

SKRIPSI

**PENGARUH *AROMACARE* MELATI (*JASMINE*) TERHADAP
PEMENUHAN KEBUTUHAN TIDUR PADA LANSIA
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA PUSPAKARMA MATARAM**

PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL



Oleh:

**Nama: Heri Kusnaldi
NIM. 131011153**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SKRIPSI

**PENGARUH *AROMACARE* MELATI (*JASMINE*) TERHADAP
PEMENUHAN KEBUTUHAN TIDUR PADA LANSIA
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA PUSPAKARMA MATARAM**

PENELITIAN QUASY EXPERIMENTAL

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh:

**Nama: Heri Kusnaldi
NIM. 131011153**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2012**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun

Surabaya, 03-02-2012

Yang Menyatakan

Nama : Heri Kusnaldi
NIM. 131011153

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**PENGARUH *AROMACARE* MELATI (*JASMINE*) TERHADAP
PEMENUHAN KEBUTUHAN TIDUR PADA LANSIA
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA PUSPAKARMA MATARAM**

OLEH MAHASISWA:

NAMA : Heri Kusnaldi

NIM. 131011153

TELAH DISETUJUI

TANGGAL : FEBRUARI 2012

Oleh:

Pembimbing I

Joni Haryanto.S.Kp.M.Si
NIP. 196306081991031002

Pembimbing II

Makhfudli, S.Kep.Ns.,M.Ked.Trop.
NIK. 139040679

Mengetahui,

Plh. Wakil Dekan I

Wakil Dekan II

Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes
NIP. 1978060620011122001

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI
PENGARUH *AROMACARE* MELATI (*JASMINE*) TERHADAP
PEMENUHAN KEBUTUHAN TIDUR PADA LANSIA
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA PUSPAKARMA MATARAM
Oleh : Heri Kusnaidi 131011153

Telah diuji
Pada tanggal, 06 Februari 2012

PANITIA PENGUJI

- Ketua: Dr. Nursalam.,M.Nurs (Hons) (.....)
NIP.196612251989031004
- Anggota: 1. Joni Haryanto.S.Kp.,M.Si (.....)
NIP. 196306081991031002
2. Makhfudli, S.Kep.Ns.,M.ked.Trop (.....)
NIK. 1309040679

Mengetahui,

Plh. Wakil Dekan I
Wakil Dekan II
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Yuni Sufyanti Arief, S.Kp.,M.Kes
NIP. 1978060620011122001

MOTTO

Jangan pernah menunda-nunda suatu pekerjaan

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah SWT. Atas rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul **“PENGARUH *AROMACARE* MELATI (*JASMINE*) TERHADAP PEMENUHAN KEBUTUHAN TIDUR PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA PUSPAKARMA MATARAM”**. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Pada kesempatan ini, penulis berkenan menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada:

1. Purwaningsih, S. Kp., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Fakultas Keperawatan Airlangga.
2. Mira Triharini, S.Kp., M.Kep, selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang memberikan ijin untuk terlaksananya uji skripsi.
3. Joni Haryanto, S.Kp.,M.Si, selaku pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan membimbing, memotivasi dan memberikan saran-saran yang bermanfaat sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
4. Makhfudli, S.Kep.Ns.,M.Ked.Trop, selaku pembimbing II yang telah banyak menghabiskan waktu dan pemikiran serta perhatian dalam membimbing serta mengarahkan saya menyelesaikan skripsi ini.

5. Drs. H. Muhammad Ramli,MM, selaku kepala PSTW Puspakarma Mataram dan seluruh staf yang telah memberikan arahan dan bantuan proses penelitian.
6. Kepada semua responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.
7. Staf pendidikan, perpustakaan, dan tata usaha Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
8. Kepada ibu bapakku, adik-adikku tercinta terima kasih atas dukungan dan do'a yang selalu dilantunkan sehingga skripsi ini dapat selesai tepat pada waktunya.
9. Semua teman kontrakan dan seperjuangan di FKp UNAIR khususnya B13 yang telah memberikan dorongan, semangat serta kebersamaannya.

Semoga Allah SWT membalas kebaikan semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, sehingga sangat diharapkan kritikan dan masukan yang membangun untuk kesempurnaan skripsi ini.

Surabaya, Januari 2012

Penulis

ABSTRACT**THE INFLUENCE OF AROMACARE OF JASMINE IN ELDERLY**
Quasy experiment study in Tresna Werdha Puspakarma Service Home Elderly
Mataram

By : Heri Kusnaldi

Sleep disorder is one of the problems that faced by elderly. Progress of sleep change from time to time, sleep patterns during the aging experience different than younger people. Sleep patterns in elderly decreases according with increasing age and degenerative processes that occur in physiological. Aroma of jasmine is the one of method to increase sleep needs, but giving the aroma of jasmine with nursing intervention that called aromacare to reduce sleep disorder is never investigated.

This study used quasy experiment pretest and posttest design. The population was elderly with sleep disorder in Tresna Werdha Puspakarma Service Home Elderly Mataram. The sample was recruited using purposive sampling, total sample was 14 respondents, according to inclusion and exclusion criteria. The independent variable was aromacare of jasmine and the dependent variable was sleep in elderly. Data were collected using structure questionnaire. Data were analyzed by using wilcoxon sign rank test and mann whitney test to fulfillment adequacy of sleep based on quantity, paired t test and independent t test to fulfillment adequacy of sleep on quantity with significance $\alpha \leq 0.05$.

Result showed that aromacare of jasmine increase of fulfillment of the need of sleep in quality ($p < 0.016$) and also effect the need of sleep in quantity ($p < 0.001$).

It can be concluded that aromacare of jasmine has significantly effect on sleep need of the elderly. Further research should measure the effect of aromacare of jasmine on fulfillment of the need of sleep with the rate of melatonin and EEG (Electro Encephalo Gram).

Keyword : Elderly, aromacare of jasmine, sleep

DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Surat Pernyataan.....	ii
Lembar Persetujuan skripsi.....	iii
Lembar Penetapan Penguji Skripsi	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Gambar.....	xi
Daftar Tabel	xii
Daftar Lampiran	xiii
Daftar Istilah dan Singkatan.....	ix
BAB 1. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	
1.3.1 Tujuan umum	4
1.3.2 Tujuan khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Lansia	
2.1.1 Pengertian lansia	7
2.1.2 Batasan umur lansia	7
2.1.3 Teori-teori proses menua	8
2.1.4 Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia	10
2.2 Konsep Tidur	
2.2.1 Pengertian tidur	17
2.2.2 Fisiologi tidur	17
2.2.3 Fase-Fase tidur	19
2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi tidur	20
2.2.5 Gangguan tidur.....	22
2.2.6 Perubahan mekanisme tidur pada lansia	25
2.2.6 <i>Pittsburg sleep quality index (PSQI)</i>	27
2.3 Konsep Aromaterapi	
2.3.1 Pengertian aromaterapi	28
2.3.2 Manfaat aromaterapi	29
2.3.3 Metode dalam aromaterapi	31
2.3.4 Aromaterapi melati (<i>jasmine</i>)	34
2.4 Teori Interpersonal Hildegard E. Peplau	37

BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
3.1 Kerangka Konseptual Penelitian	40
3.2 Hipotesis Penelitian.....	42
BAB 4. METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian.....	43
4.2 Populasi, Sampel dan Sampling	
4.2.1 Populasi.....	44
4.2.2 Sampel.....	44
4.2.3 Sampling	45
4.3 Identifikasi Variabel	
4.3.1 Variabel independen.....	46
4.3.2 Variabel dependen.....	46
4.4 Definisi Operasional	46
4.5 Instrumen Penelitian.....	48
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	48
4.7 Prosedur Pengambilan Data	48
4.8 Kerangka Operasional.....	49
4.9 Analisis Data	50
4.10 Etik Penelitian	51
4.11 Keterbatasan Penelitian.....	53
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	
5.1 Hasil Penelitian	
5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian.....	55
5.1.2 Karakteristik data demografi responden	56
5.1.3 Data khusus	59
5.2 Pembahasan.....	61
BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan	69
6.2 Saran	69
Daftar Pustaka	71
Lampiran	74

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Proses aromaterapi di dalam tubuh.....	32
Gambar 2.2	Teori interpersonal Hildegard E. Peplau.....	39
Gambar 3.1	Kerangka konseptual pengaruh <i>aromacare</i> melati (<i>jasmine</i>) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal 20 desember 2011 s/d 04 januari 2012...	40
Gambar 4.1	Kerangka operasional penelitian pengaruh <i>aromacare</i> melati (<i>jasmine</i>) terhadap pemenuhan tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal 20 desember 2011 s/d 04 januari 2012...	50

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Perubahan fase-fase tidur dan kuantitas tidur pada berbagai usia.....	25
Tabel 2.2.	Jenis minyak atsiri dan kegunaannya	30
Tabel 4.1	Rancangan penelitian <i>quasy experimental (pre-post test control group design)</i> pengaruh <i>aromacare</i> melati (<i>jasmine</i>) pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal 20 desember 2011 s/d 04 januari 2012.....	43
Tabel 4.2	Definisi operasional penelitian pengaruh <i>aromacare</i> melati (<i>jasmine</i>) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal 20 desember 2011 s/d 04 januari 2012.....	47
Tabel 5.1	Distribusi responden berdasarkan umur di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012.	56
Tabel 5.2	Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012.....	57
Tabel 5.3	Distribusi responden berdasarkan lama tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012.....	57
Tabel 5.4	Distribusi responden berdasarkan status perkawinan di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012.....	58
Tabel 5.5	Distribusi responden berdasarkan agama di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012..	58
Tabel 5.6	Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012.....	59
Tabel 5.7	Pemenuhan kebutuhan tidur lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan kualitas sebelum dan sesudah diberikan <i>aromacare</i> melati (<i>jasmine</i>) di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal 20 desember 2011 s/d 04 januari 2012.....	59
Tabel 5.8	Pemenuhan kebutuhan tidur lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan kualitas sebelum dan sesudah diberikan <i>aromacare</i> melati (<i>jasmine</i>) di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal 20 desember 2011 s/d 04 januari 2012.....	60

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Lembar Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal Mahasiswa PSIK-Unair	74
Lampiran 2.	Lembar Bantuan Fasilitas Penelitian.....	75
Lampiran 3.	Lembar Surat Keterangan Melakukan Penelitian	76
Lampiran 4.	Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian	77
Lampiran 5.	Lembar Persetujuan Menjadi Responden.....	78
Lampiran 6.	Lembar Format Pengumpulan Data	79
Lampiran 7.	Lembar Observasi Kuantitas Tidur	81
Lampiran 8.	Lembar KUESIONER <i>Pittsburg Sleep Quality Index</i> (PSQI) ..	82
Lampiran 9.	Lembar Standar Operasional Prosedur (SOP) Pemberian <i>Aromacare Melati (Jasmine)</i>	86
Lampiran 10.	Lembar Tabulasi Data Demografi.....	89
Lampiran 10.	Lembar Tabulasi Skor PSQI <i>Pretest</i>	90
Lampiran 11.	Lembar Tabulasi Skor PSQI <i>Posttest</i>	91
Lampiran 12.	Lembar Nilai Uji SPSS	92

DAFTAR ARTI SINGKATAN DAN ISTILAH

BMR	: <i>Basal Metabolisme Rate</i>
BSR	: <i>Bulbar Synchronizing Region</i>
DNA	: <i>Deoxyribo Nucleid Acid</i>
EEG	: <i>Electro Ensephalo Gram</i>
EMG	: Elektromiografi
GH	: <i>Growth Hormone</i>
NREM	: <i>Non-Rapid Eye Movement</i>
PSQI	: <i>Pittsburg Sleep Quality Indeks</i>
REM	: <i>Rapid Eye Movement</i>
RLS	: <i>Restless Legs Syndrome</i>
RNA	: <i>Ribo Nucleid Acid</i>
SAR	: Sistem Aktivasi Retikular
SCN	: <i>Supra Chiasmatic Nucleus</i>
SOP	: Standar Operasional Prosedur
SSP	: Sistem Saraf Pusat
UI	: Universitas Indonesia
UU	: Undang-Undang
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tidur merupakan salah satu kebutuhan dasar fisiologis manusia yang terjadi secara alami dan merupakan suatu proses perbaikan tubuh. Perkembangan tidur berbeda dari waktu ke waktu, biasanya pola tidur pada masa penuaan mengalami perubahan-perubahan daripada orang yang lebih muda (Stanley & Beare, 2007). Pola tidur pada lansia semakin berkurang sesuai dengan bertambahnya usia dan proses degeneratif yang terjadi secara fisiologis. Menurut Stanley & Beare (2007), gangguan pemenuhan tidur dialami 50 % orang yang berusia 65 tahun ke atas atau lebih yang tinggal di rumah dan 66% orang yang tinggal di fasilitas perawatan jangka panjang dan gangguan pemenuhan kebutuhan tidur yang terbanyak yang dialami oleh lansia adalah susah untuk memulai tidur. Perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat mengurangi keluhan tidur pada lansia dengan memberikan lingkungan yang tenang dan nyaman dengan menggunakan aroma-aroma relaksan seperti aroma melati (*jasmine*). *Aromacare* merupakan pemberian aroma-aroma relaksasi untuk meningkatkan relaksasi dengan pendekatan asuhan keperawatan melalui metode induksi, namun pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia masih belum bisa dijelaskan.

Tidur mengalami perubahan seiring dengan penambahan usia. Efisiensi tidur (jumlah waktu tidur berbanding dengan waktu berbaring di tempat tidur) semakin berkurang. Sementara kebutuhan tidurpun semakin menurun, karena

dorongan homeostatik untuk tidur juga berkurang. Tidur merupakan salah satu kebutuhan biologis yang harus dipenuhi oleh setiap orang selain makan dan bernapas. Sebagian besar waktu hidup seseorang dihabiskan dengan tidur (Prasadja, 2009). Luce & Seagal mengungkapkan bahwa faktor usia merupakan faktor terpenting yang berpengaruh terhadap kualitas tidur. Telah dikatakan bahwa keluhan terhadap kualitas tidur sering dengan bertambahnya usia. Pada kelompok lanjut 40 tahun hanya dijumpai 7% kasus yang mengeluh masalah tidur (hanya dapat tidur tidak lebih dari 5 jam sehari). Hal yang sama dijumpai pada 22% kasus pada kelompok usia 70 tahun. Demikian pula, kelompok lanjut usia lebih banyak mengeluh terbangun lebih awal dari pukul 05.00 pagi. Selain itu, terdapat 30% kelompok usia 70 tahun yang banyak terbangun di waktu malam hari. Angka ini ternyata tujuh kali lebih besar dibandingkan dengan kelompok usia 20 tahun (Fitri, 2009). Berdasarkan data awal yang didapatkan peneliti di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram pada tanggal 6 november 2011 ditemukan bahwa sebanyak 22 lansia (28%) dari 82 lansia yang ada, mengeluh sering bangun pada malam hari dan tidak puas dalam tidurnya.

