

Kode>Nama Rumpun Ilmu : 371/Keperawatan

LAPORAN PENELITIAN DOSEN



**HUBUNGAN KECEMASAN DAN INSOMNIA DENGAN
KEJADIAN MIGREN DI DESA BINUANG WILAYAH KERJA
PUSKESMAS BANGKINANG TAHUN 2021**

TIM PENGUSUL

KETUA	: Ns. RIANI, S.Kep, M.Kes	1022028005
ANGGOTA	: DESI SUFRIANTI, M.Kes	1018048701
	ERLINAWATI, SST, M.Keb	1002088804
Mahasiswa	: DENI ERLANGGA	1814201059
	MUTYA MUCHIZAH HASANAH	1814201027
	HANIFA	1814201016

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS PAHLAWAN TUANKU TAMBUSAI
TAHUN 2021**

HALAMAN PENGESAHAN

Judul : **Hubungan Kecemasan dan Insomnia dengan Kejadian Migren pada Remaja di Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Tahun 2021**

Kode>Nama Rumpun Ilmu : 371 Keperawatan

Peneliti

a. Nama Lengkap : Ns. Riani, S.Kep, M.Kes
 b. NIDN/NIP : 1022028005/096.542.057
 c. Jabatan Fungsional : Lektor
 d. Program Studi : Profesi Ners
 e. Nomor HP : 081268772227
 f. Alamat : aniria22.27@gmail.com
 Anggota :

1. Desi Sufrianti, M.Kes	1023118303
2. Deni Erlangga	1814201059
3. Mutya Muchizah Hasanah	1814201027
4. Hanifa	1814201016

Lokasi Penelitian : Puskesmas Bangkinang

Biaya Penelitian : Rp. 1.900.000,-

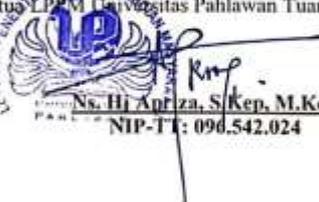
Mengetahui
 Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan


Dewi Anggrani Harahan, M.Keb
 NIP-TT: 096.542.089

Bangkinang, 31 Juli 2021
 Ketua


Ns. Riani, S.Kep, M.Kes
 NIP-TT: 096.542.057

Mengetahui
 Ketua LPPM Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai


Ns. Hi Apriza, S.Kep, M.Kep
 NIP-TT: 096.542.024

IDENTITAS DAN URAIAN UMUM

1. Judul Penelitian : Hubungan kecemasan dan insomnia dengan kejadian migren pada remaja di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Tahun 2021

2. Tim Peneliti :

No	Nama	Jabatan	Bidang Keahlian	Program Studi
1.	Ns. Riani, S.Kep, M.Kes	Ketua	Ilmu Keperawatan	Profesi Ners
2.	Milda Hastuty, SST, M.Kes	Anggota	Ilmu Kebidanan	DIII Kebidanan
3.	Ns. Desi Sufrianti, S.Kep, M.Kes	Anggota	Ilmu Keperawatan	Profesi Ners

3. Objek penelitian penciptaan (jenis material yang akan diteliti dan segi penelitian) :

Objek dalam penelitian ini adalah mengukur kecemasan dan menilai kondisi insomnia pada remaja serta menghubungkannya dengan kejadian migren yang mereka alami. Dengan dilakukan analisa dapat diketahui apakah ada hubungannya kecemasan dan insomnia tersebut dengan terjadinya migraine itu.

4. Masa Pelaksanaan

Mulai : bulan Februari tahun 2021

Berakhir : bulan Juli 2021

5. Lokasi penelitian di desa Binuang

6. Instansi yang terlibat tidak ada

7. Skala perububahan dan peningkatan kapasitas sosial kemasyarakatan dan atau pendidikan yang ditargetkan yaitu : remaja mampu mengontrol adanya gejala cemas sehingga gejala cemas itu tidak dapat mempengaruhi kualitas tidur mereka yang akan berdampak pada adanya insomnia

8. Jurnal ilmiah yang menjadi sasaran adalah jurnal nasional tahun terbit Oktober atau 2021 atau Februari 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kepada Allah Subhanahu Wata'ala sang khaliq penguasa alam semesta karena berkat rahmat dan karunia-Nya laporan penelitian ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya, shalawat beserta salam kami hadiahkan untuk insan mulia berakhlakul karimah Muhammad Shallallahu 'Alaihi Aasallam.

Laporan penelitian ini terdiri dari 7 Bab, yang mana pada Bab I berisi Pendahuluan terkait latar belakang kenapa penulisan ini dilakukan, Bab II berupa Kajian Pustaka yang mendukung dalam dilakukannya penulisan, Bab III Metodologi penelitian mencakup kerangka kerja yang mendasari dilakukannya penelitian, Bab IV Biaya dan Jadwal Kegiatan, Bab V Hasil Penelitian dan Bab VI Pembahasan sedangkan Bab VII Penutup yang mencakup kesimpulan dan saran.

Ucapan terimakasih juga penulis tujukan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan laporan penelitian ini. Penulis menyadari, masih banyak kekurangan dalam penyusunan laporan ini, oleh karena itu saran dan kritikan yang bersifat membangun sangat penulis harapkan untuk kepentingan pengembangan dan penyempurnaan laporan penelitian ini.

Bangkinang, Juli 2021

Penulis

DAFTAR ISI

		Halaman
KATA PENGANTAR	.....	iii
DAFTAR ISI	.....	iv
RINGKASAN	.....	v
BAB I PENDAHULUAN	.....	1
1.1 Latar Belakang	.....	1
1.2 Rumusan Masalah	.....	5
1.3 Tujuan Penelitian	.....	5
1.4 Manfaat Penelitian	.....	6
BAB II KAJIAN PUSTAKA	.....	7
2.1 Konsep Migrein	.....	7
2.2 Konsep Kecemasan	.....	21
2.3 Konsep Insomnia	.....	26
BAB III METODOLOGI	.....	35
3.1 Desain Penelitian	.....	35
3.2 Tahapan Penelitian	.....	36
3.3 Lokasi Penelitian	.....	36
3.4 Tehnik Analisa Data	.....	41
BAB IV BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	.....	44
4.1 Anggaran Biaya	.....	45
4.2 Jadwal Penelitian	.....	45
BAB V HASIL PENELITIAN	.....	46
4.1 Hasil	.....	44
4.2 Pembahasan	.....	45
BAB VI PEMBAHASAN	.....	49
BAB VII PENUTUP	.....	47
5.1 Kesimpulan	.....	47
5.2 Saran	.....	47
DAFTAR PUSTAKA	.....	50

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

National Health Service menyatakan Migren merupakan gangguan kesehatan yang umum terjadi dan dapat menyerang sekitar satu dari lima wanita dan satu dari setiap 15 pria. Menurut *International Headache Society (2014)* migren termasuk kedalam nyeri kepala dengan serangan nyeri yang berlangsung 4-72 jam, nyeri biasanya unilateral, sifatnya berdenyut, intensitasnya sedang sampai berat dan diperberat oleh aktivitas dan dapat disertai mual, muntah, fotofobia dan fonofobia. (*National institute of Neurological Disorders and Stroke (2014)*).

Migren merupakan suatu kondisi kronik dengan serangan yang bersifat episodic, tanpa adanya ancaman kehidupan, tetapi keadaan ini dapat mempengaruhi fungsi dan kesehatan sebagai akibat langsung adanya serangan. Orang dengan serangan migren biasanya mengalami fase prodromal dengan gejala yang berkaitan pada hipotalamus (kelelahan, iritabilitas, dan menguap), batang otak (kekakuan leher, dan otot), korteks (hipersensitivitas terhadap cahaya, suara dan aroma) serta system limbic (depresi dan amhedonia). Efek jangka panjang dapat berpengaruh pada prestasi, kesuksesan kerja, produktifitas, kesehatan mental, hubungan keluarga dan sosial. Nyeri kepala migren sering menimbulkan ketidakmampuan selama dan diantara serangan, tidak hanya menimbulkan penderitaan bagi individu tetapi juga menimbulkan dampak dibidang sosial dan ekonomi. Selain menimbulkan rasa nyeri dan

ketidakmampuan, migren juga menyebabkan terganggunya aktifitas sehari-hari (Dito, 2012).

Nyeri kepala pada kasus migren akibat kelainan neurovaskular yang sering sehingga menyebabkan hendaya, rekuren, serta dapat diwariskan (Bustein, dkk, 2015) Keadaan ini bermanifestasi sebagai serangan nyeri kepala, hipersensitivitas terhadap rangsangan visual, auditorik, olfaktorik, maupun somatosensorik, serta mual dan muntah. Paparan terhadap rangsangan sensorik seperti aroma, cahaya, dan bunyi, biasanya memicu serangan migren Nyeri kepala yang dirasakan biasanya bersifat unilateral. Pada beberapa kasus, serangan nyeri kepala didahului oleh timbulnya aura.(Olesen, 2018)

Berdasarkan data dari World Health Organization (WHO), migren menduduki peringkat keenam dari seluruh penyakit serta peringkat pertama dari seluruh gangguan neurologi sebagai kelainan yang menyebabkan hendaya. Persentase penyakit ini berkisar 15-18% pada rentang usia 22-55 tahun. (Burstein. dkk, 2015).

Di Indonesia sendiri menurut data yang diperoleh dari RSUP Dr. Kariadi Semarang, oleh Tjipto (2012) dilaporkan ada 551 kasus nyeri kepala di Poliklinik Saraf, sebesar 10,16% merupakan penderita dengan sindroma migren. Kalianda (2014) mendapat kasus migren sebesar 10,55% dari 788 penderita baru nyeri kepala di RS Hasan Sadikin. Dalam penelitian Wilkensia (2014) tentang prevalensi migren pada mahasiswa UIN Jakarta bahwa 70% mahasiswa pernah mengalami migren satu kali dan 20% mengalami migren berulang. Dengan hasil analisis 0,4 kali lipat meningkat pada wanita, 0,6 kali

lipat meningkat pada mahasiswa yang kurang tidur, dan prevalensi migren meningkat 5 kali pada pada yang mengalami depresi dan meningkat 9 kali pada yang mengalami ansietas (Wilkenson. 2012). Migren pada anak dan remaja biasanya terjadi secara relatif. 20% pasien migren pertama mereka sebelum berusia 5 tahun, sekitar 5% anak usia pra-sekolah, 4-11% anak usia sekolah dasar, dan hamper dialami oleh sekitar 23% remaja dan dewasa muda (Medifocus, 2012)

Angka kejadian migren di Propinsi Riau tidak terdata dengan pasti berapa kasus pertahun, akan tetapi melihat dari keterangan menteri kesehatan RI ibu Nila Farid Moeloek pada acara Rakerkesda Riau 25 maret 2019 menyatakan ada tiga penyakit tidak menular yang mengalami peningkatan di Bumi Lancang Kuning diantaranya diabetes 358, jantung iskemik 2417 dan stroke 185.0. Sebagaimana diketahui bahwa kondisi migrein yang tidak tertangani dengan baik akan mengakibatkan komplikasi daripada stroke. Terjadinya peningkatan kasus stroke di Riau menunjukkan bahwa adanya fenomena kasus tersembunyi dari migrein itu sendiri. (Virida, 2019). Menelusuri kasus migren di Riau peneliti lanjutkan ke tingkat kabupaten, karena distribusi kasus migren dalam tiga tahun terakhir ini masuk dalam daftar penyakit tidak menular, kasusnya untuk tahun 2020 mencapai 1255 kasus dan ini tersebar di 31 puskesmas yang ada di wilayah kerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar, tabel 1.1 berikut merupakan distribusi kasus migren di wilayah tersebut :

Tabel 1.1: Penderita Migren Pada masyarakat Berdasarkan Puskesmas di Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar Tahun 2020

No.	Puskesmas	Tahun 2020	%
1.	Bangkinang Kota	0	0
2.	Bangkinang	110	8,7
3.	Kuok	65	5,2
4.	Salo	80	6,4
5.	Kampar	107	8,5
6.	Kampar Utara	0	0
7.	Kampar Timur	0	0
8.	Rumbio Jaya	63	5,0
9.	Tambang	28	2,2
10.	Tapung Perawatan	8	0,6
11.	Tapung I	56	4,5
12.	Tapung II	26	2,1
13.	Bangkinang	0	0
14.	BangkinangI	0	0
15.	Tapung Hilir I	90	78,9
16.	Tapung Hilir II	0	0
17.	XIII Koto Kampar I	15	1,2
18.	XIII Koto Kampar II	15	1,2
19.	XIII Koto Kampar III	12	0,9
20.	Koto Kampar Hulu	22	1,8
21.	Siak Hulu I	1	0,1
22.	Siak Hulu II	56	4,5
23.	Siak Hulu III	2	0,2
24.	Kampar Kiri Hulu I	0	0
25.	Kampar Kiri Hulu II	90	7,2
26.	Kampar Kiri Hilir	3	0,2
27.	Kampar Kiri	35	2,8
28.	Kampar Kiri Tengah	112	8,9
29.	Gunung Sahilan I	21	1,7
30.	Gunung Sahilan II	14	1,1
31.	Perhentian Raja	224	17,9
Jumlah		1255	

Sumber: Dinas Kesehatan Kabupaten Kampar 2020

Berdasarkan Tabel di atas dapat dilihat penderita Migren tertinggi ada di Puskesmas Perhentian Raja yaitu sebanyak 224 orang (17,9%) terdapat 27 orang remaja dengan migren. Fokus wilayah penelitian yang peneliti lakukan adalah di Puskesmas Bangkinang dengan jumlah kasus migren sebanyak 110 orang (8,7%) sebab wilayah puskesmas ini merupakan wilayah yang memiliki kasus migren tertinggi pada usia remaja yaitu 100 orang.

