



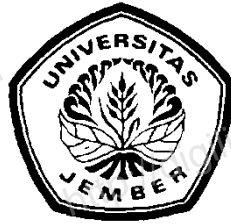
**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KUALITAS TIDUR YANG BURUK PADA LANSIA DI  
DESA WONOJATI KECAMATAN JENGGAWAH  
KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

oleh

**Irwina Angelia Silvanasari  
NIM 082310101052**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2012**



**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KUALITAS TIDUR YANG BURUK PADA LANSIA DI  
DESA WONOJATI KECAMATAN JENGGAWAH  
KABUPATEN JEMBER**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)  
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

oleh

**Irwina Angelia Silvanasari**  
**NIM 082310101052**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2012**

**SKRIPSI**

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN  
KUALITAS TIDUR YANG BURUK PADA LANSIA DI  
DESA WONOJATI KECAMATAN JENGGAWAH  
KABUPATEN JEMBER**

oleh

**Irwina Angelia Silvanasari**  
**NIM 082310101052**

**Pembimbing**

**Dosen Pembimbing Utama : Ns. Anisah Ardiana, M. Kep.**

**Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Nurfika Asmaningrum, M. Kep.**

## **PERSEMBAHAN**

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Almarhum Bapak tercinta, Winarno, S.Pd., yang merupakan motivator dan inspirator terbaik dalam pencapaian cita-cita saya;
2. Ibunda Tri Erni Rahayuningsih, S.Pd, adik saya Irwin Deriyan Ferdiansyah, dan segenap keluarga besar yang tak henti-hentinya memberikan dukungan dan doa demi terselesainya skripsi ini;
3. segenap dosen yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat dan didikan yang luar biasa;
4. Bayu Bagus Satryo yang selalu memberikan dukungan, doa, dan semangat saat kejenuhan hadir dalam penyelesaian skripsi ini;
5. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

## MOTO

Allah akan meninggikan orang-orang yang beriman di antara kamu dan orang-orang yang diberi ilmu pengetahuan beberapa derajat.

(terjemahan Surat *Al-Mujadalah* ayat 11)<sup>1)</sup>

Sesungguhnya Allah tidak akan merubah keadaan suatu kaum sebelum mereka merubah keadaan diri mereka sendiri.

(terjemahan Surat *Ar-Ra'd* ayat 11)<sup>1)</sup>

Berani sukses berarti berani untuk menjalani proses.

(Mario Teguh)<sup>2)</sup>

---

1) Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo.

2) Teguh, M. 2009. *Life Changer Menjadi Pengubah Hidup*. Jakarta: Mario Teguh Publishing House.

## **PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Irwina Angelia Silvanasari

NIM : 082310101052

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember” yang saya tulis benar-benar hasil karya saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya ilmiah adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari ini tidak benar.

Jember, 4 Juni 2012

Yang menyatakan,

Irwina Angelia S.

NIM 082310101052

## **PENGESAHAN**

Skripsi yang berjudul “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

hari, tanggal : Rabu, 6 Juni 2012

tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Tim Penguji  
Ketua,

Ns. Anisah Ardiana, M.Kep.  
NIP 19800417 200604 2 002

Anggota I,

Anggota II,

Ns. Nurfika Asmaningrum, M.Kep.  
NIP 19800112 200912 2 002

Ns. Latifa Aini, M.Kep., Sp.Kom.  
NIP 19710926 200912 2 001

Mengesahkan  
Ketua Program Studi,

dr. Sujono Kardis, Sp.KJ.  
NIP 19490610 198203 1 001

*Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember (Associated Factors With Poor Sleep Quality In The Elderly At Wonojati Village Jenggawah Subdistrict Jember Regency)*

**Irwina Angelia Silvanasari**

*Nursing Science Study Program, Jember University*

**ABSTRACT**

*Sleep is the state of the recovery process for body and brain, and it's important to achieve optimal health. Important symptoms of sleep disturbance in the elderly is poor sleep quality. Factors of poor sleep quality were age, response to illness, depression level, anxiety level, physical environment, and lifestyle. The research objective was to identify the factors related to poor sleep quality in elderly at Wonojati Village Jenggawah Subdistrict Jember Regency. The study design was observasional analytic with cross sectional approach. The population were 85 people. The samples were 49 people. Calculation of statistical tests by using ANOVA test with an alpha 0,05 obtained the age factor p value = 0,506. The results of calculations using the independent t test with an alpha 0,05 obtained response to illness factor with p value = 0,0005, depression level factor with p value= 0,0005, anxiety level factor with p value = 0,0005, physical environmental factor with p value = 0,001, and lifestyle factor with p value = 0,0005. The research results showed that there was no difference in the average poor sleep quality based on age. The results also showed that there are differences in the average poor sleep quality based on the response to illness, depression level, anxiety level, physical environment, and lifestyle. The recommendation of this study was the assessment of sleep quality included in KMS of elderly, so the problem of poor sleep quality in elderly could be detected and treated early.*

**Key words:** *poor sleep quality, age, response to illness, depression and anxiety level, physical environment, lifestyle.*



## RINGKASAN

### **Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember**

Irwina Angelia Silvanasari; 082310101052; 2012: 128 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Tidur adalah keadaan saat terjadinya proses pemulihan bagi tubuh dan otak serta sangat penting terhadap pencapaian kesehatan yang optimal. Adanya proses penuaan membuat lansia lebih mudah mengalami gangguan tidur, selain mengakibatkan perubahan normal pada pola tidur dan istirahat lansia. Gejala penting dari gangguan tidur pada lansia adalah kualitas tidur yang buruk. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas tidur yang buruk pada lansia yaitu usia, respon terhadap penyakit, tingkat depresi, tingkat kecemasan, lingkungan fisik, dan gaya hidup. Hasil studi pendahuluan didapatkan bahwa 16 dari 20 lansia mengeluhkan seringkali terbangun di malam hari, merasa kesulitan untuk kembali tidur, seringkali mengantuk di siang hari, terbangun karena ingin buang air kecil, serta terbangun karena merasakan lingkungan yang panas. Fenomena tersebut dapat ditemukan di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

Tujuan penelitian adalah menganalisa faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember. Desain penelitian adalah observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi adalah lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember yaitu 85 orang. Teknik sampling yang digunakan adalah *multistage random sampling*. Besar sampel dalam penelitian ini adalah 49 orang. Penelitian dilakukan di Desa Wonojati dengan teknik wawancara. Alat pengumpulan data berupa kuesioner digunakan sebagai pedoman wawancara sehingga data yang diperoleh adalah data primer. Uji validitas dan reliabilitas menggunakan *Pearson Product Moment* dan uji *Alpha Cronbach*.

Hasil penelitian mendapatkan bahwa usia lansia sebesar 61,2% dari kelompok lansia dini (55-64 tahun), respon terhadap penyakit lansia sebesar 61,2% termasuk dalam kategori sakit, tingkat depresi lansia sebesar 53,1% termasuk dalam kategori depresi ringan, tingkat kecemasan lansia sebesar 61,2% termasuk dalam kategori tidak cemas, lingkungan fisik lansia merata pada setiap kategori (lingkungan fisik baik 51% dan lingkungan fisik kurang 49%), dan gaya hidup lansia sebesar 57,1% termasuk dalam kategori gaya hidup baik. Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia adalah 9,88.

Perhitungan uji statistik dengan menggunakan uji ANOVA dengan  $\alpha$  0,05 didapatkan faktor usia dengan  $p$  value = 0,506, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk berdasarkan usia. Hasil perhitungan menggunakan uji  $t$  independen dengan  $\alpha$  0,05 didapatkan faktor respon terhadap penyakit dengan  $p$  value = 0,0005, faktor tingkat depresi dengan  $p$  value = 0,0005, faktor tingkat kecemasan dengan  $p$  value = 0,0005, faktor lingkungan fisik dengan  $p$  value = 0,001, dan faktor gaya hidup dengan  $p$  value = 0,0005. Hasil tersebut menunjukkan bahwa terdapat perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk berdasarkan respon terhadap penyakit, tingkat depresi, tingkat kecemasan, lingkungan fisik, dan gaya hidup lansia. Saran yang dapat diberikan adalah pengkajian kualitas tidur sebaiknya ada dalam kartu menuju sehat (KMS) lansia sehingga permasalahan kualitas tidur yang buruk yang merupakan gejala gangguan tidur pada lansia dapat diketahui dan ditangani lebih dini.

## **PRAKATA**

Puji syukur kehadiran Allah Swt, karena atas rahmat dan ridho-Nya maka penulis dapat menyelesaikan skripsi ini yang berjudul “Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember”. Penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih banyak terdapat kekurangan dan kelemahan, baik dari teknik penulisan maupun materi. Untuk itu penulis mengharapkan saran dan kritik dari pembaca yang sifatnya membangun. Penyelesaian skripsi ini penulis banyak mendapatkan bantuan, bimbingan, saran, keterangan dan data-data baik secara tertulis maupun secara lisan, maka pada kesempatan ini juga penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

1. dr.Sujono Kardis, Sp.KJ selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan;
  2. Ns. Anisah Ardiana, M. Kep., Ns. Nurfika Asmaningrum, M. Kep., selaku dosen pembimbing dan Ns. Latifa Aini, M. Kep. Sp.Kom, selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini;
  3. teman-teman PSIK angkatan 2008 khususnya tim setengah lima pagi (Dince Setianingsih dan Rismawan Adi Yunanto), Galib Prasati Putri, Sisiliana Rahmawati, Resti Utami, Susilo Eko Putra, Dian Tri Lestari H., Nur Laili F., Rizka Annisa Hanif, dan Wahyu Qurana yang membantu dalam penyelesaian skripsi ini;
  4. semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.
- Akhirnya penulis mengharapkan semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Jember, Juni 2012

Penulis

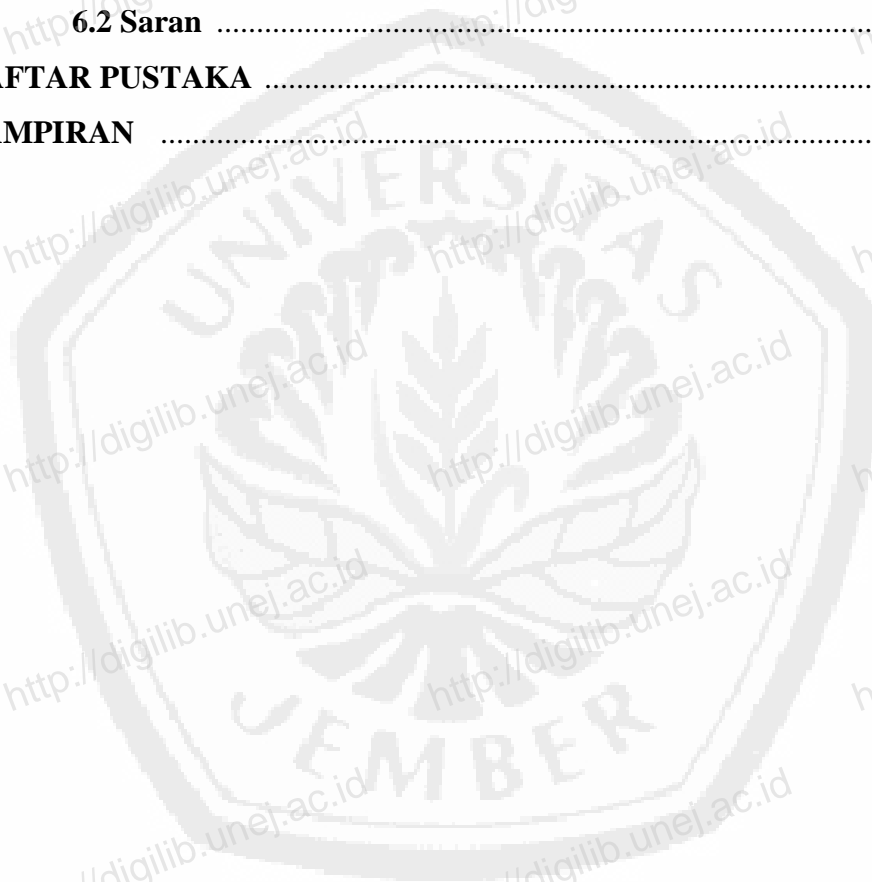
## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>LEMBAR PEMBIMBINGAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERSEMBAHAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	v
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	vi
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vii
<b>ABSTRAK</b> .....	viii
<b>RINGKASAN</b> .....	ix
<b>PRAKATA</b> .....	xi
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvi
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xvii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xviii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	8
<b>1.3 Tujuan</b> .....	9
1.3.1 Tujuan Umum .....	9
1.3.2 Tujuan Khusus .....	9
<b>1.4 Manfaat</b> .....	10
1.4.1 Manfaat bagi Peneliti .....	10
1.4.2 Manfaat bagi Instansi Pendidikan .....	10
1.4.3 Manfaat bagi Instansi Kesehatan.....	10
1.4.4 Manfaat bagi Keperawatan .....	11
<b>1.5 Keaslian Penelitian</b> .....	11

<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	13
<b>2.1 Konsep Lansia</b> .....	13
2.1.1 Pengertian Lansia .....	13
2.1.2 Batasan Lansia .....	13
2.1.3 Tugas Perkembangan Lansia .....	14
2.1.4 Proses Menua .....	15
2.1.5 Perubahan-Perubahan yang Terjadi pada Lansia .....	15
<b>2.2 Konsep Tidur</b> .....	22
2.2.1 Pengertian Tidur .....	22
2.2.2 Fisiologi Tidur .....	23
2.2.3 Tahapan Tidur .....	25
2.2.4 Siklus Tidur .....	26
2.2.5 Fungsi Tidur .....	26
2.2.6 Gangguan Tidur pada Lansia .....	27
2.2.7 Kualitas Tidur .....	29
<b>2.3 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia</b> .....	33
2.3.1 Usia .....	33
2.3.2 Respon terhadap Penyakit .....	35
2.3.3 Depresi .....	37
2.3.4 Kecemasan .....	41
2.3.5 Lingkungan Fisik .....	44
2.3.6 Gaya Hidup .....	45
<b>2.4 Penatalaksanaan Gangguan Tidur pada Lansia</b> .....	48
2.4.1 Pencegahan Primer .....	48
2.4.2 Pencegahan Sekunder .....	50
2.4.3 Pencegahan Tersier .....	52
<b>BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL</b> .....	54
<b>3.1 Kerangka Konseptual</b> .....	54
<b>3.2 Hipotesis</b> .....	55

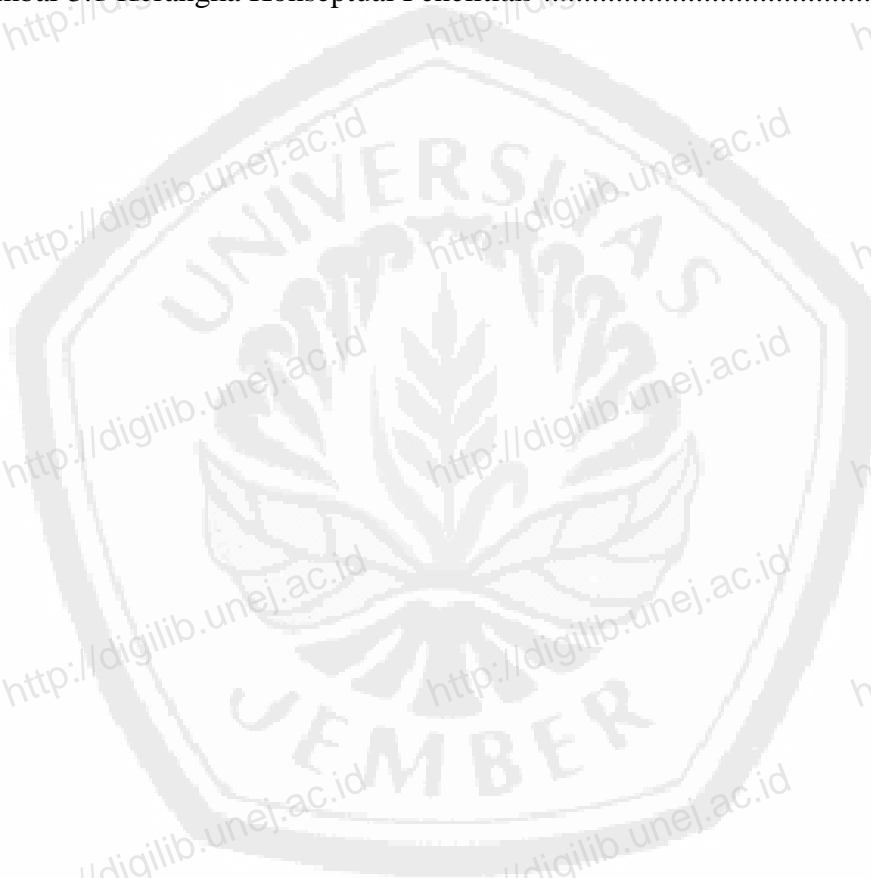
<b>BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>56</b>
<b>4.1 Jenis Penelitian .....</b>	<b>56</b>
<b>4.2 Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>56</b>
4.2.1 Populasi .....	56
4.2.2 Sampel .....	57
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	57
4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian .....	59
<b>4.3 Lokasi Penelitian .....</b>	<b>59</b>
<b>4.4 Waktu Penelitian .....</b>	<b>60</b>
<b>4.5 Definisi Operasional .....</b>	<b>60</b>
<b>4.6 Pengumpulan Data .....</b>	<b>62</b>
4.6.1 Sumber Data .....	62
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data .....	63
4.6.3 Alat Pengumpulan Data .....	64
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas .....	67
<b>4.7 Pengolahan dan Analisis Data .....</b>	<b>69</b>
4.7.1 Pengolahan Data .....	69
4.7.2 Analisis Data .....	71
<b>4.8 Etika Penelitian .....</b>	<b>72</b>
4.8.1 Lembar Persetujuan ( <i>informed consent</i> ) .....	72
4.8.2 Menghormati martabat subyek penelitian .....	73
4.8.3 Kerahasiaan ( <i>confidentiality</i> ) .....	73
4.8.4 Asas Kemanfaatan .....	74
4.8.5 Asas Keadilan .....	74
<b>BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>75</b>
<b>5.1 Hasil Penelitian .....</b>	<b>77</b>
5.1.1 Data Umum .....	77
5.1.2 Analisis Univariat .....	77
5.1.3 Analisis Bivariat .....	82
<b>5.2 Pembahasan .....</b>	<b>87</b>
5.2.1 Karakteristik Responden pada Lansia .....	87

5.2.2 Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia .....	88
<b>5.3 Keterbatasan Penelitian .....</b>	<b>118</b>
5.3.1 Bahasa .....	118
5.3.2 Waktu .....	118
<b>BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>119</b>
6.1 Kesimpulan .....	119
6.2 Saran .....	120
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>123</b>
<b>LAMPIRAN .....</b>	<b>129</b>



## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	53
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian.....	54



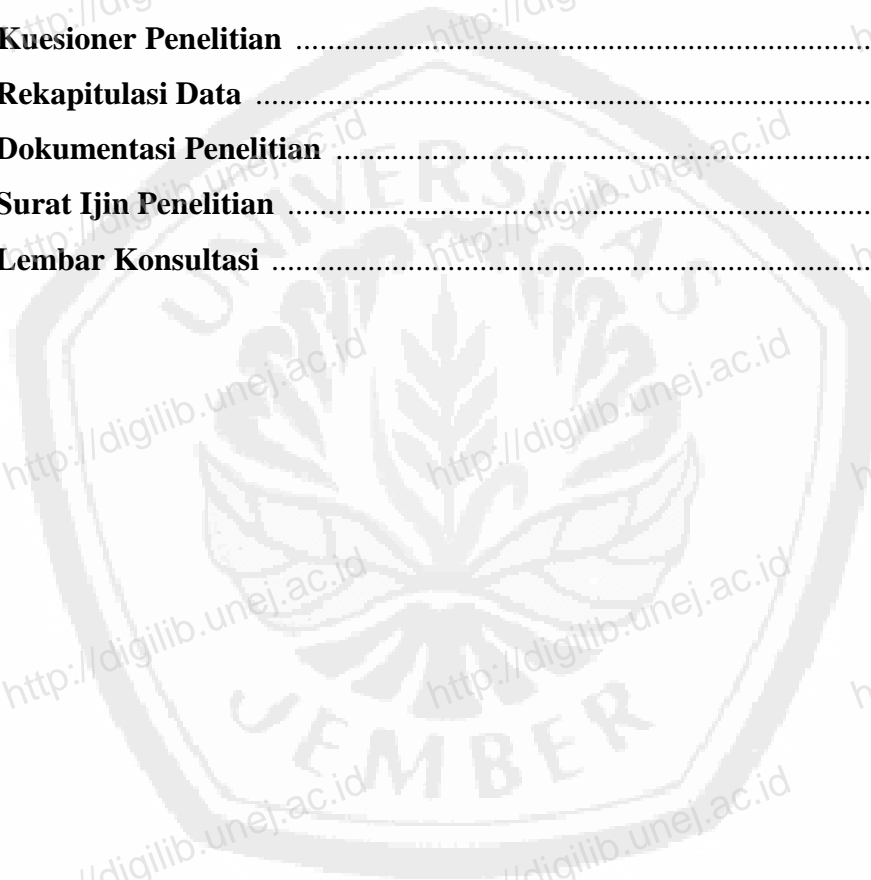


## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Definisi operasional .....	61
Tabel 4.2 <i>Blue print</i> kuesioner penelitian .....	66
Tabel 4.3 Perbedaan <i>blue print</i> kuesioner penelitian sebelum dan sesudah uji validitas .....	68
Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden menurut jenis kelamin.....	77
Tabel 5.2 Distribusi responden menurut usia .....	78
Tabel 5.3 Distribusi responden menurut respon terhadap penyakit .....	78
Tabel 5.4 Distribusi responden menurut tingkat depresi .....	79
Tabel 5.5 Distribusi responden menurut tingkat kecemasan .....	80
Tabel 5.6 Distribusi responden menurut lingkungan fisik .....	80
Tabel 5.7 Distribusi responden menurut gaya hidup .....	81
Tabel 5.8 Distribusi nilai kualitas tidur yang buruk .....	82
Tabel 5.9 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut usia..	83
Tabel 5.10 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut respon terhadap penyakit .....	84
Tabel 5.11 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut tingkat depresi .....	84
Tabel 5.12 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut tingkat kecemasan .....	85
Tabel 5.13 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut lingkungan fisik .....	86
Tabel 5.14 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut gaya hidup .....	87

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
<b>A. Lembar Permohonan</b> .....	129
<b>B. Lembar Persetujuan</b> .....	130
<b>C. Kuesioner Penelitian</b> .....	131
<b>D. Rekapitulasi Data</b> .....	142
<b>E. Dokumentasi Penelitian</b> .....	144
<b>F. Surat Ijin Penelitian</b> .....	146
<b>G. Lembar Konsultasi</b> .....	154



## **BAB 1. PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Fenomena baru yang muncul di dunia seiring dengan keberhasilan pembangunan adalah populasi lansia yang meningkat (Araujo & Ceolim, 2010).

Peningkatan populasi lansia tersebut merupakan dampak dari adanya peningkatan usia harapan hidup penduduk. Peningkatan usia harapan hidup terjadi di negara maju maupun di negara berkembang, termasuk Indonesia (Prayitno, 2002).

Indonesia merupakan negara yang menduduki peringkat keempat jumlah lansia terbanyak di dunia setelah China, India, dan Amerika. Kepala BKKBN Dr. Sugiri Syarief, MPA mengatakan bahwa pada sensus penduduk tahun 2010 didapatkan data jumlah lansia yang meningkat secara signifikan. Jika pada tahun 1970-an, jumlah lansia hanya sekitar dua persen dari keseluruhan penduduk, saat ini sudah mencapai hampir 10 persen dari jumlah keseluruhan penduduk (Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, 2011). Survei Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2010, didapatkan data bahwa jumlah lansia di Indonesia yaitu 23.992.553 jiwa (9,77 persen dari keseluruhan penduduk). Prediksi jumlah lansia ini akan meningkat menjadi 28.822.879 jiwa (11,34 persen dari keseluruhan penduduk) pada tahun 2020 (Wahyuningsih, 2011).

Wahyuningsih (2011), menyatakan bahwa lima provinsi dengan jumlah lansia paling banyak di Indonesia, yaitu: DI Yogyakarta, Jawa Timur, Jawa Tengah, Bali, dan Jawa Barat. Provinsi Jawa Timur menempati peringkat kedua terbanyak setelah DI Yogyakarta dengan persentase lansia yaitu 9,36 persen dari keseluruhan penduduk (Wahyuningsih, 2011). Kabupaten Jember adalah salah satu kabupaten di Provinsi Jawa Timur yang memiliki jumlah lansia terbanyak kedua setelah Kabupaten Malang (Yunita, 2010). Jumlah lansia di Kabupaten Jember adalah 128.485 jiwa yang tersebar dalam 31 kecamatan (Dinas Kesehatan Jember, 2010). Data Badan Pusat Statistik (2010) menunjukkan bahwa pada sensus penduduk tahun 2000 di Kabupaten Jember didapatkan data jumlah lansia dengan rentang usia 55–64 tahun sebesar 5.469 orang dan lansia dengan usia  $\geq 65$  tahun sebesar 3.682 jiwa.

Ketua Umum Dewan Nasional Indonesia, Prof. Dr. Haryono Suyono menyatakan bahwa jumlah lansia yang banyak di Indonesia haruslah ditangani secara keseluruhan dengan memperhatikan kebutuhan lansia (Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat, 2011). Kebutuhan fisiologis dasar manusia, termasuk lansia yang harus dipenuhi, yaitu higiene, nutrisi, kenyamanan, oksigenasi, cairan elektrolit, eliminasi urin, eliminasi fekal, dan tidur (Potter & Perry, 2005). Kaplan & Saddock (1997, dalam Erliana, 2009) menambahkan bahwa kebutuhan dasar yang sering kali tidak disadari peranannya adalah kebutuhan tidur dan istirahat.

Tidur adalah keadaan saat terjadinya proses pemulihan bagi tubuh dan otak serta sangat penting terhadap pencapaian kesehatan yang optimal (Maas, 2011). Kebutuhan tidur termasuk dalam kebutuhan fisiologis. Kebutuhan tidur merupakan kebutuhan primer yang menjadi syarat dasar bagi kelangsungan hidup manusia (Asmadi, 2006). Pada masa neonatus, kebutuhan untuk tidur sekitar 18 jam, berkurang menjadi 13 jam pada usia satu tahun, sembilan jam pada usia 12 tahun, delapan jam pada usia 20 tahun, tujuh jam pada usia 40 tahun, enam setengah jam pada usia 60 tahun, dan enam jam pada usia 80 tahun (Amir, 2007; Prayitno, 2002).

Proses penuaan membuat lansia lebih mudah mengalami gangguan tidur, selain mengakibatkan perubahan normal pada pola tidur dan istirahat lansia (Maas, 2011). Keluhan-keluhan seputar masalah tidur merupakan masalah umum yang terjadi di masyarakat luas, khususnya pada lansia (Roland, 2011). Frost (2001, dalam Amir, 2007), menyatakan bahwa prevalensi gangguan tidur pada lansia cukup tinggi yaitu sekitar 67%. Lansia seringkali melaporkan mengalami kesulitan untuk dapat tertidur saat berada di tempat tidur. Webb (1989, dalam Maas, 2011), juga menyatakan bahwa penundaan waktu tertidur terjadi pada satu dari tiga lansia wanita dan satu dari lima lansia pria.

*National Institute of Health Consensus Development Conference* pada tahun 1990 menyatakan gangguan tidur menyerang 50% orang yang berusia 65 tahun yang tinggal di rumah (Maas, 2011). Kuntari (2002) juga menambahkan bahwa 60% lansia Indonesia yang tinggal di rumah berada di wilayah pedesaan. Salah satu kecamatan di Kabupaten Jember yang keseluruhan wilayahnya terbagi

dalam desa yaitu Kecamatan Jenggawah. Jumlah lansia di Kecamatan Jenggawah yaitu sebanyak 278 jiwa. Kecamatan Jenggawah juga menempati peringkat kedua terbanyak jumlah lansia yang berusia lebih dari 60 tahun setelah Kecamatan Tanggul (Dinas Kesehatan Kabupaten Jember, 2010).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan dengan salah satu petugas Puskesmas Tanggul yang menangani program posyandu lansia menyatakan bahwa lansia jarang mengeluhkan gejala-gejala gangguan tidur. Hasil wawancara yang dilakukan dengan lansia yang berusia lebih dari 55 tahun, didapatkan data bahwa hanya 5 dari 20 lansia yang mengeluhkan sering terbangun di malam hari karena ingin buang air kecil dan mengantuk berlebihan di siang hari. Lima belas lansia lainnya menyatakan bahwa kualitas tidur mereka baik, tidur nyenyak saat malam hari, dan tidak merasakan kantuk berlebihan di siang hari.

Hasil yang berbeda didapatkan di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah. Hasil studi pendahuluan pada lansia dengan usia lebih dari 55 tahun di wilayah kerja Puskesmas Jenggawah didapatkan data bahwa 16 dari 20 lansia mengeluhkan seringkali terbangun di malam hari dan merasa kesulitan untuk kembali tidur. Lansia juga mengeluhkan seringkali merasa mengantuk di siang hari, terbangun karena ingin buang air kecil, serta terbangun karena merasakan lingkungan yang panas. Enam belas lansia tersebut tinggal di wilayah Desa Wonojati yang merupakan desa dengan jumlah lansia terbesar di Kecamatan Jenggawah yaitu 85 jiwa yang tersebar dalam empat dusun. Uraian tersebut yang mendasari peneliti untuk melakukan penelitian tentang kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

Gejala-gejala yang dikeluhkan pada lansia di Desa Wonojati tersebut merupakan gejala-gejala dari gangguan tidur. Gangguan tidur yang terjadi pada lansia tentu akan mempengaruhi kualitas tidur lansia. Sumedi, Wahyudi, dan Kuswati (2010), mengungkapkan bahwa kualitas tidur malam hari pada lansia mengalami penurunan menjadi sekitar 70-80% dari usia dewasa. Kualitas tidur adalah kepuasan seseorang terhadap tidur, sehingga seseorang tersebut tidak memperlihatkan perasaan lelah, mudah terangsang dan gelisah, lesu dan apatis, kehitaman di sekitar mata, kelopak mata bengkak, konjungtiva merah, mata perih, perhatian terpecah-pecah, sakit kepala dan sering menguap atau mengantuk (Hidayat, 2006, dalam Sagala, 2011).

Berbagai pendapat menjelaskan beberapa faktor yang mempengaruhi tidur. Kozier (2008) menyatakan bahwa faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tidur adalah faktor usia, lingkungan, kelelahan, gaya hidup, stress psikologis, alkohol dan stimulan, diet, merokok, motivasi, sakit, dan medikasi. Potter & Perry (2005) juga menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi tidur adalah penyakit fisik, obat dan zat, gaya hidup, pola tidur yang biasa dan mengantuk yang berlebihan pada siang hari, stres dan emosional, lingkungan, latihan dan kelelahan, serta asupan makanan dan kalori. Vitiello (2006) menambahkan bahwa faktor yang menyebabkan kualitas tidur yang buruk pada lansia yaitu fisiologis, penyakit, psikologis, gangguan tidur primer, perilaku sosial, dan lingkungan. Kim & Moritz (1982, dalam Maas, 2011) menyatakan bahwa faktor yang menyebabkan gangguan pola tidur pada lansia yaitu faktor internal dan eksternal.

Faktor internal meliputi psikologis (kecemasan) dan fisiologis. Faktor fisiologis meliputi gangguan siklus tidur yang berhubungan dengan penyakit, nyeri, depresi, dan penambahan usia. Faktor usia merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi kualitas tidur lansia. Prayitno (2002), menyatakan bahwa penambahan usia berdampak terhadap penurunan periode tidur. Kelompok lansia juga cenderung lebih mudah bangun dari tidurnya dan kebutuhan tidur pada lansia akan berkurang dengan berlanjutnya usia. Respon terhadap penyakit dan nyeri yang dialami oleh lansia juga merupakan faktor penting yang dapat mempengaruhi kualitas tidur.

Faktor internal lain yang berhubungan dengan kualitas tidur lansia yaitu depresi. Penelitian longitudinal yang dilakukan oleh Lorrain et al (2008, dalam Dinges, 2011) selama jangka waktu satu tahun, mengemukakan bahwa kualitas tidur cenderung menurun seiring bertambahnya usia, terutama pada lansia yang juga mengalami depresi ataupun kecemasan. Martin & Ancoli-Israel (2003, dalam Galea, 2008) juga mengemukakan bahwa depresi adalah masalah psikologis yang seringkali terkait dengan kejadian insomnia pada lansia. Kejadian depresi pada lansia juga memiliki peluang tiga kali lebih besar sebagai faktor resiko insomnia dibandingkan dengan penyakit fisik pada lansia (Galea, 2008).