Menurut Lumbantobing (2004), ada dua tahap yang harus dilalui dalam tidur yaitu tidur REM (*rapid eye movement*) dan NREM (*non-rapid eye movement*). NREM kemudian dibagi lagi menjadi empat tingkat, dengan tingkat tidur yang makin dalam yaitu NREM 1, NREM 2, NREM 3, dan NREM 4. Perubahan yang terjadi adalah episode tidur REM pada lansia cenderung memendek dan terdapat penurunan yang progresif pada tahap tidur NREM 3 dan 4. Beberapa lansia hampir tidak memiliki tahap 4 atau tidur yang dalam. Seorang

lansia akan terbangun lebih sering di malam hari dan membutuhkan waktu yang lebih banyak untuk kembali tertidur (Reynolds, 1993 dalam Potter & Perry, 2005).

Perubahan pola tidur pada lansia disebabkan perubahan sistem saraf pusat yang mempengaruhi pengaturan tidur. Kerusakan sensorik yang umum dengan penuaan, dapat mengurangi sensitivitas terhadap waktu yang mempertahankan irama sirkadian (Potter & Perry, 2005). Aktifnya saraf simpatis membuat lansia tidak dapat santai atau relaks sehingga tidak dapat memunculkan rasa kantuk. Secara fisiologis, jika seseorang tidak mendapatkan tidur yang cukup untuk mempertahankan kesehatan tubuh, dapat terjadi efek-efek seperti lupa, konfusi, dan disorientasi, terutama jika deprivasi tidur terjadi dalam jangka waktu yang lama. Akibatnya, lansia semakin beresiko mengalami jatuh dan depresi yang berkepanjangan (Stanley & Beare, 2007). Hal ini dapat diatasi dengan mengatur waktu tidur, ikuti petunjuk *sleep hygiene* dan cobalah untuk lebih berpikiran positif.

Tenaga perawat yang merupakan “*the caring profession*” memegang peranan penting dalam mengurangi gangguan tidur lansia (Kasnalina, 2010). Seorang perawat dapat melakukan asuhan keperawatan dengan memberikan lingkungan yang nyaman untuk pemenuhan tidur seseorang. Ruangan dan keadaan sekeliling yang nyaman akan menyebabkan tidur nyenyak (Wong, 2005). Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan menggunakan aroma-aroma yang menimbulkan relaksasi seperti aroma melati (*jasmine*). Aroma bunga melati dapat meningkatkan efisiensi tidur seseorang dan mengurangi pergerakan seseorang ketika tidur, meningkatkan kualitas tidur seseorang tanpa penambahan waktu tidur (Raudenbush, 2003). Selain itu, aroma melati (*jasmine*) mempunyai

efek sedatif terhadap aktivitas saraf otonom dan keadaan jiwa seseorang (Kuroda, 2005).

Caring merupakan fenomena universal yang berkaitan dengan cara seseorang berpikir, berperasaan dan bersikap ketika berhubungan dengan orang lain, sedangkan *aromacare* merupakan penggunaan konsep *caring* yang digunakan sebagai dalam asuhan perawatan klien yang mengalami gangguan tidur dengan pendekatan menggunakan aroma-aroma relaksan. Pemberian aroma melati (*jasmine*) dengan diiringi pemberian asuhan keperawatan selama ini tidak pernah dilakukan dalam mengatasi gangguan kebutuhan tidur pada lansia. Oleh karena itu, berdasarkan uraian di atas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspa Karma Mataram tahun 2011.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tahun 2011?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tahun 2011.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur secara kualitas pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram .
2. Mengidentifikasi pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur secara kuantitas pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram.
3. Menganalisis pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penggunaan terapi *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia baik secara kualitas maupun kuantitas dapat digunakan sebagai pengembangan ilmu keperawatan dalam mengembangkan intervensi keperawatan gerontik berdasar pada paradigma keperawatan.

2. Manfaat Praktis

- 1) Diharapkan penelitian ini dapat digunakan oleh institusi atau lembaga kesehatan dalam menangani masalah gangguan pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia.
- 2) Alternatif solusi bagi perawat dalam pilihan intervensi untuk memberikan *aromacare* melati (*jasmine*) dalam mengatasi gangguan pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia.

- 3) *Aromacare* melati (*jasmine*) diharapkan dapat digunakan masyarakat terutama lansia yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan tidur.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan :1) konsep lansia, 2) konsep tidur, 3) konsep aromaterapi, dan 4) teori keperawatan Hildegard E. Peplau

2.1 Konsep Lansia

2.1.1 Pengertian

Menua adalah suatu proses menghilangnya secara perlahan kemampuan jaringan untuk mengganti diri/memperbaiki diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Darmojo,1994 dalam Nugroho, 2008).

Lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stress psikologis. Kegagalan ini berkaitan dengan penurunan daya kemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual (Hawari, 2001 dalam Effendi, 2009).

2.1.2 Batasan umur lanjut usia

Berikut ini adalah batasan-batasan lansia dikutip (Nugroho W, 2000) :

1. Menurut *World Health Organization* (WHO) :

Usia pertengahan (*middle age*) : 45-59 tahun

Lanjut usia (*elderly*) : 60-74 tahun

Lanjut usia tua (*old*) : 75-90 tahun

Usia sangat tua (*very old*) : di atas 90 tahun

2. Menurut Sumiati Ahmad Mohammad

0-1 tahun = masa bayi

- 1-6 tahun = masa prasekolah
- 6-10 tahun = masa sekolah
- 10-20 tahun = masa pubertas
- 40-65 tahun = masa setengah umur (*prasenium*)
- 6, 5 tahun ke atas = masa lanjut usia (*senium*)

3. Menurut Jos Masdani (Psikolog UI)

Lanjut usia merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi empat bagian. Pertama = fase *iuventus* antara 25-40 tahun, kedua = fase *verilitas* antara 40 dan 50 tahun, ketiga = fase *prasenium* antara 55-65 tahun, dan keempat fase *senium* antara 65 tahun hingga tutup usia.

4. Menurut Koesoemato Setyonegoro

Masa muda (*elderly adulthood*): 18 atau 20-25 tahun. Masa dewasa penuh (*middle years*) atau maturitas: 25-60 atau 65 tahun. Masa lanjut usia (*geriatric age*): >65 atau 70 tahun. Masa lanjut usia (*geriatric age*) terbagi menjadi *young old* (70-75 tahun), *old* (75-80 tahun), dan *very old* (>80 tahun).

5. Menurut UU No. 13 tahun 1998 dikatakan bahwa usia lanjut adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas.

2.1.3 Teori-teori proses menua

Teori-teori tentang proses penuaan masih dalam berbagai tahap perkembangan. Tidak ada teori yang secara utuh menjelaskan tentang proses penuaan. Darmojo (2010) menyebutkan beberapa teori tentang proses penuaan :

1. Teori genetik

Menurut teori ini menua adalah telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Setiap spesies mempunyai suatu jam genetik di

dalam inti selnya yang telah diputar menurut suatu replikasi tertentu. Jam ini akan menghitung mitosis dan menghentikan replikasi sel bila tidak diputar, jadi menurut teori ini apabila jam kita berhenti akan meninggal dunia, meskipun tanpa disertai kecelakaan lingkungan atau penyakit akhir yang *katastrofal*.

2. Teori mutasi somatik (*teori error catastrophe*)

Menurut teori ini terjadinya mutasi yang progresif pada DNA (*Deoxyribo Nucleid Acid*) sel somatik akan menyebabkan terjadinya penurunan kemampuan fungsional sel tersebut. Salah satu hipotesis yang berhubungan dengan mutasi sel somatik adalah hipotesis “*error catastrophe*”. Menurut teori ini menua disebabkan oleh kesalahan yang beruntun sepanjang kehidupan. Setelah berlangsung dalam waktu yang lama, terjadi kesalahan pada proses transkripsi DNA menjadi RNA (*Ribo Nucleid Acid*), maupun proses translasi RNA menjadi protein/enzim.

3. Rusaknya sistem imun tubuh

Mutasi yang berulang atau perubahan protein pascatranslasi, dapat menyebabkan berkurangnya kemampuan sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri. Jika mutasi somatik menyebabkan terjadinya kelainan pada antigen permukaan sel, maka hal ini dapat menyebabkan sistem imun tubuh menganggap sel yang mengalami perubahan tersebut sebagai sel asing dan menghancurkannya. Perubahan inilah yang menjadi dasar terjadinya peristiwa autoimun. Salah satu bukti yang ditemukan adalah bertambahnya prevalensi autoantibodi bermacam-macam pada orang lanjut usia. Di lain pihak sistem imun tubuh sendiri daya pertahanannya mengalami penurunan pada proses

menua, daya serangnya terhadap sel kanker menjadi menurun, sehingga sel kanker leluasa membelah-belah. Inilah yang menyebabkan terjadinya kanker meningkat sesuai dengan meningkatnya umur.

4. Teori menua akibat metabolisme

Pengurangan *intake* kalori pada *rodentia* muda akan menghambat pertumbuhan dan perpanjangan umur. Perpanjangan umur tersebut berasosiasi dengan tertundanya proses degenerasi. Perpanjangan umur karena penurunan jumlah kalori tersebut, antara lain disebabkan karena menurunnya salah satu atau beberapa proses metabolisme. Terjadi penurunan hormon yang merangsang proliferasi sel, misalnya insulin, dan hormon pertumbuhan.

5. Teori kerusakan akibat radikal bebas

Radikal bebas dapat terbentuk di alam bebas, dan di dalam tubuh jika fagosit pecah, dan sebagai produk sampingan di dalam rantai pernafasan di dalam mitokondria. Makin lanjut usia makin banyak radikal bebas terbentuk sehingga proses pengrusakan terus terjadi. Kerusakan organel sel makin lama makin banyak dan akhirnya sel mati.

2.1.4 Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia

Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia adalah sebagai berikut (Nugroho W.,2000) :

2.1.4.1 Perubahan-perubahan fisik

1. Sel
 - 1) Lebih sedikit jumlahnya.
 - 2) Lebih besar ukurannya.

- 3) Berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler.
 - 4) Menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah, dan hati.
 - 5) Jumlah sel otak menurun.
 - 6) Terganggunya mekanisme perbaikan sel.
 - 7) Otak menjadi atrofis beratnya berkurang 5-10%.
2. Sistem persarafan
- 1) Berat otak menurun 10-20% (setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya).
 - 2) Cepatnya menurun hubungan persarafan.
 - 3) Lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stres.
 - 4) Mengecilnya saraf pancaindra. Berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf pencium dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin.
 - 5) Kurang sensitif terhadap sentuhan.
3. Sistem pendengaran
- 1) Presbiakusis (gangguan dalam pendengaran). Hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia diatas umur 65 tahun.

- 2) Otosklerosis akibat atrofi membran timpani.
 - 3) Terjadinya pengumpulan serumen dapat mengeras karena meningkatnya keratin.
 - 4) Pendengaran bertambah menurun pada lanjut usia yang mengalami ketegangan jiwa/stres.
4. Sistem penglihatan
- 1) Timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar.
 - 2) Kornea lebih berbentuk sferis (bola).
 - 3) Kekeruhan pada lensa menyebabkan katarak.
 - 4) Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat dan susah melihat dalam cahaya gelap.
 - 5) Hilangnya daya akomodasi.
 - 6) Menurunnya lapangan pandang, berkurang luas pandangannya.
 - 7) Menurunnya daya membedakan warna biru atau hijau.
5. Sistem kardiovaskuler
- 1) Elastisitas dinding aorta menurun.
 - 2) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
 - 3) Kemampuan jantung memompa darah menurun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
 - 4) Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenisasi. Perubahan posisi dari tidur ke duduk atau dari duduk ke berdiri bisa menyebabkan tekanan darah menurun, mengakibatkan pusing mendadak.

- 5) Tekanan darah meninggi akibat meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.
6. Sistem pengaturan temperatur tubuh.
 - 1) Temperatur tubuh menurun (hipotermi) secara fisiologis akibat metabolisme yang menurun.
 - 2) Keterbatasan refleks menggigil dan tidak dapat memproduksi panas akibatnya aktivitas otot menurun.
7. Sistem respirasi
 - 1) Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku.
 - 2) Menurunnya aktivitas dari silia.
 - 3) Paru-paru kehilangan elastisitas, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun.
 - 4) Alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang.
 - 5) Kemampuan untuk batuk berkurang.
 - 6) Kemampuan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan penambahan usia.
8. Sistem gastrointestinal.
 - 1) Kehilangan gigi akibat *periodontal disease*, kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk.
 - 2) Indera pengecap menurun, hilangnya sensitivitas saraf pengecapan di lidah terhadap rasa manis, asin, asam, dan pahit.
 - 3) Esofagus melebar.
 - 4) Rasa lapar menurun, asam lambung menurun.

- 5) Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi.
 - 6) Daya absorpsi melemah.
9. Sistem reproduksi
- 1) Menciutnya ovarium dan uterus.
 - 2) Atrofi payudara.
 - 3) Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi spermatozoa meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.
 - 4) Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lanjut usia asal kondisi kesehatan baik.
 - 5) Selaput lendir vagina menurun.
10. Sistem perkemihan
- 1) Ginjal merupakan alat untuk mengeluarkan sisa metabolisme tubuh melalui urin, darah yang masuk ke ginjal disaring di glomerulus (nefron). Nefron menjadi atrofi dan aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%.
 - 2) Otot-otot vesika urinaria menjadi lemah, frekuensi buang air kecil meningkat dan terkadang menyebabkan retensi urin pada pria.
11. Sistem endokrin
- 1) Produksi semua hormon menurun.
 - 2) Menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya BMR (*Basal Metabolic Rate*), dan menurunnya daya pertukaran zat.
 - 3) Menurunnya produksi aldosteron.

- 4) Menurunnya sekresi hormon kelamin misalnya, progesteron, estrogen, dan testosteron.

12. Sistem kulit (sistem integumen)

- 1) Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.
- 2) Permukaan kulit kasar dan bersisik karena kehilangan proses keratinisasi, serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis.
- 3) Kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu.
- 4) Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- 5) Berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi.
- 6) Pertumbuhan kuku lebih lambat.
- 7) Kuku jari menjadi keras dan rapuh, pudar dan kurang bercahaya.
- 8) Kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya.