Remaja cenderung mempunyai gaya hidup yang tidak sehat seperti begadang, stress atau cemas dan juga insomnia. Kecemasan adalah suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan sering disertai gejala fisiologi nyeri kepala atau migren, berkaitan dengan terangsangnya susunan peka nyeri kemudian timbul setelah melewati proses modulasi sebelum akhirnya dipersepsi sebagai nyeri baik melalui mekanisme perifer atau sensitisasi sentral. Proses tersebut tidak lepas dari peran neurotransmitter yang berperan di dalamnya. Pada kondisi cemas, kadar salah satu neurotransmitter yaitu serotonin mengalami penurunan. Serotonin yang berkurang ini dikaitkan sebagai salah satu mekanisme dalam proses timbulnya migren pada kondisi kecemasan.

Kondisi Insomnia salah satu jenis gangguan tidur yang dialami seseorang sebagai akibat dari kondisi cemas dan akhirnya memicu kejadian migren, Terdapat peningkatan frekuensi gelombang beta selama tidur pada fase NREM. Aktivitas gelombang beta dikaitkan dengan aktivitas gelombang otak selama terjaga. Penurunan dorongan pada pasien insomnia dikaitkan dengan penurunan aktivitas gelombang delta. Peningkatan level kortisol dan adrenokortisol (ACTH) sebelum dan selama tidur, terutama pada setengah bagian pertama tidur pada pasien insomnia terdapat penurunan melantonin yang tidak konsisten. 3 Melantonin merupakan faktor yang berperan dalam ritme sirkadian. Nukleus noradrenergik lokus ceruleus dan nukleus serotonergik rafe dorsalis mengontrol siklus bangun tidur dan modulasi nyeri. Serotonin terlibat dalam regulasi tidur dan memegang peran penting

dalam migrain. Aktivitas serotonin memiliki ritme sirkadian dan sirkannual di bawah kontrol nukleus suprachiasmatic sebagai pacemaker. Jalur serotonergik seperti ascending forebrain serotonergic tract bermula pada nukleus rafe dan berakhir pada area otak yang berbeda termasuk pada nukleus suprachiasmatic di hipotalamus. Stimulasi nukleus rafe akan menginduksi pengeluaran serotonin (5-HT) pada nukleus suprachiasmatic dan memulairitme aktivitas sirkadian. Adanya gangguan pada komunikasi anatomi antara nukleus suprachiasmatic dengan nukleus rafe dengan neurotransmisi serotonin dapat menyebabkan migrain. (Rains, dkk, 2018)

Penelitian Wilkensia (2012 pada mahasiswa FKIK UIN dihasilkan remaja yang mengalami migrain sebesar 26,8% (43 orang). Kurang tidur sangat berperan dalam meningkatkan resiko migrain. Durasi tidur yang berkurang dapat menyebabkan terjadinya migrain yang dipicu oleh perubahan neurotransmitter serotonin, dimana serotonin bekerja mengatur tidur REM. Selama serangan migrain terjadi pemecahan produk serotonin, 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA).(Lance dkk, 2013)

Survey awal yang dilakukan di wilayah kerja Puskesmas Bangkinang terhadap beberapa remaja yang berdomisili di wilayah tersebut melalui wawancara yang peneliti lakukan dididapatkan keterangan bahwa dari 28 remaja yang mengalami tingkat kecemasan kuat 5 orang, dan yang mengalami migren 5 orang, insomnia sebanyak 9 orang dan mengalami migren 5 oang, remaja tersebut mengalami kondisi migren dengan gejala sulit tidur, mudah tersinggung, terkadang ada rasa khawatir tanpa sebab pada

akhirnya mereka mengalami nyeri kepala yang lokasi nyerinya hanya satu sisi saja. Kecemasan, insomnia dan migren merupakan masalah yang sering pada remaja. Hubungan antara ketiganya belum diketahui sepenuhnya dan penelitian mengenai hubungan antara ketiganya juga masih sedikit, oleh karena itu peneliti ingin mengetahui “Hubungan kecemasan dan insomnia dengan kejadian migren pada remaja di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Tahun 2021 ”

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah apakah ada Hubungan kecemasan dan insomnia dengan kejadian migren di desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Tahun 2021 ”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui Hubungan kecemasan dan insomnia dengan kejadian migren pada remaja di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Tahun 2021.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui frekuensi Kejadian Migren pada remaja di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Tahun 2021.
- b. Untuk mengetahui frekuensi kejadian kecemasan pada remaja di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Tahun 2021.

- c. Untuk mengetahui frekuensi kejadian Insomnia pada remaja di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Tahun 2021.
- d. Untuk mengetahui hubungan Kecemasan dengan kejadian migren pada masyarakat di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Tahun 2021.
- e. Untuk mengetahui hubungan Insomnia dengan kejadian migren pada remaja di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang Tahun 2021.

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan untuk teori serta dapat dijadikan sebagai sumber referensi dan bahan bacaan dalam meningkatkan tindakan manajemen diri dalam mengelola kecemasan dan mampu mengatasi gangguan tidur. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk merancang penelitian selanjutnya.

2. Aspek Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan responden khususnya penderita migren tentang bahaya migren bagi kehidupan sehari-hari.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Migrain

a. Pengertian

Migrain merupakan gangguan nyeri kepala berulang, serangan berlangsung selama 4-72 jam dengan karakteristik khas: berlokasi unilateral, nyeri berdenyut (pulsating), intensitas sedang atau berat, diperberat oleh aktivitas fisik rutin, dan berhubungan dengan mual dan/atau fotofobia serta fonofobia (Busrtein, dkk, 2015).

Migrain atau nyeri kepala sebelah merupakan nyeri kepala berulang, dengan serangan nyeri yang berlangsung 4-72 jam, biasanya mengenai satu sisi atau sebelah kepala, sifatnya berdenyut, dan intensitas nyeri sedang sampai berat (Lance, dkk, 2018).

b. Etiologi

Penyebab terjadinya migrain masih belum diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor atau pemicu yang dapat menyebabkan terjadinya migrain menurut Diener, dkk (2019) penyebab migren yaitu :

- 1) Riwayat penyakit migrain dalam keluarga. 70-80% penderita migrain memiliki anggota keluarga dekat dengan riwayat migrain juga.
- 2) Perubahan hormone (esterogen dan progesterone) pada wanita, khususnya pada fase luteal siklus menstruasi.

- 3) Makanan yang bersifat vasodilator (anggur merah, natrium nitrat) vasokonstriktor (keju, coklat) serta zat tambahan pada makanan.
- 4) Stres
- 5) Faktor fisik, tidur tidak teratur
- 6) Rangsang sensorik (cahaya silau dan bau menyengat)
- 7) Alkohol dan Merokok

c. Klasifikasi

Adapun klasifikasi migrain dapat digolongkan sebagai berikut :

- a. Migrain dengan aura Nyeri berulang dengan gejala neurologis (pengelihatn ganda, vertigo) yang biasanya meningkat secara bertahap selama 5-20 menit dan berlangsung selama kurang dari 60 menit. Migrain dengan aura dengan gejala neurologis yang bertambah berat dalam beberapa menit, tidak seperti stroke dimana gejala timbul mendadak (IHS, 2014).
- b. Migrain tanpa aura
Tidak terdapat gejala atau tanda neurologis lain namun masih terdapat mual dan tanda-tanda konstitusional. Migrain tipe ini tidak ditemukan gejala kelainan saraf, sebelum maupun sesudah serangan migrain (IHS, 2014).

d. Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala migrain bervariasi di antara penderita. Terdapat empat fase yang umum terjadi pada penderita migrain, tetapi semuanya tidak selalu dialami oleh penderita.

1) Fase prodromal.

Gejala berupa perubahan mood, iritabel, depresi atau euphoria, perasaan lelah, letih, dan lesu. Gejala ini muncul beberapa jam atau hari sebelum fase sakit kepala. Fase ini menandakan penderita akan terjadi serangan migrain

2) Fase aura adalah gejala neurologis yang mendahului atau menyertai serangan migrain. Fase ini muncul bertahap selama 5-20 menit dan bertahan kurang dari 60 menit.

3) Fase nyeri kepala. Nyeri migrain biasanya berdenyut, unilateral dan awalnya berlokasi di daerah frontotemporalis dan ocular, setelah 1-2 jam menyebar secara difus ke arah posterior. Serangan berlangsung selama 4-72 jam pada orang dewasa, sedangkan pada anak-anak berlangsung 1-48 jam. Intensitas nyeri berkisar dari sedang sampai berat dan dapat mengganggu dalam aktivitas sehari-hari

4) Fase postdromal. seseorang yang mengalami migrain mungkin akan merasa lelah, iritabel, konsentrasi terganggu, dan perubahan mood

(Hoffmann, 2018).

Serangan migrain juga sering didahului oleh gejala-gejala peringatan (premonitory symptoms) seperti: hiperosmia, menguap, perubahan mood,

cemas, food craving, sexual excitement, fatigue dan kelabilan emosi yang berlangsung dari beberapa menit hingga berhari-hari. Selain itu, serangan migrain juga berhubungan dengan kehilangan atau berkurangnya selera makan, mual, muntah, dan sensitivitas terhadap sinar dan suara yang makin memberat (Hoffmann, 2018).

e. Patofisiologi

Migrain merupakan gangguan nyeri kepala ditandai dengan adanya serangan nyeri yang berkepanjangan dan tiba-tiba dengan vasokonstriksi yang diikuti dengan vasodilatasi. Migrain dapat diawali dengan adanya sensasi prodromal seperti silau dan penglihatan ganda. Migrain kemungkinan disebabkan oleh ketegangan emosional yang berkepanjangan, dan menyebabkan reflek vasospasmus dari beberapa arteri di kepala termasuk arteri yang mensuplai otak. Vasospasmus akan menyebabkan sebagian otak menjadi iskemik dan menyebabkan gejala prodromal. Iskemik yang berkepanjangan menyebabkan dinding vascular menjadi flasik dan tidak mampu mempertahankan tonus vascular. Desakan darah menyebabkan pembuluh darah berdilatasi dan terjadi peregangan dinding arteri sehingga menyebabkan nyeri atau migrain (Hoffmann, 2018).

f. Penatalaksanaan

Menurut Diener, 2019 penatalaksanaan migrain dapat dilakukan dengan memperhatikan faktor risiko migren, kemudian melakukan terapi farmakologi dan non farmakologi sebagai berikut :

- 1) Mengurangi faktor risiko/pencetus seperti
 - a) Stres dan kecemasan
 - b) Kurang atau terlalu banyak tidur, perubahan jadwal tidur
 - c) terlambat makan
 - d) Kelelahan
 - e) Perubahan hormonal seperti haid, obat hormonal dapat dilakukan dengan menghentikan pil KB atau obat-obat pengganti estrogen◊Kadar estrogen yang berfluktuasi
 - f) Diet : Menghindari makanan tertentu cukup membantu pada 25-30% penderita migrain. Secara umum, makanan yang harus dihindari adalah: MSG, beberapa minuman beralkohol
- 2) Terapi farmakologi
 - a) Terapi Abortif

Pada terapi abortif dapat diberikan analgesia nonspesifik yaitu analgesia yang dapat diberikan pada kasus nyeri lain selain nyeri kepala, dan atau analgesia spesifik yang hanya bekerja sebagai analgesia nyeri kepala. Secara umum dapat dikatakan bahwa terapi memakai analgesia nonspesifik masih dapat menolong pada migrain dengan intensitas nyeri ringan sampai sedang. Pada kasus

sedang sampai berat atau berespons buruk dengan OAINS pemberian analgesia spesifik lebih bermanfaat. Domperidon atau metoklopramid sebagai antiemetik dapat diberikan saat serangan nyeri kepala atau bahkan lebih awal yaitu pada saat fase prodromal. Fase prodromal migrain dihubungkan dengan gangguan pada hipotalamus melalui neurotransmitter dopamin dan serotonin. Pemberian antiemetik akan membantu penyerapan lambung di samping meredakan gejala penyerta seperti mual dan muntah. Kemungkinan timbulnya efek samping antiemetik seperti sedasi dan parkinsonism pada orang tua.