Faktor internal lain yang juga berhubungan dengan kualitas tidur pada lansia yaitu kecemasan. Kecemasan meningkatkan kadar norepinefrin di dalam darah melalui stimulasi sistem saraf simpatis. Hal ini berdampak pada pengurangan tidur tahap 4 NREM dan tidur REM pada lansia (Kozier, 2008). Magee & Carmin (2012) mengemukakan bahwa kecemasan adalah faktor resiko



terjadinya gangguan tidur. Papadimitriou & Linkowski (2005, dalam Galea, 2008) menyatakan bahwa 60-70% lansia yang mengalami kecemasan tergolong dalam *poor sleepers*. Penelitian kohort yang dilakukan Jense et al (1998, dalam Galea, 2008) juga mendapatkan hasil bahwa gangguan tidur memiliki hubungan yang signifikan dengan kecemasan.

Faktor eksternal yang menyebabkan gangguan pola tidur pada lansia meliputi gaya hidup dan lingkungan. Suara bising dan stimulus lingkungan lainnya dapat mengganggu tidur lansia (Maas, 2011). Ruangan yang terlalu hangat atau dingin juga seringkali menyebabkan lansia gelisah (Potter & Perry, 2005).

Faktor gaya hidup seperti penggunaan alkohol dan rokok dalam kehidupan juga mempengaruhi tidur lansia. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ke-Hsin Chueh (2009), didapatkan bahwa lansia perempuan di Taiwan yang mengkonsumsi alkohol memiliki kualitas tidur yang buruk. Lexcen & Hicks (1993, dalam Maas, 2011), menyatakan bahwa perokok lebih cenderung melaporkan keluhan seperti kesulitan tertidur dan keluhan perasaan mengantuk di siang hari dibandingkan dengan kelompok nonperokok.

Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk tersebut dapat dijadikan acuan dalam pencegahan gangguan tidur pada lansia. Penatalaksanaan gangguan tidur pada lansia meliputi pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer adalah upaya untuk menghindari penyakit atau kondisi kesehatan tertentu. Pencegahan primer yang dapat dilakukan terhadap gangguan tidur lansia adalah dengan melakukan higiene tidur yang baik.

Pencegahan sekunder adalah deteksi dini dan pengobatan terhadap kondisi kesehatan yang merugikan, meliputi tindakan nonfarmakologik dan farmakologik. Pencegahan tersier dilakukan jika penyakit atau kondisi tertentu telah menyebabkan kerusakan pada individu. Tujuan rehabilitasi yang dilakukan, yaitu agar lansia dapat menikmati tidur yang berkualitas baik sampai akhir hayatnya (Anderson & McFarlane, 2006; Stanley & Beare, 2006).

Penatalaksanaan gangguan tidur pada lansia tersebut terbagi dalam tiga tingkatan pencegahan, yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Mengacu pada ketiga pencegahan tersebut, pencegahan primer adalah kunci utama dalam menghindari suatu kondisi kesehatan yang merugikan. Pengetahuan akan faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia dapat menjadi acuan dari berbagai kegiatan promosi kesehatan yang tercakup dalam pencegahan primer (Anderson & McFarlane, 2006). Uraian yang dijelaskan tersebut, memberikan inspirasi pada peneliti untuk melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah apa saja faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember?

### 1.3 Tujuan

#### 1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

#### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

- a. mengidentifikasi karakteristik jenis kelamin pada lansia;
- b. menganalisis hubungan usia dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia;
- c. menganalisis hubungan respon terhadap penyakit dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia;
- d. menganalisis hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia;
- e. menganalisis hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia;
- f. menganalisis hubungan lingkungan fisik dengan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia;
- g. menganalisis hubungan gaya hidup dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia.

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Manfaat bagi Peneliti**

Manfaat bagi peneliti adalah memperoleh pengetahuan dan wawasan mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia.

### **1.4.2 Manfaat bagi Instansi Pendidikan**

Manfaat yang bisa diperoleh bagi instansi pendidikan adalah sebagai tambahan referensi dan pengembangan penelitian, serta sebagai pedoman untuk melakukan intervensi pada keperawatan gerontik. Pengetahuan akan faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia dapat memberikan masukan intervensi yang tepat dalam pencegahan gangguan tidur yang terjadi pada lansia. Instansi pendidikan juga dapat mengembangkan keilmuannya secara mendalam terkait dengan intervensi pada setiap faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia.

### **1.4.3 Manfaat bagi Instansi Kesehatan**

Manfaat yang bisa diperoleh bagi instansi kesehatan adalah data dan hasil yang diperoleh dapat dijadikan sumber informasi dan masukan untuk optimalisasi program pencegahan dan penanganan gangguan tidur pada lansia. Data yang didapatkan di masyarakat terkait dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia dapat dijadikan masukan pada instansi kesehatan setempat bahwa kebutuhan tidur pada lansia juga penting untuk dipenuhi selain kebutuhan dasar lansia lainnya.

#### 1.4.4 Manfaat bagi Keperawatan

Manfaat penelitian ini bagi keperawatan yaitu hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan peningkatan terhadap kualitas asuhan keperawatan khususnya pada keperawatan gerontik. Peran perawat gerontik dalam penatalaksanaan kualitas tidur yang buruk pada lansia dapat lebih optimal dengan mengetahui faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi kualitas tidur yang buruk pada lansia. Hal ini menjadi penting bagi lansia, karena kualitas tidur yang baik dapat menunjang dalam peningkatan kualitas hidup lansia.

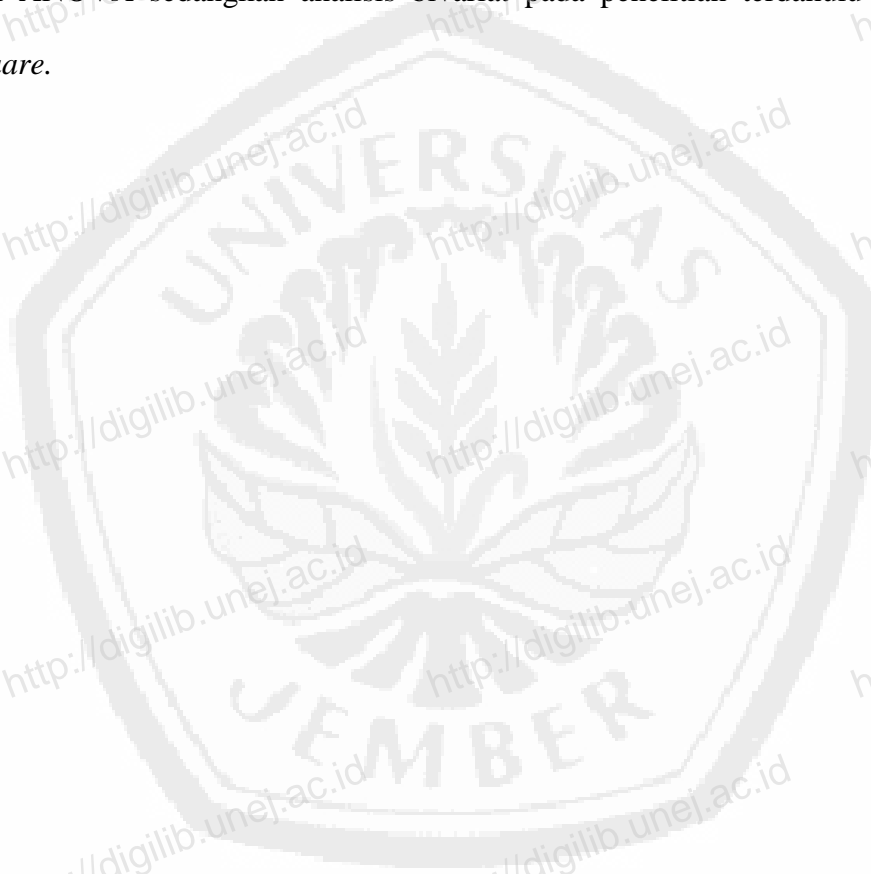
#### 1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu terkait dengan kualitas tidur adalah penelitian yang dilakukan oleh Rofiqoh (2010), yang meneliti tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas tidur pada pasien CRF di unit pelayanan hemodialisa RS PKI Muhammadiyah Gombong. Penelitian tersebut menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Cara pengambilan sampel menggunakan *total sampling* dan di analisis dengan menggunakan uji *chi square*. Hasil penelitian tersebut mendapatkan bahwa faktor yang mempengaruhi kualitas tidur adalah mudah tersinggung, putus asa, nyeri, cemas atau stres.

Penelitian terdahulu berbeda dengan penelitian saat ini. Perbedaan dengan penelitian yang dilakukan peneliti kali ini terletak pada subjek penelitian, variabel independen, variabel dependen, dan analisis data. Subjek penelitian dalam penelitian ini, yaitu lansia sedangkan subjek penelitian terdahulu adalah pasien CRF. Variabel independen dalam penelitian ini mencakup usia, respon terhadap

penyakit, tingkat depresi, tingkat kecemasan, gaya hidup, dan lingkungan fisik.

Variabel independen pada penelitian terdahulu, yaitu mudah tersinggung, putus asa, nyeri, cemas atau stres. Variabel dependen dalam penelitian ini yaitu kualitas tidur yang buruk sedangkan variabel dependen pada penelitian terdahulu adalah kualitas tidur. Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan uji t independen dan ANOVA sedangkan analisis bivariat pada penelitian terdahulu adalah *chi square*.



## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Konsep Lansia**

#### **2.1.1 Pengertian Lansia**

Lansia adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Menurut Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia, yang dimaksud lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas (Azizah, 2011). Menurut Surini & Utomo (2003, dalam Azizah, 2011), lansia bukanlah suatu penyakit, namun merupakan tahap lanjut dari suatu proses kehidupan yang akan dialami semua individu, ditandai dengan penurunan kemampuan tubuh untuk beradaptasi dengan stres lingkungan.

#### **2.1.2 Batasan Lansia**

WHO (1999, dalam Azizah, 2011) menggolongkan lansia berdasarkan usia kronologis atau biologis menjadi empat kelompok, yaitu usia pertengahan (*middle age*) antara usia 45 sampai 59 tahun, lanjut usia (*elderly*) berusia antara 60 sampai 74 tahun, lanjut usia tua (*old*) berusia antara 75 sampai 90 tahun, dan usia sangat tua (*very old*) di atas 90 tahun. Nugroho (2000) juga menyatakan bahwa lansia adalah orang atau individu yang telah berumur 65 tahun ke atas.

Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia juga menyatakan bahwa lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas (Azizah, 2011). Depkes RI (2003, dalam Pangastuti, 2008) menggolongkan lansia dalam tiga kategori, yaitu: lansia dini (55-64 tahun), lansia (65-70 tahun), dan lansia resiko tinggi (lebih dari 70 tahun).

### 2.1.3 Tugas Perkembangan Lansia

Duvall (1977, dalam Azizah, 2011) menyatakan bahwa lansia memiliki tugas perkembangan khusus yang terdiri dari tujuh kategori, yaitu:

- a. menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan;
- b. menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan;
- c. menyesuaikan terhadap kematian pasangan;
- d. menerima diri sendiri sebagai individu lansia;
- e. mempertahankan kepuasan pengaturan hidup;
- f. mendefinisikan ulang hubungan dengan anak yang dewasa;
- g. menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup.

Dengan mengetahui tugas perkembangannya, lansia diharapkan mampu menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan dan kesehatan secara bertahap (Azizah, 2011).



#### 2.1.4 Proses Menua

Menua (*aging*) adalah proses alamiah yang biasanya disertai perubahan kemunduran fungsi dan kemampuan sistem yang ada di dalam tubuh sehingga terjadi penyakit degeneratif. Proses menua adalah proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri (Nugroho, 2000).

Penuaan adalah proses normal dengan perubahan fisik dan tingkah laku yang dapat terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu. Penuaan merupakan fenomena yang kompleks dan multidimensional yang dapat diobservasi di dalam satu sel dan berkembang sampai pada keseluruhan sistem (Stanley & Beare, 2006). Proses penuaan merupakan akumulasi secara progresif dari berbagai perubahan fisiologi organ tubuh yang berlangsung seiring berlalunya waktu. Proses penuaan akan meningkatkan kemungkinan terserang penyakit bahkan kematian (Azizah, 2011).

#### 2.1.5 Perubahan-Perubahan yang Terjadi pada Lansia

##### a. Perubahan Fisik

Perubahan fisik pada lansia mencakup perubahan pada sel, sistem indra, sistem muskuloskeletal, sistem kardiovaskuler dan respirasi, pencernaan dan metabolisme, perkemihan, sistem saraf, dan sistem reproduksi (Azizah, 2011; Nugroho, 2000; Stanley & Beare, 2006).

### 1) Sel

Sel-sel pada tubuh lansia akan mengalami perubahan dari keadaan awal. Ukuran sel pada lansia menjadi lebih besar namun jumlahnya semakin sedikit. Jumlah sel otak juga akan mengalami penurunan. Mekanisme perbaikan sel juga akan terganggu (Nugroho, 2000).

### 2) Sistem Indera

Perubahan penglihatan yang terjadi pada kelompok lanjut usia erat kaitannya dengan adanya kehilangan kemampuan akomodatif mata. Kerusakan kemampuan akomodasi terjadi karena otot-otot siliaris menjadi lebih lemah dan lensa kristalin mengalami sklerosis (Stanley & Beare, 2006). Kondisi ini dapat diatasi dengan penggunaan kacamata dan sistem penerangan yang baik (Azizah, 2011).

Ukuran pupil menurun (miosis pupil) dengan penuaan karena sfinkter pupil mengalami sklerosis. Miosis pupil ini dapat mempersempit lapang pandang dan mempengaruhi penglihatan perifer pada tingkat tertentu. Peningkatan kekeruhan lensa dengan perubahan warna menjadi menguning juga terjadi pada sistem penglihatan lansia. Hal ini berdampak pada penglihatan yang kabur, sensitivitas terhadap cahaya, penurunan penglihatan pada malam hari, dan kesukaran dengan persepsi kedalaman (Stanley & Beare, 2006).

Perubahan pendengaran pada lansia erat kaitannya dengan presbiakusis (gangguan pendengaran). Hal ini berkaitan dengan hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap nada-

nada tinggi, suara yang tidak jelas, dan kata-kata yang sulit dimengerti (Azizah, 2011). Otoskop dengan pemeriksaan histologi, mikrobiologi, biokimia serta radiologi dapat dilakukan untuk memeriksa adanya gangguan pendengaran pada lansia (Stanley & Beare, 2006).

Perubahan pada sistem integumen juga terjadi pada lansia. Kulit lansia mengalami atrofi, kendur, tidak elastis, kering dan berkerut. Perubahan yang terjadi pada kulit lansia lebih banyak dipengaruhi oleh faktor lingkungan, yaitu: angin dan sinar ultraviolet (Azizah, 2011).

### 3) Sistem Muskuloskeletal

Perubahan sistem muskuloskeletal pada lansia terjadi pada jaringan penghubung, kartilago, tulang, otot, maupun sendi. Kolagen sebagai pendukung utama pada kulit, tendon, tulang, kartilago, dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur. Perubahan pada kolagen tersebut menimbulkan dampak berupa nyeri, penurunan kemampuan untuk meningkatkan kekuatan otot, dan hambatan dalam melakukan kegiatan sehari-hari. Perubahan yang terjadi pada jaringan kartilago mengakibatkan sendi mengalami peradangan, kekakuan, nyeri, keterbatasan gerak, dan terganggunya aktivitas sehari-hari (Azizah, 2011).

Kepadatan tulang pada lansia mengalami pengurangan. Tulang akan kehilangan cairan dan makin rapuh (Nugroho, 2000). Hal ini mengakibatkan osteoporosis pada lansia. Nyeri, deformitas, dan fraktur merupakan komplikasi lanjut dari osteoporosis. Latihan fisik dapat

diberikan sebagai cara untuk mencegah adanya osteoporosis pada lansia (Azizah, 2011).

Perubahan juga terjadi pada otot dan sendi lansia. Persendian membesar dan menjadi pendek (Nugroho, 2000). Sendi kehilangan fleksibilitas sehingga terjadi penurunan luas dan gerak sendi (Azizah, 2011). Aliran darah ke otot berkurang sejalan dengan proses menua (Nugroho, 2000). Perubahan morfologis pada otot seperti adanya jaringan lemak pada otot, perubahan struktur, penurunan jumlah dan ukuran serabut otot akan mengakibatkan penurunan kemampuan fungsional otot (Azizah, 2011).

#### 4) Sistem Kardiovaskuler dan Respirasi

Sistem kardiovaskuler mengalami perubahan dimana arteri menjadi kehilangan elastisitasnya (Azizah, 2011). Efektifitas pembuluh darah perifer dalam oksigenasi juga mengalami penurunan (Nugroho, 2000). Pada sistem respirasi, terjadi perubahan pada otot, kartilago, dan sendi toraks yang mengakibatkan gerakan pernapasan menjadi terganggu dan mengurangi kemampuan peregangan toraks (Azizah, 2011). Kekuatan otot pernapasan akan menurun seiring dengan bertambahnya usia. Otot pernapasan mengalami kelemahan akibat atrofi (Nugroho, 2000).

#### 5) Sistem Pencernaan dan Metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, yaitu sensitivitas lapar menurun, asam lambung menurun, peristaltik melemah, serta ukuran hati yang mengecil. Kehilangan gigi juga seringkali terjadi pada lansia

(Azizah, 2011). Hal ini disebabkan karena *periodontal disease* ataupun kesehatan gigi maupun gizi yang buruk pada lansia (Nugroho, 2000).

#### 6) Sistem Perkemihan

Dalam sistem perkemihan, terjadi perubahan yang signifikan meliputi: kemunduran dalam laju filtrasi, ekskresi, dan reabsorpsi oleh ginjal. Hal ini akan memberikan efek dalam pemberian obat pada lansia. Inkontinensia urin juga meningkat pada lansia (Ebersole and Hess, 2001, dalam Azizah, 2011). Aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%. Fungsi tubulus berkurang dan berat jenis urin menurun (Nugroho, 2000).

#### 7) Sistem Saraf

Surini & Utomo (2003, dalam Azizah, 2011) mengemukakan bahwa lansia mengalami penurunan kemampuan dalam beraktivitas. Penuaan menyebabkan penurunan persepsi sensori dan respon motorik pada susunan saraf pusat serta penurunan reseptor proprioseptif. Hal ini terjadi karena susunan saraf pusat pada lansia mengalami perubahan morfologis dan biokimia.

#### 8) Sistem Reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan mengecilnya ovarium dan uterus. Payudara pada lansia wanita juga mengalami atrofi. Selaput lendir vagina menurun, permukaan menjadi halus, sekresi menjadi berkurang, dan sifat reaksinya menjadi alkali. Testis pada lansia pria masih dapat memproduksi spermatozoa, meskipun terjadi penurunan secara berangsur-angsur (Watson, 2003, dalam Azizah, 2011). Dorongan seksual

menetap sampai usia di atas 70 tahun apabila kondisi kesehatan masih baik (Nugroho, 2000).

b. Perubahan Kognitif

Lansia mengalami penurunan daya ingat, yang merupakan salah satu fungsi kognitif. Ingatan jangka panjang kurang mengalami perubahan, sedangkan ingatan jangka pendek memburuk. Lansia akan kesulitan mengungkapkan kembali cerita atau kejadian yang tidak begitu menarik perhatiannya (Azizah, 2011).

Nugroho (2000) mengungkapkan bahwa faktor yang mempengaruhi perubahan kognitif pada lansia, yaitu: perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan, dan lingkungan.

c. Perubahan Spiritual

Agama atau kepercayaan makin berintegrasi dalam kehidupan lansia (Maslow, 1976, dalam Azizah, 2011). Nugroho (2000) menyatakan bahwa lansia makin teratur dalam menjalankan rutinitas kegiatan keagamaannya sehari-hari. Lansia juga cenderung tidak terlalu takut terhadap konsep dan realitas kematian (Azizah, 2011).

d. Perubahan Psikososial

Perubahan psikososial yang dialami oleh lansia, yaitu masa pensiun, perubahan aspek kepribadian, dan perubahan dalam peran sosial di masyarakat. Pensiun adalah tahap kehidupan yang dicirikan oleh adanya transisi dan perubahan peran yang menyebabkan stres psikososial. Hilangnya kontak sosial dari area pekerjaan membuat lansia pensiunan merasakan kekosongan. Menurut Budi Darmojo dan Martono (2004, dalam Azizah, 2011), lansia yang memasuki

masa pensiun akan mengalami berbagai kehilangan, yaitu: kehilangan finansial, kehilangan status, kehilangan teman, dan kehilangan kegiatan.

Lansia mengalami penurunan fungsi kognitif dan psikomotor. Fungsi kognitif meliputi proses belajar, persepsi, pemahaman, pengertian, perhatian yang menyebabkan reaksi dan perilaku lansia menjadi semakin lambat. Fungsi psikomotor meliputi hal-hal yang berhubungan dengan dorongan kehendak, yang mengakibatkan lansia menjadi kurang cekatan. Adanya penurunan kedua fungsi tersebut membuat lansia mengalami perubahan kepribadian (Azizah, 2011).

Perubahan dalam peran sosial di masyarakat dapat terjadi akibat adanya gangguan fungsional maupun kecacatan pada lansia. Hal ini dapat menimbulkan perasaan keterasingan pada lansia. Respon yang ditunjukkan oleh lansia, yaitu: perilaku regresi (Stanley & Beare, 2006).

e. Penurunan Fungsi dan Potensi Seksual

Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lansia seringkali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik. Menurut Kuntjoro (2002), faktor psikologis yang menyertai lansia berkaitan dengan seksualitas, yaitu: rasa tabu atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia. Sikap keluarga dan masyarakat juga kurang menunjang serta diperkuat oleh tradisi dan budaya (Azizah, 2011).

f. Perubahan Pola Tidur dan Istirahat

Perubahan otak akibat proses penuaan menghasilkan eksitasi dan inhibisi dalam sistem saraf. Bagian korteks otak dapat berperan sebagai inhibitor pada sistem terjaga dan fungsi inhibisi ini menurun seiring dengan penambahan usia. Korteks frontal juga mempengaruhi alat regulasi tidur (Bliwise, 1994, dalam

Maas, 2011). Penurunan aliran darah dan perubahan dalam mekanisme neurotransmitter dan sinapsis memainkan peran penting dalam perubahan tidur dan terjaga yang dikaitkan dengan faktor pertambahan usia. Faktor ekstrinsik, seperti pensiun, juga dapat menyebabkan perubahan yang tiba-tiba pada kebutuhan untuk beraktivitas dan kebutuhan energi sehari-hari serta mengarah pada perubahan pada kebutuhan tidur. Keadaan sosial dan psikologis yang terkait dengan faktor kehilangan dapat menjadi faktor predisposisi terjadinya depresi pada lansia, yang kemudian dapat mempengaruhi pola tidur-terjaga lansia. Pola tidur dapat dipengaruhi oleh lingkungan, bukan seluruhnya akibat proses penuaan (Garcia-Garcia & Drucker-Colin, 1999, dalam Maas, 2011).

## **2.2 Konsep Tidur**

### **2.2.1 Pengertian Tidur**

Tidur adalah suatu keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu (Potter & Perry, 2005). Tidur adalah suatu keadaan bawah sadar saat individu dapat dibangunkan dengan pemberian rangsangan (Guyton & Hall, 2007). Tidur adalah keadaan perilaku ritmik dan siklik yang terjadi dalam lima tahap (Stanley & Beare, 2006). Tidur adalah keadaan saat terjadinya proses pemulihan bagi tubuh dan otak serta sangat penting terhadap pencapaian kesehatan yang optimal (Maas, 2011).



### 2.2.2 Fisiologi Tidur

Tidur adalah irama biologis yang kompleks (Kozier, 2008). Tidur adalah proses fisiologis yang bersiklus dan bergantian dengan periode yang lebih lama dari terjaga (Potter & Perry, 2005). Tidur ditandai dengan aktivitas fisik yang minimal, perubahan proses fisiologis tubuh, dan penurunan respon terhadap rangsangan eksternal (Kozier, 2008).

Siklus tidur-terjaga mempengaruhi dan mengatur fungsi fisiologis dan respon perilaku. Individu mengalami irama siklus sebagai bagian dari kehidupan mereka setiap hari. Irama yang paling dikenal adalah irama diurnal atau irama sirkadian, yang merupakan siklus 24 jam (siang dan malam) (Potter & Perry, 2005). Irama sirkadian mempengaruhi pola fungsi biologis utama dan fungsi perilaku. Fluktuasi dan perkiraan suhu tubuh, denyut jantung, tekanan darah, sekresi hormon, kemampuan sensorik, dan suasana hati tergantung pada pemeliharaan siklus sirkadian 24 jam. Irama sirkadian dipengaruhi oleh cahaya dan suhu, selain faktor eksternal seperti aktivitas sosial dan rutinitas pekerjaan. Perubahan dalam suhu tubuh juga berhubungan dengan pola tidur individu, termasuk lansia (Saryono & Widianti, 2010). Individu akan bangun ketika mencapai suhu tubuh tertinggi dan akan tertidur ketika mencapai suhu tubuh terendah (Kozier, 2008).

Tidur melibatkan suatu urutan keadaan fisiologis yang dipertahankan oleh integrasi tinggi aktivitas sistem saraf pusat yang berhubungan dengan perubahan dalam sistem saraf perifer, endokrin, kardiovaskuler, pernapasan, dan muskular (Robinson, 1993 dalam Potter & Perry, 2005). Kontrol dan pengaturan tidur tergantung pada hubungan antara dua mekanisme serebral yang mengaktifasi secara intermitten dan menekan pusat otak tertinggi untuk mengontrol tidur dan terjaga (Potter & Perry, 2005).

Sistem aktivasi retikular (SAR) berlokasi pada batang otak teratas. SAR dipercayai terdiri atas sel khusus yang mempertahankan kewaspadaan dan terjaga. SAR menerima stimulus sensori visual, auditori, nyeri, dan taktil. Aktivitas korteks serebral (misal. proses emosi atau pikiran) juga menstimulasi SAR (Potter & Perry, 2005). Keadaan terjaga atau siaga yang berkepanjangan sering dihubungkan dengan gangguan proses berpikir yang progresif dan terkadang dapat menyebabkan aktivitas perilaku yang abnormal (Guyton & Hall, 2007).

Tidur dapat dihasilkan dari pengeluaran serotonin dalam sistem tidur *raphe* pada pons dan otak depan bagian tengah. Daerah otak juga disebut *bulbar synchronizing region* (BSR). Ketika individu mencoba tertidur, mereka akan menutup mata dan berada dalam keadaan yang rileks. Stimulus ke SAR menurun. Jika ruangan gelap dan tenang, aktivasi SAR selanjutnya akan menurun. BSR mengambil alih yang kemudian menyebabkan tidur (Potter & Perry, 2005).

### 2.2.3 Tahapan Tidur

Tidur terbagi dalam dua fase, yaitu: *nonrapid eye movement* (NREM) dan *rapid eye movement* (REM). Tidur dimulai dari status NREM yang terbagi dalam empat tahap. Kualitas tidur dari tahap 1 sampai tahap 4 bertambah dalam (Potter & Perry, 2005).

Tahap 1 NREM merupakan periode transisi menuju saatnya tidur, saat individu dapat dengan mudah terbangun (Maas, 2011). Pada tahap ini terjadi pengurangan aktivitas fisiologis, seperti pengurangan tanda-tanda vital dan metabolisme (Saryono & Widiанти, 2010).

Tahap 2 NREM dianggap sebagai periode tidur ringan dengan fase relaksasi yang sangat besar (Maas, 2011). Tahap ini disebut sebagai tahap tidur bersuara. Tahap ini berakhir 10-20 menit. Fungsi tubuh dalam tahap ini menjadi lambat (Saryono & Widiанти, 2010).

Tahap 3 NREM merupakan fase pertama tidur dalam. Otot-otot menjadi rileks sehingga sulit dibangunkan. Tanda-tanda vital menurun namun tetap teratur. Tahap ini berakhir dalam 15-30 menit. Tahap 4 NREM merupakan periode tidur paling dalam. Tahap ini merupakan tahap terbesar terjadinya pemulihan. Tanda-tanda vital menurun secara bermakna. Pada tahap ini terjadi tidur sambil berjalan dan enuresis. Tahap 3 dan 4 NREM seringkali disebut sebagai “tidur gelombang-lambat” karena pada fase ini gelombang lambat ditunjukkan dalam aktivitas elektroenseleografi (EEG) (Saryono & Widiанти, 2010; Maas, 2011).

Keempat tahap dari fase tidur NREM diikuti oleh fase tidur REM. Tingkat terdalam relaksasi tubuh terjadi selama fase tidur REM, tetapi aktivitas EEG serupa dengan pola yang terlihat selama terjaga. Selama fase tidur REM, frekuensi pernapasan, denyut jantung, dan tekanan darah menjadi sangat bervariasi, tidak teratur, dan meningkat secara berkala (Maas, 2011). Sekresi lambung juga mengalami peningkatan. Pada tahap ini, individu akan mengalami mimpi. Tahap ini berakhir dalam 90 menit (Saryono & Widiarti, 2010).

#### 2.2.4 Siklus Tidur

Kedas, Lux, & Amodes (1989, dalam Maas, 2011) menyatakan bahwa siklus tidur yang umum terjadi terdiri atas tahap 1 NREM, diikuti oleh tahap 2, 3, dan 4 NREM dengan kemungkinan kembali lagi ke tahap sebelumnya, yaitu tahap 3 dan 2 NREM, sebelum dimulainya tahap REM. Fase NREM terjadi pada sekitar 75% sampai 80% dari waktu tidur total. Tidur REM terjadi selama 20% sampai 25% waktu tidur dalam. Tahap REM dimulai kurang lebih 60 menit dalam siklus tidur, dan umumnya empat sampai enam siklus tidur NREM sampai siklus tidur REM terjadi setiap malam (Carskadon & Dement, 1994 dalam Maas, 2011).

#### 2.2.5 Fungsi Tidur

Oswald (1984, dalam Potter & Perry, 2005), menyatakan bahwa tidur dipercaya bermanfaat dalam pemulihan fisiologis dan psikologis individu. Tidur nyenyak bermanfaat dalam memelihara fungsi jantung. Selama tidur tahap 4 NREM, tubuh melepaskan hormon pertumbuhan untuk memperbaiki sel-sel otak.

Teori lain menambahkan bahwa tubuh menyimpan energi selama tidur. Otot skelet berelaksasi secara progresif. Penurunan laju metabolik basal lebih jauh menyimpan persediaan energi tubuh (Anch, 1988 dalam Potter & Perry, 2005).

Tidur REM penting untuk pemulihan kognitif. Tidur REM dihubungkan dengan perubahan dalam aliran darah serebral, peningkatan aktivitas kortikal, peningkatan konsumsi oksigen, dan pelepasan epinefrin. Hal ini dapat membantu penyimpanan memori dan pembelajaran. Tidur REM yang kurang dapat mengarah pada perasaan bingung dan curiga (Potter & Perry, 2005).

#### 2.2.6 Gangguan Tidur pada Lansia

Proses penuaan membuat lansia lebih mudah mengalami gangguan tidur (Maas, 2011). Lansia seringkali mengeluhkan tiga gangguan utama dalam memulai dan mempertahankan tidur, yaitu:

##### a. Insomnia

Insomnia adalah ketidakmampuan untuk tidur walaupun ada keinginan untuk melakukannya. Lansia rentan terhadap insomnia karena adanya perubahan pola tidur yang biasanya menyerang tidur tahap 4 NREM. Keluhan insomnia mencakup ketidakmampuan untuk tertidur, seringkali terbangun, ketidakmampuan untuk melanjutkan tidur, serta terbangun lebih awal (Stanley & Beare, 2006). Insomnia terdiri dari tiga jenis, yaitu:

##### 1) insomnia jangka pendek,

insomnia ini berakhir beberapa minggu dan muncul akibat pengalaman stress yang bersifat sementara seperti kehilangan orang yang dicintai;

2) insomnia sementara,

insomnia ini disebabkan oleh perubahan-perubahan lingkungan seperti *jet lag*, konstruksi bangunan yang bising, ataupun pengalaman yang menimbulkan ansietas;

3) insomnia kronis,

insomnia ini berlangsung selama tiga minggu atau seumur hidup dan disebabkan oleh kebiasaan tidur yang buruk, masalah psikologis, penggunaan obat tidur yang berlebihan, dan masalah kesehatan lainnya (Stanley & Beare, 2006).

b. Hipersomnia

Hipersomnia dicirikan dengan tidur lebih dari 8 atau 9 jam per periode 24 jam, dengan keluhan tidur yang berlebihan. Penyebab hipersomnia ini masih bersifat spekulatif tetapi dapat berhubungan dengan ketidakaktifan, gaya hidup yang membosankan, ataupun depresi. Lansia dengan hipersomnia dapat menunjukkan kantuk di siang hari. Keluhan tentang keletihan, kelemahan, dan kesulitan mengingat juga merupakan hal yang seringkali terjadi (Stanley & Beare, 2006).

c. Apnea Tidur

Stanley & Beare (2006), menyatakan bahwa apnea tidur (*sleep apnea*) adalah berhentinya pernapasan selama tidur. Gangguan ini diidentifikasi dengan adanya tanda gejala, yaitu mendengkur, berhentinya pernapasan minimal 10 detik, dan rasa kantuk di siang hari yang luar biasa. Lansia dengan apnea tidur dapat mengalami henti napas maksimal sebanyak 300 kali dengan episode

apnea dapat berakhir dari 10 sampai 90 detik. Tanda gejala dari apnea tidur, yaitu:

- 1) dengkur yang keras dan periodik;
- 2) aktivitas malam hari yang tidak biasa, seperti terjatuh dari tempat tidur;
- 3) gangguan tidur dengan seringnya terbangun di malam hari;
- 4) perubahan memori dan depresi;
- 5) rasa kantuk yang berlebihan di siang hari;
- 6) nokturia dan sakit kepala di pagi hari;
- 7) ortopnea akibat apnea tidur.