13. Sistem muskuloskeletal

- 1) Tulang kehilangan *density* (cairan) dan makin rapuh.
- 2) Kifosis
- 3) Pergerakan pinggang, lutut, dan jari-jari terbatas.
- 4) Persendiaan membesar dan menjadi kaku.
- 5) Tendon mengerut dan mengalami sklerosis.
- 6) Atrofi serabut otot (otot-otot serabut mengecil). Otot-otot serabut mengecil sehingga seseorang bergerak menjadi lamban, otot-otot kram dan menjadi tremor.
- 7) Otot-otot polos tidak begitu berpengaruh.

2.1.4.2 Perubahan-perubahan psikososial.

1. Pensiun: Nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun (purna tugas), ia akan mengalami kehilangan-kehilangan, antara lain :
 - 1) Kehilangan finansial (*income* berkurang).
 - 2) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya).
 - 3) Kehilangan teman/kenalan atau relasi.
 - 4) Kehilangan pekerjaan/kegiatan.
2. Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*)
3. Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
4. Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*).
5. Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
6. Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
7. Gangguan saraf pancaindra, timbul kebutaan dan ketulian.
8. Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
9. Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan *family*.
10. Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik: perubahan terhadap gambaran diri dan konsep diri.

2.2 Konsep Tidur

2.2.1 Pengertian tidur

Tidur merupakan suatu keadaan berulang-ulang, perubahan status kesadaran yang terjadi selama periode tertentu (Potter & Perry, 2005).

Tidur adalah kesempatan bagi seseorang untuk mengistirahatkan tubuh dan berbagai sistem organ di dalamnya agar kembali bugar saat bangun (Camaru, 2011).

2.2.2 Fisiologi tidur

Tidur adalah proses fisiologis yang bersiklus dan bergantian dengan periode lebih lama dari terjaga. Proses tidur diatur oleh sebuah mekanisme khusus yang disebut irama sirkadian. Irama sirkadian secara harfiah diartikan sebagai sebuah siklus yang berlangsung sekitar 24 jam. Irama sirkadian berperan sebagai jam biologis manusia. Irama sirkadian dalam tubuh diatur oleh *Supra Chiasmatic Nucleus (SCN)*. *Supra Chiasmatic Nucleus (SCN)* merupakan bagian kecil dari otak yang terletak tepat di atas persilangan saraf mata. Itu sebabnya pengaturan jam biologis peka terhadap perubahan cahaya (Prasadja, 2009).

Supra Chiasmatic Nucleus (SCN) akan mengeluarkan neurotransmitter yang mempengaruhi pengeluaran berbagai hormon pengatur temperatur badan, kortisol, GH (*growth hormone*) dan lain-lain yang memegang peranan penting untuk bangun dan tidur. NSC mengeluarkan hormon yang menstimuli peningkatan temperatur badan, cortisol dan GH pada pagi hari sehingga orang terbangun dan mengeluarkan hormon melatonin pada malam hari sehingga orang mengantuk dan tidur. Melatonin adalah hormon yang dikeluarkan oleh glandula pineal (suatu bagian kecil di otak tengah). Melatonin dikeluarkan dalam darah dan

akan mempengaruhi terjadinya relaksasi dan penurunan temperatur badan serta kortisol. Kadar melatonin dalam darah mulai meningkat pada jam 9 malam dan menurun jam 9 pagi (Darmojo, 2010). Hormon melatonin sangat berperan dalam proses tidur dan kualitas tidur seseorang (Prasadja, 2009).

Kontrol dan pengaturan tidur tergantung pada hubungan antara dua mekanisme serebral yang mengaktivasi secara intermitten dan menekan otak tertinggi untuk mengatur tidur dan terjaga. Sistem aktivasi retikular (SAR) berlokasi pada batang otak teratas. SAR dipercayai terdiri dari sel khusus yang mempertahankan tidur dan terjaga. SAR menerima stimulus sensori visual, auditori, nyeri dan taktil. Aktivitas korteks serebral seperti emosi juga mengaktivasi SAR. Saat terbangun merupakan hasil dari neuron dalam SAR yang mengeluarkan katekolamin seperti norepineprin (*Sleep Research Society*, 1993 dalam Potter & Perry, 2005).

Tidur dihasilkan dari pengeluaran serotonin dari sel-sel tertentu dalam sistem tidur raphe pada pons dan otak depan bagian tengah. Daerah otak juga disebut daerah sinkronisasi bulbar (*Bulbar Synchronizing Region*, BSR). Apakah seseorang tetap terjaga atau tertidur tergantung pada keseimbangan impuls yang diterima dari pusat yang lebih tinggi (mis. pikiran), reseptor sensori perifer (mis. stimulus bunyi atau cahaya), dan sistem limbik (emosi). Ketika orang akan tidur, mereka akan menutup mata dan berada dalam posisi rileks. Stimulus ke SAR menurun. Pada beberapa bagian, BSR mengambil alih yang menyebabkan tidur (Potter & Perry, 2005).

2.2.3 Fase-fase tidur

Tidur adalah keadaan perilaku ritmik dan siklik yang terjadi dalam lima tahap (empat *non-rapid eye movement* dan satu *rapid eye movement*). Fase-fasenya sebagai berikut (Japardi, 2002):

1. Fase NREM (*Non Rapid Eye Movement*)

Fase NREM berlangsung selama 90 menit. Fase ini dibagi menjadi empat stadium, yaitu :

1) Tidur stadium satu (NREM 1)

Fase ini merupakan fase antara fase terjaga dan fase awal tidur. Pada fase ini didapatkan kelopak mata tertutup, tonus otot berkurang, dan tampak gerakan bola mata ke kanan dan ke kiri. Fase ini hanya berlangsung 3-5 menit dan mudah sekali dibangunkan. Gambaran EEG biasanya terdiri dari gelombang campuran alfa, beta dan kadang gelombang teta dengan amplitudo yang rendah. Tidak didapatkan adanya gelombang *sleep spindle* dan kompleks K.

2) Tidur stadium dua (NREM 2)

Pada fase ini didapatkan bola mata berhenti bergerak, tonus otot masih berkurang, tidur lebih dalam dari pada fase pertama. Gambaran EEG terdiri dari gelombang *theta* simetris. Terlihat adanya gelombang *sleep spindle*, gelombang verteks, dan kompleks K.

3) Tidur stadium tiga (NREM 3)

Fase ini tidur lebih dalam dari fase sebelumnya. Gambaran EEG terdapat lebih banyak gelombang delta simetris antara 25%-50% serta tampak gelombang *sleep spindle*.

4) Tidur stadium empat (NREM 4)

Merupakan tidur yang dalam serta sukar dibangunkan. Gambaran EEG didominasi oleh gelombang delta sampai 50%, tampak gelombang *sleep spindle*.

2. Fase REM (*Rapid Eye Movement*)

Pola tidur REM ditandai adanya gerakan bola mata yang cepat, tonus otot yang sangat rendah, apabila dibangunkan hampir semua orang akan dapat menceritakan mimpinya, denyut nadi bertambah dan pada laki-laki terjadi ereksi penis, tonus otot menunjukkan relaksasi yang dalam. Tahap ini biasanya dimulai sekitar 90 menit setelah mulai tidur, terjadi peningkatan sekresi lambung.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi tidur

Menurut Potter & Perry (2005), ada beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas dan kuantitas tidur, diantaranya:

1. Penyakit fisik

Setiap penyakit fisik yang menyebabkan nyeri, ketidaknyamanan fisik misalnya kesulitan bernapas, dapat menyebabkan masalah tidur. Seseorang dengan perubahan seperti itu mempunyai masalah kesulitan tidur. Selain itu, nokturia atau berkemih pada malam hari dapat mengganggu tidur dan siklus tidur. Kondisi ini yang paling umum pada lansia dengan penurunan tonus otot kandung kemih atau orang yang mempunyai penyakit jantung, diabetes, uretritis, atau penyakit prostat. Setelah seseorang berulang kali terbangun untuk berkemih akan kesulitan untuk tertidur kembali.

2. Medikasi

Obat-obatan tertentu dapat mempengaruhi kualitas tidur seseorang. Obat-obatan golongan hipnotik dapat mengganggu tahap III dan IV tidur NREM, metabloker dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk, sedangkan narkotik diketahui dapat menekan tidur REM dan menyebabkan seringnya terjaga di malam hari.

3. Gaya hidup

Rutinitas harian seseorang mempengaruhi pola tidur. Individu yang sering berganti jam kerja harus mengatur aktivitasnya agar bisa tidur di waktu yang tepat. Gaya hidup ini antara lain berolahraga pada saat mau tidur, melakukan pekerjaan yang memerlukan daya pikir pada saat ingin tidur, gemar mengkonsumsi obat-obat tidur.

4. Stres emosional

Sering kali klien lansia mengalami kehilangan yang mengarah pada stres emosional. Pensiun, gangguan fisik, kematian orang yang dicintai, dan kehilangan keamanan ekonomi merupakan contoh situasi yang mempredisposisi lansia untuk cemas dan depresi. Lansia dan juga seperti individu lain yang mengalami masalah perasaan depresi, sering juga mengalami perlambatan untuk jatuh tertidur, munculnya tidur REM secara dini, seringkali terjaga, peningkatan total waktu tidur, perasaan tidur yang kurang, dan terbangun cepat.

5. Lingkungan

Lingkungan fisik tempat seseorang tidur berpengaruh penting terhadap kemampuan untuk tertidur dan tetap tertidur. Ventilasi yang baik adalah

esensial untuk tidur yang tenang. Selain itu, klien juga mungkin bermasalah tidur karena suhu ruangan, pencahayaan yang terlalu terang, dan kebisingan yang ada di lingkungan sekitarnya.

6. Latihan fisik dan kelelahan

Seseorang yang kelelahan menengah biasanya memperoleh tidur yang mengistirahatkan, khususnya jika kelelahan adalah hasil dari kerja atau latihan yang menyenangkan. Akan tetapi, kelelahan yang berlebihan yang dihasilkan dari kerja yang melelahkan atau penuh stres membuat sulit tidur.

7. Asupan makanan dan kalori

Makan besar, berat dan/atau berbumbu pada makan malam hari dapat menyebabkan makanan tersebut tidak dapat dicerna, sehingga akan mengganggu tidur. Kafein dan alkohol yang dikonsumsi pada malam hari mempunyai efek produksi insomnia.

2.2.5 Gangguan tidur

Menurut Prasadja (2009), ada beberapa gangguan tidur yang umum terjadi, yaitu:

2.2.5.1 Insomnia

Insomnia adalah ketidakmampuan memenuhi kebutuhan tidur, baik secara kualitas maupun kuantitas. Insomnia sendiri adalah sebuah gejala yang meliputi keluhan sulit tidur, mudah terbangun, terbangun terlalu awal, atau tidur yang tidak berkualitas. Secara garis besar, insomnia dibagi menjadi dua bagian:

a. Insomnia sementara

Insomnia sementara disebabkan oleh:

- 1) *Hyperarousal*, yaitu kesulitan tidur yang biasanya berasal dari lonjakan emosional yang bisa disebabkan oleh kesedihan, stres, atau bahkan terlalu *excited*.
- 2) *Jetlag* dan pekerja *shift*, ketika si penderita dipaksa untuk bangun atau tidur berbeda dengan jam biologisnya.
- 3) Lingkungan tidur yang baru.

b. Insomnia menetap

Insomnia menetap dapat disebabkan oleh beberapa hal sebagai berikut:

- 1) *Gastroesophageal reflux*, yaitu peningkatan asam lambung saat berbaring. Penderita akan merasakan rasa panas yang menjalar di dada. Biasanya ia akan terbangun dengan rasa pahit dan seolah tersedak dan batuk-batuk
- 2) Sindroma tungkai gelisah atau *Restless Legs Syndrome (RLS)* adalah sebuah gangguan saraf yang dijabarkan sebagai rasa tidak nyaman di kaki. Seringkali digambarkan sebagai rasa kesemutan, pegal, kaku dan lain-lain yang hanya dapat diringankan dengan menggerak-gerakkan kaki. Terutama dirasakan bila duduk atau berbaring lama. Penderitanya selalu ingin menggerakkan kakinya sehingga sulit baginya untuk jatuh tertidur.
- 3) Penyakit-penyakit lain yang menimbulkan rasa nyeri sehingga penderita tidak dapat tidur karena deraan sakit yang dideritanya.
- 4) Kecemasan yang berkepanjangan.

2.2.5.2 Parasomnia

Parasomnia berasal dari bahasa latin yang berarti menjelang atau hampir tidur. Parasomnia adalah perilaku yang dapat mengganggu tidur atau muncul saat seseorang tidur. Beberapa turunan parasomnia antara lain sering terjaga, misalnya tidur berjalan dan *night terror*, gangguan transisi bangun-tidur (mengigau), parasomnia yang terkait dengan tidur REM (mimpi buruk).

2.2.5.3 Hipersomnia

Hipersomnia adalah kebalikan dari insomnia, yaitu tidur yang berlebihan terutama pada siang hari. Gangguan ini disebabkan oleh buruknya kualitas tidur akibat gangguan tidur yang diderita, seperti insomnia, *Rest Legs Syndrome (RLS)*, dan *sleep apnea*.

2.2.5.4 Narkolepsi

Narkolepsi adalah gelombang kantuk yang tak tertahankan yang muncul secara tiba-tiba. Gangguan ini disebut juga sebagai “serangan tidur” atau *sleep attack*. Penyebab pastinya belum diketahui. Diduga karena kerusakan genetik sistem saraf pusat yang menyebabkan tidak terkendalinya periode tidur REM. Tahap tidur REM dapat menembus kesadaran di saat kita terjaga.

2.2.5.5 Apnea saat tidur

Apnea saat tidur atau *sleep apnea* adalah kondisi terhentinya nafas secara periodik pada saat tidur. Kondisi ini diduga terjadi pada orang yang mengorok dengan keras, sering terjaga di malam hari, insomnia, mengantuk

berlebihan pada siang hari, sakit kepala di siang hari, iritabilitas, atau mengalami perubahan psikologis seperti hipertensi atau aritmia jantung.

2.2.6 Perubahan mekanisme tidur pada lansia

Makna dasar tidur adalah suatu keadaan dimana otak dan tubuh diberi kesempatan untuk beristirahat. Durasi dan kualitas tidur beragam diantara orang-orang dari semua kelompok usia. Banyak ilmuwan mengatakan rata-rata tidur yang diisyaratkan adalah tujuh sampai dengan delapan jam. Tabel di bawah ini menunjukkan perbedaan fase tidur dan kuantitas tidur pada berbagai usia.