2. Kecemasan

2.1 Pengertian

Kecemasan adalah reaksi terhadap ancaman dari rasa sakit maupun dunia luar yang tidak siap ditanggulangi dan berfungsi memperingatkan individu akan adanya bahaya. Kecemasan yang tidak dapat ditanggulangi disebut dengan traumatik (Hawari D, 2011)

Kecemasan (*ansietas/anxiety*) adalah gangguan alam perasaan (*affective*) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting/personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih

dalam batas normal (Hawari D, 2011).

Stuart (1995, dalam Direja, 2015) mengatakan bahwa kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya.

Tomb (1993, dalam Direja, 2015) kecemasan adalah suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang sering disertai gejala fisiologi, sedangkan pada gangguan kecemasan terkandung unsur penderitaan yang bermakna dan gangguan fungsi yang disebabkan oleh kecemasan tersebut.

2.2 Faktor Penyebab Kecemasan

Menurut Stuart (2010), kecemasan dapat disebabkan oleh :

1. Teori psikoanalitis dimana Sigmud Freud mengidentifikasi kecemasan sebagai konflik emosional yang terjadi antara dua elemen kepribadian, yaitu *id* dan *superego*. *Id* mewakili dorongan insting dan impuls primitive, sedangkan *superego* mencerminkan hati nurani dan dikendalikan oleh norma budaya. Ego dan Aku, berfungsi menengahi tuntutan dari dua elemen yang bertentangan tersebut, dan fungsi kecemasan adalah mengingatkan ego bahwa ada bahaya.
2. Teori interpersonal Sullifan menjelaskan bahwa kecemasan timbul dari perasaan takut terhadap ketidaksetujuan dan penolakan interpersonal. Kecemasan juga berhubungan dengan perkembangan trauma, individu dengan harga diri rendah terutama rentan mengalami kecemasan yang berat.

3. Teori perilaku menyebutkan kecemasan merupakan produk frustrasi yaitu segala sesuatu karena mengganggu kemampuan individu untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Ahli perilaku lain menganggap kecemasan sebagai suatu dorongan yang dipelajari berdasarkan keinginan dari dalam diri untuk menghindari kepedihan. Ahli teori pembelajaran meyakini bahwa individu terbiasa sejak kecil dihadapkan suatu ketakutan berlebihan lebih sering menunjukkan kecemasan pada kehidupan selanjutnya. Ahli teori konflik memandang kecemasan sebagai pertentangan antar dua kepentingan yang berlawanan. Mereka meyakini adanya hubungan timbal balik antara konflik dan kecemasan yaitu konflik menimbulkan kecemasan, dan kecemasan menimbulkan perasaan tidak berdaya, yang pada gilirannya meningkatkan konflik yang dirasakan.
4. Kajian keluarga menyebutkan kecemasan merupakan hal yang biasa ditemui dalam suatu keluarga. Kecemasan juga terkait dengan tugas perkembangan individu dalam keluarga (Stuart, 2006).

Adapun gejala-gejala yang dialami oleh orang yang mengalami kecemasan adalah :

- a. ketegangan motorik/alat gerak seperti : gemetar, tegang, nyeri otot, letih, tidak dapat santai, gelisah, tidak dapat diam, kening berkerut, mudah kaget
- b. Hiperaktifitas saraf autonom (simpatis dan saraf parasimpatis) seperti keringat berlebihan, jantung berdebar-debar, rasa dingin

ditelapak tangan dan kaki, mulut kering, pusing, rasa mual, sering buang air kecil, diare, muka merah/ pucat, denyut nadi dan nafas cepat (3). Rasa khawatir yang berlebihan tentang hal-hal yang akan datang seperti : cemas, takut, khawatir, membayangkan akan datangnya kemalangan terhadap dirinya (4). Kewaspadaan berlebihan seperti : Perhatian mudah beralih, sukar konsentrasi, sukar tidur, mudah tersinggung, tidak sabar (Hawari, 2004).

2.3 Faktor yang mempengaruhi kecemasan

Menurut Trismiati (2006) kecemasan yang terjadi akan direspon secara spesifik dan berbeda oleh setiap individu. Hal ini dipengaruhi oleh dua faktor yaitu:

1. Faktor Internal

a. Pengalaman

Menurut Horney dalam Trismiati (2006), sumber-sumber ancaman yang dapat menimbulkan kecemasan tersebut bersifat lebih umum. Penyebab kecemasan menurut Horney, dapat berasal dari berbagai kejadian di dalam kehidupan atau dapat terletak di dalam diri seseorang, misalnya seseorang yang memiliki pengalaman dalam menjalani suatu tindakan maka dalam dirinya akan lebih mampu beradaptasi atau kecemasan yang timbul tidak terlalu besar.

b. Pendidikan

Menurut Nursalam (2003) pendidikan berarti bimbingan yang diberikan oleh seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah suatu cita-cita tertentu. Tingkat pendidikan seseorang atau individu akan berpengaruh terhadap kemampuan berfikir, semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru. Makin tinggi tingkat pendidikan seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi sehingga semakin banyak pula pengetahuan yang dimiliki. Sebaliknya pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap nilai yang baru diperkenalkan.

c. Tingkatan Pengetahuan atau Informasi

Pengetahuan atau informasi merupakan fungsi penting untuk membantu mengurangi rasa cemas. Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap subyek tertentu. Semakin banyak pengetahuan yang dimiliki, seseorang akan mengetahui mekanisme yang akan digunakan untuk mengatasi kecemasannya (Notoatmodjo, 2003).

d. Usia

Menurut Nursalam (2003), umur adalah usia individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat berulang tahun.

Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat seseorang yang lebih dipercaya dari orang yang belum cukup tinggi kedewasaannya. Hal ini sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Seseorang yang mempunyai usia lebih muda ternyata lebih mudah mengalami gangguan kecemasan dari pada seseorang yang lebih tua, tetapi ada juga yang berpendapat sebaliknya (Stuart, 2006).

2. Faktor Eksternal

a. Dukungan Keluarga

Adanya dukungan keluarga akan menyebabkan seorang lebih siap dalam menghadapi permasalahan.

b. Kondisi Lingkungan

Kondisi lingkungan sekitar ibu dapat menyebabkan seseorang menjadi lebih kuat dalam menghadapi permasalahan, misalnya lingkungan pekerjaan atau lingkungan bergaul yang tidak memberikan cerita negatif tentang efek negatif suatu permasalahan menyebabkan seseorang lebih kuat dalam menghadapi permasalahan.

2.5 Pengukuran Kecemasan

Peneliti menggunakan pengukuran untuk variable kecemasan dengan pengukuran Skala HARS *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (HRS-A) merupakan pengukuran kecemasan yang didasarkan pada

munculnya *symptom* pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala HARS terdapat 14 *syptoms* yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 (Not Present) sampai dengan 4 (severe).

Skala HARS pertama kali digunakan pada tahun 1959, yang diperkenalkan oleh Max Hamilton dan sekarang telah menjadi standar dalam pengukuran kecemasan terutama pada penelitian *trial clinic*. Skala HARS telah dibuktikan memiliki validitas dan reliabilitas cukup tinggi untuk melakukan pengukuran kecemasan pada penelitian *trial clinic* yaitu 0,93 dan 0,97. Kondisi ini menunjukkan bahwa pengukuran kecemasan dengan menggunakan skala HARS akan diperoleh hasil yang *valid* dan *reliable*. (Gustiner, 2021).

Aplikasi pengukuran kecemasan dengan skala HARS dengan cara menjumlah nilai skor dan item 1-14, pada penelitian ini peneliti menggunakan metode HARS untuk mengukur kecemasan, adapun skor kecemasan skala HARS yaitu :

1. Skor kurang dari 6 = tidak ada kecemasan
2. Skor 7 – 14 = kecemasan ringan
3. Skor 15-27 = kecemasan sedang
4. Skor lebih dari 27 = kecemasan berat

Menurut Stuart dan Sundeen (1995) Pengukuran kecemasan menjadi 4 tingkatan yaitu :

a. Kecemasan Ringan

Berhubungan dengan ketegangan akan peristiwa kehidupan sehari-hari. Pada tingkat ini lapangan persepsi melebar dan individu akan berhati-hati dan waspada. Individu terdorong akan menghasilkan pertumbuhan dan kreatifitas.

Respon Fisiologi : sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut dan bibir kergetar.

Respon Kognitif : lapang persepsi meluas, mampu menerima rangasangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif.

Respon perilaku dan emosi : tidak dapat duduk tenang, tremor halus pada tangan, suara kadang-kadang meninggi.

b. Kecemasan sedang

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada hal yang penting dan mengesampingkan hal yang lain. Sehingga seseorang mengalami tidak perhatian yang selektif namun dapat melakukan sesuatu yang lebih banyak jika diberi arahan.

Respon Fisiologis : sering nafas pendek, nadi ekstra systole dan tekanan darah naik, mulut kering, anorexia, diare/konstipasi, gelisah

Respon Kognitif : lapang persepsi menyempit, rangsang luar tidak mampu diterima, berfokus pada apa yang menjadi perhatiannya.

Respon Perilaku dan Emosi : gerakan tersentak-sentak (meremas tangan), bicara banyak dan lebih cepat, perasaan tidak nyaman.

c. Kecemasan Berat

Lapangan persepsi menjadi sangat sempit, individu cenderung memikirkan hal yang kecil saja dan mengabaikan hal lain. Individu tidak mampu lagi berfikir realistis dan membutuhkan banyak pengarahan untuk memusatkan perhatian pada area lain.

Respon fisiologis : sering nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, berkeringat dan sakit kepala, penglihatan kabur

Respon Kognitif : lapang persepsi sangat menyempit, tidak mampu menyelesaikan masalah

Respon Perilaku dan Emosi : perasaan ancaman meningkat

Verbalisasi cepat, blocking.

d. Panik

Tingkat panik dari kecemasan berhubungan dengan terpengaruh, ketakutan dan teror. Karena mengalami kehilangan kendali, individu yang mengalami panik tidak mampu mengendalikan diri lagi dan tidak dapat melakukan apa-apa walaupun sudah diberi pengarahan/tuntunan.

Respon fisiologis yang muncul pada beberapa organ seperti :
 Kardiovaskuler ; palpitasi, berdebar, tekanan darah meningkat/menurun. Saluran Pernafasan : nafas cepat dangkal, rasa tertekan di dada, rasa seperti tercekik. Gastrointestinal : hilang bafsu makan, mual, rasa tak enak pada epigastrium, diare. Neuromuskuler : peningkatan reflex, wakaj tegang, insomnia, gelisah, kelelahan secara

umum, ketakutan, tremor. Saluran Kemih : tak dapat menahan buang air kecil. Sistem Kulit : muka pucat, perasaan panas/dingin pada kulit, rasa terbakar pada muka, berkeringat setempat atau seluruh tubuh dan gatal-gatal.