#### 2.2.7 Kualitas Tidur

Kualitas tidur merupakan konstruksi klinis yang penting. Hal ini dikarenakan keluhan akan kualitas tidur umum terjadi di masyarakat dan kualitas tidur yang buruk merupakan gejala penting dari adanya gangguan tidur dan penyakit lainnya (Buysse et al, 1988). Potter & Perry (2005), juga menambahkan pentingnya kualitas tidur terbaik dalam upaya peningkatan kesehatan dan pemulihan individu yang sakit.

Kualitas tidur adalah karakteristik subjektif dan seringkali ditentukan oleh perasaan energik atau tidak setelah bangun tidur (Kozier, 2008). Kualitas tidur adalah kepuasan terhadap tidur, sehingga orang tersebut tidak memperlihatkan perasaan lelah, mudah terangsang dan gelisah, lesu dan apatis, kehitaman di sekitar mata, kelopak mata bengkak, konjungtiva merah, perhatian terpecah, sakit kepala dan sering menguap atau mengantuk (Hidayat, 2006, dalam Sagala, 2011).

Ertekin & Dogan (1999, dalam Eser et al, 2007) menyatakan bahwa kualitas tidur mencakup lamanya waktu yang dibutuhkan untuk tertidur, frekuensi bangun dalam tidur malam, kedalaman tidur, dan *restfulness*. Thompson & Franklin (2010) menyatakan bahwa kualitas tidur berbeda dengan kuantitas tidur. Kuantitas tidur adalah lama waktu tidur berdasarkan jumlah jam tidur sedangkan kualitas tidur mencerminkan keadaan tidur yang restoratif dan dapat menyegarkan tubuh keesokan harinya. Sekine et al (2005) juga menambahkan bahwa kualitas tidur yang buruk berbeda dengan kuantitas tidur yang buruk. Kuantitas tidur yang buruk mencakup durasi tidur pendek sedangkan kualitas tidur yang buruk mencakup kesulitan untuk tidur, seringkali terbangun di malam atau dini hari.

Tidur dikatakan berkualitas baik apabila siklus NREM dan REM terjadi berselang-seling empat sampai enam kali (Rasyad, 2009). Hidayat (2006, dalam Sagala, 2011) menyatakan bahwa kualitas tidur seseorang dikatakan baik apabila tidak menunjukkan tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami masalah tidur.

Tanda kekurangan tidur dapat dibagi menjadi tanda fisik dan tanda psikologis. Tanda fisik kekurangan tidur meliputi ekspresi wajah (area gelap di sekitar mata, bengkak di kelopak mata, konjungtiva berwarna kemerahan, dan mata cekung), kantuk yang berlebihan ditandai dengan seringkali menguap, tidak mampu untuk berkonsentrasi, dan adanya tanda-tanda kelelahan seperti penglihatan kabur, mual, dan pusing. Tanda psikologis dari kekurangan tidur meliputi menarik diri, apatis dan respon menurun, bingung, daya ingat berkurang, halusinasi, ilusi penglihatan atau pendengaran, dan kemampuan memberikan pertimbangan atau keputusan menurun (Hidayat, 2006 dalam Sagala, 2011).



Kualitas tidur individu dapat dianalisa melalui pemeriksaan laboratorium yaitu *electroencephalography* (EEG) yang merupakan rekaman arus listrik dari otak. Perikaman listrik dari permukaan otak atau permukaan luar kepala dapat menunjukkan adanya aktivitas listrik yang terus menerus timbul dalam otak. Hal ini sangat dipengaruhi oleh derajat eksitasi otak sebagai akibat dari keadaan tidur, keadaan siaga atau karena penyakit lain yang diderita. Tipe gelombang EEG diklasifikasikan sebagai gelombang alfa, betha, tetha dan delta (Guyton & Hall, 2007).

Tidur adalah pengalaman subjektif. Closs (1988, dalam Potter & Perry, 2005) menyatakan bahwa salah satu metode yang singkat dan efektif untuk mengkaji kualitas tidur adalah dengan menggunakan skala analog visual. Perawat membuat sebuah garis horizontal kurang lebih 10 cm. Perawat menuliskan pernyataan-pernyataan yang berlawanan pada setiap ujung garis seperti tidur malam terbaik dan tidur malam terburuk. Lansia diminta untuk memberi tanda titik pada garis yang menandakan persepsi mereka terhadap tidur malam. Jarak tanda tersebut diukur dengan millimeter dan diberi nilai angka untuk kepuasan tidur. Skala ini dapat diberikan berulang-ulang untuk menunjukkan adanya perubahan dari waktu ke waktu.

Buyse et al (1988) juga mengemukakan alat ukur terhadap kualitas tidur, yaitu *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). PSQI adalah instrumen yang efektif dalam mengukur kualitas dan pola tidur (Smyth, 2012). PSQI dikembangkan dengan beberapa tujuan, yaitu: untuk memberikan ukuran yang valid, reliabel, dan standarisasi kualitas tidur, untuk membedakan antara tidur yang baik dan buruk,

untuk memberikan indeks yang mudah digunakan, dan untuk memberikan penilaian singkat yang berguna secara klinis dari berbagai gangguan tidur yang mempengaruhi kualitas tidur. PSQI dapat digunakan dalam penelitian klinis dan studi epidemiologis untuk mengidentifikasi kelompok-kelompok yang memiliki perbedaan dalam kualitas tidur. PSQI menyediakan ukuran kuantitatif kualitas tidur yang cepat dalam mengidentifikasi kualitas tidur yang baik dan buruk, dan lebih baik dibandingkan dengan *gold standard* diagnosis klinis dan laboratorium. Pengisian lembar PSQI membutuhkan waktu 5-10 menit, dan penilaiannya membutuhkan waktu 5 menit (Buysse et al, 1988).

PSQI terdiri dari 19 item yang dinilai oleh individu dan 5 item tambahan yang dinilai oleh teman sekamar (Buysse et al, 1988; Smyth, 2012). Item 1-4 merupakan pertanyaan terbuka tentang kebiasaan individu tidur dan bangun, total waktu tidur, dan *sleep latency* (menit). Item 5-18 menggunakan skala Likert, yaitu 0 = tidak selama satu bulan terakhir, 1 = kurang dari sekali seminggu, 2 = sekali atau dua kali seminggu, 3 = tiga kali atau lebih dalam seminggu. Item 19 menggunakan skala Likert dalam penilaian kualitas tidur secara keseluruhan, yaitu 0 = *very good*, 1 = *fairly good*, 2 = *fairly bad*, 3 = *very bad* (Eser et al, 2007). Item tambahan yang dinilai oleh teman sekamar tersebut hanya digunakan untuk informasi klinis dan tidak ditabulasikan dalam penilaian dari instrumen ini (Buysse et al, 1988, dalam Eser et al, 2007).

Sembilan belas item pernyataan menilai berbagai faktor yang berkaitan dengan tidur yang berkualitas dan dikelompokkan dalam tujuh komponen, yang masing-masing memiliki skala 0-3. Ketujuh komponen skor tersebut kemudian dijumlahkan untuk menghasilkan skor global dari PSQI yang memiliki jangkauan skor 0-21. Skor global PSQI  $> 5$  mengindikasikan ukuran yang sensitif dan spesifik dari kualitas tidur yang buruk pada individu. Semakin tinggi skor global yang didapat semakin buruk pula kualitas tidur individu tersebut (Buysse et al, 1988; Smyth, 2012).

### **2.3 Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia**

Vitiello (2006), menyatakan bahwa faktor yang menyebabkan kualitas tidur yang buruk pada lansia yaitu fisiologis, penyakit, psikologis, gangguan tidur primer, perilaku sosial, dan lingkungan. Kim & Moritz (1982, dalam Maas, 2011), menyatakan bahwa faktor yang menyebabkan gangguan pola tidur pada lansia yaitu penambahan usia, penyakit, nyeri, depresi, kecemasan, lingkungan, dan gaya hidup.

#### **2.3.1 Usia**

Faktor usia merupakan salah satu faktor penting yang mempengaruhi kualitas tidur lansia. Bliwise (1993, dalam Potter & Perry, 2005), menyatakan bahwa kualitas tidur mengalami penurunan pada kebanyakan lansia. Prayitno (2002), juga menyatakan bahwa penambahan usia berdampak terhadap penurunan dari periode tidur.

Galea (2008) mengemukakan bahwa perubahan kualitas tidur pada lansia yang berkaitan dengan usia disebabkan adanya peningkatan waktu yang mengganggu tidur dan pengurangan tidur tahap 3 dan 4 NREM. Penelitian yang dilakukan oleh Vitiello et al (2004) mengemukakan hasil yang berbeda. Hasil penelitian tersebut menyatakan bahwa lansia yang sehat tidak mengeluhkan gejala-gejala insomnia walaupun pada dasarnya lansia mengalami perubahan dalam tidurnya.

Sebuah studi dilakukan oleh Murphy, Rogers, dan Campbell (2000, dalam Galea, 2008) yang meneliti tentang efek penuaan terhadap keadaan terbangun dari tidur. Episode tidur pada individu yang berusia 19-28 tahun dibandingkan dengan lansia (60-82 tahun) dengan menggunakan *electroencephalography* (EEG), *electrooculography* (EOG), dan *electromiography* (EMG). Penelitian tersebut mendapatkan hasil bahwa usia menjadi faktor penentu yang penting dimana pemutusan tidur terjadi. Hal ini berdampak pada penurunan kualitas tidur pada lansia.

Ohayon et al (2004, dalam Galea, 2008) menyatakan bahwa penurunan efisiensi tidur terbukti dari umur 40 tahun. Efisiensi tidur mengalami penurunan sebesar tiga persen setiap dekadenya. Hal ini mengindikasikan bahwa usia lansia berkaitan dengan perubahan kualitas tidur, terutama dalam segi jumlah dan waktu yang mengganggu tidur. Hasil penelitian lainnya tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan tidur pada lansia di Panti Wredha Wening Wardoyo Ungaran tahun 2006 mengungkapkan hasil yang berbeda. Hasil

penelitian ini menghasilkan *p value* sebesar 0,633 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan gangguan tidur.

### 2.3.2 Respon terhadap penyakit

Faktor penyakit dan nyeri yang diderita oleh lansia merupakan faktor penting yang dapat mempengaruhi kualitas tidur lansia. Hal ini dikarenakan setiap penyakit yang menyebabkan nyeri, ketidaknyamanan fisik, atau masalah suasana hati dapat menyebabkan masalah tidur seperti kesulitan tidur atau kesulitan untuk tetap tertidur (Simonson et al, 2007).

Lansia yang berusia 55-84 tahun dengan beberapa penyakit lebih mungkin melaporkan kejadian insomnia (Simonson et al, 2007). Haines (2005) juga menyatakan bahwa hipertensi, penyakit jantung, stroke, diabetes mellitus, *arthritis*, penyakit paru, kanker, depresi, gangguan memori, osteoporosis, dan hipertropi prostat merupakan jenis-jenis penyakit yang dapat menyebabkan gangguan tidur.

Penyakit pernapasan seringkali mempengaruhi tidur. Lansia yang menderita penyakit paru kronik seperti emfisema dengan napas pendek, seringkali tidak dapat tidur tanpa dua atau tiga bantal untuk meninggikan kepala. Asma, *bronchitis*, dan rinitis alergi mengubah irama pernapasan dan mengganggu tidur. Lansia dengan influenza mengalami kongesti nasal, drainase sinus, dan nyeri tenggorokan, yang dapat mengganggu pernapasan dan kenyamanan dalam beristirahat (Potter & Perry, 2005).

Lansia dengan penyakit jantung koroner seringkali mengalami frekuensi terbangun yang sering dan perubahan tahapan selama tidur, seperti supresi tidur tahap 3 dan 4 serta tidur REM. Hal ini dikarenakan adanya episode nyeri dada yang tiba-tiba dan denyut jantung yang tidak teratur (Potter & Perry, 2005).

Hipertensi, hipotiroidisme dan tukak peptik juga mempengaruhi kualitas tidur individu. Hipertensi seringkali menyebabkan lansia terbangun di pagi hari. Hipotiroidisme menurunkan tidur tahap 4, sebaliknya hipertiroidisme menyebabkan lansia perlu waktu yang cukup banyak untuk tertidur (Potter & Perry, 2005). Lansia yang menderita penyakit tukak peptik seringkali terbangun pada tengah malam. Kadar asam lambung mencapai puncak sekitar pukul 01.00 hingga 03.00 pagi. Hal inilah yang memicu terjadinya nyeri lambung pada lansia (McNeil dkk, 1986 dalam Potter & Perry, 2005).

Nokturia mengganggu tidur dan siklus tidur. Kondisi ini umumnya terjadi pada lansia dengan penurunan tonus kandung kemih. Lansia yang berulang kali terbangun untuk berkemih akan mengalami kesulitan dalam melanjutkan tidur kembali. Lansia yang mengalami kram kaki pada malam hari bermasalah pada sirkulasi arteri. Lansia juga seringkali mengalami *restless leg syndrome* yang terjadi pada saat sebelum tidur. Sensasi gatal sangat dirasakan di otot dan dapat berkurang apabila individu tersebut menggerakkan kakinya. Hal ini dapat menghambat timbulnya relaksasi dan tidur pada lansia (Potter & Perry, 2005).

### 2.3.3 Depresi

Depresi adalah suatu perasaan berduka abortif yang menggunakan mekanisme represi, supresi, penyangkalan, dan disosiasi (Stuart, 2006). Depresi adalah gangguan alam perasaan yang ditandai oleh kesedihan, harga diri rendah, rasa bersalah, putus asa, dan perasaan kosong (Keliat, 1996, dalam Azizah, 2011).

Faktor resiko terjadinya depresi pada individu, yaitu adanya episode depresi sebelumnya, riwayat keluarga tentang depresi, percobaan bunuh diri sebelumnya, jenis kelamin wanita, usia saat awitan depresi kurang dari 40 tahun, masa pascapartum, kurang dukungan sosial, peristiwa kehidupan yang penuh stres, riwayat personal tentang penganiayaan seksual, dan penyalahgunaan zat (Stuart, 2006). Stuart & Sundeen (1998, dalam Azizah, 2011) mengemukakan bahwa ada empat sumber utama stresor yang dapat mencetuskan depresi, yaitu kehilangan keterikatan, peristiwa besar dalam kehidupan, peran dan ketegangan peran, serta perubahan fisiologi diakibatkan oleh obat-obatan atau penyakit fisik.

Sadavoy et al (2004, dalam Azizah, 2011), menyatakan bahwa gejala-gejala depresi dirangkum dalam SIGECAPS, yaitu gangguan pola tidur (*sleep*) pada lansia yang dapat berupa keluhan sukar tidur, mimpi buruk dan bangun lebih awal dan tidak dapat tidur kembali, penurunan minat dan aktivitas (*interest*), rasa bersalah dan menyalahkan diri (*guilty*), merasa cepat lelah dan tidak mempunyai tenaga (*energy*), penurunan konsentrasi dan proses pikir (*concentration*), nafsu makan menurun (*appetite*), gerakan lambat dan lebih sering duduk terkulai (*psychomotor*) dan penelantaran diri serta ide bunuh diri (*suicidal*). Maslim (1997, dalam Azizah, 2011) juga menyatakan bahwa gejala depresi ringan yaitu

kehilangan minat dan kegembiraan, konsentrasi dan perhatian kurang, menurunnya aktifitas, harga diri dan kepercayaan diri kurang. Azizah (2011) juga menambahkan bahwa perilaku atau gejala yang berkaitan dengan depresi dapat tercermin dalam beberapa aspek, yaitu fisiologis, afektif, kognitif, dan perilaku.

Aspek fisiologis merupakan salah satu aspek pencerminan gejala depresi yang ditinjau dari segi fisiologis. Aspek fisiologis meliputi nyeri abdomen, anoreksia, sakit punggung, nyeri dada, pusing, kelelahan, sakit kepala, impotensi, gangguan pencernaan, insomnia, kelesuan, mual, makan berlebihan, gangguan tidur, dan perubahan berat badan (Azizah, 2011).

Gejala depresi juga dapat ditinjau dari segi afektif atau sikap individu. Aspek afektif ini meliputi kemarahan, ansietas, apatis, penyangkalan perasaan, rasa bersalah, ketidakberdayaan, keputusan, kesepian, harga diri rendah, kesedihan, dan rasa tidak berharga (Azizah, 2011).

Aspek kognitif merupakan pencerminan gejala depresi yang ditinjau dari segi kognitif individu. Aspek ini meliputi ambivalensi, kebingungan, ketidakmampuan berkonsentrasi, tidak dapat mengambil keputusan, kehilangan minat dan motivasi, pesimis, menyalahkan diri sendiri, mencela diri sendiri, dan pikiran yang destruktif tentang diri sendiri (Azizah, 2011).

Aspek perilaku merupakan pencerminan gejala depresi yang dapat ditinjau dari segi perilaku individu. Aspek ini meliputi agresif, agitasi, alkoholisme, perubahan tingkat aktivitas, kecanduan obat, intoleransi, mudah tersinggung, kebersihan diri yang kurang, retardasi psikomotor, isolasi sosial, mudah menangis, kurang mampu mencapai hasil, dan menarik diri (Azizah, 2011).



Gejala-gejala depresi tersebut sering berhubungan dengan penyesuaian yang terhambat terhadap kehilangan dalam hidup dan stresor. Stresor pencetus seperti pensiun yang terpaksa, kematian pasangan, kemunduran kemampuan atau kekuatan fisik, kemunduran kesehatan, penyakit fisik, kedudukan sosial, keuangan, penghasilan dan tempat tinggal mempengaruhi rasa aman lansia dan menyebabkan depresi (Friedman, 1998 dalam Azizah, 2011). Azizah (2011) juga menyatakan bahwa kehilangan orang yang dicintai dan kehilangan pekerjaan atau jabatan akan menyebabkan lansia mengalami kesedihan yang mendalam yang berujung pada terjadinya depresi. Gejala-gejala depresi pada lansia diukur menurut tingkatan sesuai dengan gejala yang termanifestasi. Jika dicurigai terjadi depresi, pengkajian dengan alat yang terstandarisasi dan dapat dipercaya harus dilakukan (Azizah, 2011).

Salah satu alat ukur yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat depresi adalah *Geriatric Depression Scale (GDS)*. Alat ini diperkenalkan oleh Yesavage pada tahun 1983 dengan indikasi utama pada lanjut usia. Keunggulan alat ukur ini yaitu tidak memerlukan keterampilan khusus dari pengguna dan mudah digunakan. Instrumen GDS memiliki sensitivitas 84% dan *specificity* 95%. Tes reliabilitas alat ini yaitu 0,85 (Burns, 1999, dalam Azizah, 2011).

Alat ukur *Geriatric Depression Scale (GDS)* terdiri dari 30 poin pertanyaan yang dibuat sebagai alat penapisan depresi pada lansia. GDS menggunakan format laporan sederhana yang diisi sendiri dengan menjawab “ya” atau “tidak” pada setiap pertanyaan. Pengisian GDS membutuhkan waktu sekitar 5-10 menit. Skor 0-10 menunjukkan tidak ada depresi, nilai 11-20 menunjukkan

depresi ringan, dan skor 21-30 menunjukkan depresi sedang atau berat (Azizah, 2011).

Lansia yang depresi seringkali mengalami perlambatan untuk jatuh tidur, seringkali terjaga, perasaan tidur yang kurang, munculnya tidur REM secara dini, peningkatan total waktu tidur serta terbangun lebih awal (Bliwise, 1993 dalam Potter & Perry, 2005). Penelitian yang dilakukan oleh Adriyani (2008), didapatkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat depresi dengan kejadian insomnia di Panti Werdha Budhi Darma Yogyakarta. Sukagewa (2003, dalam Galea, 2008) juga melakukan penelitian yang melibatkan 2.023 lansia dengan rata-rata usia 74,2 tahun. Penelitian ini dilakukan untuk menguji hubungan antara kualitas tidur dan depresi. Alat ukur yang digunakan yaitu *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) dan *Geriatric Depression Scale* (GDS). Mengacu pada skor GDS, lansia dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok eksperimen (n=634) dan kelompok kontrol (n=1389). Hasil dari penelitian ini yaitu lansia dengan depresi memiliki efisiensi tidur yang lebih rendah, kualitas tidur yang buruk, dan masalah tidur dibandingkan dengan lansia yang tidak mengalami depresi.

Samiun (2006, dalam Azizah, 2011) menyatakan bahwa individu yang memiliki teman akrab dan dukungan emosional yang memadai akan kurang mengalami depresi bila berhadapan dengan stres. Azizah (2011) menyatakan ada beberapa upaya penanggulangan depresi pada lansia yang meliputi pendekatan psikodinamik, perilaku belajar, kognitif, humanistik eksistensial, dan farmakologis. Fokus pendekatan psikodinamik adalah penanganan terhadap konflik-konflik yang berhubungan dengan kehilangan dan stres. Pendekatan

perilaku belajar mengatasi kurangnya penghargaan atas diri sendiri. Pendekatan kognitif bertujuan untuk mengubah pandangan dan pola pikir tentang keberhasilan masa lalu dan masa sekarang. Pendekatan humanistik eksistensial bertujuan untuk membantu individu menyadari keberadaannya di dunia sedangkan pendekatan farmakologis dengan obat anti depresan merupakan pilihan alternatif.

#### 2.3.4 Kecemasan

Kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Keadaan emosi ini tidak memiliki objek yang spesifik. Kecemasan dialami secara subjektif dan dikomunikasikan secara interpersonal (Stuart, 2006).

Stresor pencetus dapat berasal dari sumber internal atau eksternal. Stresor pencetus dapat dikelompokkan dalam dua kategori, yaitu: ancaman terhadap integritas fisik dan ancaman terhadap sistem diri. Ancaman terhadap integritas fisik meliputi disabilitas fisiologis yang akan terjadi atau penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas hidup sehari-hari. Ancaman terhadap sistem diri dapat membahayakan identitas, harga diri, dan fungsi sosial yang terintegrasi pada individu (Stuart, 2006).

Pensiun, gangguan fisik, kematian orang yang dicintai, dan masalah ekonomi merupakan contoh situasi yang menyebabkan lansia mengalami kecemasan (Potter & Perry, 2005). Gallo (1998, dalam Azizah, 2011) menyatakan bahwa pensiun adalah tahap kehidupan yang dicirikan oleh adanya transisi dan perubahan peran yang menyebabkan stres psikososial.

Kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku dan secara tidak langsung melalui timbulnya gejala atau mekanisme koping sebagai upaya melawan kecemasan. Intensitas perilaku juga meningkat sejalan dengan peningkatan kecemasan (Stuart, 2006).

Respon fisiologis terhadap kecemasan melibatkan beberapa regio tubuh, yaitu regio kepala, dada, abdomen, ekstremitas, dan pelvis. Respon pada regio kepala meliputi wajah tegang, wajah pucat atau kemerahan. Respon pada regio dada meliputi palpitasi, jantung berdebar, tekanan darah meningkat atau menurun, rasa ingin pingsan, denyut nadi menurun, napas cepat, sesak napas, tekanan pada dada, napas dangkal, pembengkakan pada tenggorokan, sensasi tercekik, dan terengah-engah. Respon pada regio abdomen meliputi kehilangan nafsu makan, menolak makan, rasa tidak nyaman pada abdomen, nyeri abdomen, mual, nyeri ulu hati, dan diare. Respon pada regio ekstremitas meliputi refleks meningkat, reaksi terkejut, insomnia, tremor, rigiditas, gelisah, kelemahan umum, tungkai lemah, dan berkeringat di telapak tangan. Respon pada regio pelvis meliputi tidak dapat menahan kemih dan sering berkemih (Stuart, 2006).

Respon kognitif terhadap kecemasan meliputi perhatian terganggu, konsentrasi buruk, pelupa, salah dalam memberikan penilaian, preokupasi, hambatan berpikir, lapang persepsi menurun, dan kreativitas menurun. Produktivitas menurun, bingung, sangat waspada, kesadaran diri, kehilangan objektivitas, takut kehilangan kendali, takut pada gambaran visual, takut cedera atau kematian, kilas balik, dan mimpi buruk juga termasuk dalam respon kognitif yang diberikan individu terhadap adanya kecemasan (Stuart, 2006).

Respon perilaku terhadap kecemasan meliputi gelisah, ketegangan fisik, tremor, reaksi terkejut, bicara cepat, kurang koordinasi, cenderung mengalami cedera, menarik diri dari hubungan interpersonal, inhibisi, melarikan diri dari masalah, menghindari, hiperventilasi, dan sangat waspada. Respon afektif terhadap kecemasan meliputi mudah terganggu, tidak sabar, gelisah, tegang, gugup, ketakutan, waspada, kengerian, kekhawatiran, kecemasan, mati rasa, rasa bersalah, dan malu (Stuart, 2006).

Kecemasan dan kualitas tidur yang buruk memiliki asosiasi yang sama dengan depresi dan kualitas tidur yang buruk. Magee & Carmin (2012) mengemukakan bahwa kecemasan adalah faktor resiko terjadinya gangguan tidur. Papadimitriou & Linkowski (2005, dalam Galea, 2008) menyatakan bahwa 60-70% lansia yang mengalami kecemasan tergolong dalam *poor sleepers*. Penelitian kohort yang dilakukan Jense et al (1998, dalam Galea, 2008) juga mendapatkan hasil bahwa gangguan tidur memiliki hubungan yang signifikan dengan kecemasan. Kecemasan meningkatkan kadar norepinefrin di dalam darah melalui stimulasi sistem saraf simpatis. Hal ini berdampak pada pengurangan tidur tahap 4 NREM dan tidur REM pada lansia (Kozier, 2008).

Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Handayani (2009) menyatakan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada lanjut usia. Adanya dukungan keluarga akan membantu menurunkan kecemasan pada lansia. Dukungan keluarga ini mencakup dukungan informasi, emosional, instrumental, dan penilaian.

Maryam et al (2008) menyatakan beberapa tindakan yang dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan pada lansia selain dengan memaksimalkan dukungan keluarga yaitu membicarakan rasa khawatir dan mencoba menentukan penyebab yang mendasar; memberikan rasa aman pada lansia dengan penuh empati; bila penyebab kecemasan tidak jelas dan mendasar, berikan alasan-alasan yang dapat diterima lansia; dan mengkonsultasikan dengan dokter bila penyebabnya tidak dapat ditentukan dan berbagai cara telah dilakukan namun kecemasan tidak dapat dihilangkan.

### 2.3.5 Lingkungan fisik

Lingkungan fisik adalah segala sesuatu yang berada di sekitar manusia yang bersifat tidak bernyawa, misalnya kelembaban udara, suhu, angin, rumah dan benda mati lainnya (Nurhidayah, Lukman, dan Rakhmawati, 2007). Lingkungan fisik tersebut berinteraksi secara konstan dengan manusia sepanjang waktu dan memegang peranan penting dalam proses terjadinya penyakit atau kondisi kesehatan tertentu di masyarakat (Chandra, 2008). Lingkungan tempat lansia tidur berpengaruh penting terhadap kemampuan untuk tertidur dan tetap tertidur (Potter & Perry, 2005).

Ventilasi yang baik adalah esensial untuk tidur yang tenang (Potter & Perry, 2005). Ventilasi berfungsi menjaga aliran udara dalam kamar tetap segar, sehingga keseimbangan oksigen yang diperlukan oleh penghuni kamar tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya oksigen sehingga

kadar karbondioksida yang bersifat racun dapat meningkat dan mengganggu kenyamanan tidur lansia (Notoatmodjo, 2007).

Ukuran, kekerasan, dan posisi tempat tidur mempengaruhi kualitas tidur. Suara juga mempengaruhi tidur. Tidur tanpa ketenangan atau teman tidur yang mendengkur dapat mengganggu tidur (Potter & Perry, 2005). Tingkat suara yang diperlukan untuk membangunkan lansia yang tidur tergantung pada tahap tidur (Webster & Thompson, 1986 dalam Potter & Perry, 2005). Suara yang sering menyebabkan terganggunya tidur adalah suara yang bersifat tidak teratur (Henkel, 2003). Suara yang rendah lebih sering membangunkan lansia dari tidur tahap 1, sedangkan suara yang keras membangunkan lansia pada tahap tidur 3 dan 4. Ruangan yang terlalu hangat atau dingin juga seringkali menyebabkan lansia gelisah (Potter & Perry, 2005).

#### 2.3.6 Gaya Hidup

Gaya hidup sehat adalah segala upaya untuk menerapkan kebiasaan yang baik dalam menciptakan hidup yang sehat dan menghindari kebiasaan buruk yang dapat mengganggu kesehatan. Keuntungan bergaya hidup sehat antara lain merasa tentram, aman, dan nyaman, memiliki rasa percaya diri, hidup seimbang, tidur nyenyak (Promkes Dinkes Kepri, 2010).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Ke-Hsin Chueh (2009), didapatkan bahwa lansia perempuan di Taiwan yang mengkonsumsi alkohol memiliki kualitas tidur yang buruk. Onen (1994, dalam Maas, 2011) menyatakan bahwa alkohol dapat berfungsi sebagai agen sedatif dan relaksasi jika dikonsumsi sesaat sebelum tidur, tetapi terbangun di malam hari dapat menjadi masalah yang berhubungan dengan aktivitas simpatik akibat meningkatnya kadar alkohol dalam darah. Penelitian yang dilakukan oleh Hatzinger (1995, dalam Maas, 2011) juga menemukan bukti bahwa pasien yang mengalami kebergantungan alkohol memperlihatkan penurunan dalam tidur tahap 4 atau gelombang tidur yang lambat, terutama pada alkoholik yang mengalami depresi klinis.

Lexcen & Hicks (1993, dalam Maas, 2011), menyatakan bahwa perokok lebih cenderung melaporkan beberapa keluhan seperti kesulitan untuk tertidur, keluhan terhadap perasaan mengantuk di siang hari, dan asupan kafein harian yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok nonperokok. Pada konsentrasi yang rendah, nikotin memiliki efek bifasik pada tidur, yaitu dapat menimbulkan relaksasi dan sedasi. Pada konsentrasi yang tinggi, nikotin justru dapat menghambat tidur.

Potter & Perry (2005), menyatakan bahwa makan besar, berat, dan berbumbu pada makan malam dapat menyebabkan kesulitan dalam proses pencernaan. Hal ini dapat mengganggu tidur. Alergi terhadap makanan juga dapat menyebabkan insomnia. Hauri & Linde (1990, dalam Potter & Perry, 2005), menyatakan bahwa makanan yang seringkali menyebabkan alergi meliputi jagung, gandum, kacang-kacangan, coklat, telur, ikan laut, ragi, pewarna makanan, dan



susu. Perbaikan tidur yang normal memerlukan waktu sampai dua minggu jika makanan tertentu yang menyebabkan masalah telah dihilangkan dari diet.

Bliwise (1994, dalam Maas, 2011) menyatakan bahwa gangguan tidur yang cukup parah pada lansia yang sehat lebih banyak terjadi akibat masalah kesehatan kronis atau pengobatan yang mereka jalani, daripada proses penuaan itu sendiri. Lansia seringkali menggunakan variasi obat untuk mengontrol atau mengatasi penyakit kroniknya, dan efek kombinasi dari beberapa obat dapat mengganggu tidur secara serius. Hipnotik dapat mengganggu dalam pencapaian tahap tidur yang lebih dalam. Penggunaan obat ini hanya memberikan peningkatan kualitas tidur sementara (satu minggu) dan dapat memperburuk apnea tidur pada lansia. Benzodiazepin dapat meningkatkan waktu tidur namun juga dapat meningkatkan kantuk di siang hari (Potter & Perry, 2005). Penggunaan obat tidur juga dapat menyebabkan gangguan tidur seperti peningkatan waktu untuk tertidur dan peningkatan jumlah waktu terjaga. Struktur tidur dapat terganggu, terutama pada fase tidur REM (Maas, 2011).