Tabel 2.1 Perubahan fase-fase tidur dan kuantitas tidur pada berbagai usia (Dunitz, 2002)

Age	Waktu tidur (jam)
Bayi	13–16
Anak-anak	8–12
Dewasa	6-9
Lansia	5-8

Dari tabel 2.1 di atas dapat kita lihat perbedaan tidur pada berbagai usia. Pada bayi biasanya tidur selama 13-16 jam, anak-anak 8-12 jam, dewasa 6-9 jam dan lansia 5-8 jam (Dunitz, 2002). Jumlah tidur total tidak berubah sesuai pertambahan usia, tetapi kualitas tidur kelihatan menjadi berubah pada kebanyakan lansia (Bliwise, 1993 dalam Potter dan Perry, 2005). Kualitas tidur menunjukkan adanya kemampuan individu untuk tidur dan memperoleh jumlah istirahat yang sesuai dengan kebutuhannya (Hidayat, 2008).

Pada lansia, episode tidur REM cenderung memendek dan terdapat penurunan yang progresif pada tahap tidur NREM 3 dan 4. Beberapa lansia hampir tidak memiliki tahap 4 atau tidur yang dalam. Seorang lansia lebih sering terbangun di malam hari dan membutuhkan banyak waktu untuk jatuh tertidur.

Kecenderungan untuk tidur siang juga meningkat secara progresif pada lansia. Peningkatan waktu siang hari yang dipakai untuk tidur dapat terjadi karena seringnya terbangun pada malam hari. Dibandingkan dengan jumlah waktu yang dihabiskan di tempat tidur, waktu yang dipakai tidur menurun sejam atau lebih (Potter dan Perry, 2005).

Perubahan pola tidur pada lansia disebabkan perubahan sistem saraf pusat (SSP) yang mempengaruhi pengaturan tidur. Jumlah tidur total tidak berubah pada sesuai dengan penambahan usia, tetapi kualitas tidur kelihatan menjadi berubah pada kebanyakan lansia. Perubahan-perubahan tersebut mencakup kelatennen tidur, terbangun pada dini hari, dan peningkatan jumlah tidur siang, penurunan tahap III dan tahap IV waktu non-REM.

Pada usia lanjut, wanita lebih banyak mengalami insomnia, dibandingkan pria yang lebih banyak menderita *sleep apnea* atau kondisi medis lain yang dapat mengganggu tidur. Gangguan tidur pada usia lanjut biasanya muncul dalam bentuk kesulitan untuk tidur dan sering terbangun atau bangun terlalu awal (Prasadja, 2009).

Lama tidur setiap orang berbeda-beda, ada yang tidurnya pendek dan adapula yang tidurnya panjang, tetapi tingkat kebugaran setiap orang berbeda-beda walaupun lama tidurnya berbeda. Pada usia tua, seseorang tidak harus tidur lebih lama, akan tetapi yang penting adalah bagaimana kualitas tidur yang dirasakan. Walaupun seseorang tidur lebih lama, belum tentu orang tersebut merasa bugar, yang artinya ia tidak mendapatkan tidur yang berkualitas.

Berkurangnya kualitas dan kuantitas tidur pada lansia dapat menyebabkan berbagai permasalahan. Beberapa masalah yang dapat ditimbulkan seperti stroke

dan penyakit jantung, fungsi otak menurun, hasrat makanan berlemak meningkat, antibodi menjadi lemah, rentan terkena diabetes, stress yang meningkat, dapat meningkatkan kortisol, memicu rasa gelisah, tampak lebih tua, munculnya berbagai rasa sakit, resiko kanker lebih tinggi, impotensi, munculnya berbagai masalah saluran kemih, mudah lupa perempuan menjadi rentan sakit (Camaru, 2011).

2.2.7 Pittsburg sleep quality index (PSQI)

Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) adalah suatu instrument efektif yang digunakan untuk mengukur kualitas dan pola tidur pada lansia. Kualitas tidur adalah sebuah fenomena kompleks yang melibatkan beberapa dimensi, yang masing-masing tercakup oleh PSQI. Menurut Smith (2008) pada *The Pittsburg Sleep Quality Index (PSQI)*, kualitas dan pola tidur pada lansia dapat diketahui melalui:

- 1) Kecukupan tidur
- 2) Gangguan-gangguan tidur
- 3) Kelatengan tidur
- 4) Gangguan disfungsional harian
- 5) Efisiensi tidur
- 6) Kualitas tidur secara subyektif
- 7) Penggunaan obat-obatan hipnotik atau penginduksi tidur.

Pertanyaan pertama berisi kebiasaan waktu tidur dan bangun pasien, berapa lama waktu yang diperlukan untuk tertidur serta berapa jumlah waktu (jam) tidur yang diperoleh permalam. Selanjutnya penilaian jumlah/kuantitas kejadian fisik dan psikologi yang dialami pasien seperti terbangun pada malam hari, pergi ke

kamar mandi, tidak mampu bernafas dengan mudah, batuk atau mendengkur, merasa terlalu panas atau dingin, mimpi buruk, dan rasa sakit/nyeri yang dirasakan. Pasien juga ditanyakan seberapa sering menggunakan obat tidur, kesulitan untuk terjaga dalam kegiatan pada siang hari, dan keseluruhan tingkat kualitas tidur dengan skala mulai dari “sangat baik” sampai “sangat buruk”.

Skoring pada PSQI terdiri dari tujuh subskor, setiap subskor berkisar antara 0-3. Dari subskor tersebut, akan dijumlahkan sehingga skor secara umum berkisar antara 0-21. Skor 5 atau lebih mengindikasikan kualitas tidur yang buruk, semakin tinggi skor maka makin buruk kualitas tidur.

2.3 Konsep Aromaterapi

2.3.1 Pengertian

Aromaterapi berasal dari dua kata, yaitu aroma dan terapi. Aroma berarti bau harum atau bau-bauan dan terapi berarti pengobatan. Sehingga aromaterapi adalah salah satu pengobatan penyakit dengan menggunakan bau-bauan yang umumnya berasal dari tumbuh-tumbuhan serta berbau harum, gurih, dan enak yang disebut minyak atsiri (Agusta, 2002).

Aromaterapi adalah pemakaian minyak-minyak wangi *essential* yang digunakan untuk pengobatan atau tujuan medis (Kayne, 2009).

Aromacare dalam penelitian ini adalah pemberian aromaterapi sambil diberikan induksi dengan pendekatan asuhan keperawatan menurut Hildegard E. Peplau.

2.3.2 Manfaat aromaterapi

Kandungan minyak atsiri dalam aromaterapi memiliki efek menenangkan (*relaxing*). Senyawa minyak atsiri yang tercium oleh hidung akan berikatan dengan reseptor penangkap aroma. Setelah itu reseptor akan mengirim sinyal-sinyal kimiawi ke otak (sistem limbik) dan akan mengatur emosi seseorang (Rusli, 2010). *Essential oil* mengandung partikel-partikel alami, yang jika kita hirup bisa merangsang reseptor-reseptor saraf penciuman yang ada di hidung kita, kemudian diteruskan ke pusat otak. Karena ada rangsangan dari *essential oil*, pusat otak akan mengeluarkan hormon yang dapat mempengaruhi fungsi tubuh seperti meningkatnya imunitas untuk melawan penyakit, meningkatkan energi, menimbulkan perasaan rileks, menyegarkan raga, serta menenangkan pikiran dan jiwa. Aroma harum dari *essential oil* bisa membuat kita jadi lebih bersemangat dan peka dalam pekerjaan, maupun dalam kehidupan secara umum (Hutasoit, 2002). Selain aroma yang menenangkan minyak atsiri juga memiliki manfaat untuk kesehatan, seperti antiradang, antiserangga, antiinflamasi, antiflogistik, afrodisiak, dan dekongestan (Rusli, 2010).

Wangi yang dihasilkan oleh minyak atsiri banyak dimanfaatkan sebagai campuran wewangian atau parfum dan pengikat bau (*fixative perfume*). Efek wewangian yang berasal dari minyak atsiri juga digunakan untuk beberapa produk seperti sabun, pasta gigi, shampoo, dan lain-lain. Minyak atsiri dapat digunakan sebagai pengharum ruangan dan pembersih udara karena minyak atsiri mampu menghilangkan partikel logam dan racun dari udara, mengikat oksigen, dan menambahkan ion negatif (Rusli, 2010).

Kayne (2009) menyatakan ada 4 dasar manfaat aromaterapi dalam praktik:

- 1) Kosmetik
- 2) Aromaterapi holistik untuk stres secara umum
- 3) Wewangian alam: minyak aromaterapi berdifusi ke udara untuk meningkatkan kesehatan, sebagai desinfektan.
- 4) Sebagai pengobatan atau aromaterapi di klinik.

Beberapa jenis minyak atsiri yang dan manfaatnya adalah sebagai berikut:

Tabel 2.2. Jenis Minyak Atsiri dan Kegunaannya (Kulsum, 2010)

Jenis Minyak	Kegunaan
Cendana/Sandalwood	Membantu mengurangi depresi, mengatasi sulit tidur dan stres/perasaan sedih, sangat bermanfaat untuk meditasi
<i>Jasmine</i>	Menghilangkan ketegangan, kegelisahan, depresi, merangsang senang, dan bahagia, menenangkan.
Greentea	Merangsang semangat, menenangkan, menyegarkan pikiran
Lemon	Menenangkan suasana, aromanya dapat menimbulkan rasa percaya diri, merasa lebih santai, menenangkan saraf tanpa menghilangkan kesadaran
Lavender	Membantu terciptanya keseimbangan tubuh dan pikiran. Membantu insomnia
Lotus	Menyejukkan, memberi rasa nyaman, membantu penyembuhan, mengurangi depresi, sangat disarankan untuk relaksasi
Rose	Mengurangi rasa marah, stres dan cemas
Rosemary	Melegakan otot dan pikiran. Aromanya membantu lebih berkonsentrasi dan percaya diri
Pepermint	Aroma yang begitu menyegarkan, membangkitkan suasana, mengurangi ketegangan
Night Queen	Membuat rasa nyaman dan rileks
Opium	Menggembirakan, memberi energi dan semangat tertentu (catatan: dalam konsentrasi tertentu)
Ylang-ylang	Memberikan rasa gembira, relaksasi, membantu penyembuhan menghilangkan depresi
Musk	Kelembutan, damai dan mengurangi rasa takut
Frangipani	Semangat kerja, gembira, percaya diri, mengatasi depresi panik

Bergamot	Memberikan energi positif, mengurangi depresi, tegang dan sedih serta menghilangkan lelah
Champaka	Menambah semangat, suasana gembira, kehangatan dan relaksasi
Patcholi	Menyejukkan pikiran, daya tahan tubuh, rasa tenang dan sensualitas
Gardenia	Sensasional, ketenangan, suasana bahagia dan damai

2.3.3 Metode dalam aromaterapi

Aromaterapi atsiri merupakan komponen utama aromaterapi yang langsung memberikan efek terhadap badan. Dalam aromaterapi, minyak atsiri masuk ke dalam badan melalui 3 jalan utama, yaitu:

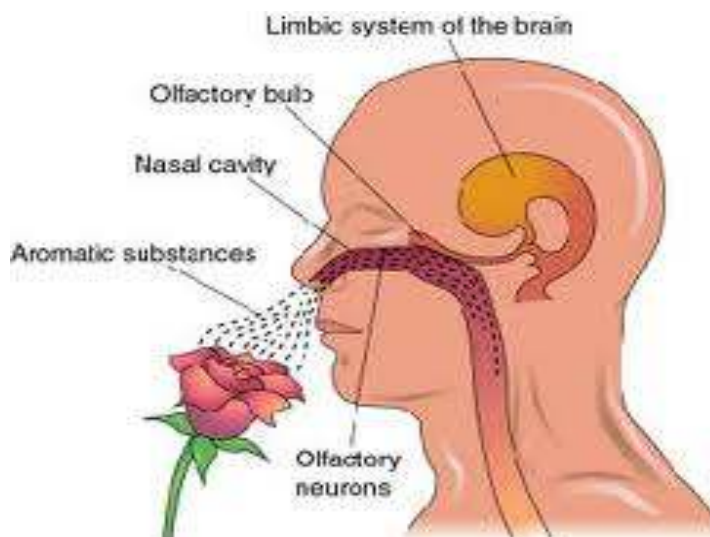
1. Ingesti

Metode ingesti merupakan masuknya aromaterapi ke dalam badan melalui mulut kemudian ke saluran pencernaan. Ada berbagai metode ingesti, diantaranya yaitu proses memasukkan larutan minyak atsiri ke dalam badan melalui mulut. Untuk itu haruslah diketahui betul sifat dan cara pemakaian minyak atsiri yang akan digunakan terutama dosis dan toksisitasnya (Koensoemardiyah, 2009).

2. Olfaksi atau Inhalasi

Akses minyak atsiri melalui hidung (*nasal passenger*) merupakan rute yang jauh lebih cepat dibanding cara lain dalam penanggulangan problem emosional seperti stress dan depresi, termasuk beberapa jenis sakit kepala, karena hidung mempunyai kontak langsung dengan bagian-bagian otak yang bertugas merangsang terbentuknya efek yang ditimbulkan oleh minyak atsiri. Saraf otak (*cranial*) pertama bertanggung jawab terhadap indra pembau dan menyampaikannya pada sel-sel reseptor (Koensoemardiyah, 2009).

Proses aromaterapi melalui inhalasi dapat dilihat dari gambar dibawah ini:



Gambar 2.1 Proses aromaterapi di dalam tubuh (Direla,2010)

Ketika minyak atsiri dihirup, molekul yang mudah menguap (*volatile*) dari minyak tersebut dibawa oleh arus udara ke langit-langit hidung, dimana terdapat bulu-bulu halus (*silia*) yang lembut dari sel-sel reseptor. Ketika molekul-molekul itu menempel pada rambut-rambut tersebut, suatu pesan elektrokimia akan ditransmisikan melalui bulbus olfaktorius dan traktus olfaktorius ke dalam sistem limbik (*amigdala* serta *hipokampus*). Proses ini akan memicu respon memori dan emosional yang lewat *hipotalamus*. *Hipotalamus* berperan sebagai pemancar dan regulator, memunculkan pesan-pesan yang harus disampaikan ke bagian otak serta bagian badan yang lain. Pesan yang diterima itu kemudian diubah menjadi tindakan yang berupa pelepasan senyawa elektrokimia yang menyebabkan *euphoria*, relaks, dan sedatif (Price, 1977).

