka dalam perencanaan penelitian perlu dirumuskan jawaban sementara dari penelitian ini sebagai berikut:

1. Hipotesis nol (H_0)

Adalah hipotesis yang menyatakan tidak adanya saling hubungan antara dua variabel atau lebih, atau hipotesis yang menyatakan tidak adanya perbedaan antara kelompok yang satu dan kelompok lainnya.

Dalam penelitian ini H_0 adalah: tidak terdapat hubungan antara tingkat kecemasan sebelum menghadapi praktik klinik di rumah sakit dengan kejadian insomnia pada mahasiswa D-III Keperawatan semester II.

2. Hipotesis alternatif (H_a)

Menyatakan adanya saling hubungan antara dua variabel atau lebih, atau menyatakan adanya perbedaan dalam hal tertentu pada kelompok-kelompok yang berbeda.

Dalam penelitian ini H_a adalah: ada hubungan antara tingkat kecemasan sebelum menghadapi praktik klinik di rumah sakit dengan kejadian insomnia pada mahasiswa D-III Keperawatan semester II.

BAB III
METODE PENELITIAN

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR

Jl. Ir. H. Juanda No. 15

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari tujuan penelitian ini dapat diambil beberapa kesimpulan, sebagai berikut:

1. Karakteristik mahasiswa D-III Keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah Samarinda menunjukkan bahwa dari 40 responden yang terlibat dalam penelitian ini didapatkan responden berjenis kelamin perempuan dan berjenis kelamin laki-laki berjumlah sama dengan presentase (50%). Sedangkan Usia yang presentase lebih berumur 19 tahun (55%). Dan responden yang diambil pada mahasiswa tingkat 2a dan 2b memiliki presentase yang sama (50%).
2. Tingkat kecemasan laki-laki dan perempuan pada mahasiswa D-III Keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah samarinda sebelum menjalani praktik klinik mayoritas berada pada kategori kecemasan ringan dan kecemasan berat sebanyak 7 responden (35%), sedangkan kecemasan perempuan yang paling dominan adalah kecemasan sedang sebanyak 6 responden (30%).
3. Insomnia laki-laki dan perempuan pada mahasiswa D-III Keperawatan semester II STIKES Muhammadiyah Samarinda sebelum menjalani praktek klinik mayoritas berada pada kategori

insomnia laki-laki yang selalu mengalami insomnia sebanyak 10 responden (50%), sedangkan insomnia perempuan yang paling dominan adalah sering mengalami insomnia sebanyak 13 responden (65%).

4. Berdasarkan hasil di dapatkan hasil pada variabel kecemasan P value = 0,964 sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara kecemasan laki-laki dan perempuan. Sedangkan pada variabel insomnia didapatkan hasil P value = 0,777 sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara insomnia laki-laki dan perempuan.
5. Berdasarkan hasil diatas diperoleh $r = 0,539$ dengan P value = 0,000 yang menunjukkan bahwa korelasi antara skor kecemasan dan skor insomnia adalah bermakna. Nilai korelasi pearson menunjukkan korelasi positif dengan kekuatan korelasi sedang.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa perlu melakukan upaya pencegahan terhadap kecemasan meskipun cemas yang dialami ringan dan upaya pencegahan insomnia. Upaya yang dapat dilakukan dengan edukasi mengenai target waktu atau deadline dalam menyelesaikan praktik klinik. Dengan demikian mahasiswa tidak

menghadapi stresor yang banyak dalam waktu yang bersamaan sehingga dapat mencegah cemas dan memiliki waktu yang cukup untuk memenuhi kebutuhan tidur.

2. Bagi institusi stikes muhammadiyah samarinda

Agar mengadakan program bimbingan konseling (BK) pada mahasiswa dengan menambah fasilitas ruangan berdasarkan masing-masing program studi STIKES Muhammadiyah Samarinda. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai kecemasan dan kejadian insomnia pada mahasiswa di STIKES Muhammadiyah Samarinda, mampu memberikan gambaran tentang kecemasan dan kejadian insomnia yang terjadi pada mahasiswa, serta untuk menambah kepustakaan tentang kajian kecemasan dan insomnia sehingga dapat memberikan masukan bagi institusi.