## 2.4 Penatalaksanaan Gangguan Tidur pada Lansia

### 2.4.1 Pencegahan Primer

Pencegahan primer adalah usaha yang dilakukan untuk menghindari suatu penyakit atau kondisi kesehatan yang merugikan melalui kegiatan promosi kesehatan. Pencegahan primer mencakup area penanganan yang sangat luas, termasuk nutrisi, kebersihan, sanitasi, lingkungan, dan pendidikan kesehatan yang umum (Anderson & McFarlane, 2006).

Pencegahan primer yang dapat dilakukan sebagai upaya mencegah gangguan tidur pada lansia yaitu dengan melakukan higiene tidur yang baik. Stanley & Beare (2008) menyatakan bahwa higiene tidur yang baik mencakup sebelas peraturan, yaitu:

- a. tidur seperlunya, tetapi tidak berlebihan. Pembatasan waktu tidur dapat memperkuat tidur, berlebihnya waktu yang dihabiskan di tempat tidur akan berkaitan dengan kualitas tidur yang buruk;
- b. waktu bangun yang teratur di pagi hari. Hal ini akan memperkuat siklus sirkadian dan menyebabkan awitan tidur yang teratur;
- c. jumlah latihan yang stabil setiap harinya akan dapat memperdalam tidur;
- d. bunyi bisung yang bersifat sementara (misal. bunyi pesawat terbang yang melintas) dapat mengganggu tidur. Kamar tidur kedap suara dapat membantu bagi orang-orang yang harus tidur di dekat kebisingan;
- e. ruangan yang terlalu hangat dapat mengganggu tidur. Ruangan yang terlalu dingin juga dapat mengganggu tidur;
- f. rasa lapar dapat mengganggu tidur;

- g. ketergantungan penggunaan obat tidur tidak efektif membantu tidur pada mayoritas lansia yang mengalami insomnia;
- h. penggunaan kafein di malam hari dapat mengganggu tidur;
- i. alkohol dapat memudahkan orang untuk tidur, namun hal ini akan menyebabkan tidur menjadi terputus-putus;
- j. lansia yang merasa marah ataupun frustrasi karena tidak dapat tidur tidak boleh mencoba terlalu keras untuk tidur. Hal yang dapat dilakukan yaitu menyalakan lampu dan melakukan kegiatan lain terlebih dahulu;
- k. penggunaan tembakau yang berlebihan dapat mengganggu tidur.

Kleitman (1937, dalam Stanley & Beare, 2006), juga mengemukakan tindakan pencegahan primer bagi lansia dengan gangguan tidur, yaitu:

- a. penggunaan kasur yang baik memungkinkan kesejajaran tubuh yang tepat;
- b. suhu kamar harus cukup dingin (kurang dari 24°C) sehingga cukup nyaman;
- c. asupan kalori harus minimal pada saat menjelang tidur;
- d. latihan sedang di siang hari atau sore hari merupakan hal yang dianjurkan.

Galimi (2010), juga menambahkan higiene tidur yang baik yaitu:

- a. mengurangi atau menghilangkan penggunaan kafein, nikotin, dan alkohol;
- b. menghindari stres, termasuk bekerja, dekat dengan waktu tidur;
- c. menghindari olahraga sebelum tidur;
- d. melarang untuk melihat jam ketika bangun tidur;
- e. tidak membiarkan hewan peliharaan di tempat tidur;
- f. menutup jendela untuk mencegah masuknya cahaya matahari pagi;
- g. menjaga suhu kamar tidur yang nyaman dan waktu tidur yang teratur.

#### 2.4.2 Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder adalah deteksi dini dan pengobatan terhadap kondisi kesehatan yang merugikan. Komponen penting dalam pencegahan sekunder adalah skrining atau pemeriksaan (Anderson & McFarlane, 2006). Pengkajian gangguan tidur meliputi seberapa baik lansia tidur di rumah, berapa kali lansia terbangun di malam hari, kegiatan-kegiatan yang dilakukan sebelum tidur, posisi tidur yang paling disukai, lingkungan dan suhu kamar yang disukai, dan penggunaan obat tidur atau obat lainnya sebelum waktu tidur. Validasi dapat dilakukan pada anggota keluarga dari lansia tersebut untuk memastikan keakuratan data pengkajian (Stanley & Beare, 2006).

Bootzin & Nicassio (1978, dalam Stanley & Beare, 2006) menganjurkan beberapa aturan untuk mempertahankan kenormalan pola tidur, yaitu:

- a. pergi tidur ketika merasa mengantuk;
- b. menggunakan tempat tidur hanya untuk tidur, menghindari kegiatan membaca, menonton televisi atau makan di tempat tidur;
- c. jika tidak dapat tidur, bangun dan pindah ke ruangan lain, dan kembali ketika benar-benar mengantuk;
- d. menggunakan alarm dan bangun di waktu yang sama setiap pagi tanpa memedulikan jumlah jam tidur di malam hari, hal ini membantu tubuh menetapkan irama tidur-bangun yang konstan;
- e. menghindari tidur di siang hari.

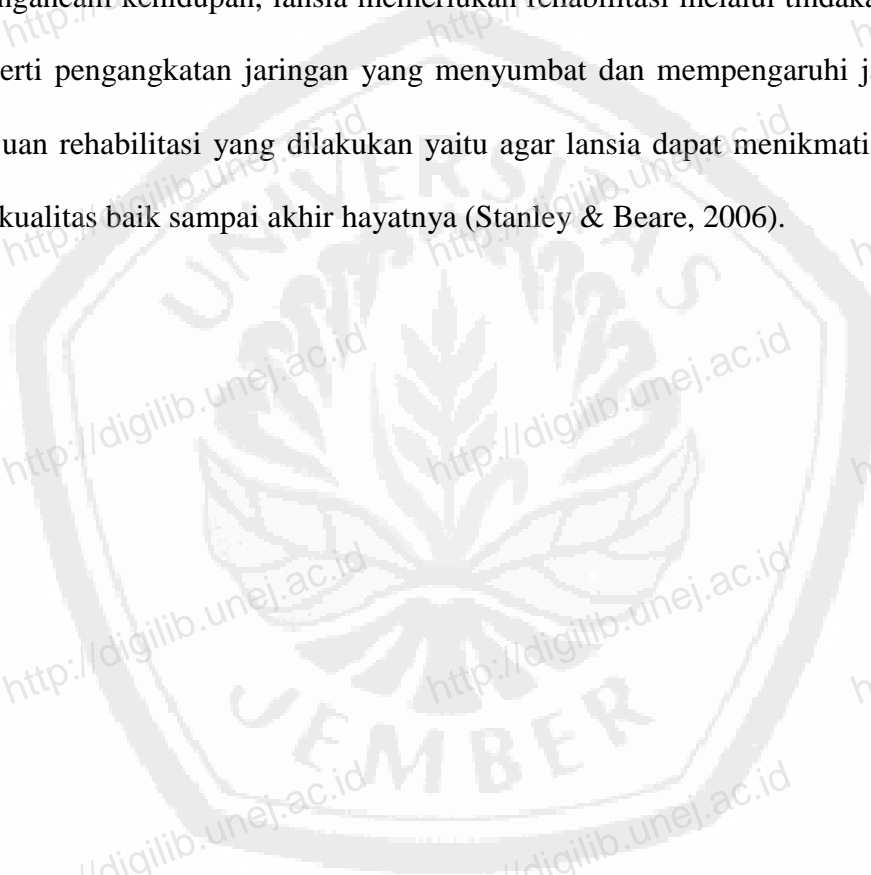
Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan, yaitu:

- a. pertahankan kondisi yang kondusif untuk tidur, yang mencakup perhatian pada faktor-faktor lingkungan dan kegiatan ritual menjelang tidur;
- b. bantu lansia untuk rileks pada saat menjelang tidur dengan memberikan usapan punggung, masase kaki atau kudapan tidur bila diinginkan. Latihan pasif dan gerakan mengusap memberikan efek yang menidurkan;
- c. berikan posisi yang tepat, beri kehangatan dengan selimut, dan bantu untuk menghilangkan nyeri serta anjurkan lansia untuk mandi air hangat;
- d. hindari memberikan kafein (kopi, teh, atau coklat) di sore atau malam hari;
- e. putarkan alunan musik yang lembut, tawarkan minuman atau susu hangat untuk meningkatkan tidur lansia tanpa menggunakan hipnotik;
- f. anjurkan lansia untuk tidur siang, namun tidak boleh lebih dari dua jam;
- g. anjurkan lansia untuk melakukan latihan di pagi hari karena dapat menimbulkan efek yang menyegarkan.

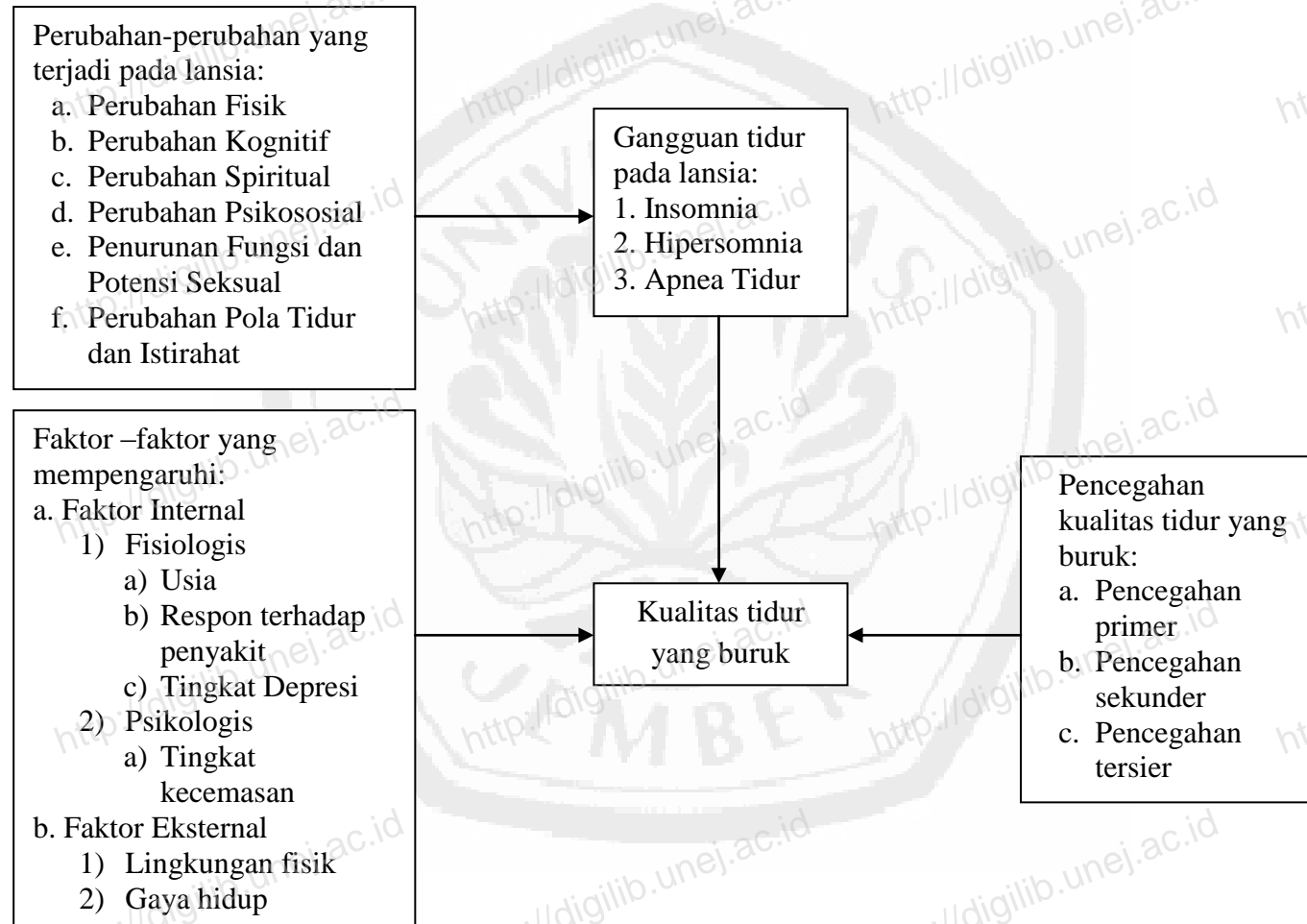
Jika tindakan-tindakan tersebut gagal memperbaiki kualitas tidur lansia, upaya terakhir yang dapat dilakukan yaitu dengan penggunaan obat yang menginduksi tidur, seperti L-Triptofan, Sherry, Difenhidramin antihistamin, dan Benzodiazepin. Perawat yang terampil harus memiliki kewaspadaan yang tinggi berkaitan dengan penggunaan obat-obatan tersebut serta harus seringkali mengkaji lansia untuk memastikan bahwa rasa kantuk yang berlebihan di siang hari, konfusi, dan disorientasi tidak terjadi. Jika terdapat bukti-bukti adanya kondisi tersebut, penggunaan obat-obatan harus dihentikan secara bertahap dan harus dilakukan pilihan tindakan nonfarmakologis (Stanley & Beare, 2006).

### 2.4.3 Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier dilakukan jika kondisi tertentu telah menyebabkan kerusakan pada individu. Tujuan pencegahan tersier adalah membatasi kecacatan dan merehabilitasi atau meningkatkan kemampuan individu (Anderson & McFarlane, 2006). Pada kasus gangguan tidur seperti apnea tidur yang mengancam kehidupan, lansia memerlukan rehabilitasi melalui tindakan-tindakan seperti pengangkatan jaringan yang menyumbat dan mempengaruhi jalan napas. Tujuan rehabilitasi yang dilakukan yaitu agar lansia dapat menikmati tidur yang berkualitas baik sampai akhir hayatnya (Stanley & Beare, 2006).

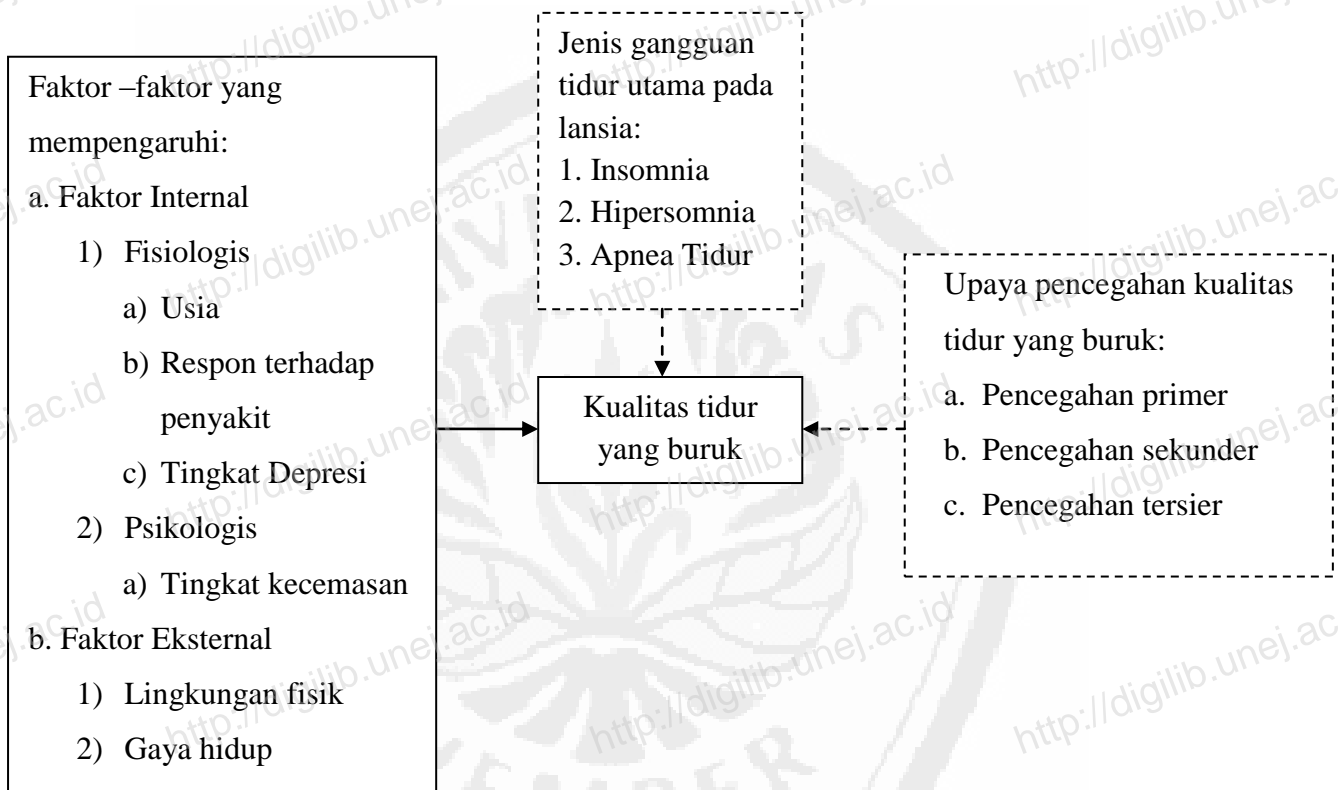


Gambar 2.1 Kerangka Teori



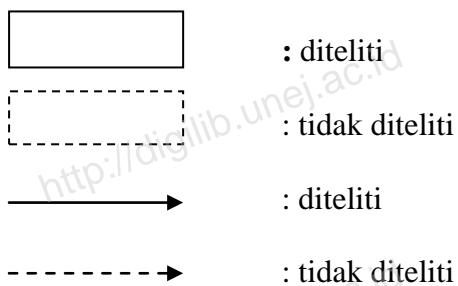
## BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL

### 3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

#### Keterangan:





### 3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah pernyataan sebagai jawaban sementara atas pertanyaan penelitian yang harus diuji validitasnya secara empiris (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Hipotesis pada penelitian ini, yaitu:

- a. ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia dini, lansia, dan lansia resiko tinggi;
- b. ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak sakit dengan lansia yang sakit;
- c. ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak depresi, lansia yang depresi ringan, dan lansia yang depresi sedang atau berat;
- d. ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak cemas dan lansia yang cemas;
- e. ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang lingkungan fisiknya baik dan lansia yang lingkungan fisiknya kurang;
- f. ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang gaya hidupnya baik dan lansia yang gaya hidupnya buruk.

## **BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN**

### **4.1 Jenis Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah observasional analitik dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian ini mempelajari dinamika korelasi antara faktor-faktor risiko dengan efek, dengan cara pendekatan, observasi atau pengumpulan data sekaligus pada satu waktu (*point time approach*) (Notoatmodjo, 2010).

### **4.2 Populasi dan Sampel Penelitian**

#### **4.2.1 Populasi**

Populasi adalah sejumlah besar subyek yang mempunyai karakteristik tertentu (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah. Data dari program posyandu lansia di Puskesmas Jenggawah Bulan Februari tahun 2012 menyatakan bahwa terdapat 85 lansia yang tersebar dalam empat dusun di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

#### 4.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian (subset) dari populasi yang dipilih dengan cara tertentu hingga dianggap dapat mewakili populasi (Sastroasmoro & Ismael, 2008). Sampel dalam penelitian ini yaitu sebagian lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember. Mengacu pada tabel penentuan jumlah sampel dari populasi sebanyak 85 jiwa dengan taraf kepercayaan 95 % yang dikemukakan oleh Krejcie dan Morgan (1970, dalam Sugiyono, 2008), jumlah sampel pada penelitian ini yaitu sebanyak 70 jiwa. Pada proses penelitian, jumlah sampel menjadi 49 orang dikarenakan sebanyak 21 orang termasuk dalam kategori kualitas tidur baik sehingga tidak sesuai dengan kriteria inklusi penelitian.

#### 4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *probability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang memberikan kesempatan yang sama bagi anggota populasi untuk dapat dipilih menjadi sampel. Pendekatan teknik *probability sampling* ini dengan cara *multistage random sampling* (Notoatmodjo, 2010).

Proses pengambilan sampel pada penelitian ini dilaksanakan sebagai berikut:

Tahap I: memilih secara random sampel dari empat dusun di Desa

Wonojati yang digunakan sebagai lokasi penelitian

Tahap II : memilih sampel secara proporsional dari masing-masing dusun dengan menggunakan rumus:

$$n_1 = \frac{N_1 \times n}{N}$$

Keterangan:

$n_1$  = jumlah sampel tiap dusun

$N_1$  = jumlah populasi di dusun

$N$  = jumlah populasi

$n$  = jumlah sampel

Mengacu pada pertimbangan tersebut, besar sampel di setiap dusun yaitu:

Dusun Pondoklalang =  $25/85 \times 70 = 21$  jiwa

Dusun Timur Gunung =  $20/85 \times 70 = 16$  jiwa

Dusun Krajan =  $22/85 \times 70 = 18$  jiwa

Dusun Bringin Lawang =  $18/85 \times 70 = 15$  jiwa

Pada proses penelitian, jumlah sampel mengalami pengurangan dikarenakan 21 lansia termasuk dalam kategori kualitas tidur baik sehingga tidak memenuhi syarat menjadi sampel penelitian. Besar sampel penelitian di setiap dusun pun mengalami perubahan menjadi:

Dusun Pondoklalang = 13 jiwa

Dusun Timur Gunung = 9 jiwa

Dusun Krajan = 14 jiwa

Dusun Bringin Lawang = 13 jiwa

#### 4.2.4 Kriteria Sampel Penelitian

##### a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau yang akan diteliti (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi dalam penelitian ini terdiri dari:

- 1) responden tinggal di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah;
- 2) responden memiliki umur lebih dari 55 tahun;
- 3) responden yang mengeluhkan masalah tidur;
- 4) responden yang memiliki kualitas tidur yang buruk, dengan skor keseluruhan PSQI > 5;
- 5) responden yang tidak menderita demensia;
- 6) responden bersedia menandatangani lembar *informed consent*.

##### b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang tidak memenuhi kriteria inklusi karena berbagai sebab sehingga tidak dapat menjadi responden penelitian (Notoatmodjo, 2010). Kriteria eksklusi penelitian ini, yaitu responden yang nomaden atau berpindah tempat tinggal dari Desa Wonojati.

#### 4.3 Lokasi Penelitian

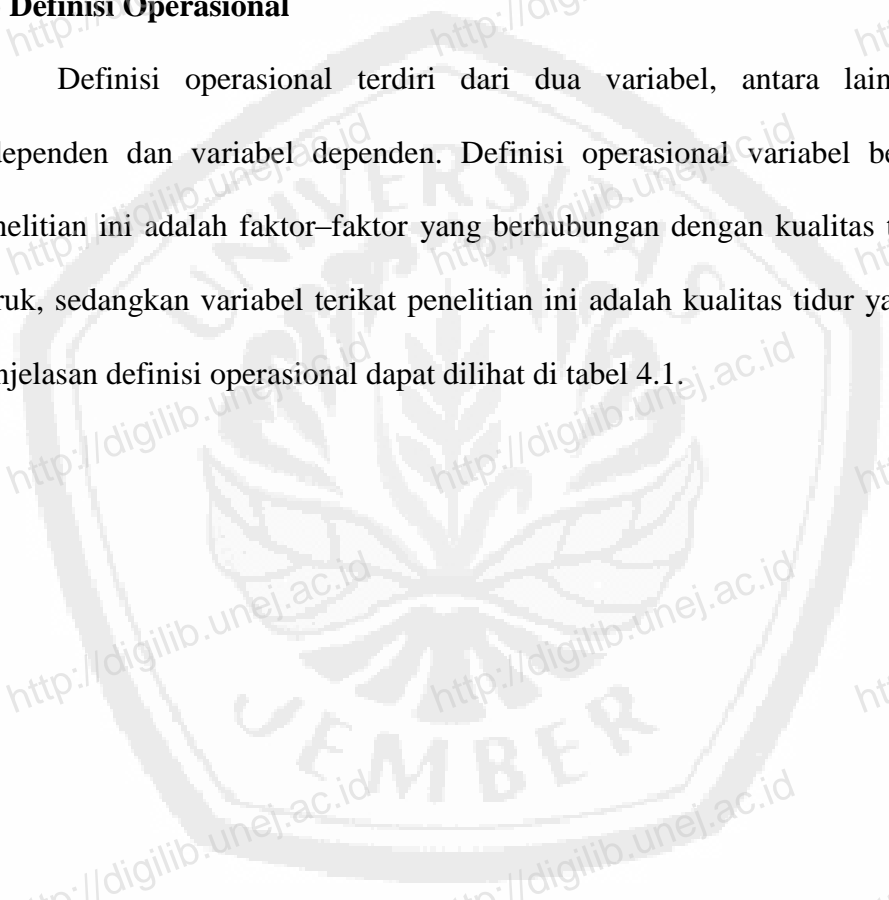
Penelitian ini dilakukan di Desa Wonojati, Kecamatan Jenggawah, Kabupaten Jember.

#### 4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini diawali dengan penyusunan proposal penelitian pada bulan Maret sampai April 2012. Penelitian dilakukan pada awal bulan Mei 2012. Penyusunan laporan penelitian pada akhir bulan Mei sampai Juni 2012.

#### 4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional terdiri dari dua variabel, antara lain variabel independen dan variabel dependen. Definisi operasional variabel bebas pada penelitian ini adalah faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk, sedangkan variabel terikat penelitian ini adalah kualitas tidur yang buruk. Penjelasan definisi operasional dapat dilihat di tabel 4.1.



Tabel 4.1 Definisi Operasional

No.	Variabel	Definisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
1.	variabel bebas: faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk	Segala sesuatu yang dapat mempengaruhi terjadinya masalah kesehatan khususnya kualitas tidur yang buruk pada lansia				
a.	Usia	Waktu hidup seseorang sejak dilahirkan sampai saat ini yang dinyatakan dalam tahun.	1. lansia dini = 55-64 tahun 2. lansia = 65-70 tahun 3. lansia resiko tinggi = > 70 tahun	-	Ordinal	Lansia Dini = 0 Lansia = 1 Lansia Resiko Tinggi = 2
b.	Respon terhadap penyakit	Gangguan berupa perasaan sakit atau nyeri yang menyebabkan seseorang terbangun dari tidur.	1. kesulitan bernapas 2. nyeri tenggorokan 3. pusing 4. nyeri dada 5. keinginan berkemih di malam hari 6. kram 7. nyeri lambung	Kuesioner 2	Ordinal	Tidak Sakit = 0 Sakit = 1
c.	Tingkat Depresi	Tingkatan atau jenjang dari gangguan alam perasaan yang ditandai oleh kesedihan dan perasaan berduka	1. minat aktivitas 2. perasaan sedih 3. perasaan sepi dan bosan 4. perasaan tidak berdaya 5. perasaan bersalah 6. perhatian/konsentrasi 7. semangat atau harapan terhadap masa depan	Kuesioner 2	Ordinal	Tidak Depresi = 0 Depresi ringan = 1 Depresi Sedang atau Berat = 2
d.	Tingkat Kecemasan	Tingkatan kekhawatiran yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya.	1. <i>somatic symptoms and autonomic arousal</i> 2. <i>symptoms of tension and distress</i> 3. <i>mental state symptoms: fear and concern</i>	Kuesioner 2	Ordinal	Tidak Cemas = 0 Cemas = 1
e.	Lingkungan fisik	Kondisi sekitar yang dapat mempengaruhi kenyamanan tidur lansia.	1. suhu terlalu hangat 2. suhu terlalu dingin 3. suara bising 4. kekerasan tempat tidur 5. kenyamanan kamar tidur 6. penggunaan lampu ketika tidur	Kuesioner 2	Ordinal	Baik = 0 Kurang = 1
f.	Gaya hidup	Perilaku yang dilakukan dan dapat berpengaruh pada kenyamanan tidur lansia.	1. kebiasaan menggunakan alkohol 2. kebiasaan merokok 3. penggunaan obat tidur 4. kebiasaan konsumsi kafein 5. kebiasaan makan	Kuesioner 2	Ordinal	Baik = 0 Buruk = 1
2.	variabel terikat: kualitas tidur yang buruk	Ketidakpuasan lansia terhadap tidur, dan seringkali mengalami perasaan yang tidak energik setelah bangun tidur.	1. kualitas tidur subyektif 2. latensi tidur 3. durasi tidur 4. efisiensi kebiasaan tidur 5. gangguan tidur 6. penggunaan obat tidur 7. <i>daytime disfunction</i>	Kuesioner 1	Interval	-

## 4.6 Pengumpulan Data

### 4.6.1 Sumber Data

Sumber data yang digunakan untuk menganalisis permasalahan dalam penelitian ini adalah:

#### a. data primer

Data primer merupakan data yang didapatkan secara langsung oleh peneliti dengan menggunakan alat bantu kuesioner yang telah dipersiapkan terlebih dahulu oleh peneliti. Data dikumpulkan secara langsung dari responden melalui teknik wawancara terstruktur terkait dengan kualitas tidur dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

#### b. data sekunder

Data sekunder merupakan data yang didapatkan secara tidak langsung oleh peneliti. Peneliti mendapatkan data jumlah lansia di Kabupaten Jember melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. Data jumlah lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember didapatkan peneliti melalui Puskesmas Jenggawah. Data sekunder tersebut digunakan untuk menentukan besarnya populasi penelitian.



#### 4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan wawancara terstruktur dengan pedoman kuesioner 1 dan 2. Peneliti setelah mendapatkan persetujuan penelitian, maka peneliti selanjutnya melakukan pendekatan dan koordinasi dengan petugas kesehatan yang menangani program posyandu lansia di Puskesmas Jenggawah. Prosedur pengumpulan data dimulai dengan mendata nama-nama lansia yang ada di masing-masing dusun. Data jumlah dan nama lansia berdasarkan dusun tempat tinggal lansia tersebut dimasukkan oleh peneliti dalam lembar monitoring. Lembar monitoring digunakan untuk memudahkan peneliti dalam melakukan pengumpulan data di lapangan.

Peneliti kemudian melakukan pengambilan data dengan berkunjung ke rumah setiap lansia yang terpilih sebagai sampel. Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta memberikan lembar *informed consent*. Lansia yang bersedia menandatangani *informed consent* kemudian diwawancarai dengan pedoman kuesioner 1. Apabila hasil ukur kuesioner 1 adalah kualitas tidur yang buruk, maka peneliti akan melanjutkan wawancara dengan menggunakan pedoman kuesioner 2. Waktu, tempat, dan hasil pengambilan data dicatatkan dalam lembar monitoring yang dibuat oleh peneliti.

#### 4.6.3 Alat Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kuesioner. Kuesioner adalah beberapa pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden (Arikunto, 2006). Kuesioner untuk wawancara (*form for questioning*) adalah jenis kuesioner yang digunakan untuk mengumpulkan data melalui wawancara. Alat ini digunakan untuk memperoleh jawaban yang akurat dari responden (Notoatmodjo, 2010).

Penelitian ini menggunakan dua jenis kuesioner yaitu kuesioner 1 yang mengidentifikasi kualitas tidur lansia dan kuesioner 2 yang mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia. Pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner adalah pertanyaan yang bersifat tertutup dan responden hanya menjawab salah satu jawaban yang telah disediakan (Sugiyono, 2009). Pengisian kuesioner dilakukan oleh peneliti berdasarkan jawaban responden dalam wawancara. Waktu yang dibutuhkan untuk mengisi semua pertanyaan dalam kuesioner sekitar 15–20 menit.

Kuesioner 1 yang berisikan tentang kualitas tidur lansia adalah kuesioner baku yaitu *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Pengisian lembar PSQI membutuhkan waktu 5-10 menit, dan penilaiannya membutuhkan waktu 5 menit. PSQI terbagi dalam tujuh komponen penilaian dimana masing-masing memiliki skala 0-3. Ketujuh komponen skor tersebut kemudian dijumlahkan untuk menghasilkan skor keseluruhan dari PSQI yang memiliki jangkauan skor 0-21. Skor keseluruhan PSQI > 5 berarti responden memiliki kualitas tidur yang buruk.

Kuesioner 2 mencakup respon terhadap penyakit, gaya hidup, lingkungan fisik, tingkat depresi dan tingkat kecemasan. Kuesioner tentang tingkat kecemasan yang akan digunakan dalam penelitian ini merupakan kuesioner *Short Anxiety Screening Test* (SAST) yang terdiri dari 10 pernyataan. Hasil skor > 24 mengidentifikasi tidak adanya ansietas atau kecemasan pada responden. Kuesioner tentang tingkat depresi merupakan kuesioner *Geriatric Depression Scale* (GDS) yang terdiri dari 30 pernyataan. Skor 0-10 mengindikasikan tidak depresi, 11-20 mengindikasikan depresi ringan, dan 21-30 mengindikasikan depresi sedang atau berat. Kuesioner tentang respon terhadap penyakit, lingkungan fisik, dan gaya hidup dibuat sendiri oleh peneliti berdasarkan beberapa teori yang mencakup teori Potter & Perry (2005), Simonson et al (2007), dan Maas (2011). *Blue print* kuesioner penelitian dapat dilihat di tabel 4.2.