Respon kognitif : konsentrasi menurun, pelupa, ruang persepsi berkurang atau menyempit, takut kehilangan control, obyektifitas hilang.

Respon Perilaku dan Emosi : agitasi, mengamuk dan marah, ketakutan, berteriak-teriak, blocking, persepsi kacau, kecemasan yang timbul dapat diidentifikasi melalui respon yang dapat berupa respon fisik, emosional, dan kognitif atau intelektual.

2.6 Hubungan Tingkat Kecemasan dengan kejadian Migrain

kecemasan adalah suatu perasaan takut yang tidak menyenangkan dan tidak dapat dibenarkan yang sering disertai gejala fisiologi Nyeri kepala atau migrain termasuk tingkat kecemasan, berkaitan dengan terangsangnya susunan peka nyeri kemudian timbul setelah melewati proses modulasi sebelum akhirnya dipersepsi sebagai nyeri baik melalui mekanisme perifer atau sensitisasi sentral. Proses tersebut tidak lepas dari peran neurotransmitter yang berperan di dalamnya. Pada kondisi cemas, kadar salah satu neurotransmitter yaitu serotonin diduga mengalami penurunan. Serotonin yang berkurang ini dikaitkan sebagai salah satu mekanisme dalam proses timbulnya migrain pada tingkat kecemasan. Disamping beberapa mekanisme lainnya yang melibatkan mediator-

mediator inflamasi, di sisi lain, dari data penelitian didapatkan tingkat kecemasan justru memicu atau memperburuk kondisi migrain yang sebelumnya sudah ada. Hubungan sebab akibat antara keduanya memang tidak selalu konsisten bisa dibuktikan sebagai hubungan satu arah pada beberapa penelitian. Secara sederhana dihipotesiskan bahwa kecemasan dapat menimbulkan migrain atau sebaliknya. Pada satu penelitian berbasis populasi skala besar hanya mendapati bahwa prevalensi dari kecemasan ditemukan lebih tinggi pada penderita migrain atau nyeri kepala secara umum. Penelitian lainnya juga menghasilkan kesimpulan serupa bahwa jika dibandingkan dengan kelompok kontrol orang sehat, penderita nyeri kepala khususnya migrain secara konsisten dan signifikan menunjukkan skor penilaian kecemasan yang lebih tinggi.

3. Insomnia

3.1 Definisi Insomnia

Insomnia merupakan suatu gangguan tidur yang paling sering terjadi dan paling dikenal oleh masyarakat. Insomnia merupakan kesulitan dalam memulai atau mempertahankan tidur. Biasanya pasien dengan insomnia seringkali memiliki keluhan yang tidak spesifik, selain keluhan insomnia itu sendiri (Kaplan et. al., 2010). Gangguan ini dapat bersifat sementara atau menetap. Periode singkat atau sementara insomnia paling sering dikarenakan kecemasan. Sedangkan pada insomnia menetap merupakan keadaan yang cukup

sering ditemukan dengan masalah yang paling sering, yaitu kesulitan untuk jatuh tertidur (Sadock B. & Sadock V., 2014).

Insomnia berasal dari kata *in* artinya tidak dan *somnus* yang artinya tidur, insomnia berarti tidak tidur atau gangguan tidur. Insomnia ada tiga macam, yaitu pertama, *Initial Insomnia* artinya gangguan tidur saat memasuki tidur. Kedua, *Middle Insomnia* yaitu terbangun ditengah malam dan sulit untuk tidur lagi. Ketiga, *Late Insomnia* yaitu sering mengalami gangguan tidur saat bangun pagi. (Purwanto, 2012).

Insomnia juga dapat dibagi menjadi 3 tipe berdasarkan lama terjadinya, yaitu *transient insomnia* yang hanya berlangsung 2 sampai 3 hari, *shortterm insomnia* berlangsung hingga 3 minggu dan *longterm insomnia* yang dapat terjadi dalam waktu lebih lama, ini biasanya disebabkan oleh kondisi medis atau psikiatri tertentu (Maslim, 2007).

3.2 Epidemiologi Insomnia

Keluhan gangguan tidur sebenarnya dapat terjadi pada berbagai usia tetapi, prevalensi insomnia sendiri cenderung makin meningkat pada lansia, hal ini juga berhubungan dengan bertambahnya usia dan adanya berbagai penyebab lainnya. Dalam sebuah penelitian yang dilakukan pada 3886 remaja berusia 12-19 tahun, didapatkan bahwa lebih dari 60% remaja diantaranya mengalami insomnia (Bestari, 2013). Kejadian insomnia pada remaja tinggi yaitu; insomnia ringan 41.15, insomnia

sedang 13.3%, dan insomnia berat 37.8%. kejadian insomnia di MTS Muhamadiyah Malang sebesar 53.3%. (Nurdin, 2018)

3.3 Etiologi Insomnia

- a. Stress emosional
- b. Jet lag (kantuk pada singa hari sulit tidur pada malam hari)
- c. Penyakit
- d. Penggunaan hipnotik berlebihan (obat tidur)
- e. Kebiasaan tidur yang buruk

Insomnia dapat berkembang menjadi siklus yang ganas saat seseorang mengalami banyak kesulitan untuk tertidur dan tetap tertidur karena antisipasinya terhadap masalah tidur.

3.4 Manifestasi Klinis Insomnia

Manifestasi klinis insomnia yang biasanya dirasakan umumnya berupa waktu tidur yang kurang, mudah terbangun saat malam hari, bangun pagi lebih awal, rasa mengantuk yang dirasakan sepanjang hari dan sering tertidur sejenak (Bestari, 2013). Hal ini menyebabkan kualitas tidur seseorang menjadi menurun. Akibatnya akan terlihat pada kehidupan sehari-hari, yaitu menurunnya kualitas hidup, produktivitas dan keselamatan serta dapat menyebabkan tubuh terasa lemah, letih dan lesu akibat tidur yang tidak lelap (Sumedi et. al., 2010).

Menurut penelitian (Iwan, 2009) tanda dan gejala insomnia adalah :

1. Kesulitan untuk memulai tidur
2. Tiba-tiba terbangun pada malam hari
3. Bisa terbangun lebih awal/dini hari
4. Merasa mengantuk disiang hari
5. Sakit kepala pada siang hari
6. Merasa kurang pas dengan tidur nya
7. Merasa kurang nyaman/gelisah saat tidur
8. Mendapat mimpi buruk
9. Badan terasa lemah, letih kurang tenaga setelah tidur
10. Jadwal jam tidur sampai bangun tidak beraturan
11. Tidur selama 6 jam semalam

3.5 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Insomnia

Faktor-faktor resiko berikut ini dapat menyebabkan gangguan tidur insomnia. Berikut ini adalah penjelasan faktor resiko yang mempengaruhi terjadinya insomnia :

1. Usia

Pada orang-orang usia lanjut dilaporkan lebih sering mengalami kesulitan memulai dan mempertahankan tidur. Keadaan ini terjadi karena adanya perubahan yang berhubungan dengan penuaan pada mekanisme otak yang meregulasi waktu dan durasi tidur tersebut (Nicholi, 1999). Terdapat pula perbedaan pola tidur diantara orang dengan usia lanjut dengan orang-orang usia muda. Kebutuhan tidur

akan semakin berkurang dengan bertambahnya usia seseorang. Pada usia 12 tahun kebutuhan tidur adalah sembilan jam, berkurang menjadi delapan jam pada usia 20 tahun, lalu tujuh jam pada usia 40 tahun, enam setengah jam pada usia 60 tahun dan pada usia 80 tahun menjadi hanya enam jam (Prayitno, 2002).

2. Jenis kelamin

Resiko insomnia ditemukan lebih tinggi terjadi pada wanita daripada laki-laki (Sateia & Nowell, 2004). Hal ini dikatakan berhubungan secara tidak langsung dengan faktor hormonal, yaitu saat seseorang mengalami kondisi psikologis dan merasa cemas, gelisah ataupun saat emosi tidak dapat dikontrol akan dapat menyebabkan hormon estrogen menurun, hal ini bisa menjadi salah satu faktor meningkatnya gangguan tidur (Purwanto, 2008).

3. Kondisi medis dan psikiatri

Insomnia bisa terjadi karena adanya kondisi medis yang dialami, seperti penyalahgunaan zat, efek putus zat, kondisi yang menyakitkan atau tidak menyenangkan dan bisa juga karena adanya kondisi psikiatri, seperti kecemasan ataupun adanya depresi. Keluhan yang dialami adalah sulit dalam memulai tidur dan mempertahankan tidur (Kaplan et. al., 2010).

4. Faktor Lingkungan dan Kehidupan Sosial

Lingkungan sosial sehari-hari juga dapat menyebabkan insomnia, seperti pensiunan dan perubahan pola sosial, kematian dari pasangan

hidup, suasana kamar tidur yang tidak nyaman dan adanya perasaan-perasaan negatif dari lansia itu sendiri (Adiyati, 2010).

3.6 Diagnosis Insomnia

Diagnosis insomnia primer menurut Sadock Benjamin J. dan Sadock Virginia A. (2014) apabila keluhan utama merupakan tidur yang tidak bersifat menyegarkan atau kesulitan dalam memulai atau pun mempertahankan tidur, dan keluhan ini terus berlangsung sedikitnya selama satu bulan. Seperti kriteria diagnosis DSM-IV-TR berikut :

- A. Keluhan yang dominan adalah kesulitan memulai atau mempertahankan tidur, atau tidur yang tidak bersifat menyegarkan, selama sedikitnya 1 bulan.
- B. Gangguan tidur (atau kelelahan di siang hari yang terkait) menyebabkan penderitaan yang secara klinis bermakna atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau area fungsi penting lain.
- C. Gangguan tidur tidak terjadi semata-mata selama perjalanan gangguan narkolepsi, gangguan tidur yang terkait dengan pernapasan, gangguan tidur irama sirkadian, atau parasomnia.
- D. Gangguan ini tidak hanya terjadi selama perjalanan gangguan jiwa lain (cth., gangguan depresif berat, gangguan ansietas menyeluruh, delirium).
- E. Gangguan ini bukan disebabkan efek fisiologis langsung oleh suatu zat (cth., penyalahgunaan obat, medikasi) atau keadaan medis umum.

Sedangkan, diagnosis insomnia menurut Maslim (2013) pada Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) edisi ke III di Indonesia terdapat beberapa Kriteria Diagnostik F51.0 Insomnia Non-organik seperti :

1. Hal yang diperlukan untuk membuat diagnosis pasti :
 - a. Keluhan adanya kesulitan untuk masuk tidur atau mempertahankan tidur, atau kualitas tidur yang buruk.
 - b. Gangguan terjadi minimal 3 kali dalam seminggu selama minimal satu bulan.
 - c. Adanya preokupasi dengan tidak bisa tidur (sleeplessness) dan peduli yang berlebihan terhadap akibatnya pada malam hari dan sepanjang siang hari.
 - d. Ketidak-puasan terhadap kuantitas maupun kualitas tidur menyebabkan penderitaan yang cukup berat dan mempengaruhi fungsi dalam sosial dan pekerjaan.
2. Adanya gejala gangguan jiwa lain seperti depresi, anxiety atau obsesi tidak menyebabkan diagnosis insomnia diabaikan. Semua komorbiditas harus dicantumkan karena membutuhkan terapi tersendiri.
3. Kriteria “lama tidur” (kuantitas) tidak digunakan untuk menentukan adanya gangguan, oleh karena luasnya variasi individual. Lama gangguan yang tidak memenuhi kriteria diatas (seperti pada transient insomnia) tidak di diagnosis disini, dapat dimasukkan dalam Reaksi Stres Akut (F43.0) atau Gangguan Penyesuaian (F43.2).