Ada beberapa metode inhalasi yang biasa digunakan, yaitu :

1) Botol semprot

Botol semprot biasa digunakan untuk menghilangkan udara yang berbau kurang enak pada kamar pasien.

2) Tisu/handuk

Inhalasi dari kertas tissue atau handuk yang mengandung minyak atsiri 5-6 tetes (3 tetes pada anak kecil, orang tua atau wanita hamil). Untuk mendapatkan efek yang panjang minyak atsiri dapat diletakkan di dada atau di bawah bantal klien supaya tidak cepat menguap.

3) Telapak tangan

Yaitu suatu metode inhalasi dengan mengusapkan minyak atsiri pada tangan kemudian ditutupkan ke hidung. Cara ini biasanya dilakukan untuk mengatasi kesukaran dalam pernafasan atau kondisi stress.

4) Penguapan

Metode penguapan digunakan untuk mengatasi masalah respirasi dan masuk angin.

5) Burner keramik

Metode penguapan dengan menggunakan burner keramik dan lilin sebagai pemanas. Dosis yang digunakan adalah $\frac{3}{4}$ mangkok pada burner ditambahkan 3-4 tetes minyak aromaterapi.

3. Absorpsi melalui kulit

Kulit merupakan membran semipermeabel bagi molekul-molekul minyak atsiri. Kulit dapat dimasuki oleh molekul-molekul dengan derajat permeabilitas yang berbeda, tergantung jenis molekulnya. Sifat-sifat fisiko kimia molekul,

seperti berat molekul, bentuk ruang, kelarutan dalam lemak, koefisien difusi dan disosiasi merupakan faktor yang menentukan penetrasi senyawa ke dalam kulit. Berdasarkan sifat kulit, senyawa yang lipofilik (larut dalam lemak, misal minyak atsiri) mudah diabsorpsi. Kebanyakan minyak atsiri yang digunakan dalam aromaterapi dapat menembus kulit. Begitu menembus lapisan epidermis, molekul minyak atsiri dapat dengan mudah menyebar ke bagian tubuh yang lain, misalnya saluran limpa, pembuluh darah, kolagen, fibroblas, *mast cell*, dan lain-lain. Molekul ini akan ikut bersirkulasi hingga mencapai setiap sel dalam tubuh. Berbagai aplikasi metode aromaterapi melalui kulit seperti: kompres, gargarisma dan cuci mulut, semprot (*spray*), mandi, dan pijat (*massage*).

2.3.4 Aromaterapi melati (*jasmine*)

Melati (*jasminum sambac L.*) merupakan bunga dari family *oleaceae*. Melati mengandung minyak asiri (terdiri dari *seskuitepan*, *seskuitepen alcohol*, *fitol*, *isofital*, *fitil asetat*, *heksenil benzoat*, *metal palmitat*, *metal linolenat*, *geranil linaloat*, dan *jasmon*), asam farmoat, serta asam benzoat (Bambang, 2009).

Bagian yang digunakan untuk mendapatkan minyak melati adalah bagian bunga melati yang berumur sehari sebelum mekar. Cirinya, kuntum bunga masih keras dan warnanya sudah sama seperti yang sudah mekar. Minyak melati juga didapatkan dengan cara ekstraksi menggunakan pelarut organik (Rusli, 2010).

Khasiat fisik dari aromaterapi melati (*jasmine*) seperti meringankan rasa sakit, antiinflamasi, melemaskan otot yang kaku, mempercepat proses penyembuhan luka, memperbanyak air susu, menguatkan rahim, antidepresi, antiseptik, mengeluarkan gas, mengeluarkan dahak, membantu dalam proses persalinan, memberi rasa senang, mengurangi rasa takut, meningkatkan

semangat dan gairah, meringankan depresi mental, baik bagi orang yang pesimis, paranoid, meningkatkan rasa percaya diri, baik bagi kulit sensitif, *stretch marks*, membantu penyembuhan batuk yang parah, melemaskan otot yang kejang, keseleo, rasa sakit di otot, sakit pinggang dan punggung, mengatasi nyeri haid, merilekskan pinggul yang tegang. Sedangkan khasiat psikologi dari aromaterapi melati (*jasmine*) adalah merangsang, memberi rasa gembira, meningkatkan gairah seksual, meredakan rasa apatis, depresi, emosi yang dingin, meningkatkan rasa percaya diri, mengurangi rasa takut yang berlebihan, meningkatkan semangat. Untuk pemakaian melalui kulit, harus diberikan dalam dosis rendah untuk menghindari iritasi pada kulit (Poerwadi, 2006) .

Menurut Hutasoit (2002) aromaterapi melati (*jasmine*) dapat meningkatkan keseimbangan, pikiran positif, gairah seksual, kepekaan, kejernihan pikiran, harapan, keterbukaan, kebijaksanaan, ketenangan jiwa, rasa bahagia, kehangatan, romans, cinta serta dapat mengurangi depresi, cemas, batuk, rasa sakit saat menstruasi, stress, stress sebelum menstruasi, sedih, kecewa, dan rasa iri.

Menurut (Agusta, 2002) minyak melati (*jasmine*) bermanfaat mengurangi ketegangan, depresi, kegelisahan, membentuk perasaan optimis, senang dan bahagia serta menghilangkan kelesuan.

Aroma yang dilepas oleh minyak bekerja pada hipotalamus, bagian otak yang mempengaruhi sistem hormon. Aroma ini dapat mempengaruhi suasana hati, metabolisme, libido, dan tingkat stress. Secara teori, minyak esensial diserap oleh tubuh baik melalui pori-pori kulit pada saat pemijatan atau dengan dihirup melalui

hidung. Molekul dalam minyak masuk ke dalam aliran darah menuju sistem saraf, mempengaruhi keadaan fisik dan mental kita (Jain, 2011).

Beberapa aromaterapi mempunyai efek sedatif (menenangkan) seperti lavender, melati, bergamot, chamomile, marjoram, melissa neroli (bunga jeruk), dan sandalwood (Chemist & Druggist, 1998 dalam Proquest, 1998).

Aroma melati juga dapat meningkatkan kualitas tidur dan kesiagaan pada seseorang. Hal ini dibuktikan oleh penelitian Reudensberg (2003) yang menyatakan aroma melati menyebabkan efisiensi tidur yang lebih besar dan menyebabkan gerakan tidur berkurang, sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur tanpa membutuhkan waktu tidur tambahan.

Aroma melati mengandung senyawa linalool yang mempunyai efek sedatif terhadap aktivitas saraf otonom dan suasana hati seseorang (Kuroda, 2005). Aroma melati yang mengandung linalool akan disampaikan menuju nukleus olfactorius anterior melalui nervus olfaktorius dan bulbus olfaktorius, dimana senyawa tersebut akan sampai ke hipotalamus yang berhubungan dengan sistem saraf otonom. Oleh karena itu, stimulasi olfaktorius bisa mempengaruhi aktivitas saraf otonom melalui hipotalamus. Selanjutnya hipotalamus mempunyai hubungan dengan amigdala terkait emosi (perasaan senang, marah, dll). Inhalasi dari partikel aroma melati (*jasmine*) dapat menurunkan aktivitas vasokonstriktor simpatis pada otot dan menurunkan tekanan darah. Selain itu, kandungan senyawa pada aroma melati (*jasmine*) dapat meningkatkan aktivitas saraf simpatis dan menurunkan *heart rate*, dan adanya kandungan sedatif (*linalool*) dapat meningkatkan relaksasi seseorang. Adanya kandungan linalool pada aroma melati (*jasmine*) akan merangsang hipotalamus untuk menghasilkan zat-zat sedatif dalam

tubuh seperti endorfin, enkefalin, serotonin sehingga dapat memunculkan rasa gembira, senang, dan rileks. Produksi serotonin dapat menghasilkan respon peningkatan melatonin. Prasadja (2009) menyatakan hormon melatonin sangat berperan dalam proses tidur dan kualitas tidur seseorang, sehingga dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia.

2.4 Teori Interpersonal Hildegrad E. Peplau

Interpersonal relation model dipublikasikan oleh Peplau pada tahun 1952, teori model ini memfokuskan pada proses interpersonal dan hubungan terapeutik antara klien dan perawat. Proses interpersonal terdiri dari hubungan perawat dan klien. Teori model ini menekankan kemampuan perawat untuk memahami diri sendiri dan orang lain dengan menggunakan prinsip hubungan antar manusia (Asmadi, 2008). Tujuan perawatan adalah untuk mendidik klien dan keluarganya serta membantu klien mencapai kematangan perkembangan kepribadian (Chin dan Jacobs, 2005 dalam Potter & Perry 2005).

Proses interpersonal secara operasional memiliki empat fase, yaitu;

1. Fase Orientasi

Dalam fase orientasi, perawat dan klien bertemu sebagai dua orang asing, klien atau keluarga merasa mempunyai kebutuhan, walaupun sebenarnya kebutuhan itu belum teridentifikasi atau belum dipahami oleh klien ataupun keluarganya. Pada fase ini terjadi proses pengumpulan data, dan proses membina hubungan saling percaya antara perawat dan klien. Yang paling penting adalah perawat bekerja secara kolaborasi dengan klien dan keluarga dalam melakukan analisa situasi, sehingga perawat dan klien beserta

keluarganya dapat mengenali, melakukan klarifikasi, dan dapat mendefinisikan masalahnya. Faktor yang mempengaruhi hubungan antara perawat dan klien adalah nilai-nilai yang dianut, latar belakang budaya, ras, kepercayaan, pengalaman masa lalu, dan harapan-harapan.

2. Fase Identifikasi

Dalam fase ini klien berespon secara selektif kepada orang-orang yang akan mengetahui kebutuhannya. Beberapa klien memberikan respon berbeda pada fase ini. Misalnya saja sebagian klien akan mencari aktif perawat, tapi sebagian lagi menunggu sampai perawat mendekatinya. Respon yang diberikan oleh klien terhadap perawat dapat berupa: (1) partisipatif dan menjadi interdependen dengan perawat (2) menjadi otonomi dan independen dari perawat atau (3) menjadi pasif dan dependen kepada perawat. Dalam fase identifikasi ini baik klien atau perawat harus melakukan klarifikasi mengenai persepsi pasien dan keluarga serta harapan-harapannya. Pengalaman masa lalu klien dan perawat akan mempengaruhi harapan-harapan klien dan perawat sendiri selama proses fase identifikasi. Pada fase ini juga perawat berupaya memfasilitasi ekspresi perasaan klien.

3. Fase Eksploitasi

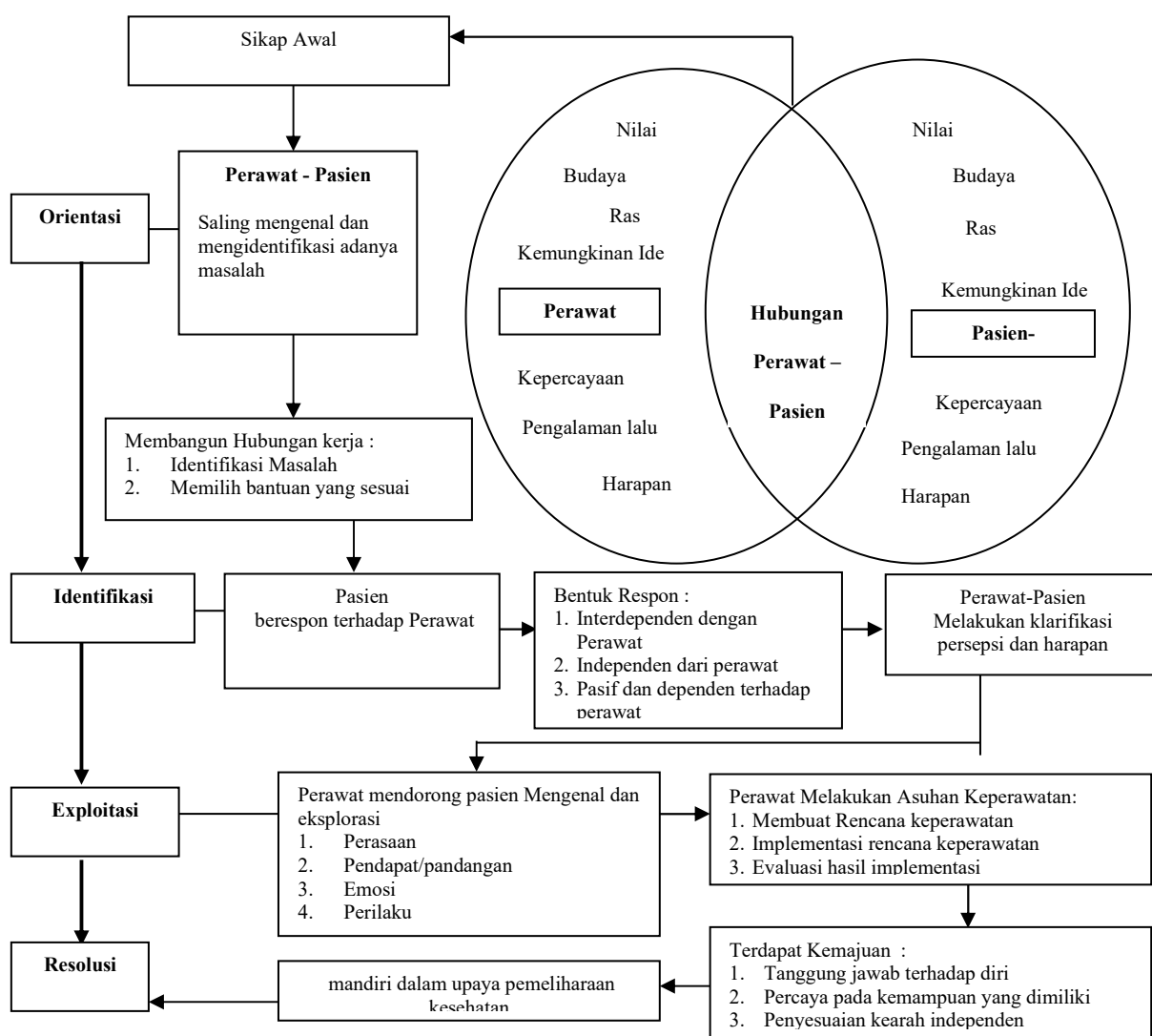
Setelah mengikuti fase identifikasi klien akan bergerak menuju fase eksploitasi. Dalam fase ini perawat memfasilitasi ekspresi perasaan klien dan melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan kliennya. Selama fase ini mungkin klien akan mempunyai beberapa kebutuhan sehubungan dengan masalah yang dihadapinya. Untuk memenuhi kebutuhan klien, perawat perlu melakukan wawancara secara mendalam sebagai alat untuk eksplorasi,

memahami dan menentukan masalah yang perlu penanganan sesegara mungkin.