Tabel 4.2 *Blue Print* Kuesioner Penelitian

Variabel / Sub Variabel	Indikator	Nomor Butir Pernyataan		Jumlah butir
		<i>Favorable</i>	<i>Unfavorable</i>	
Respon terhadap penyakit (X <sub>2</sub> )	a. Kesulitan bernapas	2, 3, 4, 5	1	5
	b. Nyeri tenggorokan			
	c. Pusing	6, 7, 8	9	4
	d. Nyeri dada			
	e. Keinginan berkemih di malam hari	12	10, 11	3
	f. Kram	14, 15	13	3
	g. Nyeri lambung	16, 17	-	2
Tingkat depresi (X <sub>3</sub> )	a. Minat aktivitas	2, 12, 20, 28	27	5
	b. Perasaan sedih	16, 25	9, 15, 19	5
	c. Perasaan sepi dan bosan	3, 4	-	2
	d. Perasaan tidak berdaya	10, 17, 24	-	3
	e. Perasaan bersalah	6, 8, 11, 18, 23	1	6
	f. Perhatian/ Konsentrasi	14, 26, 30	29	4
	g. Semangat atau harapan terhadap masa depan	13, 22	5, 7, 21	5
Tingkat kecemasan (X <sub>4</sub> )	a. <i>somatic symptoms and autonomic arousal</i>	6,7,10	9	4
	b. <i>symptoms of tension and distress</i>	1, 2, 8	-	3
	c. <i>mental state symptoms: fear and concern</i>	3	4, 5	3
Lingkungan fisik (X <sub>5</sub> )	a. Suhu terlalu hangat	2, 3, 4, 5	1	5
	b. Suhu terlalu dingin			
	c. Suara bising	6, 7, 9, 10, 18	8	6
	d. Kekerasan tempat tidur	12, 20	11, 13, 14, 19	6
	e. Kenyamanan kamar tidur			
	f. Penggunaan lampu ketika tidur	15, 17	16	3
Gaya hidup (X <sub>6</sub> )	a. Kebiasaan minum alkohol	1, 2	3	3
	b. Kebiasaan merokok	4, 5	6	3
	c. Penggunaan obat tidur	7, 9	8, 10	4
	d. Kebiasaan konsumsi kafein			
	e. Kebiasaan makan	12, 13, 15	11, 14	5
Kualitas tidur yang buruk (Y)	a. Kualitas tidur subyektif	6		1
	b. Latensi tidur	2, 5a		2
	c. Durasi tidur	4		1
	d. Efisiensi kebiasaan tidur	1, 3		2
	e. Gangguan tidur	5b-j		9
	f. Penggunaan obat tidur	7		1
	g. <i>Daytime dysfunction</i>	8, 9		2

#### 4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Instrumen yang valid dan reliabel merupakan syarat untuk mendapatkan hasil penelitian yang valid dan reliabel. Peneliti telah melakukan pengujian instrumen sebelum digunakan dalam penelitian sebenarnya. Uji instrumen dilakukan pada lansia yang berada di Desa Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember dengan karakteristik yang sama dengan responden yang digunakan dalam penelitian sebenarnya. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada responden berjumlah 20 orang (Notoatmodjo, 2010).

Kuesioner 1 yang mengidentifikasi kualitas tidur lansia dan kuesioner 2 tentang tingkat depresi dan tingkat kecemasan tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Hal ini dikarenakan alat ukur yang digunakan merupakan alat ukur yang pernah digunakan sebagai alat ukur pada penelitian-penelitian sebelumnya. Kuesioner kualitas tidur dipublikasikan pada tahun 1988 oleh *University of Pittsburgh* dengan nilai *Alpha Cronbach* 0,83. Kuesioner tingkat depresi dipublikasikan pada tahun 1983 oleh Yesavage dkk. Kuesioner ini memiliki sensitivitas 84 %, *specificity* 95 %, dan nilai *Alpha Cronbach* 0,85. Kuesioner tingkat kecemasan dipublikasikan pada tahun 1999 oleh Sinoff G. dengan nilai *Alpha Cronbach* 0,763. Ketiga kuesioner diatas telah digunakan dalam berbagai penelitian di berbagai negara, termasuk Indonesia sehingga tidak perlu dilakukan uji validitas maupun uji reliabilitas.

Uji validitas dimaksudkan untuk mengetahui apakah item pertanyaan mempunyai kemampuan mengukur apa yang akan diukur oleh peneliti. Uji validitas menggunakan *Pearson Product Moment* ( $r$ ) dengan membandingkan

antara skor nilai setiap item pertanyaan dengan skor total pertanyaan. Untuk melihat nilai korelasi tiap-tiap pertanyaan signifikan, maka nilai  $r$  hitung dibandingkan  $r$  tabel. Masing-masing nilai signifikan dari item pertanyaan dibandingkan dengan nilai  $r$  tabel pada tingkat kemaknaan 5%, jika lebih besar maka item pertanyaan tersebut valid atau sah (Riwidikdo, 2007). Penelitian ini memiliki  $r$  tabel = 0,444 ( $N = 20$ ;  $TS = 5\%$ ).

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada kuesioner 2 tentang respon terhadap penyakit, lingkungan fisik, dan gaya hidup. Berdasarkan hasil uji validitas, diperoleh 10 pernyataan valid pada sub variabel respon terhadap penyakit dengan  $r$  hitung  $> 0,444$ . Pada sub variabel lingkungan fisik diperoleh 7 pernyataan valid dengan  $r$  hitung  $> 0,444$  dan pada sub variabel gaya hidup juga diperoleh 7 pernyataan valid dengan  $r$  hitung  $> 0,444$ . Pernyataan dengan  $r$  hitung  $< 0,444$  tidak valid sehingga tidak digunakan dalam penelitian. Perbedaan *blue print* kuesioner penelitian sebelum dan sesudah uji validitas dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Perbedaan *Blue Print* Kuesioner Penelitian Sebelum dan Sesudah Uji Validitas

Sub Variabel	Sebelum Uji Validitas		Jumlah butir	Sub Variabel	Setelah Uji Validitas		Jumlah butir
	Favorable	Unfavorable			Favorable	Unfavorable	
Respon terhadap penyakit ( $X_2$ )	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 14, 15, 16, 17	1, 9, 10, 11, 13	17	Respon terhadap penyakit ( $X_2$ )	3, 4, 5, 6, 14, 17	1, 9, 10, 13	10
Lingkungan fisik ( $X_5$ )	2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 17, 18, 20	1, 8, 11, 13, 14, 16, 19	20	Lingkungan fisik ( $X_5$ )	2, 4, 7, 15	8, 11, 19	7
Gaya hidup ( $X_6$ )	1, 2, 4, 5, 7, 9, 12, 13, 15	3, 6, 8, 10, 11, 14	15	Gaya hidup ( $X_6$ )	4, 5, 9, 12	3, 6, 8	7

Reliabilitas ialah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat pengukur dapat dipercaya atau dapat diandalkan. Hal ini berarti menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dengan menggunakan alat ukur yang sama (Notoatmodjo, 2010). Peneliti menggunakan *cronbach's alpha* untuk menguji reliabilitas kuesioner. Jika *alpha* semakin mendekati nilai 1 maka nilai reliabilitas instrumen pada penelitian semakin tinggi (Sugiyono, 2009). Jika  $r\ alpha > r\ tabel$  maka instrumen reliabel (Notoatmodjo, 2010).

Nilai *r alpha* berdasarkan uji reliabilitas tentang respon terhadap penyakit, lingkungan fisik, dan gaya hidup masing-masing yaitu 0,917; 0,863; dan 0,763. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kuesioner 2 meliputi respon terhadap penyakit, lingkungan fisik, dan gaya hidup adalah reliabel, sehingga dapat digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian.

## **4.7 Pengolahan dan Analisis Data**

### **4.7.1 Pengolahan Data**

#### **a. Editing**

*Editing* adalah kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian kuesioner (Notoatmodjo, 2010). Peneliti telah melakukan pemeriksaan atau pengecekan pada kuesioner untuk memastikan jawaban dari responden dalam kuesioner sudah lengkap, jelas, relevan, dan konsisten (Hastono, 2007).

b. *Coding*

*Coding* adalah mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data angka atau bilangan (Notoatmodjo, 2010). Peneliti memberikan tanda atau kode tertentu pada setiap jawaban responden dalam kuesioner yang bertujuan untuk lebih memudahkan peneliti saat menganalisis data. Pemberian kode pada penelitian ini terdiri dari:

- 1) sub variabel usia, terbagi atas tiga kategori yaitu kode 0 = lansia dini, kode 1 = lansia, dan kode 2 = lansia resiko tinggi.
- 2) sub variabel respon terhadap penyakit, terbagi atas dua kategori yaitu kode 0 = tidak sakit, kode 1 = sakit.
- 3) sub variabel tingkat depresi, terbagi atas tiga kategori yaitu kode 0 = tidak ada depresi, kode 1 = depresi ringan, dan kode 2 = depresi sedang atau berat.
- 4) sub variabel tingkat kecemasan, terbagi atas dua kategori yaitu kode 0 = tidak cemas dan kode 1 = cemas.
- 5) sub variabel lingkungan fisik, terbagi atas dua kategori yaitu kode 0 = baik, kode 1 = kurang.
- 6) sub variabel gaya hidup, terbagi atas dua kategori yaitu kode 0 = baik, kode 1 = buruk.



c. *Entry*

*Entry* adalah proses memasukkan jawaban-jawaban dari masing-masing responden dalam bentuk kode ke dalam program atau *software* komputer (Notoatmodjo, 2010). Peneliti memasukkan hasil penelitian yang ada di kuesioner yang telah diberi kode tertentu ke dalam program yang terdapat di komputer yaitu SPSS (*Statistical Product and Service Solution*).

d. *Cleaning*

*Cleaning* adalah proses pembersihan data (Notoatmodjo, 2010). *Cleaning* merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di-*entry* apakah ada kesalahan atau tidak (Hastono, 2007).

#### 4.7.2 Analisis Data

Data yang telah diolah baik secara manual maupun menggunakan bantuan komputer, tidak akan ada maknanya tanpa dianalisis (Notoatmodjo, 2010). Analisis yang digunakan meliputi analisis univariat dan bivariat. Analisis data dilakukan untuk mengetahui gambaran deskriptif faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk. Analisis univariat dilakukan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Analisis ini akan menunjukkan persentase atau proporsi dari tiap sub variabel independen yang ditampilkan dengan menggunakan tabel distribusi frekuensi. Analisis univariat untuk variabel dependen dengan menggunakan nilai mean, median, dan standar deviasi (Hastono, 2007).

Penelitian ini juga menggunakan analisis bivariat yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara variabel independen (faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk) dan variabel dependen (kualitas tidur yang buruk) sehingga ada tidaknya hubungan antara kedua variabel tersebut dapat diketahui dan maknanya dapat dinilai secara statistik. Jenis data pada analisis bivariat antara variabel independen dan variabel dependen adalah kategorik dan numerik, maka analisis yang digunakan adalah uji t independen pada sub variabel independen yang memiliki dua nilai (respon terhadap penyakit, tingkat depresi, tingkat kecemasan, lingkungan fisik, gaya hidup) dan uji ANOVA pada sub variabel independen yang memiliki lebih dari 2 nilai (usia).

#### **4.8 Etika Penelitian**

##### **4.8.1 Lembar Persetujuan (*informed consent*)**

*Informed consent* dibuat agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang diteliti selama pengumpulan data. Brockopp dan Tolsma (2000) menyatakan peneliti dan responden dapat mencapai persetujuan tentang hak dan kewajiban selama penelitian. Responden yang bersedia untuk diteliti menandatangani lembar persetujuan dan sebagai bukti bahwa responden bersedia untuk memberikan informasi terkait dengan penelitian yang dilakukan. Responden yang menolak tetap dihormati haknya dan peneliti tidak memaksakan calon responden tersebut untuk diteliti.

Penelitian saat ini, lansia di Desa Wonojati mendapatkan lembar *informed consent* yang didalamnya berisi penjelasan mengenai tujuan penelitian yaitu untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia. Lansia yang bersedia untuk dijadikan responden penelitian maka diminta menandatangani lembar *informed consent* tersebut, bila tidak setuju maka diperbolehkan untuk tidak menandatangani lembar *informed consent*.

#### 4.8.2 Menghormati martabat subyek penelitian

Penelitian yang dilakukan harus menjunjung tinggi martabat seseorang (subyek penelitian). Penelitian saat ini, lansia di Desa Wonojati diberikan informasi terkait dengan tujuan dan manfaat penelitian. Lansia diberikan kebebasan untuk ikut serta atau tidak dalam penelitian ini. Lansia yang tidak bersedia ikut serta dalam penelitian tidak mendapatkan sanksi atau hukuman.

#### 4.8.3 Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan adalah pernyataan jaminan bahwa informasi apapun yang berkaitan dengan responden tidak dilaporkan dan tidak mungkin diakses oleh orang lain selain tim peneliti. Kerahasiaan informasi yang diberikan oleh responden dijamin oleh peneliti (Brockopp & Tolsma, 2000). Kerahasiaan pada penelitian saat ini dilakukan oleh peneliti dengan cara penggunaan *anonymity* untuk mendokumentasikan responden (identitas lansia) dalam pendokumentasian hasil penelitian.

#### 4.8.4 Asas kemanfaatan

Penelitian saat ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia. Penelitian ini tidak menimbulkan resiko apapun, karena peneliti tidak memberikan intervensi pada lansia yang menjadi responden penelitian. Manfaat yang didapatkan oleh lansia yaitu mengetahui kualitas tidur yang dimiliki, tergolong kualitas tidur yang baik atau kualitas tidur yang buruk serta faktor-faktor yang mempengaruhinya.

#### 4.8.5 Asas Keadilan

Prinsip keadilan menuntut perlakuan terhadap orang lain yang adil dan memberikan apa yang menjadi kebutuhan mereka (Potter & Perry, 2005). Penelitian saat ini, peneliti tidak mengistimewakan sebagian responden dengan responden yang lain. Peneliti tidak membedakan lansia berdasarkan status pendidikan maupun sosial ekonominya.

## BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan hasil dan pembahasan penelitian mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember. Penelitian ini dilakukan selama dua minggu yaitu tanggal 3 Mei–15 Mei 2012.

Pengambilan sampel pada penelitian ini terdiri dari beberapa tahapan. Peneliti memilih secara random sampel dari empat dusun. Sampel yang terpilih kemudian diidentifikasi kualitas tidurnya. Lansia dengan kualitas tidur yang buruk terpilih menjadi sampel penelitian. Lansia dengan kualitas tidur yang baik tidak dapat menjadi sampel karena tidak sesuai dengan kriteria inklusi penelitian. Besar sampel dalam penelitian ini yaitu 49 orang yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian.

Pengambilan data pada penelitian ini diawali dengan penjelasan peneliti kepada lansia yang terpilih sebagai sampel mengenai tujuan dan manfaat penelitian. Lansia yang bersedia menjadi responden kemudian menandatangani lembar *informed consent*. Pengambilan data kemudian dilakukan dengan teknik wawancara terhadap kualitas tidur dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia yang terpilih sebagai sampel penelitian.

Pedoman wawancara yang dilakukan peneliti terhadap lansia menggunakan lembar kuesioner 1 terlebih dahulu. Peneliti melanjutkan wawancara dengan pedoman lembar kuesioner 2 apabila hasil penilaian kuesioner 1 menyatakan kualitas tidur lansia tersebut buruk. Lansia dikatakan tidak dapat menjadi sampel apabila hasil penilaian kuesioner 1 menyatakan lansia tersebut memiliki kualitas tidur baik dikarenakan tidak memenuhi kriteria inklusi penelitian. Peneliti mengisi lembar kuesioner 1 dan 2 tersebut berdasarkan jawaban responden dalam wawancara.

Kuesioner yang telah terisi selanjutnya dilakukan pengolahan data meliputi *editing, coding, entry, dan cleaning*. Data kualitas tidur yang buruk yang diperoleh melalui kuesioner 1 berupa data numerik. Data usia, respon terhadap penyakit, tingkat depresi, tingkat kecemasan, lingkungan fisik, dan gaya hidup yang diperoleh melalui kuesioner 2 dilakukan pengkategorian terlebih dahulu.

Data respon terhadap penyakit, lingkungan fisik, dan gaya hidup dikategorikan berdasarkan *cut of point* data. Hasil uji kenormalan distribusi data menunjukkan bahwa respon terhadap penyakit, lingkungan fisik, dan gaya hidup memiliki distribusi data normal sehingga pengkategorian menggunakan nilai mean. Nilai mean pada respon terhadap penyakit, lingkungan fisik, dan gaya hidup yaitu 19,22, 13,51, dan 11,67. Respon terhadap penyakit dikategorikan sakit jika memiliki skor  $\geq 19$  dan kategori tidak sakit jika memiliki skor  $\leq 18$ . Lingkungan fisik dikategorikan kurang jika memiliki skor  $\geq 14$  dan baik jika memiliki skor  $\leq 13$ . Gaya hidup dikategorikan buruk jika memiliki skor  $\geq 12$  dan baik jika memiliki skor  $\leq 11$ .

## 5.1 Hasil Penelitian

### 5.1.1 Data Umum

Data umum meliputi karakteristik responden jenis kelamin. Jenis kelamin responden digolongkan menjadi dua yaitu laki-laki dan perempuan. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Distribusi karakteristik responden menurut jenis kelamin pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
Laki-laki	14	28,6 %
Perempuan	35	71,4 %
<b>Total</b>	49	100,0

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Tabel 5.1 menunjukkan distribusi karakteristik responden jenis kelamin pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember yang tidak merata pada masing-masing kategori. Persentase tertinggi adalah lansia perempuan sebesar 35 responden (71,4%).

### 5.1.2 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan pada faktor usia, respon terhadap penyakit, tingkat depresi, tingkat kecemasan, lingkungan fisik, gaya hidup, dan variabel kualitas tidur yang buruk. Analisis univariat pada data kategorik (usia, respon terhadap penyakit, tingkat depresi, tingkat kecemasan, lingkungan fisik, dan gaya hidup) menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi. Analisis univariat pada data numerik (kualitas tidur yang buruk) menggunakan nilai mean, standar deviasi, minimal, dan maksimal.

#### a. Faktor Usia

Usia digolongkan menjadi tiga kategori, yaitu lansia dini, lansia, dan lansia resiko tinggi yang dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Distribusi responden menurut usia pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

Usia	Frekuensi	Persentase (%)
Lansia Dini	30	61,2
Lansia	7	14,3
Lansia Resiko Tinggi	12	24,5
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Tabel 5.2 menunjukkan distribusi usia pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember yang tidak merata pada masing-masing kategori usia. Persentase tertinggi terdapat pada kategori lansia dini dengan rentang usia 55–64 tahun yaitu sebesar 30 responden (61,2%), sedangkan persentase terendah terdapat pada kategori lansia dengan rentang usia 65–70 tahun yaitu sebesar 7 responden (14,3%).

#### b. Faktor Respon terhadap Penyakit

Respon terhadap penyakit digolongkan menjadi dua kategori, yaitu tidak sakit dan sakit yang dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Distribusi responden menurut respon terhadap penyakit pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

Respon terhadap Penyakit	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak Sakit	19	38,8
Sakit	30	61,2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

Sumber: Data Primer, Mei 2012



Respon terhadap penyakit pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk sesuai dengan tabel 5.3 menunjukkan bahwa distribusi respondennya tidak merata pada masing-masing kategori. Persentase tertinggi terdapat pada responden dengan kategori sakit yaitu sebesar 30 responden (61,2%), sedangkan persentase terendah terdapat pada responden dengan kategori tidak sakit yaitu sebesar 19 responden (38,8%).

### c. Faktor Tingkat Depresi

Tingkat depresi digolongkan menjadi tiga kategori, yaitu tidak depresi, depresi ringan, dan depresi sedang atau berat yang dapat dilihat pada tabel 5.4.

Tabel 5.4 Distribusi responden menurut tingkat depresi pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

Tingkat Depresi	Frekuensi	Persentase (%)
Tidak depresi	23	46,9
Depresi ringan	26	53,1
Depresi sedang atau berat	0	0
<b>Total</b>	49	100,0

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Tabel 5.4 menunjukkan distribusi tingkat depresi pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember yang tidak merata pada masing-masing kategori. Responden dengan depresi ringan menempati persentase tertinggi yaitu sebesar 26 responden (53,1%).

#### d. Faktor Tingkat Kecemasan

Tingkat kecemasan digolongkan menjadi dua kategori, yaitu tidak cemas dan cemas yang dapat dilihat pada tabel 5.5.

Tabel 5.5 Distribusi responden menurut tingkat kecemasan pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

<b>Tingkat Kecemasan</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Tidak cemas	30	61,2
Cemas	19	38,8
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Tabel 5.5 menunjukkan distribusi tingkat kecemasan pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember yang tidak merata pada masing-masing kategori. Persentase tertinggi terdapat pada responden yang tidak cemas yaitu sebesar 30 responden (61,2%), sedangkan persentase terendah terdapat pada responden yang cemas yaitu sebesar 19 responden (38,8%).

#### e. Faktor Lingkungan Fisik

Lingkungan fisik digolongkan menjadi dua kategori, yaitu baik dan kurang yang dapat dilihat pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 Distribusi responden menurut lingkungan fisik pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

<b>Lingkungan Fisik</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Lingkungan fisik baik	25	51,0
Lingkungan fisik kurang	24	49,0
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Tabel 5.6 menunjukkan distribusi lingkungan fisik pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember yang merata pada setiap kategori. Persentase responden dengan lingkungan fisik baik dan responden dengan lingkungan fisik kurang memiliki perbedaan sebesar 2 %. Responden dengan lingkungan fisik baik sebesar 51 %, sedangkan responden dengan lingkungan fisik kurang sebesar 49 %.

#### f. Faktor Gaya Hidup

Gaya hidup digolongkan menjadi dua kategori, yaitu baik dan buruk yang dapat dilihat pada tabel 5.7.

Tabel 5.7 Distribusi responden menurut gaya hidup pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

<b>Gaya Hidup</b>	<b>Frekuensi</b>	<b>Persentase (%)</b>
Gaya hidup baik	28	57,1
Gaya hidup buruk	21	42,9
<b>Total</b>	49	100,0

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Gaya hidup pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.7 menunjukkan bahwa distribusi respondennya hampir merata pada masing-masing kategori. Persentase tertinggi terdapat pada responden dengan gaya hidup baik yaitu sebesar 28 responden (57,1%), sedangkan persentase terendah terdapat pada responden dengan gaya hidup buruk yaitu sebesar 21 responden (42,9 %).

### g. Kualitas Tidur Lansia yang Buruk

Distribusi nilai kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.8.

Tabel 5.8 Distribusi nilai kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

Variabel	Mean	SD	Minimal-Maksimal	95% CI
Kualitas tidur yang buruk	9,88	2,666	6-15	9,11-10,64

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember sesuai dengan tabel 5.8 adalah 9,88 dengan standar deviasi 2,666. Nilai terendah dari kualitas tidur yang buruk adalah 6, sedangkan nilai tertinggi dari kualitas tidur yang buruk adalah 15. Nilai rata-rata lansia dengan kualitas tidur yang buruk memiliki selisih 3,88 dengan nilai terendah dan selisih 5,12 dengan nilai tertinggi. Hasil estimasi interval yaitu 95% diyakini bahwa rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk adalah diantara 9,11 sampai dengan 10,64.

### 5.1.3 Analisis Bivariat

Analisis bivariat meliputi analisis hubungan masing-masing faktor usia, respon terhadap penyakit, tingkat depresi, tingkat kecemasan, lingkungan fisik, gaya hidup dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia.

#### a. Analisis Hubungan Faktor Usia dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Uji statistik yang digunakan untuk menganalisis hubungan usia dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati adalah uji ANOVA.

Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut usia pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.9.

Tabel 5.9 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut usia pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

Usia	Mean	SD	95% CI	P value
Lansia dini	9,60	2,711	8,59-10,61	0,506
Lansia	9,71	2,752	7,17-12,26	
Lansia resiko tinggi	10,67	2,570	9,03-12,30	

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dini adalah 9,60 dengan standar deviasi 2,711. Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia adalah 9,71 dengan standar deviasi 2,752. Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia resiko tinggi adalah 10,67 dengan standar deviasi 2,570. Hasil uji statistik didapatkan  $p\ value > \alpha$  ( $0,506 > 0,05$ ), berarti pada tingkat kepercayaan 95% dapat disimpulkan tidak ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dini, lansia, dan lansia resiko tinggi.

#### b. Analisis Hubungan Faktor Respon terhadap Penyakit dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Uji statistik yang digunakan untuk menganalisis hubungan respon terhadap penyakit dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati adalah uji t independen. Distribusi rata-rata kualitas tidur yang buruk menurut respon terhadap penyakit pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.10.

Tabel 5.10 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut respon terhadap penyakit pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

Respon terhadap Penyakit	Mean	SD	SE	95% CI	P value
Tidak sakit	7,58	1,216	0,279	-4,763 – -2,746	0,0005
Sakit	11,33	2,279	0,416		

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang tidak sakit adalah 7,58 dengan standar deviasi 1,216. Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang sakit adalah 11,33 dengan standar deviasi 2,279. Hasil uji statistik didapatkan  $p\text{ value} < \alpha$  ( $0,0005 < 0,05$ ), berarti pada tingkat kepercayaan 95% terlihat ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak sakit dengan lansia yang sakit.

#### c. Analisis Faktor Tingkat Depresi dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Uji statistik yang digunakan untuk menganalisis hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember adalah uji t independen. Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut tingkat depresi pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.11.

Tabel 5.11 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut tingkat depresi pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

Tingkat Depresi	Mean	SD	SE	95% CI	P value
Tidak depresi	7,91	1,593	0,332	-4,810 – -2,594	0,0005
Depresi ringan	11,62	2,174	0,426		

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia tidak depresi adalah 7,91 dengan standar deviasi 1,593. Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dengan depresi ringan adalah 11,62 dengan standar deviasi 2,174. Hasil uji statistik didapatkan  $p \text{ value} < \alpha$  ( $0,0005 < 0,05$ ), berarti pada tingkat kepercayaan 95% terlihat ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak depresi dengan lansia yang depresi ringan.

d. Analisis Faktor Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Uji statistik yang digunakan untuk menganalisis hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati adalah uji t independen. Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut tingkat kecemasan pada lansia di Desa Wonojati dapat dilihat pada tabel 5.12.

Tabel 5.12 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut tingkat kecemasan pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

<b>Tingkat Kecemasan</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>SE</b>	<b>95% CI</b>	<b>P value</b>
Tidak cemas	8,63	2,042	0,373	-4,489 – -1,928	0,0005
Cemas	11,84	2,363	0,542		

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang tidak cemas adalah 8,63 dengan standar deviasi 2,042. Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang cemas adalah 11,84 dengan standar deviasi 2,363. Hasil uji statistik didapatkan  $p \text{ value} < \alpha$  ( $0,0005 < 0,05$ ), berarti pada tingkat kepercayaan 95% terlihat ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak cemas dengan lansia yang cemas.

e. Analisis Faktor Lingkungan Fisik dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Uji statistik yang digunakan untuk menganalisis hubungan lingkungan fisik dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember adalah uji t independen. Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut lingkungan fisik pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.13.

Tabel 5.13 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut lingkungan fisik pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

Lingkungan Fisik	Mean	SD	SE	95% CI	P value
Baik	8,64	2,325	0,465	-3,887 – -1,166	0,001
Kurang	11,17	2,408	0,491		

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Rata-rata kualitas tidur buruk pada lansia dengan lingkungan fisik baik adalah 8,64 dengan standar deviasi 2,325 sedangkan pada lansia dengan lingkungan fisik kurang adalah 11,17 dengan standar deviasi 2,408. Hasil uji statistik didapatkan  $p\text{ value} < \alpha$  ( $0,001 < 0,05$ ), berarti pada tingkat kepercayaan 95% terlihat ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang lingkungan fisiknya baik dengan lansia yang lingkungan fisiknya kurang.

f. Analisis Faktor Gaya Hidup dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Uji statistik yang digunakan untuk menganalisis hubungan gaya hidup dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati adalah uji t independen. Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut gaya hidup pada lansia di Desa Wonojati dapat dilihat pada tabel 5.14.



Tabel 5.14 Distribusi rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk menurut gaya hidup pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember bulan Mei tahun 2012

Gaya Hidup	Mean	SD	SE	95% CI	P value
Baik	8,36	1,909	0,361	-4,716 – -2,379	0,0005
Buruk	11,90	2,143	0,468		

Sumber: Data Primer, Mei 2012

Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dengan gaya hidup baik adalah 8,36 dengan standar deviasi 1,909, sedangkan pada lansia dengan gaya hidup buruk adalah 11,90 dengan standar deviasi 2,143. Hasil uji statistik didapatkan  $p \text{ value} < \alpha$  ( $0,0005 < 0,05$ ), berarti pada tingkat kepercayaan 95% terlihat ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang gaya hidupnya baik dengan lansia yang gaya hidupnya buruk.

## 5.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini peneliti menjelaskan mengenai karakteristik responden berupa jenis kelamin dan analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember Tahun 2012.

### 5.2.1 Karakteristik Responden pada Lansia

Distribusi karakteristik responden menurut jenis kelamin pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.1. Data mengenai karakteristik responden pada penelitian ini menyatakan bahwa sebagian besar (71,4%) lansia memiliki jenis kelamin perempuan. Hasil penelitian ini selaras dengan teori Webb (1989, dalam Maas, 2011) yang menyatakan bahwa

penundaan waktu tertidur terjadi pada satu dari tiga lansia perempuan dan satu dari lima lansia laki-laki.

### 5.2.2 Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Kualitas tidur adalah karakteristik subjektif dan seringkali ditentukan oleh perasaan energik atau tidak setelah bangun tidur (Kozier, 2008). Kuesioner 1 tentang kualitas tidur membagi lansia dalam kategori kualitas tidur yang baik dan kualitas tidur yang buruk. Lansia dengan kualitas tidur yang baik di Desa Wonojati berjumlah 21 orang. Rentang nilai kualitas tidur pada kelompok lansia tersebut selama sebulan terakhir yaitu 3–5. Lansia yang memiliki kualitas tidur yang baik tersebut tidak dapat menjadi sampel dalam penelitian.

Distribusi nilai kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember dapat dilihat pada tabel 5.7. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata kualitas tidur yang buruk selama sebulan terakhir pada 49 lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember adalah 9,88. Nilai terendah adalah 6, sedangkan nilai tertinggi adalah 15.

Kualitas tidur memiliki rentang nilai 0–21. Nilai 0 adalah nilai terendah kualitas tidur. Nilai 21 adalah nilai tertinggi kualitas tidur. Nilai kualitas tidur > 5 mengindikasikan ukuran yang spesifik dari kualitas tidur buruk pada individu. Individu dikatakan memiliki kualitas tidur yang buruk apabila nilai kualitas tidurnya berada pada rentang nilai 6–21. Semakin tinggi nilai yang didapat semakin buruk kualitas tidur individu tersebut (Buysse et al, 1988; Smyth, 2012).

Peneliti menganalisis bahwa nilai rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati (9,88) lebih mendekati nilai terendah kualitas tidur yang buruk (6) daripada nilai tertinggi kualitas tidur yang buruk (21). Hal ini menunjukkan bahwa lansia di Desa Wonojati berada pada tingkatan nilai buruknya kualitas tidur yang cukup rendah. Nilai rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati juga mendekati batas atas nilai kualitas tidur yang baik (5). Nilai kualitas tidur 5 menjadi titik acuan penurunan nilai kualitas tidur pada lansia tersebut.

Hasil penelitian ini juga mendapatkan bahwa selama satu bulan terakhir lansia mengeluhkan tidur malam yang terganggu akibat seringkali terbangun di malam hari yang dikarenakan adanya keinginan buang air kecil, mimpi buruk, suhu kamar tidur yang terlalu hangat ataupun terlalu dingin. Uraian tersebut mengindikasikan bahwa terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi tidur pada lansia. Kim & Moritz (1982, dalam Maas, 2011) menyatakan bahwa faktor yang menyebabkan gangguan pola tidur pada lansia yaitu usia, penyakit atau nyeri, depresi, kecemasan, lingkungan, dan gaya hidup.