3.6 Penatalaksanaan Insomnia

Adapun penatalaksanaan insomnia terdiri dari terapi non-farmakologis dan terapi farmakologis. Berikut ini adalah penjelasannya

Terapi Non-Farmakologis

- a. Teknik deconditioning : pada teknik ini pasien diminta untuk menggunakan tempat tidurnya hanya untuk tidur dan bukan untuk hal-hal lainnya, bila pasien tidak tertidur dalam 5 menit, maka mereka diminta untuk bangun dan melakukan hal lain. Terkadang, berganti tempat atau ruangan tidur berguna bagi pasien (Sadock B. & Sadock V., 2014).
- b. Edukasi tentang sleep hygiene menurut Ebert Michael H. (2008) dengan menggunakan terapi kontrol stimulus, yaitu :
 - Menjaga waktu tidur dan terbangun agar konstan, bahkan saat hari libur.
 - Saat sudah di tempat tidur hentikanlah kegiatan menonton tv, membaca buku atau bekerja.
 - Hindari tidur siang.
 - Berolahraga secara rutin (3-4 kali per minggu), namun hindari berolahraga di sore hari bila mengganggu waktu tidur nantinya.
 - Hentikan atau kurangi mengkonsumsi alkohol, kafein, rokok dan substansi lain yang dapat mengganggu tidur.
 - Sebelum tidur lakukan aktifitas yang dapat menenangkan.
 - Aturilah agar ruangan tempat tidur terasa nyaman dan tenang.

- c. Terapi kognitif : pasien insomnia sering memiliki pemikiran dan kepercayaan yang negatif tentang konsekuensi dari kondisi mereka. Membantu pasien dalam menangani pemikiran dan kepercayaan mereka yang tidak tepat adalah tujuan dasar dari terapi ini. Hal ini juga dapat menurunkan kecemasan yang berhubungan dengan insomnia (Pigeon, 2010).
- d. Terapi pembatasan tidur (retriaksi) : terapi ini didasarkan pada prinsip bahwa membatasi waktu yang dihabiskan di tempat tidur dapat membantu memperbaiki kualitas tidur nantinya (McCurry et. al., 2007).

Terapi Farmakologis

Terdapat dua penggolongan obat untuk pasien-pasien insomnia, yaitu benzodiazepine dan non-benzodiazepine. Dimana golongan benzodiazepine adalah nitrazepam dengan dosis anjuran 5 – 10 mg/malam, flurazepam 15 – 20 mg/malam dan estazolam 1 – 2 mg/malam. Sedangkan, zolpidem dengan dosis anjuran 10 – 20 mg/malam merupakan golongan non-benzodiazepam. Pada orang-orang usia lanjut, dosis yang diberikan harus lebih kecil dan peningkatan untuk dosis harus dilakukan secara perlahan untuk menghindari terjadinya oversedation dan intoksikasi (Maslim, 2007)

g. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Insomnia

1. Usia

Tahap Perkembangan Bayi baru lahir menghabiskan sebagian besar waktunya untuk tidur (kurang lebih 16 jam dalam periode waktu 24 jam). Sebagian besar waktu dihabiskan dalam tahaan REM. Secara umum, saat

anak memasuki masa 12 kanak – kanak, jumlah jam tidur berkurang dan jumlah waktu yang dihabiskan dalam tahap REM juga berkurang; pengecualian saat anak–anak dan pra remaja, yang membutuhkan lebih banyak tidur selama memacu pertumbuhan. Kualitas tidur selama masa anak–anak mungkin dipengaruhi karena takut, mimpi buruk, dan meningkatnya aktivitas anak yang dilakukan sebelum waktu tidur. Jumlah tidur dan interval tidur berubah saat usia dewasa. Orang dewasa tua cenderung lebih sering terjaga di malam hari dan mungkin lebih banyak tidur siang, khususnya setelah kecapekan.

2. Pengaruh Psikososial

Sering kali mahasiswa mengalami gangguan pada jiwanya karena mendapat tekanan–tekanan akademik maupun non-akademik yang sering kali menyebabkan stress yang membuat psikis maupun sosialnya terganggu.

3. Gaya hidup

Gaya hidup sehari-hari yang kurang dalam melakukan kegiatan ataupun kurangnya olah raga dan lain sebagainya.

4. Jenis kelamin

Perempuan Banyak penelitian beranggapan bahwa perempuan sering kali mengalami insomnia dibandingkan laki – laki.

5. Pendapatan

Biasanya orang dewasa yang bekerja dan memiliki pendapatan yang kurang dan serig kali bergadang karna memikikan bagaimana untuk kelangungan hidupnya.

6. Tingkat pendidikan

Sering kali orang awam yang kurang sekali dengan pendidikannya mereka tidak mengetahui akan akibat dari seringnya bergadang (Lydia, 2013).

Insomnia biasanya terlihat saat seseorang kesulitan dalam memulai tidur, kesulitan untuk mempertahankan tidur, sering terbangun dalam waktu yang lama, dini hari atau sebelum waktunya, jadwal tidur dan bangun tidak beraturan, kesulitan untuk kembali tidur, gelisah dan tidak nyaman saat tidur, mengantuk di pagi hari atau siang hari, tidak merasa segar ketika bangun tidur, dan berkurangnya konsentrasi (Berman & Snyder, 2012). Faktor penyebab insomnia pada remaja disebabkan karena pola tidur yang buruk, penggunaan media elektronik (televisi, komputer, gadget dan lain sebagainya), penyakit migren, nyeri, gangguan psikologi, depresi, kafein, nikotin dan rokok (Owens, 2014). Hal ini diperkuat dengan penelitian Haryono (2009) penyebab insomnia pada remaja disebabkan oleh gaya hidup remaja dan pola aktifitas remaja di luar jam sekolah. Berdasarkan faktor-faktor penyebab insomnia, insomnia dapat memberikan dampak negatif pada seseorang. Natalita dkk (2011) menyatakan bahwa dampak kekurangan tidur pada remaja dapat menyebabkan menurunnya perstasi akademis sekolah, meningkatkan

angka ketidakhadiran di sekolah, depresi, dan kecelakaan lalu lintas pada remaja. Hal ini diperkuat dengan penelitian Gryglewska (2010) menyatakan bahwa dampak dari kurang tidur pada seseorang dapat menyebabkan menurunnya fungsi dari kekebalan tubuh, meningkatkan berat badan, meningkatkan tekanan darah, menurunkan fungsi kognitif, serta adanya gangguan emosi pada seseorang. Raimbawan (2016) mendapatkan bahwa jumlah insomnia pada remaja di Panti Asuhan Widya Asih 1 Denpasar adalah (100%), dimana (47,6%) mengalami insomnia ringan, terdapat (47,6%) mengalami insomnia sedang, dan (4,8%) yang mengalami insomnia berat. Sathivel (2017) mendapatkan bahwa dari hasil yang diperoleh, 20 (40%) responden mengalami insomnia, 28 (56%) responden menderita insomnia klinis dengan keparahan moderat dan 2 (4%) responden menderita klinis susah tidur parah. Awwal (2015) mendapatkan prevalensi gangguan tidur pada remaja usia 12-15 tahun di SMPN 5 Semarang adalah (81,1%), gangguan tidur yang paling banyak ditemui pada remaja adalah transisi tidurbangun (43,4%), gangguan memulai dan mempertahankan tidur (35,2%).

h. Pengukuran Insomnia

Alat ukur yang digunakan untuk mengetahui seseorang mengalami insomnia pada penelitian ini menggunakan pengukuran kriteria 0 = insomnia dan 1 = tidak insomnia berdasarkan gejala merasa letih dan lelah sepanjang hari dan secara terus menerus (lebih dari sepuluh hari) mengalami kesulitan untuk tidur, mengalami kesulitan untuk mencapai tidur yang nyenyak. Keadaan ini

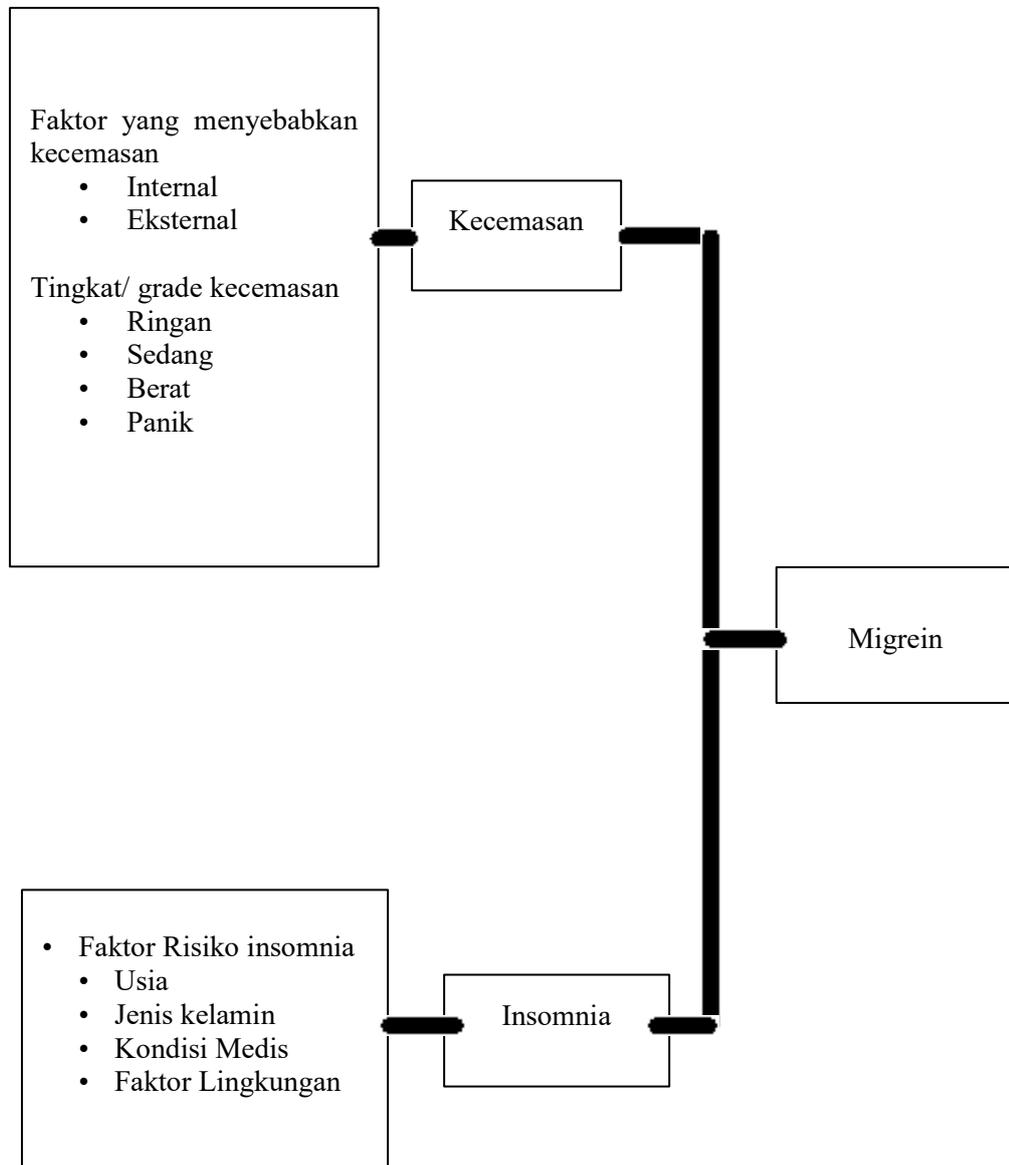
dapat berlangsung sepanjang malam dan dalam tempo sehari-hari, berminggu-minggu bahkan lebih, merasa lelah saat bangun tidur dan tidak merasakan kesegaran, sering tidak merasa tidur sama sekali, sakit kepala di pagi hari, kesulitan berkonsentrasi, mudah marah, mata merah dan mudah mengantuk disiang hari. (Aminoff, Greenberg, Simon, 2015).

B. Penelitian Terkait

Penelitian yang dilakukan oleh Wildan (2014) dengan judul faktor-faktor yang berhubungan dengan migrain di FK UIN Surakarta. Penelitian ini menggunakan desain analitik *cross sectional*, besar sampel 160 responden, berusia 16-22 tahun, dengan teknik Pemilihan sampel menggunakan sistem pencuplikan konsekutif. Informasi tentang usia, jenis kelamin, kurang tidur, depresi dan ansietas dilakukan wawancara menggunakan kuisioner. Hasil penelitian menunjukkan bahwa prevalensi migrain 26,875% (43 orang). Hasil analisis bivariat migrain meningkat 0,4 kali lipat pd perempuan (0,436; 95% CI; 0,196-0,967), 0,6 kali lipat pd kurang tidur (0,646; 95% CI; 0,280-1,491). Prevalensi migrain lebih tinggi 5 kali lipat pada yang mengalami depresi (5,470; 95% CI; 2,146-13,947) dan 9 kali lipat pada yang mengalami ansietas. Wildan dalam hal ini meneliti faktor internal sebagai penyebab migren. Peneliti mencoba mengambil faktor kecemasan dan insomnia sebagai penyebab terjadinya migren.