4. Fase Resolusi

Dalam fase ini klien secara bertahap membebaskan diri dari ketergantungan dengan tenaga profesional. Ini berarti bahwa klien diberi kesempatan untuk memenuhi kebutuhannya sendiri berdasarkan kemampuan yang dimilikinya.

Keempat fase tersebut terlihat dalam gambar 2.1

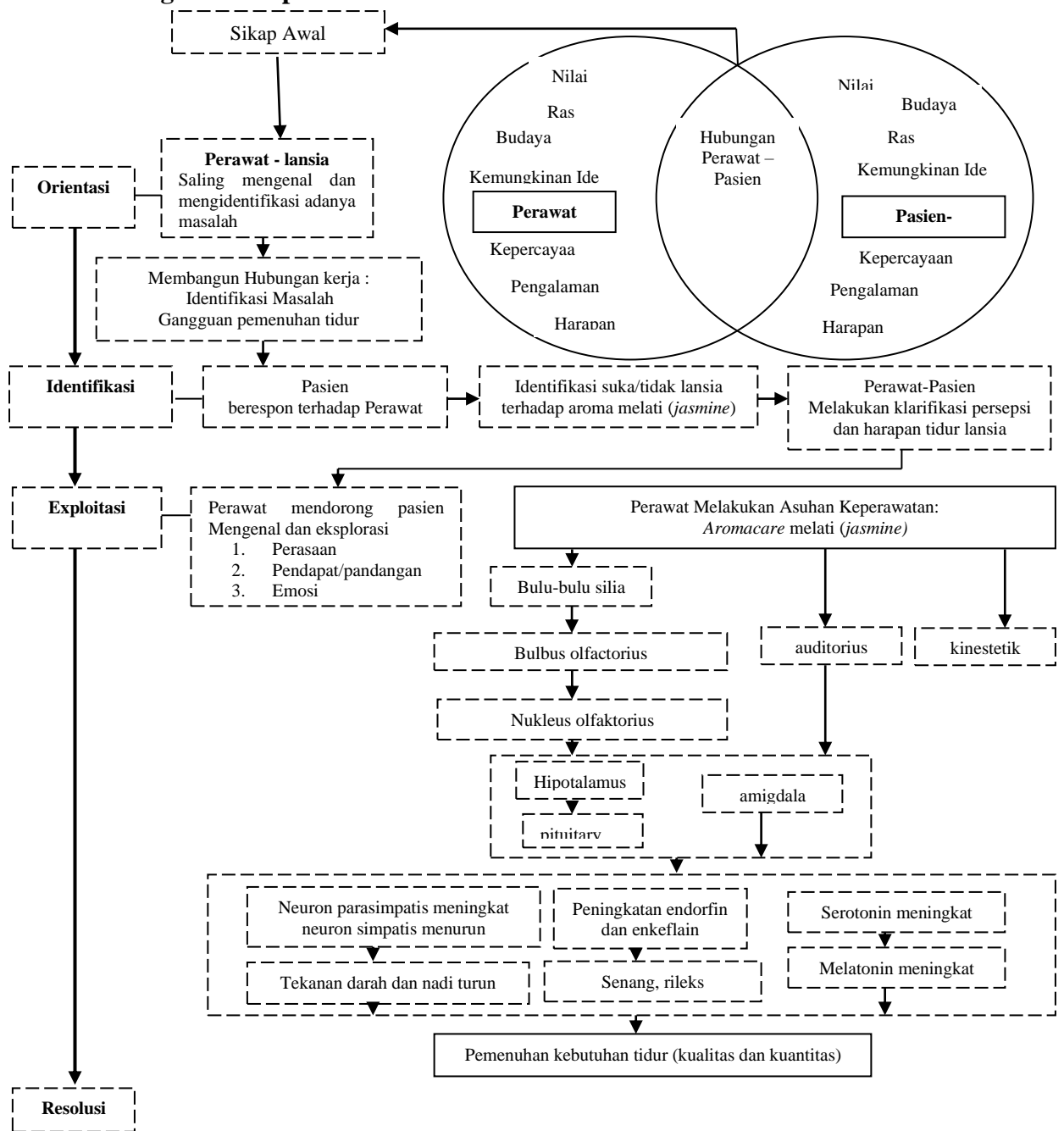


Gambar 2.1 Teori Interpersonal Hildegard E. Peplau (1952) dalam current nursing.com (2010)

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :
 : Diukur
 : Tidak diukur

Gambar 3.1 Kerangka konseptual pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia di panti sosial tresna werdha puspakarma Mataram tanggal 20 desember 2011s/d 04 januari 2012

Dari gambar di atas dapat dijelaskan hubungan perawat-klien menurut Hildegard E Peplau yang mencakup 4 fase yaitu fase orientasi, identifikasi, eksploitasi dan resolusi (Peplau,1952). Pada masa orientasi, perawat membina hubungan saling percaya dengan pasien/lansia melalui komunikasi terapeutik. Setelah itu, pasien dan perawat mengidentifikasi masalah yang ada pada lansia salah satunya adalah gangguan pemenuhan tidur. Sebelum melakukan intervensi keperawatan perawat mengidentifikasi kesukaan lansia mengenai tindakan keperawatan (aroma melati) yang akan digunakan dan mengidentifikasi keinginan tidur pada lansia.

Pada masa eksploitasi tindakan keperawatan dilakukan yaitu pemberian *aromacare* melati (*jasmine*). Aroma melati (*jasmine*) akan masuk melalui hidung (*olfactorius*) sedangkan pemberian pengantar tidur klien secara verbal akan diteruskan melalui sistem auditorius dan akan ditransmisikan ke sistem limbik (amigdala) yang merupakan pusat emosi seseorang (sedih, senang, marah, dll). Aroma melati yang mengandung linalool akan disampaikan menuju nukleus olfactorius anterior melalui nervus olfaktorius dan bulbus olfaktorius, dimana senyawa tersebut akan sampai ke hipotalamus yang berhubungan dengan sistem saraf otonom. Oleh karena itu, stimulasi olfaktorius bisa mempengaruhi aktivitas saraf otonom melalui hipotalamus. Selanjutnya hipotalamus mempunyai hubungan dengan amigdala terkait emosi (perasaan senang, marah,dll). Inhalasi dari partikel aroma melati (*jasmine*) dapat menurunkan aktivitas vasokonstriktor simpatis pada otot dan menurunkan tekanan darah. Selain itu, kandungan senyawa pada aroma *melati* (*jasmine*) dapat meningkatkan aktivitas saraf simpatis dan menurunkan *heart rate*, dan adanya kandungan sedatif (*linalool*) dapat

meningkatkan relaksasi seseorang. Adanya kandungan linalool pada aroma melati akan merangsang hipotalamus untuk menghasilkan zat-zat sedatif dalam tubuh seperti endorfin, enkefalin, serotonin sehingga dapat memunculkan rasa gembira, senang, dan rileks. Produksi serotonin dapat menghasilkan respon peningkatan melatonin. Prasadja (2009) menyatakan hormon melatonin sangat berperan dalam proses tidur dan kualitas tidur seseorang. Setelah tindakan keperawatan pemberian *aromacare* melati (*jasmine*) diberikan dan terjadi peningkatan kualitas dan kuantitas tidur pada lansia maka lansia dapat menerapkan pemakaian *aromacare* melati (*jasmine*) untuk mengatasi gangguan tidur yang dialami.

3.2 Hipotesis Penelitian

H1 : Ada pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Dalam bab ini akan diuraikan tentang : 1) Desain penelitian, 2) Populasi, sampel, dan teknik sampling, 3) Variabel penelitian, 4) Definisi operasional, 5) Instrumen penelitian, 6) Lokasi dan waktu penelitian, 7) Prosedur pengambilan data, 8) Kerangka operasional, 9) Analisa data, 10) Etik penelitian, dan 11) Keterbatasan Penelitian

4.1 Desain Penelitian

Menurut Nursalam (2008), desain penelitian adalah suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data dan digunakan untuk mendefinisikan struktur penelitian yang akan dilaksanakan. Berdasarkan tujuan penelitian, maka desain penelitian yang digunakan adalah penelitian eksperimen semu (*quasy experiment*) bentuk *pre-post test design*. Rancangan ini untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok eksperimental. Tetapi pemilihan kedua kelompok tidak menggunakan tehnik acak. Dalam rancangan ini kelompok eksperimental diberikan perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak. Pada kelompok perlakuan diawali dengan *pretest*, dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali (*posttest*).

Tabel 4.1 Rancangan penelitian quasy experimental (*pre-post test control group design*)

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca-test
K-A	O	I	OI-A
K-B	O	-	OI-B
	Waktu 1	Waktu 2	Waktu 3

Keterangan :

K-A : subjek (lansia dengan gangguan pemenuhan kebutuhan tidur) perlakuan

K-B : subyek (lansia dengan gangguan pemenuhan kebutuhan tidur) kontrol

- : aktivitas lainnya

O : observasi kualitas dan kuantitas tidur (pra intervensi)

I : intervensi (pemberian *aromacare* melati)

O1 (A+B) : observasi pasca intervensi (kelompok perlakuan dan kontrol)

4.2 Populasi, Sampel dan Sampling

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah setiap subjek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008). Populasi target dalam penelitian ini adalah semua lansia yang ada di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram, sedangkan populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami gangguan tidur di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram sebanyak 22 lansia.

4.2.2 Sampel

Pengertian sampel menurut Nursalam (2008) adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian melalui sampling. Dari data tentang populasi di atas akan diseleksi kriteria sampel yang terdiri dari kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Sampel pada penelitian ini ditentukan berdasarkan kriteria inklusi yaitu karakteristik umum subyek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Nursalam, 2009).

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Lansia yang kooperatif
2. Bersedia menjadi responden
3. Lansia yang mengkonsumsi obat-obatan analgesik, obat tidur, atau terapi insomnia lain.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Lansia yang tidak suka dengan aroma melati (*jasmine*).
2. Lansia yang alergi terhadap aroma melati (*jasmine*).
3. Lansia yang tidak mengalami gangguan penciuman dan pendengaran
4. Lansia yang mengalami gangguan kejiwaan.
5. Lansia yang mengalami poliuri.

Menurut Nursalam (2008), terdapat dua syarat yang harus dipenuhi saat menetapkan sampel yaitu representatif dan sampel harus cukup banyak. Sampel dalam penelitian ini adalah lansia yang mengalami gangguan tidur di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram. Sampel tersebut dibagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

4.2.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi. Teknik *sampling* merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel agar, memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian (Nursalam, 2008). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan dengan *purposive sampling*, suatu teknik penetapan

sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (Nursalam, 2008).

4.3 Identifikasi Variabel

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain). Jenis variabel diklasifikasikan menjadi bermacam-macam tipe untuk menjelaskan penggunaannya dalam penelitian. Beberapa variabel dimanipulasi, yang lainnya sebagai kontrol (Nursalam, 2008). Berikut identifikasi variabel dalam penelitian ini:

4.3.1 Variabel independen

Variabel independen adalah variabel yang nilainya menentukan variabel lain. Suatu kegiatan stimulus yang dimanipulasi oleh peneliti menciptakan suatu dampak pada variabel dependen (Nursalam, 2009) Variabel independen dalam penelitian ini adalah *aromacare* melati (*jasmine*) dengan diberikan pengantar secara verbal.

4.3.2 Variabel dependen

Variabel dependen adalah variabel yang nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respon akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel-variabel lain (Nursalam, 2008). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pemenuhan kebutuhan tidur lansia berdasarkan kuantitas dan kualitas.

4.4 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur)

itulah yang merupakan kunci definisi operasional (Nursalam, 2008). Definisi operasional masing-masing variabel dalam penelitian ini dapat dilihat dalam tabel berikut:

Tabel 4.2 Definisi operasional penelitian pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan tidur lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal 20 desember 2011 s/d 04 januari 2012

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
Independen: <i>aromacare</i> melati (<i>jasmine</i>)	Pemberian aromaterapi melati (<i>jasmine</i>) yang dapat digunakan secara inhalasi dan diberi pengantar secara verbal	Jenis aroma : Melati (<i>jasmine</i>) Durasi pemberian : 10-60 menit sebelum tidur selama 2 minggu secara terus menerus. Posisi ketika tidur adalah posisi yang nyaman mungkin menurut pasien Dosis aroma : 3-5 tetes	SOP (standar operasional prosedur)		
Dependen : Pemenuhan kebutuhan tidur lansia	Mutu dari kebutuhan akan tidur dalam 1 malam yang dapat dinilai dengan melakukan wawancara menggunakan kuesioner	Kriteria pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia berdasarkan kualitas meliputi : 1. Kualitas tidur secara subjektif 2. Terlambat dalam memulai tidur 3. Durasi tidur 4. Kebiasaan sebelum tidur 5. Adanya gangguan tidur 6. Penggunaan obat tidur 7. Kebiasaan tidur sehari-hari dari bulan lalu	Kuesioner PSQI (<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>)	Ordinal	Penilaian dilakukan dengan menggunakan PSQI (<i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>) yang terdiri dari 9 pertanyaan, dengan penilaian jika jumlah skor : 0 =sangat baik 1-7 = agak baik 8-14= agak buruk 15-21 = sangat buruk

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam pemenuhan tidur dalam hal kualitas adalah dengan menggunakan PSQI (*Pittsburg Sleep Quality Index*) yang terdiri dari 9 pertanyaan pribadi dan 5 pertanyaan untuk pasangan atau teman tidur, dengan penilaian jika jumlah skor 0=sangat baik, 1-7=agak baik, 8-14=agak buruk, 15-21=sangat buruk, sedangkan instrumen yang digunakan untuk menilai kuantitas tidur adalah lembar observasi lamanya tidur. Pada penelitian ini peneliti hanya menggunakan 9 pertanyaan pribadi pada PSQI. Pemberian *aromacare* melati (*jasmine*) ini menggunakan SOP (Standar Operasional Prosedur) dengan panduan peneliti dan observasi. Bahan yang digunakan dalam *aromacare* ini adalah aroma melati dan burner aromaterapi.

4.6 Lokasi dan waktu penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan pada tanggal 20 desember 2011 s/d 04 januari 2012 di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram.