#### a. Analisis Hubungan Faktor Usia dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Distribusi responden menurut usia pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat dalam tabel 5.2. Responden yang termasuk dalam kategori lansia dini yaitu 30 orang (61,2 %), kategori lansia yaitu 7 orang (14,3 %), dan kategori lansia resiko tinggi yaitu 12 orang (24,5 %).

Usia lansia yang dimaksud pada penelitian ini adalah waktu hidup seseorang sejak dilahirkan sampai saat ini yang dinyatakan dalam tahun. Usia lansia dikatakan dalam kategori lansia dini apabila usia responden antara 55–64 tahun, dikatakan dalam kategori lansia apabila usia responden antara 65–70 tahun, dan lansia resiko tinggi apabila usia responden lebih dari 70 tahun. Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar lansia dengan kualitas tidur yang buruk (61,2%) adalah lansia dini dengan rentang usia 55–64 tahun.

Peneliti menganalisis bahwa lansia dini yang memiliki rentang usia 55–64 tahun adalah lansia yang baru memasuki masa pensiun. Pegawai negeri sipil mengalami pensiun saat berusia 55 tahun, tentara dan polisi mengalami pensiun saat berusia 58 tahun. Sebagian dari lansia yang menjadi responden penelitian ini terdiri dari pegawai negeri sipil, tentara, dan polisi yang telah pensiun. Sebagian responden penelitian lainnya, pada usia produktif bekerja sebagai buruh tani ataupun kuli gudang dan sekarang sudah tidak bekerja lagi. Lansia yang baru mengalami pensiun akan mengalami penurunan penghasilan, kehilangan teman, dan kehilangan status. Kondisi ini dapat menjadi salah satu penyebab stres pada lansia dan dapat mengganggu kenyamanan tidur lansia. Hal ini yang menyebabkan sebagian besar lansia dengan kualitas tidur yang buruk adalah lansia dini yang memiliki rentang usia 55–64 tahun.

Uraian tersebut selaras dengan pernyataan Gallo (1998, dalam Azizah, 2011) dan Kozier (2008). Gallo (1998, dalam Azizah, 2011) menyatakan bahwa pensiun adalah tahap kehidupan yang dicirikan oleh adanya transisi dan

perubahan peran yang menyebabkan stres psikososial. Kozier (2008) menyatakan bahwa faktor stres psikologis dapat mempengaruhi tidur individu.

Fakta yang ditemukan peneliti di lapangan didapatkan data bahwa selama ini lansia-lansia yang mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Jenggawah jarang yang mengeluhkan adanya masalah tidur dalam kehidupan sehari-harinya. Lansia lebih memfokuskan perhatiannya pada penyakit-penyakit fisik yang dialami. Data program posyandu lansia di Desa Wonojati juga tidak mencatat laporan gangguan tidur yang dialami lansia. Petugas kesehatan juga tidak menanyakan apakah ada keluhan lansia terkait dengan gangguan tidur. Hal tersebut yang menyebabkan data lansia dengan gangguan tidur berdasarkan usia tidak tersedia di pelayanan kesehatan. Hasil penelitian ini dapat menambah data lansia dengan kualitas tidur yang buruk berdasarkan usia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

Ketidaktersediaan data lansia dengan gangguan tidur berdasarkan usia membuat peneliti juga merujuk pada data kependudukan secara umum. Jika ditinjau dari segi kependudukan, jumlah lansia dini dengan usia 55 – 64 tahun memiliki jumlah tertinggi daripada dua kategori usia lainnya. Data Badan Pusat Statistik (2010) menunjukkan bahwa pada sensus penduduk tahun 2000 di Kabupaten Jember didapatkan data jumlah lansia dengan rentang usia 55–64 tahun sebesar 5.469 orang dan lansia dengan usia  $\geq 65$  tahun sebesar 3.682 jiwa. Peneliti juga menganalisis bahwa hasil penelitian yang menyatakan bahwa sebagian besar lansia dengan kualitas tidur buruk memiliki rentang usia 55–64 tahun kemungkinan juga dapat disebabkan karena pada dasarnya jumlah lansia

secara umum pada rentang usia tersebut memang lebih besar daripada kategori usia lainnya.

Hasil penelitian hubungan usia dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember mendapatkan hasil bahwa rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk pada kategori lansia resiko tinggi (10,67) lebih besar daripada rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk pada kategori lansia (9,71) dan lansia dini (9,60). Hasil uji statistik dengan uji ANOVA menunjukkan  $p \text{ value} > \alpha$  ( $0,506 > 0,05$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dini, lansia, dan lansia resiko tinggi ( $H_0$  diterima).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipotesis pada penelitian ini ditolak yaitu tidak ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dini, lansia, dan lansia resiko tinggi di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember. Hasil penelitian ini juga selaras dengan hasil penelitian terdahulu. Hasil penelitian terdahulu tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan gangguan tidur pada lansia di Panti Wredha Wening Wardoyo Ungaran tahun 2006 menghasilkan  $p \text{ value}$  sebesar 0,633 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan antara usia dengan gangguan tidur.

Pertambahan usia pada lansia pada dasarnya akan diikuti oleh perubahan pola tidur dan istirahat lansia secara normal. Perubahan otak akibat proses penuaan menghasilkan eksitasi dan inhibisi dalam sistem saraf. Bagian korteks otak dapat berperan sebagai inhibitor pada sistem terjaga dan fungsi inhibisi ini menurun seiring dengan pertambahan usia (Bliwise, 1994, dalam Maas, 2011).

Prayitno (2002) menekankan bahwa pertambahan usia berdampak terhadap penurunan dari periode tidur. Galea (2008) menambahkan bahwa perubahan kualitas tidur yang berkaitan dengan usia disebabkan adanya peningkatan waktu yang mengganggu tidur dan pengurangan tidur tahap 3 dan 4 NREM.

Pernyataan-pernyataan tersebut menjelaskan bahwa penurunan kualitas tidur lansia secara normal seiring dengan proses penuaan terfokus pada peningkatan waktu yang mengganggu tidur (efisiensi tidur). Hasil penelitian ini mendapatkan bahwa 56,6 % lansia memiliki efisiensi tidur < 85 %. Hasil tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar lansia mengalami efisiensi tidur yang menurun seiring pertambahan usia. Jika dilihat dari nilai rata-rata kualitas tidur buruk pada setiap kategori usia, pada dasarnya peningkatan usia menjadikan nilai kualitas tidur yang buruk akan meningkat walaupun tidak mengalami perbedaan yang signifikan.

Ohayon et al (2004, dalam Galea, 2008) menyatakan bahwa penurunan efisiensi tidur terbukti dari umur 40 tahun. Efisiensi tidur mengalami penurunan sebesar tiga persen setiap dekadennya. Hal tersebut mengindikasikan bahwa usia lansia berkaitan dengan perubahan kualitas tidur, terutama dalam segi jumlah dan waktu yang mengganggu tidur.

Alat ukur kualitas tidur yang digunakan pada penelitian ini adalah kuesioner 1 yang merupakan kuesioner PSQI. Alat ukur ini tidak hanya mengukur efisiensi tidur, tetapi juga mengukur kualitas tidur subyektif, latensi tidur, durasi tidur, gangguan tidur, penggunaan obat tidur, dan *daytime disfunction*. Keluasan komponen yang diukur dalam alat ukur kualitas tidur dapat menjadi penyebab

tidak adanya perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dini, lansia, dan lansia resiko tinggi.

Kozier (2008) menyatakan selain faktor usia, terdapat faktor lain yang mempengaruhi tidur seperti lingkungan, gaya hidup, sakit, maupun stres psikologis. Hasil penelitian yang menyatakan bahwa tidak ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk pada setiap jenjang usia memungkinkan peranan faktor selain usia yang menyebabkan kualitas tidur yang buruk pada lansia.

b. Analisis Hubungan Respon terhadap Penyakit dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Distribusi responden menurut respon terhadap penyakit pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat dalam tabel 5.3. Responden yang termasuk dalam kategori tidak sakit yaitu 19 orang (38,8%), sedangkan responden yang termasuk dalam kategori sakit yaitu 30 orang (61,2 %). Respon terhadap penyakit yang dimaksud pada penelitian ini adalah gangguan berupa perasaan sakit atau nyeri pada lansia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa separuh lebih (61,2 %) lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember termasuk lansia sakit yang mengeluhkan banyak gejala penyakit yang dialami.

Peneliti menganalisis bahwa sebagian besar lansia dengan kualitas tidur yang buruk tergolong dalam kategori sakit berkaitan dengan akses lansia ke pelayanan kesehatan. Fakta yang ditemukan peneliti yaitu program posyandu lansia yang dilakukan di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten



Jember tidak berlangsung setiap bulan, melainkan berlangsung dua bulan sekali. Hasil pengamatan peneliti juga mendapatkan data bahwa jarak rumah masing-masing lansia dengan pelayanan kesehatan (Puskesmas Jenggawah) cukup jauh yaitu sekitar satu sampai dua kilometer. Lansia juga membutuhkan bantuan keluarga untuk mengantarnya ke pelayanan kesehatan. Hal-hal tersebut tentunya mempengaruhi akses lansia terhadap pelayanan kesehatan.

Uraian tersebut selaras dengan pernyataan Anderson & McFarlane (2006) yang menyatakan bahwa jarak menjadi penghalang yang meningkatkan kecenderungan penundaan upaya masyarakat dalam mencari pelayanan kesehatan sampai orang tersebut merasa benar-benar sakit. Transportasi menuju sarana kesehatan juga mempengaruhi akses lansia terhadap pelayanan kesehatan. Sarana transportasi umum yang kurang akan membuat lansia menjadi tergantung pada anggota keluarga maupun teman untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan (Anderson & McFarlane, 2006).

Faktor lain yang juga diperhitungkan selain faktor jarak adalah kesadaran lansia untuk memeriksakan kondisi kesehatannya ke pelayanan kesehatan. Hasil wawancara peneliti dengan kader posyandu yang ada di Desa Wonojati didapatkan data bahwa lansia seringkali harus diingatkan tentang jadwal posyandu dan seringkali harus dijemput satu per satu ke rumah masing-masing lansia sebelum dimulainya kegiatan posyandu lansia. Kurangnya kesadaran masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan dikarenakan kurangnya pengetahuan mengenai pentingnya pelayanan kesehatan terhadap kesehatan (Suhardjo, 1996, dalam Hidayati, 2010). Uraian tersebut menunjukkan bahwa kesadaran lansia

dapat ditingkatkan melalui penyuluhan tentang pentingnya kegiatan posyandu lansia dalam meningkatkan kesehatan.

Hasil penelitian hubungan respon terhadap penyakit dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember mendapatkan hasil bahwa rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang sakit (11,33) lebih besar daripada rata-rata nilai kualitas tidur yang buruk pada lansia yang tidak sakit (7,58). Hasil uji statistik dengan uji t independen menunjukkan  $p \text{ value} < \alpha$  ( $0,0005 < 0,5$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak sakit dengan lansia yang sakit ( $H_0$  ditolak).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipotesis pada penelitian ini diterima yaitu ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak sakit dengan lansia yang sakit pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember. Hasil penelitian ini selaras dengan teori Simonson et al (2007) yang menyatakan bahwa lansia yang berusia 55-84 tahun dengan beberapa penyakit lebih mungkin melaporkan kejadian insomnia. Azizah (2011) juga menyatakan bahwa proses penuaan akan meningkatkan kemungkinan terserang penyakit bahkan kematian.

Sebagian besar lansia yang sakit mengeluhkan perasaan ketidaknyamanan akibat penyakit yang dialami. Jenis-jenis penyakit yang dilaporkan oleh lansia pada penelitian ini antara lain hipertensi, asma, diabetes melitus, dan penyakit jantung. Hal ini selaras dengan teori Potter & Perry (2005) yang menyatakan bahwa penyakit asma, hipertensi, dan penyakit jantung dapat mengganggu tidur.

Haines (2005) juga menyatakan bahwa hipertensi, penyakit jantung, stroke, diabetes melitus, *arthritis*, penyakit paru, kanker, depresi, gangguan memori, osteoporosis, dan hipertropi prostat merupakan jenis-jenis penyakit yang dapat menyebabkan gangguan tidur.

Lansia dengan hipertensi menyatakan seringkali pusing di malam hari. Pusing yang dialami menjadikan lansia sulit untuk tertidur dan tetap tertidur. Lansia dengan hipertensi menyatakan durasi tidur yang pendek karena seringkali terbangun dini hari. Hipertensi seringkali menyebabkan lansia terbangun di pagi hari (Potter & Perry, 2005).

Lansia dengan asma menyatakan keluhan napas yang tidak nyaman di malam hari terutama saat cuaca dingin. Lansia dengan asma juga menyatakan seringkali menggunakan dua atau lebih bantal untuk meninggikan kepala. Penggunaan dua atau lebih bantal akan memberikan kenyamanan bernapas saat tidur pada lansia tersebut. Asma mengubah irama pernapasan dan mengganggu tidur (Potter & Perry, 2005).

Lansia dengan diabetes melitus pada penelitian ini menyatakan seringkali ingin berkemih di malam hari. Lansia juga menyatakan seringkali merasa lapar dan haus di malam hari. Keinginan berkemih yang berlebihan (poliuri), rasa lapar yang berlebihan (polifagi), dan haus yang berlebihan (polidipsi) merupakan tanda dan gejala dari diabetes melitus. Rasa lapar dan haus yang berlebihan di malam hari menyebabkan lansia sulit untuk tertidur dan tetap tertidur. Keinginan berkemih di malam hari membuat tidur lansia terganggu. Potter & Perry (2005)

menyatakan bahwa lansia yang berulang kali terbangun untuk berkemih akan mengalami kesulitan dalam melanjutkan tidur kembali.

Lansia dengan penyakit jantung menyatakan seringkali terbangun di malam hari karena merasakan nyeri dada yang tiba-tiba. Potter & Perry (2005) menyatakan bahwa seseorang dengan penyakit jantung koroner akan mengalami perubahan tahapan selama tidur seperti supresi tidur tahap 3 dan 4 NREM serta tidur REM. Hal tersebut dikarenakan adanya episode nyeri dada yang tiba-tiba dan denyut jantung yang tidak teratur. Nyeri dada yang dialami oleh lansia dengan penyakit jantung menyebabkan peningkatan frekuensi terbangun di malam hari.

Hasil penelitian juga mendapatkan bahwa sebagian besar lansia menyatakan tidur mereka terganggu dikarenakan lansia seringkali mengalami nyeri sendi. Lansia-lansia tersebut juga menyatakan seringkali terbangun di malam hari dan menyatakan kesulitan untuk kembali tidur. Hasil penelitian tersebut didukung oleh pernyataan Simonson et al (2007) yang menyatakan bahwa penyakit yang menyebabkan nyeri dan ketidaknyamanan fisik dapat menyebabkan masalah tidur seperti kesulitan tidur atau kesulitan untuk tetap tertidur.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa tidak semua lansia dengan kualitas tidur yang buruk tergolong lansia yang sakit. Lansia dengan kualitas tidur yang buruk yang termasuk dalam kategori tidak sakit lebih sedikit jumlahnya daripada lansia dengan kualitas tidur yang buruk yang termasuk dalam kategori sakit. Pernyataan yang berbeda diungkapkan oleh lansia yang termasuk dalam kategori tidak sakit yaitu lansia menyatakan kenyamanan dalam bernapas dan jarang merasakan pusing, nyeri sendi, kram, maupun sakit pada perut. Keinginan

buang air kecil di malam hari pada lansia dengan kategori ini ada namun mereka menyatakan tidak terganggu akibat hal tersebut. Sebagian besar lansia dalam kategori ini menyatakan dapat melanjutkan tidurnya kembali rata-rata kurang dari 15 menit.

Rata-rata kualitas tidur yang buruk lansia yang tidak sakit lebih rendah dibandingkan rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang sakit. Hasil penelitian ini mengindikasikan bahwa kondisi kesehatan di usia tua penting untuk dipertahankan. Lansia dengan hipertensi dapat melakukan diet rendah garam setiap harinya untuk mempertahankan kondisi kesehatannya. Hal lain yang dapat dilakukan yaitu dengan menghindari makanan yang berkadar lemak tinggi (jeroan), makanan yang diawetkan (ikan asin dan telur asin), makanan yang banyak mengandung alkohol (durian), dan daging kambing.

Lansia dengan asma sebaiknya dapat menggunakan selimut ketika tidur, selain itu juga membiarkan lampu kamar tetap menyala untuk mempertahankan kehangatan ruangan. Lansia dengan penyakit jantung dan diabetes melitus sebaiknya memiliki gaya hidup yang sehat meliputi pola makan yang sehat dan istirahat yang cukup. Upaya-upaya yang dilakukan pada masing-masing lansia tersebut dapat mempertahankan dan meningkatkan kondisi kesehatan. Kondisi kesehatan yang baik akan meminimalkan keparahan kualitas tidur yang buruk yang dialami oleh lansia.

c. Analisis Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Hasil penelitian pada tabel 5.4 menunjukkan distribusi responden menurut tingkat depresi pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk. Responden yang tidak depresi yaitu 23 orang (46,9 %), responden dengan depresi ringan yaitu 26 orang (53,1 %), dan tidak ada responden yang memiliki depresi sedang atau berat. Tingkat depresi yang dimaksud pada penelitian ini adalah tingkatan atau jenjang dari gangguan alam perasaan yang ditandai oleh kesedihan dan perasaan berduka. Hasil penelitian ini mendapatkan data bahwa separuh lebih (53,1%) lansia dengan kualitas tidur yang buruk mengalami depresi ringan.

Lansia dengan depresi ringan tersebut menyatakan bahwa mereka lebih senang berada di rumah daripada beraktivitas di luar rumah, merasa gelisah, dan sulit berkonsentrasi. Hasil penelitian ini selaras dengan teori Kelliat (1996, dalam Azizah, 2011) yang menyatakan bahwa menarik diri, ansietas, dan ketidakmampuan berkonsentrasi termasuk dalam perilaku yang berhubungan dengan depresi. Maslim (1997, dalam Azizah, 2011) juga menyatakan bahwa gejala depresi ringan yaitu kehilangan minat dan kegembiraan, konsentrasi dan perhatian kurang, menurunnya aktifitas, harga diri dan kepercayaan diri kurang.

Lansia dengan depresi ringan menyatakan penyebab depresi yang dialami mereka dikarenakan kehilangan pekerjaan, penghasilan yang menurun, dan penyakit-penyakit fisik yang dialami. Lansia yang termasuk dalam kategori ini hanya tinggal dengan suami atau istri, bahkan beberapa lansia hanya tinggal sendiri di rumah mereka dikarenakan pasangan hidup telah meninggal dunia.

Hasil penelitian tersebut selaras dengan pernyataan Friedman (1998, dalam Azizah, 2011), dan Azizah (2011). Perilaku yang berhubungan dengan depresi seringkali dihubungkan dengan penyesuaian yang terhambat terhadap kehilangan dalam hidup dan stressor. Stressor pencetus seperti pensiun yang terpaksa, kematian pasangan, kemunduran kemampuan atau kekuatan fisik dan kemunduran kesehatan serta penyakit fisik, kedudukan sosial, keuangan, penghasilan, dan rumah tinggal menyebabkan depresi pada lansia (Friedman, 1998, dalam Azizah, 2011). Azizah (2011) juga menyatakan bahwa kehilangan orang yang dicintai dan kehilangan pekerjaan atau jabatan akan menyebabkan lansia mengalami kesedihan yang mendalam yang berujung pada terjadinya depresi.

Lansia dalam kategori ini menambahkan bahwa mereka tidak berlarut-larut dalam kesedihan karena dukungan keluarga (anak dan cucu) yang menghibur mereka. Lansia menyatakan bahwa mereka dapat berkomunikasi dengan anak cucu yang tempat tinggalnya jauh melalui telepon. Peneliti menganalisis bahwa hal ini yang menyebabkan lansia tersebut tergolong dalam depresi ringan dan tidak mengarah pada depresi sedang atau berat. Pada lansia dengan depresi ringan, walaupun anak cucu berada jauh dari mereka, hubungan diantara mereka tetap terjaga. Keluarga merupakan kelompok sosial utama yang mempunyai ikatan emosi yang paling besar dan terdekat dengan lansia (Azizah, 2011).

Hal yang berbeda diungkapkan oleh lansia yang tidak mengalami depresi.

Lansia yang tidak depresi menyatakan bahwa mereka merasa puas dengan kehidupan, lebih senang beraktivitas di luar rumah, dan berkumpul dengan teman sebaya mereka. Lansia-lansia tersebut juga menyatakan mereka senang tinggal bersama dengan anak dan cucu.

Peneliti menganalisis bahwa lansia yang tidak depresi memiliki dukungan keluarga yang lebih baik daripada lansia yang depresi ringan. Lansia yang tidak depresi tinggal bersama anak dan cucu sedangkan lansia dengan depresi ringan hanya tinggal bersama suami atau istri bahkan ada lansia yang tinggal sendiri. Hal ini selaras dengan teori Samiun (2006, dalam Azizah, 2011) yang menyatakan bahwa individu yang memiliki teman akrab dan dukungan emosional yang memadai akan kurang mengalami depresi bila berhadapan dengan stres.

Hasil penelitian hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember mendapatkan hasil bahwa rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dengan depresi ringan (11,62) lebih besar daripada rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang tidak depresi (7,91). Hasil uji statistik dengan uji t independen menunjukkan  $p \text{ value} < \alpha$  ( $0,0005 < 0,5$ ) sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak depresi dengan lansia yang depresi ringan ( $H_0$  ditolak).



Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipotesis pada penelitian ini diterima yaitu ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak depresi dengan lansia yang depresi ringan pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember. Rata-rata nilai kualitas tidur buruk pada lansia yang depresi ringan lebih besar daripada rata-rata nilai kualitas tidur buruk pada lansia yang tidak depresi. Hal ini selaras dengan pernyataan Martin & Ancoli-Israel (2003, dalam Galea, 2008) yang menyatakan bahwa gejala depresi terkait dengan peningkatan keluhan tentang gangguan tidur.

Hasil penelitian ini dapat menambah hasil penelitian-penelitian sebelumnya. Penelitian yang dilakukan oleh Adriyani (2008) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara tingkat depresi dengan kejadian insomnia di Panti Werdha Budhi Darma Yogyakarta. Sukagewa (2003, dalam Galea, 2008) juga melakukan penelitian yang melibatkan 2.023 lansia dengan rata-rata usia 74,2 tahun. Penelitian ini dilakukan untuk menguji hubungan antara kualitas tidur dan depresi. Alat ukur yang digunakan yaitu *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) dan *Geriatric Depression Scale* (GDS). Hasil dari penelitian tersebut yaitu lansia dengan depresi memiliki efisiensi tidur yang lebih rendah, kualitas tidur yang buruk, dan masalah tidur dibandingkan dengan lansia yang tidak mengalami depresi.

Hasil penelitian juga mendapatkan data bahwa lansia dengan depresi ringan menyatakan beberapa keluhan tentang tidur malamnya seperti baru dapat tidur setelah lewat jam 11 malam dan terbangun kurang dari jam 3 pagi. Lansia dalam kategori ini juga mengeluhkan perasaan mengantuk di siang hari dan

menghabiskan kurang lebih tiga jam untuk tidur siang. Hal ini selaras dengan pernyataan Bliwise (1993, dalam Potter & Perry, 2005) yang menyatakan bahwa lansia yang depresi seringkali mengalami perlambatan untuk jatuh tidur, seringkali terjaga, perasaan tidur yang kurang, munculnya tidur REM secara dini, serta terbangun lebih awal. Hal ini yang menyebabkan rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang depresi ringan lebih besar daripada lansia yang tidak depresi.

Azizah (2011) menyatakan ada beberapa upaya penanggulangan depresi pada lansia yang meliputi pendekatan psikodinamik, perilaku belajar, kognitif, humanistik eksistensial, dan farmakologis. Fokus pendekatan psikodinamik adalah penanganan terhadap konflik-konflik yang berhubungan dengan kehilangan dan stres. Pendekatan perilaku belajar mengatasi kurangnya penghargaan atas diri sendiri. Pendekatan kognitif bertujuan untuk mengubah pandangan dan pola pikir tentang keberhasilan masa lalu dan masa sekarang. Pendekatan humanistik eksistensial bertujuan untuk membantu individu menyadari keberadaannya di dunia sedangkan pendekatan farmakologis dengan obat anti depresan merupakan pilihan alternatif.

Peneliti menganalisis bahwa upaya penanggulangan depresi pada lansia dengan depresi ringan tersebut penting untuk dilakukan. Upaya-upaya tersebut dapat menangani depresi pada lansia dan secara tidak langsung akan berdampak pada penurunan nilai kualitas tidur yang buruk pada lansia. Keluarga yang memiliki hubungan emosional yang dekat dapat dijadikan pilar utama dalam menangani depresi pada lansia.

d. Analisis Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Distribusi responden menurut tingkat kecemasan pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat dalam tabel 5.5. Responden yang tidak cemas yaitu 30 orang (61,2 %), sedangkan responden yang cemas yaitu 19 orang (38,8 %). Tingkat kecemasan yang dimaksud pada penelitian ini adalah tingkatan kekhawatiran yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa separuh lebih (61,2 %) lansia dengan kualitas tidur yang buruk tergolong dalam kategori tidak cemas.

Hasil penelitian juga mendapatkan bahwa lansia yang tidak cemas menyatakan bahwa mereka cenderung merasa santai setiap harinya, tidak memiliki kekhawatiran maupun perasaan takut terhadap hal yang mengerikan, serta dapat tidur nyenyak di malam hari. Sebagian besar lansia dalam kategori ini juga menambahkan bahwa ketika menghadapi suatu masalah, dukungan keluarga (pasangan, anak, maupun cucu) mampu mengatasi perasaan cemas yang dialami. Hasil penelitian ini selaras dengan teori Stuart (2006) yang menyatakan bahwa individu dapat mengatasi kecemasan dengan menggerakkan sumber koping di lingkungan.

Hidayat (2004, dalam Surbakti, 2009) menyatakan bahwa sumber koping meliputi aset ekonomi, kemampuan dan keterampilan individu, teknik-teknik pertahanan, dukungan sosial, dan dorongan motivasi. Sumber koping utama yang dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan pada lansia adalah keluarga. Keluarga dapat menjadi sumber dukungan sosial yang paling utama bagi lansia.

Keluarga juga dapat memberikan dorongan motivasi pada lansia. Azizah (2011) menyatakan bahwa keluarga merupakan kelompok sosial utama yang mempunyai ikatan emosi yang paling besar dan terdekat dengan klien.

Peneliti menganalisis bahwa sebagian besar lansia dengan kualitas tidur yang buruk adalah lansia yang tidak cemas terkait dengan faktor dukungan keluarga yang baik. Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Handayani (2009) menyatakan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan tingkat kecemasan pada lanjut usia. Adanya dukungan keluarga akan membantu menurunkan kecemasan pada lansia. Keluarga sebagai orang terdekat dengan lansia ikut memiliki peran dalam meningkatkan kesejahteraan lanjut usia dan membantu lansia mengatasi kecemasannya. Aplikasi peran keluarga adalah dengan memberikan dukungan informasi, emosional, instrumental dan penilaian (Handayani, 2009).

Dukungan informasi yang dapat diberikan keluarga pada lansia meliputi pemberian informasi, saran, atau umpan balik tentang situasi dan kondisi lansia. Informasi yang diberikan dapat memudahkan lansia untuk mengenali dan mengatasi masalah. Dukungan emosional dapat berupa rasa cinta dan kepedulian pada lansia. Dukungan instrumental dapat berupa pemberian barang, makanan, pelayanan, maupun uang. Bentuk dukungan instrumental pada lansia dapat mengurangi kecemasan karena lansia dapat langsung memecahkan masalahnya yang berhubungan dengan materi. Dukungan penilaian dapat berupa penghargaan diri yang positif dan pemberian semangat pada lansia. Pemberian dukungan ini dapat meningkatkan harga diri lansia (Taylor, 1999, dalam Azizah, 2011).

Hal yang berbeda diungkapkan oleh lansia yang mengalami kecemasan. Sebagian besar dari lansia yang cemas menyatakan perasaan yang tegang, jantung yang berdebar-debar, kegelisahan, dan kekhawatiran akan diri sendiri di masa depan. Hal ini selaras dengan teori Stuart (2006) yang menyatakan bahwa kecemasan dapat diekspresikan secara langsung melalui perubahan fisiologis dan perilaku.

Lansia yang cemas juga menyatakan bahwa penyebab kecemasan yang dialami mereka bersumber dari penyakit fisik, kematian pasangan hidup, dan penghasilan yang kurang memadai untuk kehidupan mereka sehari-hari. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan teori Potter & Perry (2005) yang menyatakan bahwa pensiun, gangguan fisik, kematian orang yang dicintai, dan masalah ekonomi merupakan contoh situasi yang menyebabkan lansia mengalami kecemasan.

Masa pensiun dapat menimbulkan masalah pada lansia. Lansia yang memasuki masa pensiun akan mengalami penurunan penghasilan, kehilangan status, dan kehilangan teman (Azizah, 2011). Lansia yang baru memasuki masa pensiun dapat mengalami kecemasan karena mengkhawatirkan kehidupan yang akan dihadapinya nanti. Lansia yang kehilangan pasangan hidup dapat mengalami kesedihan yang mendalam serta kecemasan terutama apabila yang meninggal adalah kepala keluarga. Kondisi tersebut dapat membuat lansia mengkhawatirkan kehidupannya di masa depan. Lansia dengan penyakit kronis juga dapat memiliki perasaan khawatir tentang penyakit yang dimilikinya serta perasaan takut pada kematian.

Hasil penelitian hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember mendapatkan hasil bahwa rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang cemas (11,84) lebih besar daripada rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang tidak cemas (8,63). Hasil uji statistik dengan uji t independen menunjukkan  $p \text{ value} < \alpha$  ( $0,0005 < 0,5$ ). Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipotesis pada penelitian ini diterima ( $H_0$  ditolak) yaitu ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak cemas dengan lansia yang cemas pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

Hasil penelitian ini dapat menambah hasil penelitian-penelitian terdahulu. Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Jensen et al (1998, dalam Galea, 2008) menyatakan bahwa pada lansia berusia 80 tahun didapatkan hubungan yang bermakna antara insomnia dan kecemasan. Papadimitriou dan Linkowski (2005, dalam Galea, 2008) juga menyatakan bahwa 60 – 70 persen orang dewasa dengan gangguan kecemasan termasuk dalam kategori *poor sleepers*. Durasi tidur pada *poor sleepers* ini juga mengalami penurunan dibandingkan dengan durasi tidur pada orang dewasa tanpa kecemasan.

Hasil penelitian ini juga mendapatkan bahwa lansia yang cemas menyatakan keluhan tentang tidur malamnya yaitu seringkali terbangun di malam hari. Hal ini selaras dengan pernyataan Koziar (2008) yang menyatakan bahwa kecemasan meningkatkan kadar norepinefrin di dalam darah melalui stimulasi sistem saraf simpatis. Hal ini berdampak pada pengurangan tidur tahap 4 NREM dan tidur

REM pada lansia. Pengurangan tidur tahap 4 NREM dan tidur REM pada lansia yang cemas menyebabkan rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang cemas lebih besar daripada rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia yang tidak cemas.

Peneliti menganalisis bahwa upaya penanggulangan kecemasan pada lansia penting untuk dilakukan agar terjadi penurunan nilai kualitas tidur yang buruk. Upaya ini dapat diawali dengan meningkatkan dukungan keluarga. Keluarga merupakan kelompok sosial utama yang mempunyai ikatan emosi paling besar dan terdekat dengan lansia (Azizah, 2011). Adanya dukungan keluarga akan membantu menurunkan kecemasan pada lansia. Dukungan keluarga ini mencakup dukungan informasi, emosional, instrumental, dan penilaian (Handayani, 2009).

Maryam et al (2008) juga menyatakan beberapa tindakan yang dapat digunakan untuk mengatasi kecemasan pada lansia selain dengan memaksimalkan dukungan keluarga yaitu membicarakan rasa khawatir dan mencoba menentukan penyebab yang mendasar; memberikan rasa aman pada lansia dengan penuh empati; bila penyebab kecemasan tidak jelas dan mendasar, berikan alasan-alasan yang dapat diterima lansia; dan mengkonsultasikan dengan dokter bila penyebabnya tidak dapat ditentukan dan berbagai cara telah dilakukan namun kecemasan tidak dapat dihilangkan. Upaya-upaya tersebut penting untuk dilakukan agar dapat menurunkan kecemasan pada lansia dan pada akhirnya juga dapat menurunkan kualitas tidur yang buruk pada lansia.

e. Analisis Hubungan Lingkungan Fisik dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Lingkungan fisik adalah segala sesuatu yang berada di sekitar manusia yang bersifat tidak bernyawa, misalnya kelembaban udara, suhu, angin, rumah dan benda mati lainnya (Nurhidayah, Lukman, dan Rakhmawati, 2007). Lingkungan fisik tersebut berinteraksi secara konstan dengan manusia sepanjang waktu dan memegang peranan penting dalam proses terjadinya penyakit atau kondisi kesehatan tertentu di masyarakat (Chandra, 2008). Lingkungan fisik yang dimaksud pada penelitian ini adalah kondisi sekitar yang dapat mempengaruhi kenyamanan tidur lansia.