C. Kerangka Teori

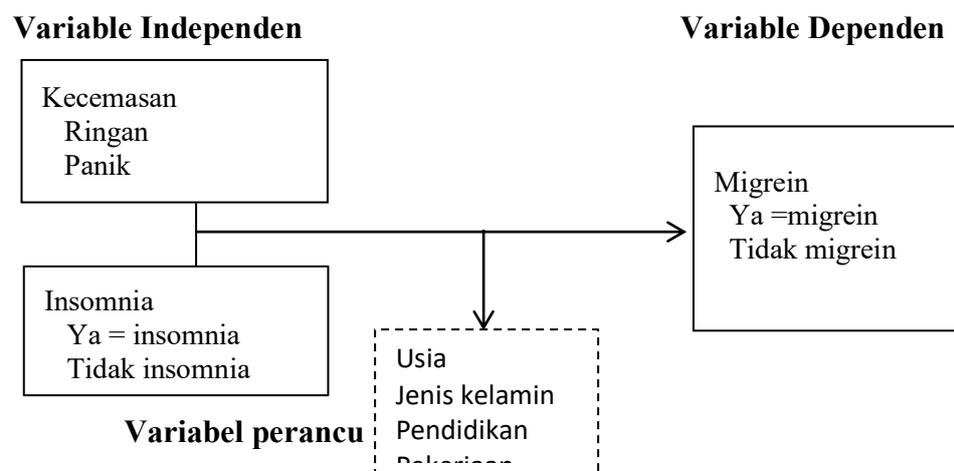
Berikut kerangka teori dari penelitian ini



*Skema 3.1
Kerangka Teori
(Hidayat 2014)*

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah kerangka hubungan antara konsep-konsep yang ingin diamati atau diukur melalui penelitian-penelitian yang akan dilakukan. (Notoatmodjo, 2015). Kerangka konsep dalam penelitian ini sebagai berikut :



Skema 2.2
Kerangka Konsep

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian (Nursalam, 2014). Hipotesis dalam penelitian ini adalah:

1. Ada hubungan kecemasan dengan kejadian migren
2. Ada hubungan insomnia dengan kejadian migren

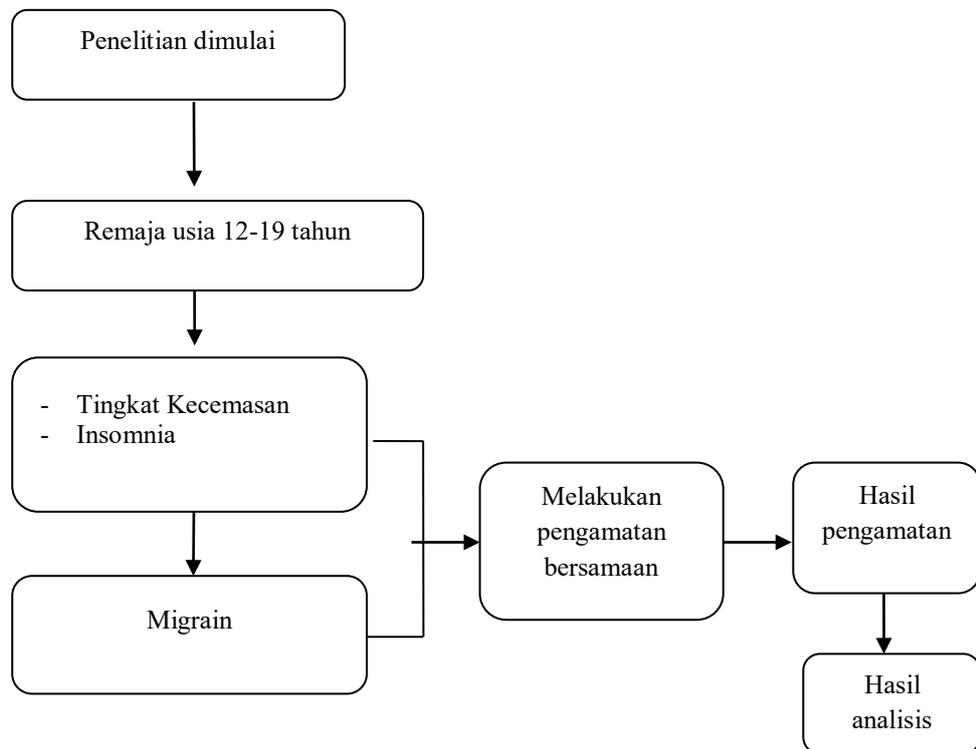
BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

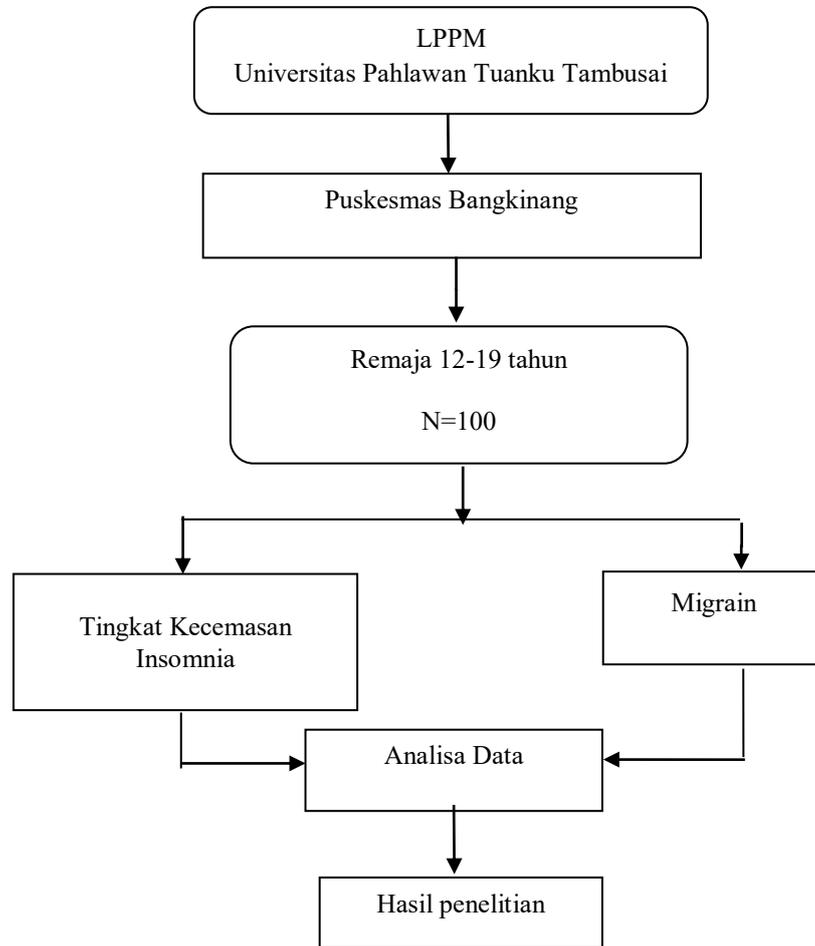
Pada penelitian ini menggunakan Desain penelitian *deskriptif analitik* dengan rancangan *crosssectional* (potong lintang), yang mana setiap variabel diobservasi hanya satu kali saja dan pengukuran masing-masing variabel dilakukan pada waktu yang sama (Notoatmodjo, 2015). Adapun rancangan penelitian dapat dilihat pada skema 3.1 berikut ini :

1. Rancangan Penelitian



Skema 3.1.
Rancangan Penelitian
(Hidayat, 2014)

2. Alur Penelitian



Skema 3.2 Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

Adapun prosedur dalam penelitian ini adalah:

- a. Mengajukan surat permohonan pengambilan data di Dinas Kesehatan.
- b. Setelah data didapatkan menentukan Puskesmas tempat penelitian.
- c. Mengajukan surat izin pengambilan data ke Puskesmas.
- d. Meminta surat izin penelitian
- e. Melakukan penelitian
- f. Mengolah data hingga merumuskan hasil penelitian dan membahas nya.

4. **Variable Dalam Penelitian**

Variabel – variabel yang diteliti pada penelitian ini adalah :

a. **Variabel Bebas (*Independent Variable*)**

Variabel ini sering disebut sebagai variabel stimulus, input, prediktor dan antecedent. Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel dependen. variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat kecemasan dan Insomnia.

b. **Variabel Terikat (*Dependent Variable*)**

Variabel ini sering disebut sebagai variabel respon, output, kriteria, konsekuen. Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah kejadian migrain.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja puskesmas Bangkinang pada tanggal 18 – 24 Juli 2021.

C. Populasi, Sampel, Tehnik Sampel dan Besar Sampel

- **Populasi** pada penelitian ini adalah seluruh remaja 12-19 tahun yang ada di Desa Binuang yang berjumlah 181 orang.
- **Sampel** dalam penelitian ini adalah remaja yang ada di Desa Binuang dengan kriteria :

- Kriteria Inklusi:

Remaja 12-19 tahun yang ada di Desa Binuang bersedia jadi responden

- Kriteria eksklusi, yaitu:

Remaja 12-19 tahun yang ada di Desa Binuang namun saat penelitian dilakukan tidak ada di tempat dengan alasan : pindah alamat, tidak ada di rumah dalam waktu 7 hari kedepan, sakit dan dirawat.

- **Teknik Sampel**

Adapun teknik pengambilan sampel yang digunakan pada penelitian ini menggunakan tehnik *total sampling* yaitu seluruh populasi dijadikan sampel.

D. Etika Penelitian

Masalah etika penelitian keperawatan merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian, mengingat penelitian berhubungan langsung dengan manusia, maka segi etika peneltian harus di perhatikan. Masalah etika penelitian yang harus di perhatikan antara lain:

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut di berikan sebelum penelitian dilakukan. Tujuan informed consent adalah subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya. Jika calon responden bersedia, maka mereka akan mendatangi lembaran persetujuan tersebut. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti harus menghormati hak pasien.

2. Tanpa Nama (*Anomity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden maka peneliti tidak akan mencantumkan namanya pada lembaran pengumpulan data, cukup dengan memberikan nomor kode pada lembar pengumpulan data.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya akan di jamin kerahasiaannya oleh peneliti.(Hidayat, 2014).

E. Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Adapun bentuk pertanyaan yang diajukan mengacu pada pertanyaan yang mengarah adanya kecemasan dengan menggunakan pengukuran kecemasan metode HARS. Kuisisioner variable insomnia mengandung pertanyaan yang mengarahkan sampel atas jawaban adanya tanda-tanda insomnia pada diri responden. Untuk alat pengumpulan data variable migraine peneliti menggunakan data rekam medic dari puskesmas dimana sudah tertulis jelas bahwa responden terdiagnosis oleh dokter mengalami migreain.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti akan mengumpulkan data melalui prosedur sebagai berikut :

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti akan mengumpulkan data melalui prosedur sebagai berikut :

1. Mengajukan surat permohonan izin kepada institusi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Riau untuk mengadakan penelitian di Puskesmas Bangkinang.
2. Setelah mendapat surat izin, peneliti memohon izin kepada Kepala Puskesmas Bangkinang untuk melakukan penelitian di wilayah kerjanya.
3. Peneliti akan memberikan informasi secara lisan dan tulisan tentang manfaat dan etika penelitian serta menjamin kerahasiaan responden.
4. Jika calon responden bersedia menjadi responden, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan menjadi responden yang diberikan peneliti.
5. Peneliti membagikan kuisioner kepada responden untuk diisi.
6. Setelah responden menjawab semua pertanyaan, maka kuesioner dikumpulkan kembali untuk dikelompokkan.
7. Melakukan pengolahan data dengan cara komputerisasi.

G. Teknik Pengolahan Data

Dalam melakukan penelitian ini, data yang diperoleh akan diolah secara manual dengan komputerisasi, setelah data terkumpul, kemudian diolah dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan data (*editing*)

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. Editing dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul. Dalam penelitian, peneliti memeriksa kembali kuesioner, apakah jawaban sudah lengkap, relevan,

dan konsisten. Hasil editing ditemukan kuesioner telah diisi lengkap oleh seluruh responden sehingga tidak perlu dilakukan pengumpulan data ulang.