3. Bagi peneliti Selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya di harapkan dapat melanjutkan penelitian ini dengan metode penelitian yang berbeda seperti faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kecemasan dengan kejadian insomnia pada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah (2014). *Analisis Perbedaan Tingkat Stres Mahasiswa Sebelum Dan Saat Menjalani Praktek Laboratorium Klinik Pada Mahasiswa S1 Keperawatan Semester 3 Stikes Muhammadiyah Samarinda Tahun 2014*. Skripsi, tidak dipublikasikan, Samarinda, STIKES Muhammadiyah, Samarinda
- Amin, N. (2007) *Gangguan tidur pada lansia diagnosis dan penatalaksanaannya*. Cermin Dunia Kedokteran. Vol. 157
- Arikunto, S. (2010). *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asmadi. 2008. *Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medik
- Aspuah, Siti (2013). *Kumpulan Kuesioner dan Instrumen penelitian kesehatan, Cetakan pertama*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ayu, F.D. (2015). *Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kejadian Insomnia Pada Lanjut Usia Di Posyandu Lansia Flamboyan Dusun Jetis Tamantirto Kasihan Bantul Yogyakarta*. Skripsi. Tidak dipublikasikan, Stikes aisyyah, Yogyakarta.
- Bimma, A.P. (2013). *Hubungan Antara Intensitas Perilaku Merokok Dengan Tingkat Insomnia*. Skripsi. Tidak dipublikasikan, Universitas Negeri Semarang.
- Dahlan, M Sopiudin., (2013). *Besar sampel dan cara pengambilan sampel dalam penelitian kedokteran dan kesehatan, edisi 3-cetakan kedua*. Jakarta : Salemba Medika
- Dewi. (2011). *Hubungan antara kecanduan internet dan kecemasan dengan insomnia pada mahasiswa S1 FK UNS yang sedang skripsi*. Skripsi, tidak dipublikasikan, Surakarta, Universitas Sebelas Maret, Surakarta.
- Doenges, M. E. (2006). *Rencana Asuhan Keperawatan Psikiatrik*. Jakarta: EGC
- Durand, V. M. dan Barlow, D. H. (2006). *Psikologi Abnormal*. Alih Bahasa: Linggawati Haryanto. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Erawan Wayan (2012). Perbedaan tingkat kecemasan antara pasien laki-laki dan perempuan pada pre operasi laparatomi di RSUP. Prof. Dr. R. D. Kandou manado. Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado. (diproleh tanggal 26 juli 2016)

Ginsberg. L. (2008). *Lecture Notes Neurology*. Jakarta: Erlangga

Hawari, D. (2011). *Manajemen Stres Cemas Dan Depresi*, Jakarta: Balai Penerbit FKUI.

Hidayah, N. (2010). *Perbedaan Tingkat Kecemasan Antara Siswa Putra Dan Putri Kelas X Dalam Menghadapi Ujian Akhir Semester Pada SMA NU AL'MARUF Kudus*. <http://core.ac.uk/download/pdf/16508108.pdf>. Diperoleh pada tanggal 11 Desember 2015

Hidayat, A.A., (2007). *Metode Penelitian Keperawatan Dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Ibrahim. (2007). *Penelitian dan Penilaian Pendidikan*. Bandung: Sinar Baru Algensindo

Isaacs, Ann. (2005). *Keperawatan Kesehatan Jiwa Dan Psikiatrik*. Jakarta: EGC Jakarta: Pustaka Pelajar.

Israel, G.D. (2012). Sampling the evidence of extension program impact. Diakses melalui <http://edi.ifas.ufl.edu/pd005> (8/4/2014).