Distribusi responden menurut lingkungan fisik pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat dalam tabel 5.6. Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi responden yang merata pada masing-masing kategori. Responden dengan lingkungan fisik baik yaitu 25 orang (51 %), sedangkan responden dengan lingkungan fisik kurang yaitu 24 orang (49 %).

Hasil pengamatan peneliti saat berkunjung satu per satu ke rumah masing-masing lansia didapatkan bahwa pada dasarnya semua lansia dengan kualitas tidur yang buruk memiliki gambaran kamar tidur yang sama. Kamar tidur lansia cenderung dipenuhi oleh barang-barang seperti tumpukan baju di salah satu sudut kamar. Tumpukan barang terutama pakaian di kamar tidur dapat menjadi sarang nyamuk yang menyebabkan lingkungan kamar menjadi tidak sehat. Sebagian dari lansia tersebut juga menyatakan kamar tidur mereka tidak memiliki ventilasi.



Sumber pencahayaan lansia tersebut di siang hari adalah pancaran sinar matahari yang masuk melalui genting kaca.

Hasil penelitian juga mendapatkan bahwa sebagian besar lansia dengan lingkungan fisik baik menyatakan bahwa mereka seringkali mematikan lampu kamar saat tidur ataupun menggunakan kipas angin ketika suhu ruangan terlalu hangat. Sebagian besar lansia dengan lingkungan fisik kurang mengungkapkan hal yang berbeda. Lansia dalam kategori ini selalu menghidupkan lampu kamar saat tidur malam tanpa memperhatikan suhu ruangan yang terlalu hangat maupun terlalu dingin.

Uraian tersebut menunjukkan perbedaan kemampuan modifikasi lingkungan antara lansia yang lingkungan fisiknya baik dengan lansia yang lingkungan fisiknya kurang. Peneliti menganalisis bahwa meratanya responden dalam masing-masing kategori lingkungan fisik berkaitan dengan kemampuan lansia dalam memodifikasi lingkungan fisik kamar tidurnya. Lansia yang dapat memodifikasi lingkungannya dengan baik cenderung dapat dikategorikan memiliki lingkungan fisik yang baik walaupun pada dasarnya secara fisik kamar tidur masing-masing kategori tersebut adalah sama.

Hasil penelitian hubungan lingkungan fisik dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember mendapatkan hasil bahwa rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dengan lingkungan fisik kurang (11,17) lebih besar daripada rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dengan lingkungan fisik baik (8,64). Hasil uji statistik dengan uji t independen menunjukkan  $p \text{ value} < \alpha$  ( $0,001 < 0,5$ ). Hasil penelitian

menunjukkan bahwa hipotesis pada penelitian ini diterima ( $H_0$  ditolak) yaitu ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang lingkungan fisiknya baik dengan lansia yang lingkungan fisiknya kurang pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

Lansia dengan lingkungan fisik kurang mengeluhkan beberapa hal yang menurut mereka sangat mengganggu kenyamanan tidur seperti suhu yang terlalu hangat dan ruangan yang pengap. Sebagian besar lansia tersebut juga menyatakan kamar tidur mereka tidak memiliki ventilasi udara. Jendela yang ada di kamar tidur lansia tersebut ditutup di malam hari sehingga pertukaran udara pun tidak terjadi. Beberapa lansia bahkan memiliki kamar tidur tanpa ventilasi udara, lansia-lansia tersebut hanya memasang genting kaca di kamar mereka.

Pola tidur dapat dipengaruhi oleh lingkungan, bukan seluruhnya akibat proses penuaan (Garcia-Garcia & Drucker-Colin, 1999, dalam Maas, 2011). Ruangan yang terlalu hangat atau dingin seringkali menyebabkan lansia gelisah (Potter & Perry, 2005). Suasana kamar tidur yang terlalu hangat dan pengap juga membuat lansia seringkali terjaga dari tidurnya. Ventilasi berfungsi menjaga aliran udara dalam kamar tetap segar, sehingga keseimbangan oksigen yang diperlukan oleh penghuni kamar tetap terjaga. Kurangnya ventilasi akan menyebabkan kurangnya oksigen sehingga kadar karbondioksida yang bersifat racun dapat meningkat dan mengganggu kenyamanan tidur lansia (Notoatmodjo, 2010).

Lansia dengan lingkungan fisik kurang menyatakan bahwa kebisingan mengganggu tidur mereka di malam hari. Lansia dengan lingkungan fisik kurang juga menyatakan bahwa lingkungan kamar tidur mereka tidak tenang akibat suara dengkur teman sekamar. Lansia menyatakan seringkali terbangun akibat mendengar suara tersebut. Suara mempengaruhi tidur seseorang. Tidur tanpa ketenangan atau teman tidur yang mendengkur dapat mengganggu tidur (Potter & Perry, 2005). Kebisingan dapat berdampak pada kualitas tidur yang buruk. Kebisingan dapat menyebabkan pemendekan tidur yang nyenyak dan perpanjangan tidur dangkal (tahap 1 dan 2 NREM). Durasi tidur REM pada lansia dengan lingkungan yang bising juga mengalami penurunan (Kawada, 2011).

Hasil yang berbeda diungkapkan oleh lansia dengan lingkungan fisik baik. Lansia dengan lingkungan fisik baik menyatakan bahwa kamar tidur mereka nyaman, suhu kamar tidur nyaman, dan suasana yang sunyi senyap di malam hari. Lansia dengan kategori ini juga menyatakan mereka jarang terbangun dari tidur di malam hari karena masalah pada lingkungan fisik kamar tidur. Hal ini selaras dengan pernyataan Potter & Perry (2005) yang menyatakan bahwa lingkungan tempat lansia tidur berpengaruh penting terhadap kemampuan untuk tertidur dan tetap tertidur.

Peneliti menganalisis bahwa mempertahankan lingkungan fisik kamar tidur yang baik adalah penting untuk dilakukan. Lansia yang tidak memiliki ventilasi di kamar tidurnya dapat sedikit membuka pintu kamar sebelum memulai tidur di malam hari. Lansia yang merasakan kedinginan dapat menggunakan selimut saat tidur. Penggunaan kaos kaki dan penutup telinga juga dapat diberikan demi

kenyamanan tidur lansia. Penutup telinga juga dapat diberikan pada lansia yang merasa tidurnya seringkali terganggu akibat suara dengkur teman sekamar.

#### f. Analisis Hubungan Gaya Hidup dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia

Distribusi responden menurut gaya hidup pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk berdasarkan hasil penelitian dapat dilihat dalam tabel 5.7. Responden dengan gaya hidup baik yaitu 28 orang (57,1 %), sedangkan responden dengan gaya hidup buruk yaitu 21 orang (42,9 %). Gaya hidup yang dimaksud pada penelitian ini adalah perilaku yang dilakukan dan dapat berpengaruh pada kenyamanan tidur lansia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa separuh lebih (57,1 %) lansia dengan kualitas tidur yang buruk memiliki gaya hidup baik.

Peneliti menganalisis hasil penelitian yang menyatakan bahwa sebagian besar lansia dengan kualitas tidur yang buruk memiliki gaya hidup baik dapat dikaitkan dengan jenis kelamin responden. Sebagian besar jenis kelamin responden dalam penelitian ini (71,4%) adalah perempuan. Lansia yang berjenis kelamin perempuan pada penelitian ini tidak mengungkapkan adanya kebiasaan merokok. Hal ini berbeda dengan yang diungkapkan oleh lansia yang berjenis kelamin laki-laki. Sebagian besar lansia yang berjenis kelamin laki-laki mengungkapkan adanya kebiasaan merokok dan minum kopi dalam kehidupan sehari-hari. Hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Kurniasih (2008) mendukung hasil penelitian ini. Hasil penelitian tersebut mendapatkan bahwa sebagian besar responden dengan perilaku merokok adalah laki-laki (59,8%).

Hasil penelitian hubungan gaya hidup dengan kualitas tidur yang buruk mendapatkan hasil bahwa rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dengan gaya hidup buruk (11,90) lebih besar daripada rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dengan gaya hidup baik (8,36). Hasil uji statistik dengan uji t independen menunjukkan  $p \text{ value} < \alpha$  ( $0,0005 < 0,5$ ) sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia dengan gaya hidup baik dengan lansia dengan gaya hidup buruk ( $H_0$  ditolak). Hasil penelitian menunjukkan bahwa hipotesis pada penelitian ini diterima yaitu ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang gaya hidupnya baik dengan lansia yang gaya hidupnya buruk pada lansia dengan kualitas tidur yang buruk di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

Rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dengan gaya hidup buruk lebih besar daripada rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia dengan gaya hidup baik. Hasil penelitian ini selaras dengan teori Lexcen & Hicks (1993, dalam Maas, 2011) dan Stanley & Beare (2006). Lexcen & Hicks (1993, dalam Maas, 2011), menyatakan bahwa perokok lebih cenderung melaporkan beberapa keluhan seperti kesulitan untuk tertidur, keluhan terhadap perasaan mengantuk di siang hari yang lebih tinggi dibandingkan dengan kelompok nonperokok. Stanley & Beare (2008) juga menambahkan bahwa penggunaan kafein di malam hari dan penggunaan tembakau yang berlebihan dapat mengganggu tidur.

Lansia dengan gaya hidup baik menyatakan bahwa mereka menghindari konsumsi alkohol, rokok, teh, dan kopi dalam kehidupan mereka sehari-hari. Kelompok lansia dengan gaya hidup baik ini juga menyatakan bahwa adanya keinginan menjaga kesehatan diri sendiri dan dukungan keluarga memiliki peranan penting untuk mempertahankan gaya hidup yang sehat. Lansia dengan gaya hidup baik juga menyadari tentang dampak atau efek buruk apabila mereka mengkonsumsi alkohol, kopi, dan rokok. Lansia dengan gaya hidup baik juga menyatakan bahwa menghindari alkohol, rokok, dan kafein telah mereka terapkan sejak masa muda. Hal tersebut menjadikan lansia memiliki kebiasaan untuk melakukan gaya hidup yang sehat.

Sebagian dari lansia dengan kualitas tidur buruk (42,9%) memiliki gaya hidup buruk. Lansia dengan gaya hidup buruk menyatakan bahwa mereka seringkali minum kopi maupun teh setiap hari. Sebagian besar lansia dengan kategori ini juga menyatakan memiliki kebiasaan merokok sehari-hari bahkan beberapa lansia menyatakan dapat menghabiskan satu pak rokok dalam sehari. Hasil penelitian tersebut selaras dengan pernyataan Wikipedia (2012) yang menyatakan bahwa konsumsi kopi dan teh yang terlalu berlebihan dapat menyebabkan intoksikasi kafein. Gejala dari intoksikasi kafein tersebut antara lain keresahan, masalah gastrointestinal, dan insomnia.

Lansia dengan gaya hidup buruk telah mengkonsumsi kopi dan rokok sejak lama. Hal ini menjadikan gaya hidup tidak sehat telah menjadi kebiasaan mereka sehari-hari. Lansia yang termasuk dalam kategori gaya hidup buruk ini juga menyatakan sebenarnya mereka mengetahui bahwa mengkonsumsi tembakau,

kopi, dan teh yang berlebihan dapat berdampak buruk bagi kesehatan, namun mereka juga menyatakan kesulitan mereka untuk menghilangkan kebiasaan tersebut.

Kebiasaan gaya hidup yang tidak sehat dapat diminimalkan dengan pengurangan jumlah dan frekuensi dari pengkonsumsian rokok maupun kopi. Lansia yang sebelumnya rutin setiap hari mengkonsumsi kopi dapat diberikan selang waktu dua hari untuk mengkonsumsi kopi tersebut. Lansia yang sebelumnya menghabiskan satu pak rokok dalam sehari dapat dikurangi dengan hanya mengkonsumsi setengah pak rokok dalam sehari. Lansia juga dapat diberikan motivasi yang tinggi dari pihak keluarga untuk mencoba dalam meminimalkan penggunaan rokok dan kopi dalam kehidupan sehari-hari.

Hasil penelitian ini mengindikasikan pentingnya mempertahankan gaya hidup yang sehat dalam kehidupan sehari-hari. Gaya hidup sehat adalah segala upaya untuk menerapkan kebiasaan yang baik dalam menciptakan hidup yang sehat dan menghindarkan kebiasaan buruk yang dapat mengganggu kesehatan. Keuntungan bergaya hidup sehat antara lain merasa tentram, aman, dan nyaman, memiliki rasa percaya diri, hidup seimbang, tidur nyenyak (Promkes Dinkes Kepri, 2010). Upaya mempertahankan gaya hidup yang baik atau sehat penting untuk dilakukan karena pada akhirnya juga dapat menurunkan kualitas tidur yang buruk pada lansia.

### 5.3 Keterbatasan Penelitian

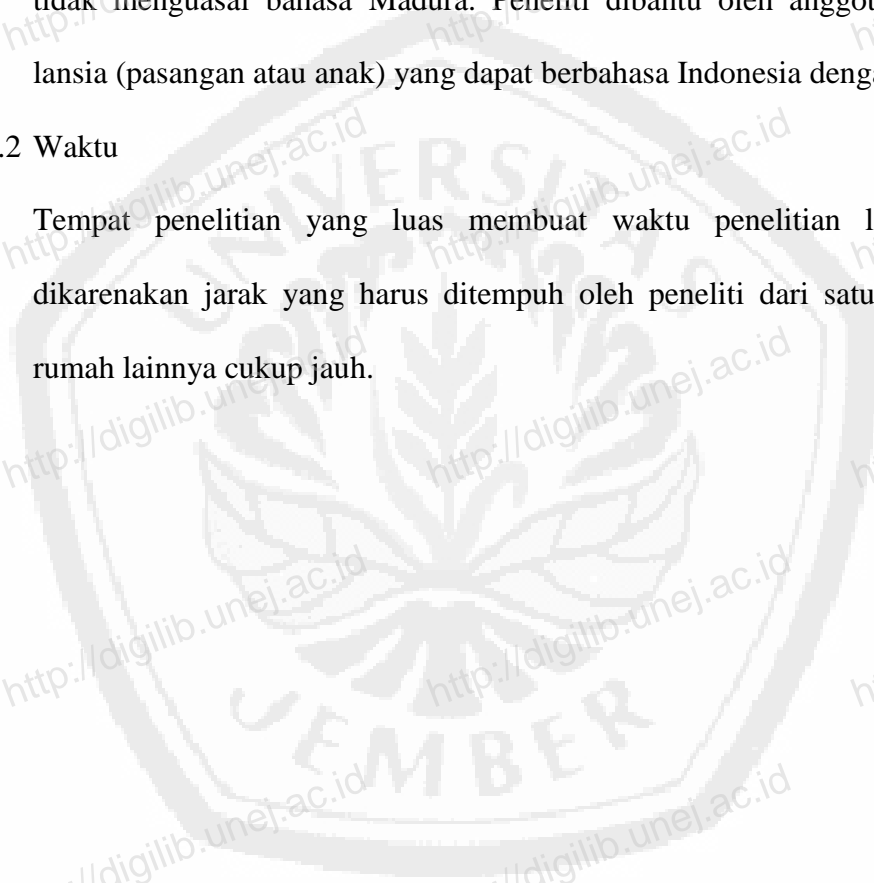
Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan, yaitu:

#### 5.3.1 Bahasa

Beberapa lansia tidak dapat berbahasa Indonesia dengan baik, bahasa yang mereka gunakan saat proses wawancara adalah bahasa Madura. Peneliti tidak menguasai bahasa Madura. Peneliti dibantu oleh anggota keluarga lansia (pasangan atau anak) yang dapat berbahasa Indonesia dengan baik.

#### 5.3.2 Waktu

Tempat penelitian yang luas membuat waktu penelitian lebih lama dikarenakan jarak yang harus ditempuh oleh peneliti dari satu rumah ke rumah lainnya cukup jauh.





## BAB 6. SIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari hasil penelitian dan pembahasan tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember yang dilakukan pada tanggal 3–15 Mei 2012 adalah sebagai berikut:

- a. usia lansia sebesar 61,2% dari kelompok lansia dini (55-64 tahun); respon terhadap penyakit lansia sebesar 61,2% termasuk dalam kategori sakit; tingkat depresi lansia sebesar 53,1% termasuk dalam kategori depresi ringan; tingkat kecemasan lansia sebesar 61,2% termasuk dalam kategori tidak cemas; lingkungan fisik lansia merata pada setiap kategori (lingkungan fisik baik 51% dan lingkungan fisik kurang 49%); gaya hidup lansia sebesar 57,1% termasuk dalam kategori gaya hidup baik;
- b. rata-rata kualitas tidur yang buruk pada lansia adalah 9,88;
- c. tidak ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia dini, lansia, dan lansia resiko tinggi ( $p\ value = 0,506$ );
- d. ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak sakit dengan lansia yang sakit ( $p\ value = 0,0005$ );
- e. ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak depresi dengan lansia yang depresi ringan ( $p\ value = 0,0005$ );

- f. ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang tidak cemas dengan lansia yang cemas ( $p \text{ value} = 0,0005$ );
- g. ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang lingkungan fisiknya baik dengan lansia yang lingkungan fisiknya kurang ( $p \text{ value} = 0,001$ );
- h. ada perbedaan rata-rata kualitas tidur yang buruk antara lansia yang gaya hidupnya baik dengan lansia yang gaya hidupnya buruk ( $p \text{ value} = 0,0005$ ).

## 6.2 Saran

Saran yang dapat diberikan adalah sebagai berikut:

### a. Bagi Instansi Pendidikan

Instansi pendidikan sebaiknya dapat mengembangkan keilmuannya secara mendalam terkait dengan intervensi depresi dan kecemasan sehingga dapat menurunkan kejadian depresi maupun cemas yang pada akhirnya dapat menurunkan nilai kualitas tidur yang buruk pada lansia. Berbagai penelitian untuk meningkatkan kualitas tidur lansia terutama melalui penanganan berbagai faktor yang mempengaruhinya dapat dilakukan.

### b. Bagi Instansi pelayanan Kesehatan

#### 1) Bagi Dinas Kesehatan

Pengkajian kualitas tidur pada lansia sebaiknya dapat dimasukkan dalam kartu menuju sehat (KMS) lansia sehingga permasalahan gangguan tidur pada lansia dapat diketahui dan ditangani lebih dini.

## 2) Bagi Puskesmas Jenggawah

Petugas kesehatan sebaiknya lebih memaksimalkan kegiatan posyandu lansia di Desa Wonojati. Kegiatan posyandu lansia sebaiknya dapat dilakukan satu bulan sekali. Petugas kesehatan juga sebaiknya melakukan penilaian terhadap kualitas tidur lansia pada saat kegiatan posyandu dilakukan. Petugas kesehatan juga sebaiknya dapat meningkatkan kualitas tidur pada lansia yang teridentifikasi memiliki kualitas tidur yang buruk. Hal ini dapat dilakukan melalui pendekatan pada lansia maupun keluarga untuk selalu menjaga kondisi kesehatan fisik dan mental, pemberdayaan lingkungan fisik kamar tidur yang baik, serta gaya hidup yang sehat.

### c. Bagi Keperawatan

Perawat harus mampu melakukan asuhan keperawatan secara tepat, agar lansia dengan kualitas tidur yang buruk dapat mempertahankan kualitas tidur terbaiknya dengan melakukan penatalaksanaan gangguan tidur pada lansia yang mencakup pencegahan primer, sekunder, maupun tersier.

### d. Bagi Masyarakat

Lansia sebaiknya dapat mempertahankan kondisi kesehatan fisik dan mental yang baik, serta gaya hidup yang sehat. Lansia juga sebaiknya dapat menerapkan latihan relaksasi otot progresif untuk meningkatkan kualitas tidur dan menurunkan depresi maupun kecemasan. Dukungan keluarga yang meliputi dukungan instrumental, informasi, emosional, dan penilaian sebaiknya dapat lebih ditingkatkan. Anggota keluarga lansia dan masyarakat

sekitar hendaknya meningkatkan dukungannya terhadap lansia agar lansia berada pada kualitas tidur terbaiknya, misalnya dengan mengingatkan lansia untuk mempertahankan gaya hidup yang sehat seperti mengurangi kebiasaan merokok dan minum kopi yang berlebihan setiap harinya dan mengingatkan lansia untuk rutin memeriksakan kondisi kesehatannya di posyandu lansia dan pelayanan kesehatan lainnya. Hal penting lainnya yang sebaiknya dilakukan oleh keluarga yaitu meningkatkan kedekatan emosional dengan lansia sehingga kejadian cemas dan depresi pada lansia dapat diatasi.

e. Bagi Peneliti

Penelitian faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas tidur yang buruk pada lansia ini dilakukan pada lansia yang tinggal di rumah sehingga perlu adanya penelitian lebih lanjut pada lansia yang tinggal di institusi. Perbedaan tempat penelitian, dalam hal ini lansia yang tinggal di rumah dan lansia yang tinggal di institusi, dapat menghasilkan hasil penelitian yang mungkin jauh berbeda. Peneliti juga menyarankan pada penelitian selanjutnya untuk melakukan analisa data secara multivariat agar dapat diketahui faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas tidur yang buruk pada lansia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adriyani, Markumah. 2008. Hubungan Tingkat Depresi dengan Kejadian Insomnia pada Lansia di Panti Wredha Budhi Darma Yogyakarta [serial online]. <http://www.library.upnvj.ac.id/pdf/2s1keperawatan/0810712019/bab6.pdf> [3 Maret 2012].
- Amir, Nurmiati. 2007. Gangguan Tidur pada Lanjut Usia: Diagnosis dan Penatalaksanaan. *Cermin Dunia Kedokteran No. 157* [serial online]. [http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/157\\_09GangguanTidurpdLansia.pdf/157\\_09GangguanTidurpdLansia.pdf](http://www.kalbe.co.id/files/cdk/files/157_09GangguanTidurpdLansia.pdf/157_09GangguanTidurpdLansia.pdf) [23 Februari 2012].
- Anderson, E.T., & McFarlane J. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Komunitas Teori dan Praktik. Edisi Ketiga*. Jakarta: EGC.
- Araujo & Ceolim. 2010. Sleep quality of elders living in long-term care institutions [serial online]. [http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n3/en\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n3/en_10.pdf) [2 Maret 2012].
- Arikunto, Suharsimi. 2006. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Asmadi. 2006. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Azizah, Lilik M. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Badan Pusat Statistik. 2010. *Kabupaten Jember dalam Angka. Jember in Figures 2010*. Jember: BPS.
- Brockopp & Tolsma. 2000. *Dasar-Dasar Riset Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H., Berman S.R., dan Kupfer D.J. 1988. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatri Research*, 28, 193-213 [serial online]. <http://xa.yimg.com/kq/groups/20795556/421574977/name/psqi+article.pdf> [2 Maret 2012].
- Chandra, Budiman. 2008. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: EGC.

- Departemen Agama Republik Indonesia. 2009. *Al Qur'an dan Terjemahannya*. Semarang: PT Kumudasmoro Grafindo.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Jember. 2010. *Profil Kesehatan Kabupaten Jember*. Jember: Dinas Kesehatan.
- Dinges, David F. 2011. Sleep. *Journal of sleep and sleep disorders research*. Volume 34, 2011. Minnesota: Associated professional sleep societies.
- Efendi, Ferry & Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktek dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika [serial online]. <http://books.google.co.id/books?id=LKpz4vwQyT8C&printsec=frontcover&hl=id#v=onepage&q&f=false> [27 Mei 2012].
- Erliana, Erna. 2008. Perbedaan Tingkat Insomnia Lansia Sebelum dan Sesudah Latihan Relaksasi Otot Progresif (*Progressive Muscle Relaxation*) di BPSTW Ciparay Bandung [serial online]. [http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2009/07/perbedaan\\_tingkat\\_insomnia\\_lansia.pdf](http://pustaka.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2009/07/perbedaan_tingkat_insomnia_lansia.pdf). [2 Maret 2012].
- Eser, Khorsid, Cinar. 2007. Sleep Quality of Older Adults in Nursing Homes in Turkey: Enhancing the quality of sleep improves quality of life. *Journal of Gerontological Nursing*.
- Galea, Mellisa. 2008. Subjective sleep quality in elderly: relationship to anxiety, depressed mood, sleep beliefs, quality of life, and hypnotic use [serial online]. <http://vuir.vu.edu.au/1520/1/Galea.pdf> [1 Maret 2012].
- Galimi, R. 2010. Insomnia in the elderly: an update and future challenges [serial online]. <http://www.sigg.it/public/doc/GIORNALEART/1325.pdf> [12 April 2012].
- Guyton & Hall. 2007. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Haines, C. 2005. Sleep disorder : sleep and depression. *The National Sleep Foundation Journal* [serial online]. <http://www.webmed.com/December2005.AmericanAcademyofFamilyPhysicians>. [2 Maret 2012].
- Hamid, Almisar. 2007. Penduduk Lanjut Usia di Indonesia dan Masalah Kesejahteraannya [serial online]. <http://www.depsos.go.id/modules.php?name=News&file=print&sid=522>. [1 Maret 2012].

- Handayani, Sri. 2009. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Tingkat Kecemasan pada Lanjut Usia (Umur 60 – 74 tahun) di Panti Wredha Rindag Asih Ungaran* [serial online]. <http://eprints.undip.ac.id/9479/> [27 Mei 2012].
- Hastono, P. Sutanto. 2007. *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Henkel, G. 2003. Sleep disorder in long-term care. *Caring For The Ages*, Vol. 4 No.1, p.6-20 [serial online]. <http://www.amda.com.caring.january2003.sleepdisorder> [2 Maret 2012].
- Hidayati, Delifiani. 2010. *Hubungan Pengetahuan Ibu tentang Pelayanan Kesehatan dengan Pola Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Kelurahan Gemolong Kecamatan Gemolong Kabupaten Sragen*. Skripsi [serial online]. <http://etd.eprints.ums.ac.id/9534/2/J310050038.pdf> [28 Mei 2012].
- Kawada, Tomoyuki. 2011. Noise and Health-Sleep Disturbances in Adults. *J Occup Health* 2011; 53:413-416 [serial online]. [http://joh.sanei.or.jp/pdf/E53/E53\\_6\\_01.pdf](http://joh.sanei.or.jp/pdf/E53/E53_6_01.pdf) [8 Juni 2012].
- Kementerian Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat. 2011. Prof Haryono: Lansia Perlu Perhatian [serial online]. <http://www.menkokesra.go.id/content/prof-haryono-lansia-perlu-perhatian> [29 Februari 2012].
- Ke-Hsien Chueh. 2009. Poor sleep quality and alcohol use problems among elderly Taiwanese aboriginal women. *International Psychogeriatrics (2009)*, 21:3, 593–599 [serial online]. <http://edoc.ypu.edu.tw:8080/paper/nurse/Other/Poor%20sleep%20quality%20and%20alcohol%20use%20problems%20among.pdf> [2 Maret 2012].
- Kozier, Barbara. 2008. *Fundamentals of Nursing: concepts, process, and practice*. New Jersey: Berman Audrey.
- Kuntjoro. 2002. Depresi pada Lanjut Usia [serial online]. <http://www.e-psikologi.com> [2 Maret 2012].
- Kurniasih, Agustina. 2008. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku merokok siswa SLTP di Bekasi tahun 2008* [serial online]. <http://www.lontar.ui.ac.id/file?file=digital/123594-S-5354-Perilaku%20merokok-Analisis.pdf> [27 Mei 2012].
- Maas, L. Meridean. 2011. *Asuhan Keperawatan Geriatrik: Diagnosis NANDA, Kriteria Hasil NOC, & Intervensi NIC*. Jakarta: EGC.

- Magee & Carmin. 2012. *The relationship between sleep and anxiety in older adults* [serial online]. <http://www.springerlink.com/content/n853348341911110/> [12 April 2012].
- Maryam, R.S., Ekasari M.F., Rosidawati, Jubaedi A., dan Batubara I. 2008. *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya* [serial online]. <http://books.google.co.id/books?id=jxpDEZ27dnwC&pg=PA69&dq=dukungan+keluarga+pada+lansia+dengan+kecemasan&hl=id&sa=X&ei=XfBT9eOKcSGrAe3tYHjCQ&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=dukungan%20keluarga%20pada%20lansia%20dengan%20kecemasan&f=false> [27 Mei 2012].
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nugroho. 2000. *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Nurhidayah, Lukman, dan Rakhmawati. 2007. Hubungan antara Karakteristik Lingkungan Rumah dengan Kejadian *Tuberculosis* (tb) pada Anak di Kecamatan Paseh Kabupaten Sumedang [serial online]. [http://resources.unpad.ac.id/unpadcontent/uploads/publikasi\\_dosen/MAKALAH%0TUBERKULOSIS-IKEU.pdf](http://resources.unpad.ac.id/unpadcontent/uploads/publikasi_dosen/MAKALAH%0TUBERKULOSIS-IKEU.pdf) [2 Maret 2012].
- Pangastuti, Nur Indah. 2008. Latihan Renang untuk Lansia [serial online]. [http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/198304222009122008/renang\\_manula.pdf](http://staff.uny.ac.id/sites/default/files/198304222009122008/renang_manula.pdf) [20 Maret 2012].
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Prayitno, A. 2002. Gangguan pola tidur pada kelompok usia lanjut dan penatalaksanaannya. *Jurnal Kedokteran Trisakti*, Vol. 21 No. 1 [serial online]. <http://www.univmed.org/wp-content/uploads/2011/02/Prayitno.pdf> [2 Maret 2012].
- Promkes Dinkes Kepri. 2010. *Gaya Hidup Sehat* [serial online]. <http://www.dinkesprovkepri.org/component/content/article/3-artikel-kesehatan/31-gaya-hidup-sehat> [27 Mei 2012].
- Putra, Sitiatava Rizema. 2011. *Tips Sehat dengan Pola Tidur Tepat dan Cerdas*. Yogyakarta: Buku Biru.



- Rasyad, Rasrinam. 2009. *Tidur Berkualitas Penting untuk Otak*. <http://www.dukonbesar.com/2009/07/tidur-berkualitas-penting-untuk-otak.html>. [8 April 2012].
- Riwidikdo, Handoko. 2007. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: Mitra Cendika.
- Rofiqoh. 2010. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas tidur pada pasien CRF di unit pelayanan hemodialisa RS PKI Muhammadiyah Gombong [serial online]. [http://digilib.stikesmuhgombong.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jts\\_tikesmuhgo-gdl-sitiarirof-736](http://digilib.stikesmuhgombong.ac.id/gdl.php?mod=browse&op=read&id=jts_tikesmuhgo-gdl-sitiarirof-736) [2 Maret 2012].
- Roland, Ngang. 2011. Sleep disturbance among elderly people in nursing home: A nonpharmacological approach. *Human Ageing and Elderly Services* [serial online]. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36268/Thesis.pdf?sequence=3> [2 Maret 2012].
- Sagala, V. P. 2011. Kualitas Tidur dan Faktor-faktor Gangguan Tidur [serial online]. <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/27941/4/Chapter%20II.pdf> [27 Mei 2012].
- Saryono & Widiyanti, A.T. 2010. *Catatan Kuliah Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sastroasmoro & Ismael. 2008. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis. Edisi Ketiga*. Jakarta: Sagung Seto.
- Sekine, Chandola, Martikainen. 2005. Explaining social inequalities in health by sleep: the Japanese civil servants study. *Journal of Public Health, Vol. 28 No. 1 pp. 63-70* [serial online]. <http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/28/1/63.full.pdf> [5 April 2012].
- Simonson, Bergeron, Crecelius, Maguire, Osterweil, Spivack, Stwalley, dan Zee. 2007. Improving sleep management in elderly: a guide to the management of insomnia in long-term care. *Annals of Long Term Care: Clinical Care and Aging* 2007;15(12;suppl 1):1-16 [serial online]. [http://www.annalsoflongtermcare.com/attachments/12\\_07\\_Takeda\\_ALTC12\\_SuppFinalV2.pdf](http://www.annalsoflongtermcare.com/attachments/12_07_Takeda_ALTC12_SuppFinalV2.pdf) [2 Maret 2012].
- Sinoff, Ore, Zlotogorsky, dan Tamir. 1999. Short Anxiety Screening Test-a brief instrument for detecting anxiety in the elderly. *Department of Geriatric* [serial online]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10607974> [10 Maret 2012].