2. Pemberian kode (*coding*)

Coding merupakan kegiatan membaca kode numerik (angka) terhadap data yang diteliti atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel. Dalam penelitian ini untuk kemudahan dalam pengolahan data dan analisis data, maka peneliti memberi kode pada setiap pertanyaan dalam kuesioner.

3) *Entri data*

Data entri adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan kedalam master tabel atau database komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga dengan membuat tabel kontigensi. Dalam penelitian, hasil coding menyatakan kelengkapan data dari responden maka dilakukan pemasukan data kedalam master tabel dan kemudian membuat distribusi frekuensinya.

d) Melakukan teknik analisa

Dalam melakukan analisis, khususnya terhadap data penelitian akan menggunakan ilmu statistik terapan yang disesuaikan dengan tujuan yang hendak dianalisis. Dalam penelitian ini, peneliti memasukkan data

entri untuk uji chi-square dengan menggunakan program komputer (Hidayat, 2014).

H. Defenisi Operasional

Defenisi operasional adalah mendefinisikan variabel secara operasional berdasarkan karakteristik yang diamati, sehingga memungkinkan penelliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu objek atau fenomena (Hidayat, 2014).

Defenisi operasional pada penelitian ini untuk lebih jelas dapat dilihat pada tabel 3.1 berikut:

Tabel 3.1 Defenisi Operasional

No.	Variable	Defenisi Operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Variabel Independen					
1	Tingkat Kecemasan	gangguan alam perasaan (<i>affective</i>) yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan.	Kuesioner HARS	Ordinal	0 = cemas dengan skor jawaban terhadap identifikasi adanya gejala cemas >6 1 = tidak cemas dengan skor jawaban terhadap identifikasi adanya gejala cemas ≤6
2	Insomnia	Kondisi ketidakmampuan untuk mulai tidur	Kuisisioner	Ordinal	0 = insomnia Jika responden mengalami ≥ 3 gejala insomnia 1 = tidak insomnia jika responden mengalami gejala < 3 gejala insomnia
3	Variabel Dependen	gangguan nyeri kepala berulang, berlangsung	Rekam medic puskesmas	Ordinal	1= Ya, jika responden mengalami migrain

Migrain	selama 4-72 jam dengan intensitas sedang atau berat	0 = Tidak, jika responden mengalami migrain
---------	---	---

I. Rencana Analisis Data

Data yang diperoleh dari hasil penelitian diolah dengan menggunakan komputerisasi, disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi. Analisa data dilakukan dengan analisa univariat dan analisa bivariat:

1) Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisa yang dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian, analisis ini menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Notoatmodjo, 2010). Analisis ini bermanfaat untuk memberi gambaran karakteristik subyek penelitian dengan menghitung distribusi frekuensi dan proporsi Perhitungan data dilakukan setelah data terkumpul, data tersebut klasifikasikan menurut variabel yang diteliti dan data diolah secara manual dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

Manual dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$P = \frac{f}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

P= Persentase

F= Frekuensi

N= Jumlah seluruh observasi

2) Analisis Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Analisa bivariat akan menggunakan uji Chi-Square (X^2) dengan menggunakan tingkat kepercayaan 95% dengan rumus

$$X^2 \sum \frac{(O-E)^2}{E}$$

Keterangan :

O: Nilai observasi

E : Nilai harapan

Apabila pada tabel di jumpai nilai *expected* (harapan) kurang dari 5, maka yang di gunakan adalah” *Fisher’s Exact Test*”, apabila tabel 2x2, tidak ada nilai $E < 5$, maka uji yang dipakai sebaiknya “ *continuity correction* (α)”, dan apabila tabelnya lebih dari 2x2, misalnya 3x2 dsb, maka digunakan uji “*pearson chi square*”. Nilai yang telah dibandingkan dilanjutkan dengan membuat keputusan hasil penelitian.

Dasar pengambilan keputusan yaitu dengan membandingkan nilai x^2 hitung dengan x^2 tabel, sebagai berikut:

- a. Jika x^2 hitung $\geq x^2$ tabel, maka H_a diterima dan H_0 ditolak
- b. Jika x^2 hitung $< x^2$ tabel, maka H_a tidak terbukti dan H_0 gagal ditolak

Berdasarkan Probabilitas :

- a. Jika Probabilitas $(p) \leq \alpha$ (0,05) H_a diterima dan H_0 ditolak

Jika Probabilitas $(p) > \alpha$ (0,05) H_a tidak

BAB IV

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan pada tanggal 18–24 Juli 2021 dengan jumlah responden sebanyak 181 responden yang berumur 12-19 tahun di Desa Binuang Wilayah kerja Puskesmas Bangkinang. Setelah kuesioner dikumpulkan dan dianalisa secara manual, hasilnya disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

A. Data Umum

Dari hasil penelitian yang dilakukan terhadap 181 responden, diperoleh data umum tentang karakteristik responden yang disajikan dalam bentuk tabel sebagai berikut :

A. Analisa Univariat

1. Tingkat Kecemasan

Table 4.2 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tingkat Kecemasan di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang

No	Kecemasan	Jumlah	Pesentase (%)
1	Tidak cemas	21	11,7%
2	Cemas	160	88,4%
Total		181	100%

Dari data tabel 4.2 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden mengalami kecemasan yaitu 160 orang (88,4%)

2. Insomnia

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Responden dengan Insomnia di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang

No.	Tingkat Kecemasan	Jumlah	Pesentase (%)
1	Insomnia	121	66,9%
2	Tidsk Insomnia	60	33,1%
Total		181	100%

Dari Tabel 4.2 diketahui bahwa dari 181 responden terdapat 121 (66,9%) remaja yang mengalami gejala-gejala Insomnia.

3. Migrain

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Migrain di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang

No.	Kejadian Migrein	Jumlah	Pesentase (%)
1	Ya (mengalami Migrein)	103	56,9%
2	Tidsk mengalami Migrein	78	43,1%
Total		181	100%

Dari data tabel 4.3 dapat dilihat bahwa sebagian besar responden mengalami migrain yaitu sebanyak 103 responden (56,9%).

B. Analisa Bivariat

Analisa Bivariat pada penelitian ini untuk melihat hubungan antara variabel independen dan variabel dependen dengan uji *Chi Square* menggunakan ketentuan *p-value* <0,05 maka H_0 ditolak artinya kedua variabel secara statistik menunjukkan hubungan yang bermakna, apabila *p-value* >0,05 maka dapat disimpulkan bahwa H_0 diterima, artinya kedua variabel tersebut tidak menunjukkan hubungan yang signifikan. Ada atau tidaknya korelasi atau

hubungan dari variabel penelitian Kecemasan, insomnia dengan kejadian migrein dapat dilihat pada tabel 4.4 berikut ini :

Tabel 4.4 Hubungan Kecemasan dengan Kejadian Migrain di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang

Kecema san	Kejadian migrain						P Value	OR	CI
	Ya		Tidak		Total					Low - Upp
	n	%	n	%	n	%			1.524–12.559
Cemas	100	97,1	60	76,9	160	88,4	0,000	4.375	1.524–12.559
Tidak cemas	3	2,9	18	23,1	21	11,6			
Jumlah	103	100,0	78	100,0	181	100			

Tabel 4.4 di atas diketahui dari 160 responden yang mengalami kecemasan, terdapat 60 (76,9%) responden yang tidak mengalami migrain, sedangkan dari 21 responden yang tidak mengalami kecemasan, terdapat 3 (56,9%) responden yang mengalami migrain. Melihat keeratan hubungan kedua variable tersebut dilakukan uji statistik *chi-square* dengan ketentuan *p-value* 0,000 ($\alpha < 0,05$), berarti ada hubungan variable kecemasan dengan kejadian migrain. Dengan nilai *odd ratio* atau faktor risiko 4,375 artinya responden yang cemas berisiko 4,375 kali akan mengalami migrein dengan tingkat kepercayaan 1.524–12.559 (*lower – upper*).

Tabel 4.5 Hubungan Insomnia dengan Kejadian Migrain di Desa Binuang Wilayah Kerja Puskesmas Bangkinang

Insomnia	Kejadian migrain						P Value	OR	CI
	Ya		Tidak		Total					Low - Upp
	n	%	n	%	n	%			0,097-0,228
Ya	103	100	18	23,1	121	66,9	0,000	0,149	0,097-0,228
Tidak	0	0%	60	76,9	60	33,1			
Jumlah	103	100,0	103	100,0	181	100			

Tabel 4.5 di atas diketahui dari 121 responden yang mengalami insomnia, terdapat 18 (23,1%) responden yang tidak mengalami migrain, sedangkan dari 60 responden yang tidak insomnia, tidak terdapat responden yang mengalami migrain. Melihat keeratan hubungan kedua variable tersebut dilakukan uji statistik *chi-square* dengan ketentuan *p-value* 0,000 ($\alpha < 0,05$), berarti ada hubungan variable insomnia dengan kejadian migrain. Dengan nilai *odd ratio* atau faktor risiko 0,149 artinya responden yang insomnia berisiko 0,149 kali akan mengalami migreïn dengan tingkat kepercayaan 0,097-0,228 (*lower – upper*).

BAB V

PEMBAHASAN

Pada bab ini diuraikan pembahasan terhadap hasil penelitian yang dilakukan di Desa Binuang wilayah kerja puskesmas Bangkinang tahun 2021, pembahasan terkait adanya korelasi antara variabel-variabel penelitian yakni :

A. Hubungan Kecemasan dengan kejadian Migrain.

Berdasarkan hasil penelitian dapat diketahui bahwa terdapat korelasi antara variabel kecemasan dengan kejadian migren pada remaja di desa Binuang wilayah kerja puskesmas Bangkinang dengan hasil uji *chi-square* nilai *p-value* $0,000 < 0,005$. Kesenjangan yang terlihat adalah dari 160 responden dalam hal ini remaja yang mengalami kecemasan, terdapat 60 (76,9%) responden yang tidak mengalami migrain pembahasan terkait itu menurut asumsi peneliti remaja tersebut sudah mampu mengelola kecemasan yang ia alami sehingga tidak sampai mengalami migrein. Selain itu diketahui juga bahwa tingkat cemas yang mereka alami masih dalam tahap ringan hal ini diketahui dari skor cemas tingkat ringan responden sebanyak 85 orang. Kecemasan merupakan faktor pencetus terjadinya migren. Terdapat beberapa cara bagaimana kecemasan berinteraksi dengan migren sehingga timbulnya migrain. Terdapat beberapa faktor pencetus migren misalnya genetik, diet, hormonal, lingkungan dan stres. Stres dapat terjadi melalui hasil dari perubahan

biokimiawi yang berkaitan dengan respon psikologik stres atau perubahan yang dipengaruhi oleh psikologik respon terhadap stresor. Jadi terdapat fase primer dan fase sekunder (suwandi, 2012) Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Cathcart et al. yang menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat stres maka semakin tinggi intensitas migrain yang dialami responden (Cathcart et al., 2012). Penelitian lain di Korea juga menunjukkan hasil yang sama, yaitu didapatkan bahwa tingkat stres penderita migrain yang diukur dengan PSS memiliki hubungan yang signifikan dengan derajat nyeri kepala diukur dengan Visual Analog Scale (VAS) (Moon, 2016).

Hasil penelitian juga menunjukkan adanya kesenjangan lain yaitu dari 21 responden yang tidak mengalami kecemasan, terdapat 3 (56,9%) responden yang mengalami migrain. Asumsi peneliti karena adanya riwayat kesehatan keluarga dengan penyakit seperti hipertensi dan vertigo. Responden juga sekali waktu ada merasakan gejala-gejala seperti adanya gejala hipertensi seperti nyeri dan berat di tengkuk, ada juga gejala sedikit berputar-putar. Hal ini perlu diwaspadai bahwa terjadinya migreïn dapat dipicu oleh adanya penyakit herediter.