Kaplan H.I, Sadock B.J, Grebb J.A, (2010). *Sinopsis Psikiarti Jilid 2*. Terjemahan Widjaja Kusuma. Jakarta: Binarupa Aksara. p. 17-35

Kasenda, T.L. (2012). Pengaruh bimbingan instruktur klinis pada respons stress mahasiswa perawat tahun pertama yang praktek di rumah sakit advent manado. ngenursing.weebly.com/uploads/1/4/3/9/.../fix_jku_mem_telvie.pdf. Skripsi dipublikasikan. (diperoleh tanggal 23 Desember 2015).

Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar*. <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/hasil%20risikesdas%202013.pdf>. Diperoleh tanggal 23 Desember 2015.

M.S, Mahsun. 2004. *Metode Penelitian Bahasa*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.

Marchira, C.R (2004). *Kontribusi Dukungan Sosial Terhadap Insomnia Pada Lansia di Poli Geriatri RS dr.Sardjito Yogyakarta*. FK UGM Yogyakarta: tidak dipublikasikan.

- Maslim, R. (2002). *Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III*. Jakarta: Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mubarak & Chayatin. (2007). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia Teori & Aplikasi dalam Praktik*. Jakarta: EGC
- Norman, R.S. (2005). *Hamilton Anxiety Rating Scale (HAR-S)*. Atlanta: Psychiatric Associates of Atlanta, LLC. (online) tersedia dalam <http://atlantapsychiatry.com.pdf>
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Novita, D.C. (2011). *Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Insomnia Pada Mahasiswa Pendidikan Dokter Universitas Sebelas Maret Surakarta*. Skripsi. Tidak dipublikasikan. Universitas Sebelas Maret, Surakarta.
- Nursalam (2003). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam (2008). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2009). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2013). *Manajemen keperawatan: aplikasi dalam praktek keperawatan professional edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika
- Pinel, J.P.J., (2009). *Stres dan Kesehatan. Dalam: Biopsikologi Edisi ke-7*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Poerwadarminta, W.J.S. (2007). *Kamus Umum Bahasa Indonesia Edisi III*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Potter dan Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, proses, dan praktik edisi 4 volume 1*. Jakarta: EGC
- Rahmawati, dkk, (2006), *Pengaruh Asimetri Informasi Terhadap Praktik Manajemen Laba Pada Perusahaan Perbankan Publik Yang Terdaftar Di Bursa Efek Jakarta*, Simposium Nasional Akuntansi IX, Padang
- Riwidikdo, H. (2013). *Statistik Kesehatan dengan Aplikasi SPSS dalam Prosedur Penelitian. Edisi 1*. Yogyakarta: Rohima Press

Rizka, F. (2014). *Hubungan Kesiapan Dengan Tingkat Kecemasan Menghadapi Real Teaching Pada Mahasiswa DIV Bidan Pendidik Anvullen Sekolah Tinggi Kesehatan'Aisyiyah Yogyakarta*.

Semium (2006). *Kesehatan Mental 2*. Penerbit kanisius. Yogyakarta.

Siahaan Richard S.N (2013). Efektifitas Campuran Minyak Esensial Indonesia : Serah Wangi, Kenanga Dan Nilam Terhadap Relaksasi Secara Inhalasi "suatu uji klinis pada wanita sehat yang memiliki risiko stress". Depok : Fakultas Farmasi Program Studi Magister Herbal Kekhususan Herbal Estetika Depok.

Siti N.S. (2013). *Gambaran Tingkat Kecemasan Mahasiswa Keperawatan Saat Menghadapi Ujian Skill Lab Di Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah*. Skripsi, tidak dipublikasikan, Jakarta. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.

Stuart & Sundeen. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 4*. Jakarta: EGC

Stuart, G.W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa ed 5*. Jakarta: EGC

Stuart, W. G, (2006). *Buku Saku Keperawatan Jiwa Edisi 5*. EGC; Jakarta.

Sugiyono. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta.

Sugiyono. (2012). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

Suliswati (2005). *Konsep dasar keperawatan kesehatan jiwa*. Jakarta: EGC

Sunyoto & Setiawan. (2013). *Buku Ajar Statistika Kesehatan*. Yogyakarta: Medical Book

Videbeck, S. I., (2008). *Buku Ajar Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Buku Kedokteran. EGC.