4.7 Prosedur Pengambilan Data

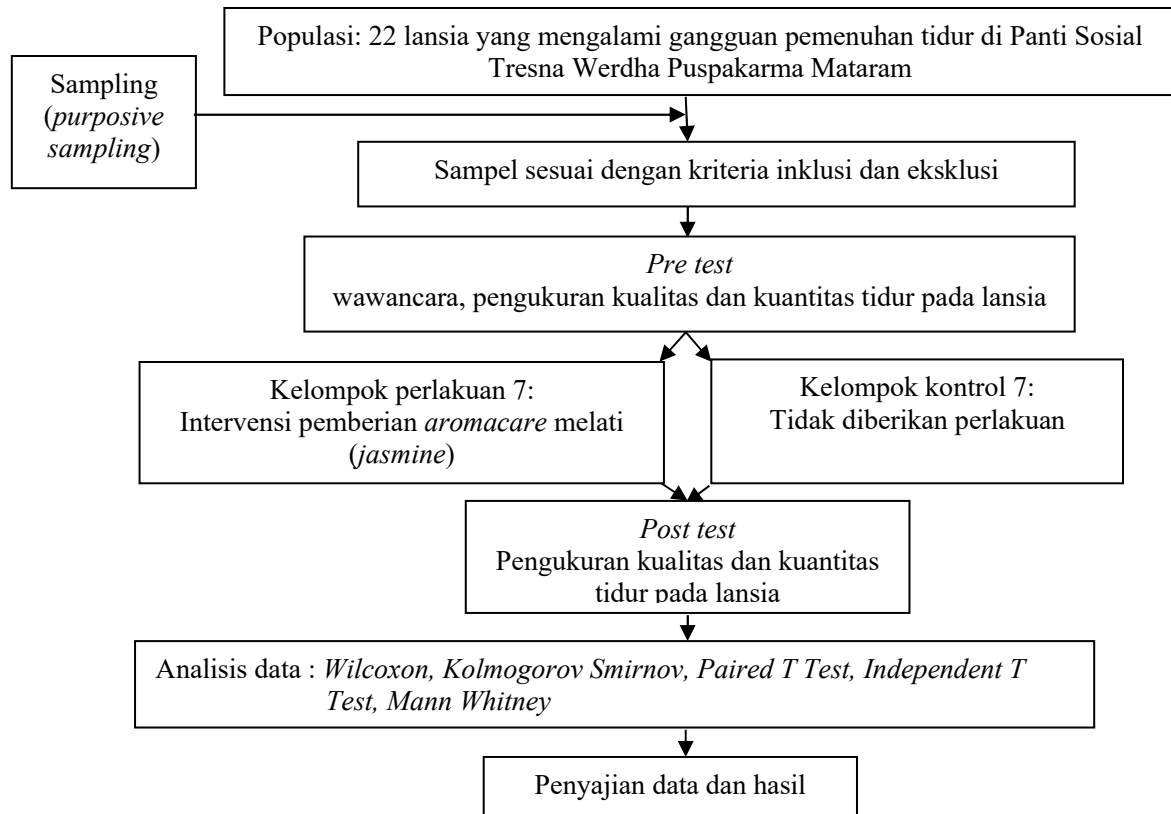
Penelitian diawali dari mengidentifikasi responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Kemudian peneliti memberi lembar *inform consent* kepada responden yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi sebagai persetujuan untuk menjadi sampel dalam penelitian ini. Setelah itu peneliti melakukan *pre-test* dengan menggunakan lembar kuesioner pemenuhan kebutuhan tidur PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) yang telah dimodifikasi dan dilakukan pengukuran lama tidur responden menggunakan lembar observasi

lamanya tidur dengan cara wawancara. Setelah itu peneliti membagi responden menjadi dua kelompok, yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

Pemberian pendidikan kesehatan mengenai pemberian *aromacare* melati (*jasmine*) diberikan kepada lansia yang pada kelompok perlakuan sehari sebelum dilakukan intervensi. Pada hari pertama hingga hari ke empat belas, pemberian *aromacare* melati (*jasmine*) dilakukan pada malam hari, yaitu 15-30 menit sebelum lansia beranjak ke tempat tidur. Selama di tempat tidur pasien akan diberikan pengantar secara verbal sambil diberikan aroma melati (*jasmine*). Peralatan yang digunakan adalah burner aroma melati (*jasmine*). Setelah itu, jika lansia telah siap beranjak ke tempat tidur, yang minyak aroma melati (*jasmine*) diteteskan pada mangkok pada burner keramik dan ditambahkan air sebanyak 3/4 dari mangkok, kemudian lilin dinyalakan di bawah mangkok sehingga aroma melati keluar. Peneliti lalu meminta lansia untuk berbaring di tempat tidurnya dengan posisi yang nyaman mungkin sambil menghirup aroma melati (*jasmine*) dan diberikan pengantar secara verbal. Aroma yang ditimbulkan akan bertahan selama lebih kurang 4 jam. Dalam 2 minggu, peneliti akan memberikan intervensi. Setelah dilakukan pemberian intervensi *aromacare* melati (*jasmine*) selama 2 minggu, pada hari ke empat belas lansia diberikan lembar kuesioner untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia setelah diberikan intervensi tersebut.

4.8 Kerangka Operasional

Pada kerangka kerja disajikan alur penelitian, terutama variabel yang akan digunakan dalam penelitian (Nursalam, 2008). Kerangka kerja yang digunakan pada penelitian ini disajikan pada gambar berikut ini:



Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian pengaruh aromacare melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal 20 desember 2011 s/d 04 januari 2012

4.9 Analisis Data

Analisis data pada data kuantitatif atau data yang dikuantifikasikan menggunakan analisis statistik yang bertujuan untuk membantu menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian dari kegiatan praktis maupun penelitian (Nursalam, 2008). Pada penelitian ini setelah kuesioner dan lembar observasi terisi dan data terkumpul kemudian jawaban pada kuesioner diberi skor. Skor masing-masing jawaban pada kuesioner dan lembar observasi kemudian ditabulasi dan diberi kode sesuai dengan kategori.

Uji statistik yang digunakan untuk mengetahui pengaruh aromacare melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan tidur lansia berdasarkan kualitas adalah

dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Rank Test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen dengan derajat kemaknaan masing-masing $p \leq 0,05$ yang artinya jika hasil penghitungan $\alpha \leq 0,05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, artinya ada perbedaan diantara 2 variabel. Untuk mengetahui pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) pemenuhan kebutuhan tidur secara kuantitas (lama tidur) diuji dengan uji *Kolmogorov Smirnov* yaitu untuk mengetahui distribusi normal data. Apabila $p \leq 0,05$ maka H_0 diterima artinya data menyebar normal. Selanjutnya dapat dilakukan uji dengan *Paired T Test* dengan derajat kemaknaan $p \leq 0,05$.

Kemudian untuk mengetahui perbandingan pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan tidur secara kualitas antara kedua kelompok diuji dengan uji *Mann Whitney* sedangkan secara kuantitas menggunakan uji *Independent T Test*. Dalam uji tersebut, jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p \leq 0,05$ artinya ada perbedaan pengaruh pemberian *aromacare* melati (*jasmine*) antara kelompok yang diberikan perlakuan dengan kelompok kontrol. Dalam pengolahan data ini peneliti akan menggunakan perangkat lunak komputer agar uji statistik yang diperoleh lebih akurat.

4.10 Etik Penelitian

Menurut Nursalam (2008) secara umum prinsip etika dalam penelitian/pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu: prinsip

manfaat, prinsip menghargai hak-hak subjek dan prinsip keadilan. Berikut penjelasan dari prinsip etika dalam penelitian:

1. Prinsip manfaat

1) Bebas dari penderitaan

Penelitian harus dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek, khususnya jika menggunakan tindakan khusus.

2) Partisipasi subjek dalam penelitian

Harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apa pun.

3) Risiko (*benefits ratio*)

Penelitian harus hati-hati mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat kepada subjek pada setiap tindakan.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia (*respect human dignity*)

1) Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (*right to self determination*)

Subjek mempunyai hak untuk memutuskan apakah mereka bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apa pun atau akan berakibat terhadap kesembuhannya, jika mereka seorang klien.

2) Hak untuk mendapatkan jaminan dari perlakuan yang diberikan (*right to full disclosure*)

Peneliti harus memberikan penjelasan secara rinci serta bertanggung jawab jika ada sesuatu yang terjadi kepada subjek.

3) *Informed consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada *informed consent* juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip keadilan (*right justice*)

1) Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (*right in fair treatment*)

Subjek harus diperlakukan secara adil baik sebelum, selama dan sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi apabila ternyata mereka tidak bersedia atau dikeluarkan dari penelitian

2) Hak dijaga kerahasiannya (*right to privacy*)

Subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan, untuk itu perlu adanya tanpa nama (*anonymity*) dan rahasia (*confidentiality*).

4.11 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Sampel yang digunakan sangat terbatas sehingga hasilnya akan kurang mewakili secara keseluruhan.
2. Terbatasnya kemampuan peneliti karena penelitian ini adalah pertama kalinya peneliti melakukan penelitian tentang pemberian tindakan keperawatan melalui sugesti.
3. Instrumen pengumpulan data menggunakan kuesioner bersifat subjektifitas, sehingga dapat dipengaruhi oleh persepsi responden.

4. Lama tidur responden hanya diperoleh melalui responden, tanpa adanya observasi dari peneliti selama 24 jam sehingga lama tidur responden tidak bisa diketahui secara akurat.
5. Adanya kegiatan-kegiatan dari responden sebelum tidur yang tidak dapat dikontrol oleh peneliti seperti menonton tv, mengobrol dengan lansia lainnya.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan membahas mengenai hasil penelitian meliputi data gambaran umum lokasi penelitian, gambaran umum responden, dan data khusus mengenai perubahan tingkat pemenuhan kebutuhan tidur lansia sebelum dan sesudah diberikan *aromacare* melati (*jasmine*). Penelitian di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram ini dilakukan pada tanggal 20 desember 2011 sampai tanggal 04 januari 2012. Data yang terkumpul kemudian diuji statistik dengan *Wilcoxon Sign Rank Test* untuk pemenuhan kebutuhan secara kualitas, uji *Paired T Test* untuk pemenuhan kebutuhan tidur berdasarkan kuantitas (lama tidur), uji *Mann Whitney* untuk mengetahui pengaruh intervensi terhadap kelompok perlakuan dan kelompok kontrol secara kualitas dan uji *Independent T Test* secara kuantitas (lama tidur).

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran umum lokasi penelitian

Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram terletak di Jl. Majapahit no. No. 31 Mataram. Panti ini didirikan pada tanggal 16 Juni 1979 dengan luas wilayah 2000 m² melalui proyek Pembinaan dan Kesejahteraan Lanjut Usia Provinsi NTB dan diresmikan oleh Menteri Sosial RI, Bapak Sapardjo pada tanggal 27 Oktober 1980. Bangunan panti terdiri atas 1 kantor, 11 bangunan wisma, poliklinik lansia, tempat ibadah (masjid), lapangan untuk olahraga, dapur, aula. Lansia di panti berjumlah 82 lansia, setiap lansia

mendapatkan makanan sebanyak 3 kali sehari. Kegiatan pelayanan di PSTW Puspakarma Mataram seperti :

1. Pengasramaan
2. Pelayanan pangan dan sandang
3. Pelayanan kesehatan
4. Bimbingan fisik dan mental
5. Bimbingan sosial
6. Bimbingan kerohanian
7. Bimbingan keterampilan mengisi waktu luang
8. Rekreasi/ziarah

5.1.2 Karakteristik data demografi responden

1) Umur

Tabel 5.1 Distribusi responden berdasarkan umur di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012

Golongan umur	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
60-74 tahun	5	71	2	29
75-90 Tahun	2	29	5	71
>90 tahun	0	0	0	0

Berdasarkan tabel 5.1 dapat diketahui bahwa pada kelompok perlakuan mayoritas lanjut usia berusia 60-74 tahun yaitu sebanyak 5 orang (71%), pada kelompok kontrol sebagian besar lanjut usia juga berusia 75-90 tahun yaitu sebanyak 5 orang (71%).

2) Jenis Kelamin

Tabel 5.2 Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012

Jenis Kelamin	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
Laki-laki	3	43	3	43
Perempuan	4	57	4	57

Berdasarkan tabel 5.2 dapat diketahui bahwa pada kelompok perlakuan lanjut usia berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 4 orang (57%), pada kelompok kontrol lanjut usia berjenis kelamin perempuan yaitu sebanyak 4 orang (57%).

3) Lama Tinggal

Tabel 5.3 Distribusi responden berdasarkan lama tinggal di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012

Tingkat Pendidikan	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
< 1 tahun	1	14	1	14
1- 5 tahun	3	43	6	86
5-10 tahun	3	43	0	0
>10 tahun	0	0	3	37,5

Berdasarkan tabel 5.3 dapat diketahui bahwa pada kelompok perlakuan mayoritas lansia dengan lama tinggal di panti selama 1-5 tahun dan 5- 10 tahun yaitu masing-masing sebanyak 3 orang (43%), pada kelompok kontrol mayoritas lanjut usia dengan lama tinggal di panti selama 1-5 tahun yaitu sebanyak 6 orang (86%).

4) Status Perkawinan

Tabel 5.4 Distribusi responden berdasarkan status perkawinan di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012

Status Perkawinan	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
Tidak Kawin	0	0	0	0
Kawin	0		0	0
Janda/Duda	7	100	7	100

Berdasarkan tabel 5.4 dapat diketahui bahwa pada kelompok perlakuan dan kontrol mayoritas lanjut usia dengan status perkawinan kawin/janda yaitu sebanyak 7 orang (100%), pada kelompok kontrol mayoritas lanjut usia dengan status perkawinan kawin/janda yaitu sebanyak 7 orang (100%).

5) Agama

Tabel 5.5 Distribusi responden berdasarkan agama di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012

Agama	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
Islam	7	100	7	100
Kristen	0	0	0	0
Hindu	0	0	0	0
Budha	0	0	0	0

Berdasarkan tabel 5.5 dapat diketahui bahwa pada kelompok perlakuan mayoritas lanjut usia dengan beragama islam yaitu sebanyak 7 orang (100%), pada kelompok kontrol mayoritas lanjut usia beragama islam yaitu sebanyak 7 orang (100%).

6) Pekerjaan

Tabel 5.6 Distribusi responden berdasarkan riwayat pekerjaan di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012

Pekerjaan	Kelompok			
	Perlakuan		Kontrol	
	Σ	%	Σ	%
Tidak Bekerja	0	0	0	0
Tani	0	0	0	0
Wiraswasta	4	57	3	43
dll (ibu rumah tangga)	3	43	4	57

Berdasarkan tabel 5.6 dapat diketahui bahwa pada kelompok perlakuan mayoritas lanjut usia bekerja wiraswasta yaitu sebanyak 4 orang (57%), pada kelompok kontrol mayoritas lanjut usia bekerja sebagai ibu rumah tangga yaitu sebanyak 4 orang (57%).