Kecemasan yang menimpa seseorang mempunyai pengaruh yang buruk dan berakibat sangat serius bagi kesehatan fisik maupun psikis seseorang. Kecemasan dapat menimbulkan migren, tidak mampu mengambil keputusan dengan baik dan menyebabkan penyakit fisik seperti sesak nafas, sakit dada, rasa mual. Kecemasan yang berlangsung cukup

lama dan tidak ada penanganan secara intensif juga dapat menyebabkan hilangnya motivasi dan tujuan hidup, rasa kesepian yang sangat mendalam, depresi klinis yang berat atau bahkan sampai skizofrenia (Munir, 2010).

B. Hubungan Insomnia dengan Kejadian Migreïn

Tabel 4.5 di atas diketahui dari 121 responden yang mengalami insomnia, terdapat 18 (23,1%) responden yang tidak mengalami migrain, sedangkan dari 60 responden yang tidak insomnia, tidak terdapat responden yang mengalami migrain. Melihat keeratan hubungan kedua variable tersebut dilakukan uji statistik *chi-square* dengan ketentuan *p-value* 0,000 ($\alpha < 0,05$), berarti ada hubungan variable insomnia dengan kejadian migrain. Dengan nilai *odd ratio* atau faktor risiko 0,149 artinya responden yang insomnia berisiko 0,149 kali akan mengalami migreïn dengan tingkat kepercayaan 0,097–0,228 (*lower – upper*).

Migren digambarkan sebagai pemutusan suplai tenaga karena tubuh tampak seperti dilumpuhkan, sampai serangannya berhenti. Kelesuan merupakan gejala yang umum dan setiap pekerjaan seakan menjadi terasa berat. Sebagian orang yang mengalaminya harus berbaring dalam suatu ruangan yang gelap dan tenang, sampai serangannya berhenti. Juga banyak penderita yang menjadi kehilangan nafsu makan, tetapi sebagian lainnya dapat menghilangkan rasa mual tersebut justru dengan makan. Serangan migren juga bisa membuat penderita sangat cemas.

Mereka yang mengalami gangguan penglihatan dalam bentuk pancaran cahaya (aura), seringkali khawatir akan kehilangan penglihatan secara permanen. Stroke dan tumor otak, juga merupakan kekhawatiran yang umum terjadi. 12 Perubahan pola tidur seperti insomnia, bekerja berlebihan, dan sering tidur larut malam hingga kelelahan dapat memicu migren. Tetapi sebaliknya, tidur lebih lama dari biasanya atau berbaring sejenak di tempat tidur, juga terkadang bisa menimbulkan sakit kepala pada sebagian orang. Ada tiga kemungkinan hubungan antara nyeri kepala dan gangguan tidur yaitu nyeri kepala menyebabkan gangguan tidur, gangguan tidur menyebabkan nyeri kepala dan keduanya disebabkan oleh faktor intrinsik. Nyeri kepala primer (migren) belum diamati sebagai penyebab langsung gangguan tidur mayor kecuali depresi pada nyeri kepala atau penggunaan analgetik berlebihan. Gangguan tidur yang dapat menyebabkan terjadinya nyeri kepala umumnya terjadi pada obstructive sleep apnea. Keduanya disebabkan oleh faktor intrinsik yaitu dipacu oleh perubahan neurotransmitter, bisa juga karena obat yang mempengaruhi neurotransmitter atau karena perubahan cuaca terjadi. 12 Penelitian yang dilakukan oleh Michael dkk untuk melihat prevalensi gangguan tidur dan migren pada 64 anak dengan gangguan tidur lebih sering mengalami migrain, dan sebaliknya anak yang tidak mengalami insomnia tidak banyak yang mengalami migren.13 Penelitian yang dilakukan oleh Miller dkk pada 1008 anak usia 2 sampai 12 tahun ditemukan bahwa anak dengan nyeri kepala migren lebih sering mengalami gangguan tidur dibandingkan

pada anak normal. Gangguan tidur yang sering dialami anak dengan migren adalah keterlambatan onset tidur, lebih banyaknya resistensi jam tidur, durasi waktu tidur lebih pendek, sering mengantuk di siang hari, sering terbangun malam, kecemasan saat akan tidur, parasomnia dan gangguan nafas saat tidur. Kadar serotonin mempengaruhi tidur REM dan migren, dimana serotonin bekerja mengatur tidur REM. Gangguan pola tidur yang buruk (insomnia) dapat menyebabkan terjadinya migren dan didukung oleh teori diatas bahwa salah satu faktor pemicu terjadinya migren yaitu perubahan pola tidur.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Hasil penelitian tentang hubungan kecemasan, insomnia dengan kejadian migrain pada remaja di desa Binuang wilayah kerja puskesmas Bangkinang diperoleh hasil sebagai berikut:

- a. Sebagian besar remaja di desa Binuang wilayah kerja psukesmas Bangkinang mengalami kecemasan.
- b. Sebagian besar remaja di desa Binuang wilayah kerja psukesmas Bangkinang mengalami insomnia.
- c. Sebagian besar remaja di desa Binuang wilayah kerja psukesmas Bangkinang mengalami migreïn.
- d. Terdapat hubungan kecemasan dengan kejadian migrain pada remaja di desa Binuang wilayah kerja psukesmas Bangkinang
- e. Terdapat hubungan insomnia dengan kejadian migrain pada remaja di desa Binuang wilayah kerja psukesmas Bangkinang

B. Saran

1. Aspek teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan suatu masukan untuk teori serta dapat dijadikan sebagai sumber referensi dan bahan bacaan dalam meningkatkan pengetahuan pembaca terkait hubungan kecemasan,

insomnia dengan kejadian migren. Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk menyusun hipotesis dalam merancang penelitian selanjutnya.

2. Aspek praktis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan pengetahuan responden khususnya penderita migren tentang bahaya migren bagi kehidupan sehari-hari.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 2014. International Headache Society, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS), The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version).
- Antonaci F, Ghiotto N, Wu S, Pucci E, Costa A. Recent advances in migraine therapy. Springerplus. 2016;5(1):1–14. Jurnal Sinaps, Vol. 3, No.3 (2020), hlm. 1-13 13
- Aminoff, Greenberg, Simon, Lange Medical Book: Clinical Neurology. 6th ed. : McGrawHill, 2015
- Becker WJ. Acute migraine treatment. Contin Lifelong Learn Neurol. 2015;21(4):953–72. 26. Silberstein SD. Preventive migraine treatment. Contin Lifelong Learn Neurol. 2015;21(4):973–89.
- Burstein R, Noseda R, Borsook D (2015). *Migraine: Multiple processes, complex pathophysiology. J Neurosci.*;35(17):6619–29.
- Campbell J, Buse D, Lipton R. Migraine prevalence by age and sex in the United States: A life-span study. Cephalalgia. 2010;30(9):1065–72.
- Diener H-C, Holle-Lee D, Nägel S, Dresler T, Gaul C, Göbel H, et al (2019). Treatment of migraine attacks and prevention of migraine: Guidelines by the German Migraine and Headache Society and the German Society of Neurology. Clin Transl Neurosci. 2019;3(1).
- Dodick DW. A Phase-by-Phase Review of Migraine Pathophysiology. Headache. 2018;58:4–16.
- Do TP, Remmers A, Schytz HW, Schankin C, Nelson SE, Obermann M, et al. Red and orange flags for secondary headaches in clinical practice: SNNOOP10 list. Neurology. 2019;92(3):134–44.
- Goadsby PJ, Holland PR, MartinsOliveira M, Hoffmann J, Schankin C, Akerman S. Pathophysiology of migraine: A disorder of sensory processing. Physiol Rev. 2017;97(2):553–622.
- Gooriah R, Nimeri R, Ahmed F. Evidence-based treatments for adults with migraine. Pain Res Treat. 2015;2015.

- Giamberardino MA, Martelletti P. Emerging drugs for migraine treatment. *Expert Opin Emerg Drugs*. 2015;20(1):137–47.
- Gustiners, (2021). 4 Instrumen/Alat Ukur pengkajian kecemasan. [4 Instrumen/Alat Ukur Pengkajian Kecemasan – Gustinerz.com](#) akses tanggal 04 Mei 2021
- Habel P.R.G, Silalahi P.Y, Taihuttu Y. Hubungan Kualitas Tidur dengan Nyeri Kepala Primer pada Masyarakat Daerah Pesisir Desa Nusalaut, Ambon. *Smart Medical Journal*. 2018;1(2):47-55.
- Harsono, Kapita Selekt Neurologi Edisi Kedua. Yogyakarta : Gadjah Mada University, 2015
- Hawari, D. (2011). Manajemen stress cemas dan depresi. Jakarta: FKUI.
- Headache Classification Commite of the International Headache Society, “Classification and diagnostic criteria for headache disorder, cranial neuralgias and pain”, *Cephalgia, Suppl*, 2018, 7:1-96.
- Hoffmann J, May A. Diagnosis, pathophysiology, and management of cluster headache. *Lancet Neurol* [Internet]. 2018;17(1):75–83. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(17\)30405-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30405-2)
- Johston, Migraine. Dalam *Pediatric Book of Nelson* , 2012, (19th ed., hal. 1012-2014).
- Lance JW, Goadsby PJ (2013). Migraine pathophysiology. In: Lance JW, Goadsby P, editors. *Mechanism and management of headache*. 7th ed. Philadelphia., p. 87- 121 Victor T, Hu X,
- Lipton RB, Bigal M (2006). editors. *Migraine and Other Headache Disorders*. New York: Taylor & Francis Group;
- Kaniecki RG. Tension-Type Headache. *Headache Migraine Biol Manag*. 2015;149–60.
- May A, Schulte LH. Chronic migraine: Risk factors, mechanisms and treatment. *Nat Rev Neurol* [Internet]. 2016;12(8):455–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/nrneurol.2016.9>
- Medifocus. 2012. *Medifocus guidebook on : Migrain headache*. Medifocus, inc : Silver Spring

- Michael, Ph.D. Breus (2011) *The Sleep Doctor's Diet Plan: Lose Weight through Better Sleep* Newyork: Mindwork, inc.
- Micieli A, Kingston W. An approach to identifying headache patients that require neuroimaging. *Front Public Heal.* 2019;7(MAR):1–6.
- Miller, C.A. (1995). *Nursing care of older adults: Theory & practice.* Philadelphia: J. B. Lippincott
- Mon. (2016). Pengukuran tingkat kecemasan.http.e_journal.co.id
- Nurdin M.A, Arsin A.A, Thaha R.M. Kualitas Hidup Penderita Insomnia pada Mahasiswa. *Jurnal MKMI.* 2018;14(2): 128- 138.
- Nursalam. (2014). *Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrumen Penelitian Keperawatan Edisi 2.* Jakarta:Salemba Medika.
- Olesen J. (2018). *Headache Classification Jurnal Sinaps, Vol. 3, No.3 (2020), hlm. 1-13 12 Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia.;38(1):1–211.*
- Rafknowledge, *Insomnia dan Gangguan Tidur Lainnya.* Jakarta : Gramedia, 2014.
- Rains, dkk, (2018). *Sleep Disorders and Headache.* Center for Sleep Evaluation at Elliot Hospital, Manchester,.
- Ramdani. (2015). Hubungan stres kecemasan dengan migrain pada remaja di kelurahan pisangkepulauan kecamatan ciputat.2013.
- Susilo dan Wulandari, *Cara Jitu Mengatasi Insomnia.* Andi:Yogyakarta, 2011.
- Stuart, 1995. *Psikologi Kecemasan.* EGC. Jakarta.
- Tabatabai RR, Swadron SP. Headache in the Emergency Department: Avoiding Misdiagnosis of Dangerous Secondary Causes. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2016;34(4):695– 716. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.emc.2016.06.003>
- Virida Elisya (2019). Artikel “Menkes Sebut Ada 3 penyakit di Riau yang mengalami peningkatan. [Menkes Sebut Ada 3 Penyakit di Riau yang Mengalami Peningkatan \(jawapos.com\)](http://www.jawapos.com). akses tanggal 05 April 2020.

Waschek JA, Baca SM, Akerman S. PACAP and migraine headache: immunomodulation of neural circuits in autonomic ganglia and brain parenchyma. *J Headache Pain*. 2018;19(23).

Wicaksono, (2012). Analisis Faktor Dominan yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur pada Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Fakultas keperawatan Universitas Airlangga: Surabaya,

Wilkinson, Marcia dan Anne Mac Gregor, (2012). *Seri Kesehatan bimbingan Dokter pada Migren dan Sakit Kepala Lainnya*. Jakarta : Dian Rakyat.