Wahyuni, S. (2012). *Pengaruh pemberian aroma terapi minyak atsiri bunga mawar terhadap tingkat stress mahasiswa dalam mengikuti pembelajaran klinik di psik fk-unand tahap profesi tahun 2012*. <http://respository.unand.ac.id/17923/> (diperoleh tanggal 29 Desember 2015)

Wasis. (2008). *Pedoman Riset Praktis Untuk Profesi Perawat*. Jakarta: EGC

Watt, Gillian and Janca, Aleksandar. (2008). Aromatherapy in Nursing and Mental Health Care. *Journal of Contemporary Nurse*

Yudha, P. N. (2015). *Hubungan Tingkat Stres Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa Yang Sedang Menyusun Skripsi Di S1 Keperawatan Semester VIII Stikes Muhammadiyah Samarinda*. Skripsi, tidak dipublikasikan, samarinda, STIKES Muhammadiyah, Samarinda.

LAMPIRAN

BIODATA PENELITI



A. Data Pribadi

Nama : Fatimah
Tempat, tgl lahir : Penajam, 30 September 1994
Alamat asal : Jl. Propinsi kilo 2 Penajam, kec. Penajam kel.
Penajam kab. Penajam Paser Utara
Alamat di Samarinda : Jl. Juanda 79a

B. Riwayat Pendidikan

Pendidikan Formal

- Tamat SD tahun : 2006 di *SDN 026 PENAJAM*
- Tamat SMP : 2009 di *MTS AL-IKHLAS NIPAH-NIPAH*
- Tamat SLTA : 2012 di *SMAN 8 PENAJAM*

Kuesioner A

Data Demografi Responden

Petunjuk pengisian :

1. Mahasiswa diharapkan mengisi dengan jelas data yang diminta di bawah ini sebagai data demografi penelitian.
2. Pertanyaan dengan titik-titik dapat diisi dengan jawaban yang singkat dan sesuai.
3. Beri tanda *check list* (√) pada kotak yang tersedia dengan memilih jawaban yang paling sesuai.

No. Responden : (diisi oleh peneliti)

1. Inisial :

2. Umur : tahun

3. Tingkat :

4. Jenis Kelamin laki-laki

perempuan

Kuesioner B

Tingkat Kecemasan

Petunjuk pengerjaan :

Baca setiap pernyataan dengan cermat kemudian pilih jawaban yang tersedia. Berikan jawaban untuk setiap pernyataan yaitu:

0 : Tidak ada

1 : Ringan

2 : Sedang

3 : Berat

4: Sangat Berat/panik

Dengan memberi tanda check list (\surd), jawablah sesuai kondisi yang anda rasakan saat menghadapi praktik klinik di rumah sakit.

NO.	GEJALA KECEMASAN	NILAI ANGKA (SCORE)				
		0	1	2	3	4
1	Perasaan cemas					
	Cemas					
	Firasat buruk					
	Takut akan pikiran sendiri					
	Mudah tersinggung					

2	Ketegangan	0	1	2	3	4
	Merasa tegang					
	Lesu					
	Mudah terkejut					
	Tidak dapat istirahat dengan nyenyak					
	Mudah menangis					
	Gemetar					
	Gelisah					
3	Ketakutan	0	1	2	3	4
	Pada gelap					
	Ditinggal sendiri					
	Pada orang asing					
	Pada binatang besar					
	Pada keramaian lalu lintas					
	Pada kerumunan banyak orang					
4	Gangguan tidur	0	1	2	3	4
	Sukar memulai tidur					
	Terbangun malam hari					
	Tidak pulas					
	Mimpi buruk					
	Mimpi yang menakutkan					