- Smyth, Carole. 2012. The Pittsburgh Sleep Quality Index. *The Hartford Institute for Geriatric Nursing, New York University* [serial online]. [http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try\\_this\\_6\\_1.pdf](http://consultgerirn.org/uploads/File/trythis/try_this_6_1.pdf) [4 April 2012].
- Stanley, Mickey & Beare, P.G. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Stuart, Gail W. 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Sumedi, Wahyudi, Kuswati. 2010. *Pengaruh Senam Lansia terhadap Penurunan Skala Insomnia pada Lansia di Panti Wredha Dewanata Cilacap*. *Jurnal Keperawatan Soedirman*, Volume 5, No. 1, Maret 2010.
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Teguh, M. 2009. *Life Changer Menjadi Pengubah Hidup*. Jakarta: Mario Teguh Publishing House.
- Thompson K. E & Franklin C.L. 2010. *The Post-traumatic Insomnia Workbook: a step by step program for overcoming sleep problems after trauma*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Vitiello, Michael V. 2006. Sleep in Normal Aging. *Sleep Medicine Clinics*, 171-176 [serial online]. <http://faculty.washington.edu/vitiello/Recent%20Publications/Vitiello%20Sleep%20Normal%20Aging.pdf> [2 Maret 2012].
- Vitiello, Larsen, Moe. 2004. Age-related sleep change: Gender and estrogen effects on the subjective-objective sleep quality relationships of healthy, noncomplaining older men and women [serial online]. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15172206> [15 April 2012].
- Wahyuningsih. 2011. *Ini Dia 5 Provinsi dengan Jumlah Lansia Paling Banyak* [serial online]. <http://health.detik.com/read/2011/12/06/170435/1784303/763/ini-dia-5-provinsi-dengan-jumlah-lansia-paling-banyak> [2 Maret 2012].
- Wikipedia. 2012. *Kafeina* [serial online]. <http://id.wikipedia.org/wiki/Kafeina> [27 Mei 2012].
- Yunita, Nalindra Prima. 2010. *Pusat Pelayanan Lanjut Usia di Jember*. Tugas Akhir. Surabaya: Fakultas Teknik Sipil dan Perencanaan Universitas Pembangunan Nasional Veteran.



# LAMPIRAN

## Lampiran A. Lembar Permohonan

### PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Bapak/Ibu di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember yang terhormat, Saya selaku mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. Saya akan melakukan penelitian dengan judul: **“Faktor–Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember”**. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi faktor–faktor yang berhubungan dengan kualitas tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember. Untuk keperluan di atas, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk bersedia menjadi responden dan bersedia berpartisipasi aktif dalam kegiatan penelitian ini untuk diwawancarai tanpa ada tekanan dari pihak lain dengan sejujur–jujurnya sesuai dengan kebutuhan penelitian. Kami menjamin kerahasiaan identitas dan hasil wawancara dari Bapak/Ibu. Untuk itu kami tidak akan mencantumkan nama Bapak/Ibu. Informasi yang Bapak/Ibu berikan akan dipergunakan sebagai wacana dalam mengembangkan keilmuan dan profesi kesehatan khususnya keperawatan gerontik dan tidak akan dipergunakan untuk kepentingan lain.

Sebagai bukti kesediaan Bapak/Ibu menjadi responden dalam penelitian ini, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menandatangani persetujuan yang telah kami sediakan. Partisipasi Bapak/Ibu/ dalam penelitian ini sangat saya hargai dan atas perhatian serta kerja samanya saya ucapkan terima kasih.

Jember, Mei 2012

Hormat saya,

Irwina Angelia S.

## Lampiran B. Lembar Persetujuan

### PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, atas nama sendiri menyatakan setuju/bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian dalam peneltian yang berjudul **“Faktor–Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember”**, yang dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Atas dasar pemikiran bahwa penelitian ini dilakukan untuk pengembangan profesi dan keilmuan kesehatan khususnya keperawatan gerontik, maka saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini sebagai responden. Tanda tangan dibawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi penjelasan dan menyatakan setuju/bersedia menjadi responden dan akan berpartisipasi secara aktif dalam kegiatan penelitian tersebut.

Jember, Mei 2012

Responden,

(.....)

**Lampiran C. Kuesioner Penelitian****Kode Responden:****KARAKTERISTIK RESPONDEN****Petunjuk Pengisian:**

1. Beritahukan pada responden untuk memilih jawaban yang sesuai dengan keadaan responden.
2. Berilah tanda (  $\checkmark$  ) pada kolom yang sesuai dengan jawaban responden.

a. Umur :

 55 – 64 tahun 65 – 70 tahun > 70 tahun

b. Jenis kelamin :

 laki-laki perempuan

## KUESIONER 1

### Petunjuk Pengisian:

1. Beritahukan pada responden bahwa pertanyaan-pertanyaan dibawah ini berhubungan dengan kebiasaan tidur responden selama satu bulan terakhir.
2. Beritahukan pada responden bahwa jawaban yang responden berikan harus menunjukkan jawaban yang paling tepat pada sebagian besar kejadian di siang dan malam hari dalam satu bulan terakhir.

### Pertanyaan:

1. Selama satu bulan terakhir, kapan (jam berapa) biasanya Anda pergi tidur di malam hari?  
.....
2. Selama satu bulan terakhir, berapa lama (dalam menit) yang biasanya Anda butuhkan untuk mulai tertidur setiap malamnya?  
.....
3. Selama satu bulan terakhir, kapan (jam berapa) biasanya Anda bangun tidur di pagi hari?  
.....
4. Selama satu bulan terakhir, berapa jam lamanya waktu tidur Anda di malam hari? (Hal ini mungkin berbeda dengan jumlah jam yang Anda habiskan di tempat tidur)  
.....

Untuk setiap pertanyaan di bawah ini, pilih jawaban yang paling tepat. Silahkan menjawab seluruh pertanyaan di bawah ini.

5. Selama satu bulan terakhir, seberapa sering Anda mengalami masalah dalam tidur karena Anda ...
  - a. tidak dapat tidur dalam waktu 30 menit  
 tidak selama satu bulan terakhir  
 kurang dari sekali seminggu  
 sekali atau dua kali seminggu

- tiga kali atau lebih dalam seminggu
- b. terbangun di tengah malam atau dini hari
- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu
- c. harus bangun untuk pergi ke kamar mandi
- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu
- d. tidak dapat bernapas dengan nyaman
- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu
- e. batuk atau mendengkur dengan keras
- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu
- f. merasa terlalu dingin
- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu
- g. merasa terlalu panas
- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu



h. mengalami mimpi buruk

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

i. mengalami nyeri

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

j. jika terdapat alasan lain, dapat dijelaskan .....

.....

Selama satu bulan terakhir, seberapa sering Anda mengalami masalah dalam tidur karena hal tersebut?

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

6. Selama satu bulan terakhir, bagaimana Anda menilai kualitas tidur Anda secara keseluruhan?

- sangat baik
- cukup baik
- cukup buruk
- sangat buruk

7. Selama satu bulan terakhir, seberapa sering Anda minum obat untuk membantu Anda tidur?

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

8. Selama satu bulan terakhir, seberapa sering Anda mengalami kesulitan untuk tetap terjaga ketika mengemudikan kendaraan, makan, atau terlibat dalam kegiatan sosial?

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

9. Selama satu bulan terakhir, berapa banyak masalah yang Anda hadapi?

- tidak ada masalah sama sekali
- sangat sedikit masalah
- sedikit masalah
- masalah yang sangat besar

10. Apakah Anda memiliki teman sekamar?

- tidak memiliki teman sekamar
- teman sekamar di kamar yang berbeda
- teman sekamar dalam kamar yang sama, namun berbeda tempat tidur
- teman sekamar dalam tempat tidur yang sama

Jika Anda memiliki teman sekamar, tanyakan pada teman sekamar Anda seberapa sering Anda mengalami hal berikut ini selama satu bulan terakhir

a. Mendengkur dengan keras

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

b. Jeda panjang antara napas saat tidur

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

c. Kaki berkedut atau menyentak saat Anda tidur

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

d. Episode disorientasi atau kebingungan selama tidur

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

e. Kegelisahan lain saat Anda tidur, silahkan dijelaskan .....

- tidak selama satu bulan terakhir
- kurang dari sekali seminggu
- sekali atau dua kali seminggu
- tiga kali atau lebih dalam seminggu

(Sumber: Buysse et al, 1988 dalam Adriyani, 2008)

## KUESIONER 2

### Petunjuk Pengisian:

1. Beritahukan pada responden tentang penggunaan istilah dibawah ini, yaitu:

Selalu : hal rutin yang dialami setiap hari

Sering : hal yang rutin dialami tetapi kadang terlewatkan

Jarang : hal yang pernah dialami tetapi lebih banyak dilewatkan

Tidak pernah : hal yang tidak pernah dialami sama sekali

2. Berilah tanda cek (√) pada kolom jawaban yang tersedia sesuai dengan jawaban responden.

### 1. Respon terhadap penyakit

No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1.	Apakah Anda dapat bernapas dengan nyaman selama tidur?				
2.	Apakah napas Anda terengah-engah?				
3.	Apakah Anda membutuhkan 2 atau lebih bantal untuk membantu Anda tidur?				
4.	Apakah Anda merasakan nyeri tenggorokan sebelum tidur?				
5.	Apakah Anda merasa pusing di malam hari?				
6.	Apakah Anda dapat tidur nyenyak tanpa merasakan nyeri dada?				
7.	Apakah tidur Anda nyenyak tanpa keinginan BAK di malam hari?				
8.	Apakah tidur Anda nyenyak tanpa merasakan nyeri sendi?				
9.	Apakah kram pada kaki mengganggu tidur Anda?				
10.	Apakah perasaan sakit di perut mengganggu tidur Anda?				
<b>Total</b>					

(Sumber: Potter & Perry (2005) yang dimodifikasi oleh peneliti)

## 2. Tingkat Depresi

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah bapak/ibu sekarang ini merasa puas dengan kehidupannya?		
2.	Apakah bapak/ibu telah meninggalkan banyak kegiatan atau kesenangan akhir-akhir ini?		
3.	Apakah bapak/ibu sering merasa hampa/kosong di dalam hidup ini?		
4.	Apakah bapak/ibu sering merasa bosan?		
5.	Apakah bapak/ibu merasa mempunyai harapan yang baik di masa depan?		
6.	Apakah bapak/ibu mempunyai pikiran jelek yang mengganggu terus menerus?		
7.	Apakah bapak/ibu memiliki semangat yang baik setiap saat?		
8.	Apakah bapak/ibu takut bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?		
9.	Apakah bapak/ibu merasa bahagia sebagian besar waktu?		
10.	Apakah bapak/ibu sering merasa tidak mampu berbuat apa-apa?		
11.	Apakah bapak/ibu sering merasa resah dan gelisah?		
12.	Apakah bapak/ibu lebih senang tinggal dirumah daripada keluar dan menjalankan sesuatu?		
13.	Apakah bapak/ibu sering merasa khawatir tentang masa depan?		
14.	Apakah bapak/ibu akhir-akhir ini sering pelupa?		
15.	Apakah bapak/ibu pikir bahwa hidup bapak/ibu sekarang ini menyenangkan?		
16.	Apakah bapak/ibu sering merasa sedih dan putus asa?		
17.	Apakah bapak/ibu merasa tidak berharga akhir-akhir ini?		
18.	Apakah bapak/ibu sering merasa khawatir tentang masa lalu?		
19.	Apakah bapak/ibu merasa hidup ini		

	menggembirakan?		
20.	Apakah sulit bagi bapak/ibu untuk memulai kegiatan yang baru?		
21.	Apakah bapak/ibu merasa penuh semangat?		
22.	Apakah bapak/ibu merasa situasi sekarang ini tidak ada harapan?		
23.	Apakah bapak/ibu berpikir bahwa orang lain lebih baik keadaannya daripada bapak/ibu?		
24.	Apakah bapak/ibu sering marah karena hal-hal yang sepele?		
25.	Apakah bapak/ibu sering merasa ingin menangis?		
26.	Apakah bapak/ibu sulit berkonsentrasi?		
27.	Apakah bapak/ibu merasa senang waktu bangun tidur di pagi hari?		
28.	Apakah bapak/ibu tidak suka berkumpul di pertemuan sosial?		
29.	Apakah mudah bagi bapak/ibu membuat suatu keputusan?		
30.	Apakah pikiran bapak/ibu masih tetap mudah dalam memikirkan sesuatu seperti dulu?		
<b>Total</b>			

(Sumber: Yesavage, 1983 dalam Azizah, 2011)

### 3. Tingkat Kecemasan

No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1.	Apakah Anda merasakan ketegangan?				
2.	Apakah Anda merasa bahwa sesuatu yang mengerikan akan terjadi?				
3.	Apakah ada hal yang Anda khawatirkan tentang keadaan Anda saat ini?				
4.	Apakah Anda merasa bahwa Anda memiliki kendali atas hidup Anda sendiri?				

5.	Apakah Anda merasa rileks atau santai?				
6.	Apakah Anda menderita sakit punggung, sakit leher, sakit kepala?				
7.	Apakah Anda berkeringat banyak dan mengalami perasaan berdebar-debar?				
8.	Apakah Anda sedang marah?				
9.	Apakah Anda dapat tidur nyenyak pada malam hari?				
10.	Apakah Anda menderita pusing bahkan hingga pingsan?				
<b>Total</b>					

(Sumber: Sinoff G. et al, 1999)

#### 4. Lingkungan Fisik

No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1.	Apakah Anda merasa kedinginan saat tidur dan membuat Anda terbangun?				
2.	Apakah Anda merasa kepanasan saat tidur dan membuat Anda terbangun?				
3.	Apakah kebisingan mengganggu tidur Anda?				
4.	Apakah kamar tidur Anda sunyi senyap di malam hari?				
5.	Apakah Anda merasa nyaman tidur di tempat tidur Anda?				
6.	Apakah Anda sulit tidur karena lampu kamar yang silau?				
7.	Apakah kamar tidur Anda bersih dan nyaman?				
<b>Total</b>					

(Sumber: Potter & Perry (2005) yang dimodifikasi oleh peneliti)

### 5. Gaya Hidup

No.	Pertanyaan	Selalu	Sering	Jarang	Tidak Pernah
1.	Apakah Anda merasa nyaman dengan menghindari penggunaan alkohol?				
2.	Apakah Anda mengkonsumsi rokok setiap hari?				
3.	Apakah setiap harinya Anda menghabiskan 1 pak rokok?				
4.	Apakah merokok bukan kebiasaan Anda?				
5.	Apakah menjauhi penggunaan kafein (teh, kopi) dimalam hari adalah hal wajib bagi Anda?				
6.	Apakah Anda membutuhkan penggunaan obat-obatan untuk dapat tidur nyenyak di malam hari?				
7.	Apakah Anda menghabiskan lebih dari satu porsi dalam makan malam?				
<b>Total</b>					

(Sumber: Potter & Perry (2005); Maas (2011) yang dimodifikasi oleh peneliti)



### Lampiran D. Rekapitulasi Data

#### REKAPITULASI DATA RESPONDEN

Kode Responden	Kualitas Tidur Buruk	Usia	Respon terhadap penyakit	Tingkat Depresi	Tingkat Kecemasan	Lingkungan Fisik	Gaya Hidup
1	9	0	1	1	0	0	0
2	10	2	1	0	0	0	0
3	11	0	1	1	0	0	1
4	13	0	1	1	1	1	1
5	8	0	0	0	0	0	0
6	14	1	1	1	1	1	1
7	7	0	0	0	0	0	0
8	8	1	0	0	0	0	0
9	10	0	1	0	0	0	0
10	10	0	1	1	1	0	0
11	11	2	1	1	0	1	1
12	8	1	0	0	1	1	0
13	11	2	1	1	0	0	0
14	12	0	1	1	1	1	1
15	14	0	1	1	1	1	1
16	10	0	0	0	0	1	0
17	9	0	1	0	0	0	1
18	6	0	1	1	0	1	0
20	8	2	0	0	0	0	0
21	8	2	1	0	0	1	0
22	8	0	0	1	0	1	0
24	10	2	1	1	0	1	1
25	11	0	1	0	1	0	1
27	6	0	0	0	0	0	0
28	8	0	1	0	0	1	0
30	7	0	0	0	0	0	0
31	6	0	0	0	0	0	0
32	6	0	0	0	0	0	0

33	9	1	0	1	0	1	0
35	11	1	1	0	1	0	1
38	7	0	0	0	0	0	0
40	10	0	0	1	0	1	0
41	7	0	0	0	1	0	0
42	6	2	1	1	1	1	1
44	9	2	1	1	0	1	0
45	12	2	1	1	1	1	1
46	7	2	0	0	0	0	0
47	6	2	1	1	1	0	1
48	13	0	1	1	1	1	1
50	15	0	1	1	1	1	1
51	6	0	0	0	0	0	0
55	11	0	1	1	1	1	1
58	12	0	1	1	1	0	1
61	12	2	1	1	1	1	1
63	8	0	0	1	0	0	0
64	11	0	1	1	0	1	1
65	8	0	0	0	1	1	0
67	12	1	1	1	1	1	1
68	6	1	1	0	0	0	1

**Keterangan:**

Usia	:	0 = Lansia Dini	1 = Lansia	2 = Lansia Resiko Tinggi
Respon terhadap Penyakit	:	0 = Tidak Sakit	1 = Sakit	
Tingkat Depresi	:	0 = Tidak Depresi	1 = Depresi ringan	2 = Depresi Sedang atau Berat
Tingkat Kecemasan	:	0 = Tidak Cemas	1 = Cemas	
Lingkungan Fisik	:	0 = Baik	1 = Kurang	
Gaya Hidup	:	0 = Baik	1 = Buruk	

**Lampiran E. Dokumentasi Penelitian****DOKUMENTASI PENELITIAN**

Gambar 1. Kegiatan penandatanganan lembar *Informed Consent* oleh Bpk. Km tanggal 14 Mei 2012 Dusun Krajan Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember



Gambar 2. Kegiatan penandatanganan lembar *Informed Consent* oleh Ibu Ksh tanggal 7 Mei 2012 Dusun Timur Gunung Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember



**Gambar 3. Kegiatan pengisian kuesioner oleh peneliti berdasarkan jawaban Ibu Yn dalam wawancara tanggal 4 Mei 2012 Dusun Bringin Lawang Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember**



**Gambar 4. Kegiatan pengisian kuesioner oleh peneliti berdasarkan jawaban Ibu Sar dalam wawancara tanggal 9 Mei 2012 Dusun Pondoklalang Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember**

**Lampiran F. Surat Ijin Penelitian**

KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : **472** /UN25.1.14/PS.8/2012  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Study Pendahuluan

Yth. Kepala  
Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas  
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Irwina Angelia Silvanasari  
N I M : 082310101052  
keperluan : ijin study pendahuluan  
judul penelitian : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember  
lokasi : 1. Dinas Kesehatan Kabupaten Jember  
2. Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember  
waktu : satu bulan

mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



Ketua,  
Dr. Sujono Kardis, Sp.KJ  
NIP. 19490610 198203 1 001



Jember, 13 Maret 2012

Kepada :  
Yth. Sdr. Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Jember

Di -

**J E M B E R**

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/ IS/ 1314/2012

Tentang

**IJIN PENELITIAN**

Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No.15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah.  
2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember.

Memperhatikan : Surat dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember, Tanggal 12 Maret 2012, Nomor : 472/UN25.1.14/PS.8/2012

**MEREKOMENDASIKAN :**

Nama : **IRWINA ANGELIA SILVANASARI**  
NIM : 082310101052  
Prodi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember  
Keperluan : Melakukan Study Pendahuluan Tentang "**Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Tidur Yang Buruk Pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember**"  
Lokasi : Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember  
Waktu : 13 Maret s/d 30 April 2012

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan, tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud :

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Study Pendahuluan ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas Politik
3. Apabila situasi dan kondisi Wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian Kegiatan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Ditetapkan di : J e m b e r

Pada tanggal : 13 Maret 2012

**An. KEPALA BAKESBANGPOL DAN LINMAS**

**KABUPATEN JEMBER**

Sekretaris



Tembusan :

- Yth.Sdr. 1. Ketua Prodi Ilmu Keperawatan  
Universitas Jember  
2. Arsip



**.PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS KESEHATAN**

JL. Srikoyo I/03 Jember Telp. (0331) 487577 Fax (0331) 426624

e-mail : [sikdajember@yahoo.co.id](mailto:sikdajember@yahoo.co.id)

Jember, 16 Maret 2012

Nomor : 440 / 415 / 414 / 2012  
 Sifat : Penting  
 Lampiran : -  
 Perihal : Ijin Studi Pendahuluan

Kepada :  
 Yth. Sdr. Kepala Puskesmas Jenggawah  
 di  
**JEMBER**

Menindak lanjuti surat Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember Nomor : 072/157/314/2012, Tanggal 13 Maret 2012, Perihal Ijin Studi Pendahuluan, dengan ini harap saudara dapat memberikan data seperlunya kepada :

Nama : IRWINA ANGELIA SILVANASARI  
 N I M : 082310101052  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember  
 Fakultas : Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Jember  
 Keperluan : Melakukan Studi Pendahuluan Tentang " Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Nyenyak Pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah "  
 Waktu Pelaksanaan : 16 Maret 2012 s/d 16 April 2012

Sehubungan dengan hal tersebut pada prinsipnya kami tidak keberatan, dengan catatan untuk kepentingan ilmiah dan tidak untuk publikasi masyarakat/umum, Selanjutnya Saudara dapat memberi bimbingan dan arahan kepada yang bersangkutan.

Demikian dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**KEPALA DINAS KESEHATAN**  
**KABUPATEN JEMBER**  
**DINAS**  
**KESEHATAN**  
**dr. BAMBANG SUWARTONO, MM**  
 Kepala Tingkat I  
 NIP. 19570202 198211 1 002

Tembusan:  
 Yth. Sdr. Yang bersangkutan di Tempat



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
**UNIVERSITAS JEMBER**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN**  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax (0331) 323450 Jember

Nomor : 768/UN25.1.14/PS.8/2012  
Lampiran : -  
Perihal : Ijin Uji Validitas dan Reliabilitas

Yth. Kepala Desa Jenggawah  
Kecamatan Jenggawah  
Kabupaten Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember berikut :

nama : Irwina Angelia Silvanasari

N I M : 082310101052

judul penelitian : Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember

waktu : satu bulan

mohon yang bersangkutan diberikan ijin untuk melaksanakan uji validitas dan reliabilitas di Desa Jenggawah Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember.

Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.



*[Signature]*  
dr. Sujono Kardis, Sp.KJ  
NIP. 19490610 198203 1 001





KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
LEMBAGA PENELITIAN

Alamat : Jl. Kalimantan No. 37 Jember Telp. 0331-337818, 339385 Fax. 0331-337818  
e-Mail : penelitian.lemlit@unej.ac.id

Nomor : *ACA*/UN25.3.1/LT.5/2012  
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

03 Mei 2012

Yth. Kepala  
Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan  
Perlindungan Masyarakat  
Pemerintah Kabupaten Jember  
di,

JEMBER

Memperhatikan surat pengantar dari Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember Nomor : 791/UN25.1.14/PS.8/2012 tanggal 01 Mei 2012, perihal ijin penelitian mahasiswa :

Nama / NIM : Irwina Angelia Silvanasari / 08 – 1052  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Alamat : Jl. A. Yani No.12 Jember Tlp.(0331)757529  
Judul Penelitian : Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember  
Lokasi : - Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember  
- Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah Kabupaten Jember  
Lama Penelitian : satu bulan

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melakukan kegiatan penelitian sesuai dengan judul di atas.

Demikian atas kerjasama dan bantuan Saudara disampaikan terima kasih.



An. Ketua  
Sekretaris  
Drs. I Ketut Mastika, MM  
NIP. 195905071989031002

**Tembusan Kepada Yth :**

1. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember
2. Mahasiswa ybs
3. Arsip



CERTIFICATE NO : QMS/173



PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
**BADAN KESATUAN BANGSA POLITIK DAN LINMAS**

Jl. Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Jember, 03 Mei 2012

Kepada :

- Yth. Sdr. 1. Kepala Dinas Kesehatan  
 2. Camat Jenggawah  
 Kabupaten Jember

Di -

**JEMBER**

**SURAT REKOMENDASI**

Nomor : 072/ 379 /314/2012

Tentang

**IJIN PENELITIAN**

- Dasar : 1. Peraturan Daerah Kabupaten Jember No.15 Tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Perangkat Daerah.  
 2. Peraturan Bupati Jember Nomor 62 tahun 2008 tanggal 23 Desember 2008 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember.
- Memperhatikan : Surat dari Prodi Keperawatan Univ. Jember, Tgl 03 Mai 2012 Nomor : 464/UN.25.1.14/PS.8 /2012

**MEREKOMENDASIKAN :**

- Nama : **IRWINA ANGELIA SILVANASARI**  
 NIM : 08-1052  
 Jurusan/Prodi : Prodi Keperawatan Univ. Jember  
 Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember.  
 Keperluan : Melakukan Penelitian Tentang "Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kec. Jenggawah Kabupaten Jember".  
 Lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Jenggawah dan Desa Wonojati Kab. Jember  
 Waktu : 03 Mei s/d 30 Juni 2012

Apabila tidak mengganggu kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan, tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud :

Pelaksanaan Rekomendasi ini diberikan dengan ketentuan :

1. Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas Politik
3. Apabila situasi dan kondisi Wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian Kegiatan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Ditetapkan di : Jember

Pada tanggal : 03 Mei 2012

An. **KEPALA BAKESBANGPOL DAN LINMAS  
 KABUPATEN JEMBER**

Sekretaris

**Drs. EUDIARTO**  
 Pembina





**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER**  
**CAMAT JENGGAWAH**

Jl. Achmad Yani Nomor 01 Telp. (0331) 757328 Jenggawah - Jember (68171)

Jenggawah, 04 Mei 2012.

Nomor : 072/150/35.09.16/2012  
Sifat : Penting / Segera.  
Lampiran : -----  
Perihal : Ijin Penelitian.

**Kepada**

Yth. Sdr. 1. Kepala Desa WONOJATI.

di

**CANGKRING**

Dasar surat Kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Linmas Kabupaten Jember tanggal 03 Mei 2012 Nomor : 072/379/314/2012 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat diatas, maka dengan ini mohon dengan hormat agar dapatnya Saudara memfasilitasi permintaan data dan tempat yang dibutuhkan sesuai permintaan dalam rangka melakukan Penelitian :

**Kepada :**

Nama : **IRWINA ANGELIA SILVANASARI.**  
N I M : 08 – 1052.  
Jurusan/ Prodi : Ilmu Keperawatan Universitas Jember.  
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Jember.  
Keperluan : Melakukan Penelitian tentang : “ Faktor-Faktor yang berhubungan dengan Kualitas Tidur yang buruk pada lansia di Desa Wonojati, Kecamatan Jenggawah, Kabupaten Jember.  
Lokasi : di Desa Wonojati.  
Kecamatan Jenggawah, Kabupaten Jember,  
Waktu : Tanggal **03 Mei 2012 s/d 30 Juni 2012.**  
Catatan :

1. Ijin Penelitian ini benar-benar untuk kepentingan pendidikan.
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik.
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

CAMAT JENGGAWAH.



**BAMBANG SAPUTRO, SH. M.Si**

Pembina

NIP : 19740713 199311 1 003

**Tembusan**

- Yth. Sdr. 1. Ka. Bakesbangpol dan Linmas.  
Kabupaten Jember.  
2. Ketua Prodi Ilmu Keperawatan  
Universitas Jember.





PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER  
KECAMATAN JENGGAWAH  
**DESA WONOJATI**

Jl. Moh. Sa'id No. 66 Wonojati

SURAT - KETERANGAN

Honor: 120/89/350916.2002/2012

Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember, Menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

**N a m a** : IRWINA ANGELIA SILVANASARI  
**N I M** : 082310101052  
**Tempat/Tgl lahir** : Jember, 09 September 1990  
**Jenis Kelamin** : Perempuan  
**Pekerjaan** : Mahasiswi / Fakultas Ilmu Perawatan Universitas Jember.  
**A l a m a t** : Dsn. Bringin-lawang Desa Wonojati Kec. Jenggawah Kab. Jember.

Bahwa nama tersebut di atas benar-benar penduduk kami, yang berdomisili sebagaimana di alamat tersebut di atas. Menerangkan bahwa nama yang bersangkutan telah selesai melaksanakan Penelitian dengan Judul: Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kualitas tidur yang buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kec. Jenggawah Kab. Jember.

Demikian Surat Keterangan ini kami buat dengan sebenarnya, agar dapatnya dipergunakan sebagaimana mestinya.

Wonojati, 28 Mei 2012

Kepala Desa



**Lampiran G. Lembar Konsultasi****LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI****NAMA : Irwina Angelia Silvanasari****NIM : 082310101052****DPU : Ns. Anisah Ardiana, M. Kep.**

<b>No.</b>	<b>Tanggal</b>	<b>Topik dan Saran</b>	<b>Tanda Tangan</b>
1.	24 Februari 2012	Pengajuan fenomena dan judul	
2.	27 Februari 2012	Konsultasi topik penelitian: a. ACC judul b. Lanjutkan studi pendahuluan dan bab 1	
3.	2 Maret 2012	Revisi bab 1 (penambahan alasan pemilihan lokasi penelitian) dan melanjutkan bab 2, 3, 4	
4.	8 Maret 2012	Konsultasi bab 1-4 (perbaiki tata cara penomoran) dan melanjutkan lampiran kuesioner penelitian	
5.	19 Maret 2012	Konsultasi bab 1-4 (perbaiki penulisan)	
6.	20 Maret 2012	Konsultasi bab 1-4 dan lampiran (penambahan pertanyaan dalam kuesioner penelitian)	
7.	21 Maret 2012	ACC Seminar Proposal	
8.	8 April 2012	Konsultasi revisi seminar proposal (perbaiki penggunaan teknik sampling)	

9.	9 April 2012	Konsultasi revisi seminar proposal (penambahan alasan pemilihan lokasi penelitian)	
10.	18 April 2012	Konsultasi revisi seminar proposal, dan melanjutkan uji validitas	
11.	26 April 2012	Konsultasi hasil uji validitas dan melanjutkan penelitian	
12.	16 Mei 2012	Konsultasi hasil penelitian dan melanjutkan bab 5	
13.	23 Mei 2012	Konsultasi bab 5, melanjutkan bab 6	
14.	24 Mei 2012	Revisi bab 5-6 (penambahan pembahasan hubungan masing-masing faktor dengan kualitas tidur yang buruk)	
15.	28 Mei 2012	Konsultasi bab 1-6, melanjutkan abstraksi	
16.	29 Mei 2012	Konsultasi halaman awal, bab 1-6, lampiran, melanjutkan konsep rencana tindak lanjut	
17.	30 Mei 2012	ACC sidang hasil	
18.	7 Juni 2012	Konsultasi rencana tindak lanjut	
19.	8 Juni 2012	Konsultasi rencana tindak lanjut dan revisi sidang hasil (penambahan pembahasan dan perbaikan penulisan)	
20.	12 Juni 2012	Konsultasi revisi sidang hasil, melanjutkan pembuatan manuskrip	
21.	18 Juni 2012	ACC Pembendelan Skripsi	

### LEMBAR KONSULTASI SKRIPSI

**NAMA** : Irwina Angelia Silvanasari  
**NIM** : 082310101052  
**DPA** : Ns. Nurfika Asmaningrum, M. Kep.

No.	Tanggal	Topik dan Saran	Tanda Tangan
1.	27 Februari 2012	Pengajuan fenomena dan judul, melanjutkan bab 1	
2.	2 Maret 2012	Revisi bab 1 (perbaiki penulisan latar belakang) dan melanjutkan bab 2 dan 3	
3.	5 Maret 2012	Revisi bab 1-3 (perbaiki struktur penulisan) dan melanjutkan bab 4	
4.	12 Maret 2012	Konsultasi bab 1-4 dan lampiran, dan lakukan studi pendahuluan	
5.	19 Maret 2012	ACC Seminar Proposal	
6.	5 April 2012	Konsultasi revisi seminar proposal	
7.	20 April 2012	Konsultasi revisi seminar proposal dan melanjutkan uji validitas	
8.	26 April 2012	Konsultasi hasil uji validitas dan melanjutkan pengambilan data dalam penelitian	
9.	16 Mei 2012	Konsultasi hasil penelitian dan melanjutkan bab 5	
10.	24 Mei 2012	Konsultasi bab 5 (perbaiki hasil dan pembahasan) dan melanjutkan bab 6	
11.	28 Mei 2012	Konsultasi bab 5-6, dan melanjutkan abstraksi	

12.	29 Mei 2012	Revisi bab 5-6 dan abstraksi (perbaiki keseluruhan kesalahan penulisan) dan melanjutkan konsul lengkap	
13.	31 Mei 2012	ACC sidang hasil	
14.	8 Juni 2012	Konsultasi konsep rencana tindak lanjut, dan ACC rencana tindak lanjut	
15.	14 Juni 2012	Konsultasi revisi sidang hasil	
16.	18 Juni 2012	ACC Pembendelan Skripsi	