5	Gangguan kecerdasan	0	1	2	3	4
	Daya ingat menurun					
	Sulit berkonsentrasi					
	Sering bingung					
6	Perasaan depresi	0	1	2	3	4
	Kehilangan minat					
	Sedih					
	Bangun dini hari					
	Berkurangnya kesukaan pada hobi					
	Perasaan berubah-ubah sepanjang hari					
7	Gejala somatik (otot-otot)	0	1	2	3	4
	Nyeri otot					
	Kaku					
	Kedutan otot					
	Gigi gemeretak					
	Suara tak stabil					
8	Gejala sensorik	0	1	2	3	4
	Telinga berdengung					
	Penglihatan kabur					
	Muka merah dan pucat					

	Merasa lemah					
	Perasaan ditusuk-tusuk					
9	Gejala kardiovaskular	0	1	2	3	4
	Denyut nadi cepat					
	Berdebar-debar					
	Nyeri dada					
	Denyut nadi mengeras					
	Rasa lemah seperti mau pingsan					
	Detak jantung hilang sekejap					
10	Gejala pernapasan	0	1	2	3	4
	Rasa tertekan di dada					
	Perasaan tercekik					
	Merasa nafas pendek/sesak					
	Sering menarik nafas panjang					
11	Gejala gastrointestinal	0	1	2	3	4
	Sulit menelan					
	Mual muntah					
	Berat badan menurun					
	Kontipasi/sulit buang air besar					
	Perut melilit					
	Gangguan pencernaan					

	Nyeri lambung sebelum/sesudah makan					
	Perut terasa penuh/kembung					
12	Gejala urogenitalia	0	1	2	3	4
	Sering kencing					
	Tidak dapat menahan kencing					
	Amenor/menstruasi yang tidak teratur					
	Frigiditas					
13	Gejala vegetatife/otonom	0	1	2	3	4
	Mulut kering					
	Muka kering					
	Mudah berkeringat					
	Pusing/sakit kepala					
	Bulu roma berdiri					
14	Apakah anda merasakan	0	1	2	3	4
	Gelisah					
	Tidak tenang					
	Mengerutkan dahi muka tegang					
	Tonus/ketegangan otot meningkat					
	Napas pendek dan cepat					
	Muka merah					

Kuesioner C

Insomnia

Petunjuk pengisian:

Kuesioner ini terdiri dari beberapa pernyataan dan terdapat empat pilihan jawaban yang disediakan untuk setiap pernyataan yaitu:

1 : Tidak Pernah

2 : Kadang-kadang

3 : Sering

4 : Selalu

Kemudian berilah tanda *ceklist* (√) pada salah satu kolom yang paling sesuai dengan kondisi tidur Saudara/i.

No.	PERNYATAAN	1	2	3	4
1.	Kesulitan untuk memulai tidur.				
2.	Tiba-tiba terbangun malam hari.				
3.	Bisa terbangun lebih awal/dini hari.				
4.	Merasa ngantuk di siang hari.				
5.	Merasa kurang puas dengan tidur anda.				
6.	Merasa kurang nyaman/gelisah dengan tidur anda.				
7.	Mendapat mimpi buruk.				
8.	Badan terasa lemah, letih, kurang tenaga setelah tidur.				

Frequencies

Statistics

		umur	jenis kelamin	tingkat semester
N	Valid	40	40	40
	Missing	0	0	0

Frequency Table

umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17	1	2.5	2.5	2.5
	18	14	35.0	35.0	37.5
	19	22	55.0	55.0	92.5
	20	3	7.5	7.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

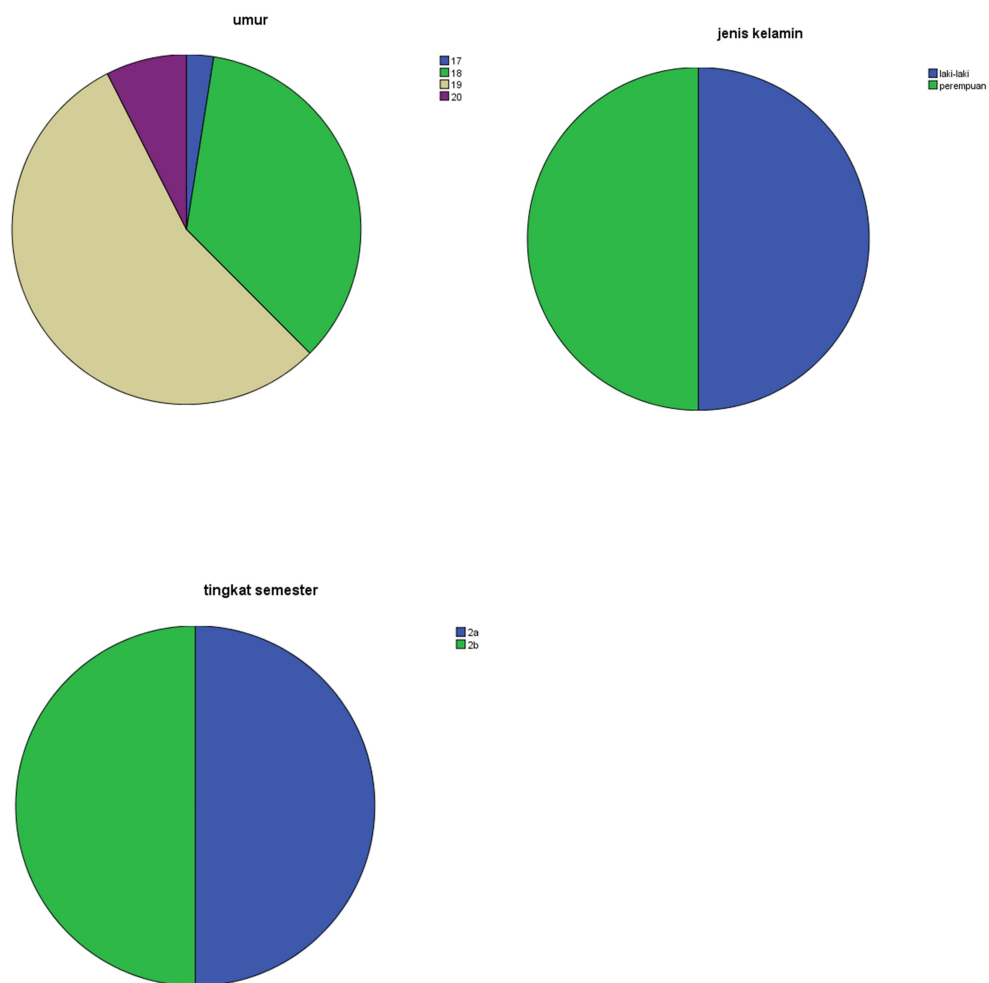
jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	20	50.0	50.0	50.0
	perempuan	20	50.0	50.0	100.0
Total		40	100.0	100.0	

tingkat semester

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2a	20	50.0	50.0	50.0
	2b	20	50.0	50.0	100.0
	Total	40	100.0	100.0	

Pie Chart



Frequencies

Statistics

		kecemasan laki-laki	kecemasan perempuan	insomnia laki-laki	insomnia perempuan
N	Valid	20	20	20	20
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table

kecemasan laki-laki

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	3	15.0	15.0	15.0
	ringan	7	35.0	35.0	50.0
	sedang	2	10.0	10.0	60.0
	berat	7	35.0	35.0	95.0
	sangat berat	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

kecemasan perempuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	4	20.0	20.0	20.0
	ringan	4	20.0	20.0	40.0
	sedang	6	30.0	30.0	70.0
	berat	5	25.0	25.0	95.0
	sangat berat	1	5.0	5.0	100.0

kecemasan perempuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	4	20.0	20.0	20.0
	ringan	4	20.0	20.0	40.0
	sedang	6	30.0	30.0	70.0
	berat	5	25.0	25.0	95.0
	sangat berat	1	5.0	5.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

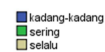
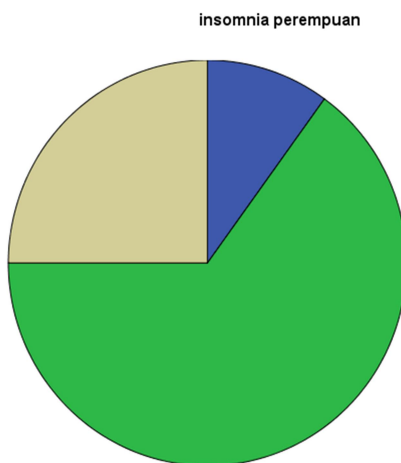
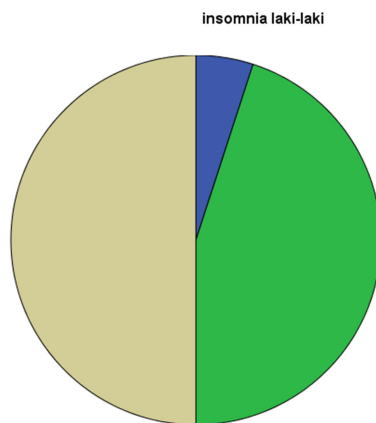
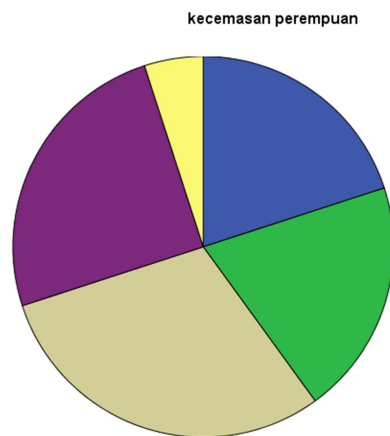
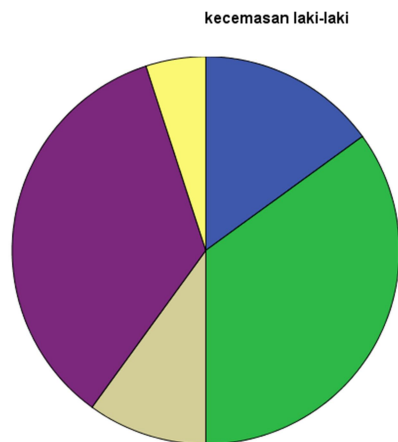
insomnia laki-laki

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kadang-kadang	1	5.0	5.0	5.0
	sering	9	45.0	45.0	50.0
	selalu	10	50.0	50.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

insomnia perempuan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kadang-kadang	2	10.0	10.0	10.0
	sering	13	65.0	65.0	75.0
	selalu	5	25.0	25.0	100.0
	Total	20	100.0	100.0	

Pie Chart



T-Test

Group Statistics

jenis kelamin		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tingkat kecemasan	laki-laki	20	23.00	9.459	2.115
	perempuan	20	22.80	10.134	2.266
Insomnia	laki-laki	20	18.00	2.884	.645
	perempuan	20	16.75	3.354	.750

Independent Samples Test

		Levene's Test For Equality of Variances		Hest for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig.(2-tailed)	Mean Difference	Std.Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
tingkat kecemasan	Equal variances assumed	.002	.964	.065	38	.949	.200	.3100	-6.075	6.475
	Equal variances not assumed			.065	37.821	.949	.200	3.100	-6.076	6.476
insomnia	Equal variances assumed	.081	.777	1.264	38	.214	1.250	.989	-.752	3.252
	Equal variances not assumed			1.264	37.164	.214	1.250	.989	-.754	3.254

T-Test

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tingkat kecemasan	40	22.90	9.676	1.530
insomnia	40	17.38	3.152	.498

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
tingkat kecemasan	14.968	39	.000	22.900	19.81	25.99
insomnia	34.868	39	.000	17.375	16.37	18.38

Correlations

Correlations

		tingkat kecemasan	insomnia
tingkat kecemasan	Pearson Correlation	1	.539**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	40	40
insomnia	Pearson Correlation	.539**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	40	40

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).