5.1.3 Data khusus

5.1.3.1 Pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia secara kualitasTabel 5.7 Pemenuhan kebutuhan tidur lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan kualitas sebelum dan sesudah diberikan *aromacare* melati (*jasmine*) di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal 20 desember 2011 s/d 04 januari 2012

No.	Skor PSQI								
	Perlakuan				Kontrol				
	Pre	Ket.	Post	Ket.	Pre	Ket.	Post	Ket.	
1	15	sangat buruk	8	agak buruk	15	sangat buruk	15	sangatburuk	
2	14	agak buruk	11	agak buruk	10	agak buruk	10	agak buruk	
3	12	agak buruk	9	agak buruk	16	sangat buruk	16	sangatburuk	
4	16	sangat buruk	9	agak buruk	14	agak buruk	16	sangatburuk	
5	12	agak buruk	9	agak buruk	17	sangat buruk	15	sangatburuk	
6	16	sangat buruk	11	agak buruk	11	agak buruk	10	agak buruk	
7	11	agak buruk	8	agak buruk	13	agak buruk	12	agak buruk	
<i>Wilcoxon Signed Rank Test</i>		p=0,016				p=0,577			
<i>Mann Whitney</i>		p=0,023							

Tabel 5. 1 di atas menunjukkan hasil uji statistik perubahan kualitas pemenuhan kebutuhan tidur lansia sebelum (*pre-test*) dan sesudah (*post-test*) pada kelompok yang diberikan perlakuan dan kontrol. Hasil uji *Statistik Wilcoxon Signed Rank Test* pada kelompok perlakuan menunjukkan $p=0,016$ artinya ada pengaruh pemberian *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia secara kualitas, sedangkan pada kelompok kontrol diperoleh hasil $p=0,577$ artinya tidak ada perbedaan kualitas tidur antara hasil pretest dan post test. Hasil uji statistik *Mann Whitney Test* $p=0,023$ yang berarti bahwa ada perbedaan *post test* kualitas tidur pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.

5.1.3.2 Pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia secara kuantitas

Tabel 5.8 Pemenuhan kebutuhan tidur lansia kelompok perlakuan dan kelompok kontrol berdasarkan kuantitas sebelum dan sesudah diberikan *aromacare* melati (*jasmine*) di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram tanggal 20 desember 2011 s/d 04 januari 2012

No	Lama tidur (jam)			
	Perlakuan		Kontrol	
	pre	post	pre	post
1	3	6	3	2
2	3	4	5	5
3	4	5	3	3
4	4	6	2	2
5	3	5	3	3
6	3	6	5	5
7	3	5	4	4
<i>Paired T Test</i>	p=0,001		p=0,356	
<i>Independent T Test</i>	p=0,006			

Tabel 5.2 menunjukkan hasil uji statistik pemenuhan kebutuhan tidur lansia secara kuantitas kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dari hasil uji statistik *Paired T Test* pada kelompok perlakuan $p=0,001$ yang artinya ada perbedaan kuantitas (lama tidur) *pre* dan *post* intervensi, sedangkan pada

kelompok kontrol didapatkan $p=0,356$ yang artinya tidak ada perbedaan kuantitas (lama tidur) antara hasil *pretest* dan *posttest*.

5.2 Pembahasan

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa hasil *pre test* responden, baik pada kelompok perlakuan dan kontrol memiliki kualitas tidur agak buruk dan sangat buruk, dimana pada kelompok kontrol, sebanyak 3 orang memiliki kualitas tidur sangat buruk dan 4 orang memiliki kualitas tidur agak buruk . Sedangkan pada kelompok perlakuan, 3 orang memiliki kualitas tidur sangat buruk dan 4 orang memiliki kualitas tidur agak buruk. Berikut ini akan dibahas mengenai data usia dan jenis kelamin yang dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan tidur lansia yang meliputi kualitas dan kuantitas tidurnya.

Berdasarkan tabel 5.1 yang menunjukkan distribusi responden berdasarkan umur diketahui bahwa 5 orang responden pada kelompok perlakuan yaitu berusia 60-74 tahun dan 2 orang responden berusia 75-90 tahun, dan pada kelompok kontrol 2 responden berusia 60-74 tahun dan 5 orang responden berusia 75-90 tahun. Fakta ini sesuai dengan apa yang dipaparkan oleh Prasadja (2009) bahwa tidur mengalami perubahan seiring dengan penambahan usia. Efisiensi tidur (jumlah waktu tidur berbanding dengan waktu berbaring di tempat tidur) semakin berkurang. Sementara kebutuhan tidur pun semakin menurun, karena dorongan homeostatik untuk tidur pun berkurang. Hal ini juga didukung oleh pendapat Bliwise (1993) dalam Potter dan Perry (2005) yaitu kualitas tidur kelihatan menjadi berubah pada kebanyakan lansia.

Kualitas tidur menunjukkan adanya kemampuan individu untuk tidur dan memperoleh jumlah istirahat yang sesuai dengan kebutuhannya (Hidayat, 2008). Salah satu faktor yang menyebabkan perubahan kualitas tidur pada lansia adalah umur. Pada lansia terjadi perubahan pada gelombang otak, meningkatnya frekuensi terbangun di malam hari atau meningkatnya fragmentasi tidur karena seringnya terbangun pada malam hari hal ini akan membuat lansia merasa letih dan tidak bugar pada saat bangun tidur. Hal inilah yang membuat kualitas tidur pada lansia cenderung berubah. Pada penelitian ini, kebanyakan lansia mengeluh kualitas tidurnya terganggu karena susah memulai tidur dan memerlukan waktu yang lama untuk bisa tidur pulas.

Sementara itu, berdasarkan tabel 5.8 yang menunjukkan hasil uji statistik pemenuhan kebutuhan tidur lansia secara kuantitas kelompok perlakuan dan kelompok kontrol dapat dilihat bahwa sebagian besar responden pada kedua kelompok hanya dapat tidur tidak lebih dari 5 jam sehari yaitu 14 orang (100%). Hal ini sesuai dengan pernyataan Luce and Segal yang mengungkapkan bahwa faktor usia merupakan faktor terpenting yang berpengaruh terhadap kuantitas tidur. Telah dikatakan bahwa keluhan terhadap kuantitas tidur sering dengan bertumbuhnya usia. Pada kelompok lanjut 40 tahun hanya dijumpai 7% kasus yang mengeluh masalah tidur (hanya dapat tidur tidak lebih dari 5 jam sehari). Hal yang sama dijumpai pada 22% kasus pada kelompok usia 70 tahun. Demikian pula, kelompok lanjut usia lebih banyak mengeluh terbangun lebih awal dari pukul 05.00 pagi. Selain itu, terdapat 30% kelompok usia 70 tahun yang banyak terbangun di waktu malam hari. Angka ini ternyata tujuh kali lebih besar dibandingkan dengan kelompok usia 20 tahun (Fitri, 2009). Hal ini dibuktikan

dari hasil data dari penelitian dimana rerata responden pada penelitian mengatakan bangun sebelum pukul 04. 00 WIB dan sering terbangun pada malam hari. Seringnya terbangun pada malam hari dan kesulitan untuk memulai tidur menyebabkan lama tidur berkurang pada lansia.

Berdasarkan tabel 5.2 yang menunjukkan distribusi responden berdasarkan jenis kelamin dapat diketahui bahwa sebagian besar responden, yaitu sebanyak 8 orang berjenis kelamin wanita mengalami gangguan tidur. Pada usia lanjut, wanita lebih banyak mengalami insomnia, dibandingkan pria yang lebih banyak menderita *sleep apnea* atau kondisi medis lain yang dapat mengganggu tidur. Gangguan tidur pada usia lanjut biasanya muncul dalam bentuk kesulitan untuk tidur dan sering terbangun atau bangun terlalu awal (Prasadja, 2009).

Jenis kelamin merupakan status gender dari seseorang yaitu laki-laki dan perempuan. Menurut (Rawlins, 2001) wanita secara psikologis memiliki mekanisme coping yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki dalam mengatasi suatu masalah. Adanya gangguan secara fisik maupun secara psikologis tersebut maka wanita akan mengalami suatu kecemasan, jika kecemasan itu berlanjut maka akan mengakibatkan seseorang lansia wanita lebih sering mengalami kejadian insomnia dibandingkan dengan laki-laki. Fase biologis dari kehidupan wanita seperti menopause, dan faktor hormonal membuat wanita lebih banyak mengalami gangguan tidur, wanita lebih mudah mengalami berbagai gangguan tidur daripada pria, seperti insomnia, begitu juga dengan lansia yang berusia di atas 60 tahun akan mengalami gangguan tidur yang lebih buruk karena adanya faktor-faktor stress psikologis seperti menopause, perubahan-perubahan fisik akan meningkatkan kecemasan lansia.

Pemberian aromaterapi melati (*jasmine*) dengan pendekatan asuhan keperawatan melalui proses sugesti yang disebut *aromacare* ini dimaksudkan untuk meningkatkan pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia. Pemberian aromaterapi melati (*jasmine*) sendiri dapat meningkatkan kualitas pemenuhan tidur pada seseorang dimana lansia dapat berpartisipasi dalam pelayanan kesehatannya dan mempraktikkan pemberian aromaterapi melati untuk mendapatkan istirahat secara teratur.

Pengidentifikasian dan penanganan gangguan pola tidur lansia adalah tujuan penting perawat. Sebab, memperoleh kualitas tidur terbaik adalah penting untuk membantu pemenuhan kebutuhan klien. Dalam hal ini, perawat diharapkan dapat mendidik klien untuk memenuhi kebutuhan tidurnya melalui proses interpersonal dan terapeutik. Artinya suatu hasil proses kerja sama manusia (perawat) dengan manusia lain (klien) supaya menjadi tetap sehat. Dalam ilmu komunikasi, proses interpersonal didefinisikan sebagai proses interaksi secara simultan dengan orang lain dan saling pengaruh-mempengaruhi satu dengan lainnya dengan tujuan untuk membina suatu hubungan (Peplau, 1952 dalam Siregar, 2009).

Peplau menggambarkan proses interpersonal sebagai metode transformasi energi atau perubahan pola tidur klien oleh perawat yang terdiri dari empat fase: 1) Fase Orientasi, tahap ini ditandai dimana perawat melakukan kontak awal untuk membangun kepercayaan (membina hubungan saling percaya) dan kemudian mengumpulkan data awal mengenai kualitas dan kuantitas tidur lansia. 2) Fase Identifikasi, perawat mendiskusikan masalah dan menjelaskan tindakan yang akan dilakukan. 3) Fase Eksplorasi, fase ini merupakan inti hubungan dalam proses interpersonal. Dalam hal ini perawat membantu klien dengan memberikan

aromacare melati (*jasmine*) serta proses sugesti untuk membantu memperbaiki kualitas dan kuantitas tidur lansia. Adanya perkembangan hubungan antara perawat dan klien, akan membuat kedua belah pihak mendapatkan keuntungan. Klien mendapatkan keuntungan dengan memanfaatkan pelayanan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhannya dan perawat membantu klien dalam hal mengatasi perubahan tidurnya yang berhubungan dengan masalah kesehatannya. 4) Fase Resolusi, secara bertahap klien telah dapat melepaskan diri dari perawat.

Dari keempat fase tersebut diatas yang diaplikasikan dalam kegiatan *aromacare* ternyata memberi dampak yang sangat positif terhadap hasil penelitian. Fakta tersebut sesuai dengan teori *interpersonal* menurut Hildegard E. Peplau bahwa seorang perawat berusaha memandirikan seorang klien melalui serangkaian proses pengembangan dimana seorang perawat membimbing pasien dari rasa ketergantungan yang tinggi menjadi interaksi yang saling tergantung dalam sosial. Pemaparan ini menunjukkan bahwa teori Hildegard E. Peplau berfokus pada individu, perawat, dan proses interaktif yang menghasilkan hubungan antara perawat dan klien.

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwa hasil uji statistik *Wilcoxon* untuk *pretest* dan *posttest* pada kelompok perlakuan didapatkan nilai signifikansi 0,016 yang menunjukkan ada pengaruh pemberian *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur lansia secara kualitas, sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan intervensi menunjukkan tidak ada perbedaan kualitas tidur antara hasil *pretest* dan *post test*. Hasil uji statistik *Mann Whitney Test* $p=0,023$ yang berarti bahwa ada pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap kualitas pemenuhan kebutuhan tidur lansia.

Sementara itu, tabel 5.8 menunjukkan hasil uji statistik pemenuhan kebutuhan tidur lansia secara kuantitas pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dari hasil uji statistik *paired t test* pada kelompok perlakuan $p=0,001$ yang artinya ada perbedaan kuantitas (lama tidur) *pre* dan *post* intervensi, sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan $p=0,356$ yang artinya tidak ada perbedaan kuantitas (lama tidur) antara hasil *pretest* dan *posttest*.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Raudensburgh yang menyatakan aroma bunga melati dapat meningkatkan efisiensi tidur seseorang dan mengurangi pergerakan seseorang ketika tidur, meningkatkan kualitas tidur seseorang tanpa penambahan waktu tidur (Raudensbergh, 2003). Kandungan senyawa linalool yang berfungsi sebagai zat sedatif yang ada pada aroma melati (*jasmine*) akan meningkatkan relaksasi pada seseorang, selain itu pemberian sugesti merupakan salah satu tehnik relaksasi kepada seseorang yang dapat meningkatkan respon relaksasi dari tubuh seseorang sehingga menyebabkan seseorang lebih cepat memulai tidur dan mempertahankan tidurnya sehingga tercapai kualitas tidur yang maksimal.

Aroma melati (*jasmine*) yang mengandung akan disampaikan menuju nukleus olfactorius anterior melalui nervus olfaktorius dan bulbus olfaktorius, dimana senyawa tersebut akan sampai ke hipotalamus yang berhubungan dengan sistem saraf otonom. Oleh karena itu, stimulasi olfaktorius bisa mempengaruhi aktivitas saraf otonom melalui hipotalamus. Selanjutnya hipotalamus mempunyai hubungan dengan amigdala terkait emosi (perasaan). Inhalasi dari partikel aroma melati (*jasmine*) dapat menurunkan aktivitas vasokonstriktor simpatis pada otot dan menurunkan tekanan darah. Selain itu, kandungan senyawa pada aroma *melati*

(*jasmine*) dapat meningkatkan aktivitas saraf parasimpatis dan menurunkan *heart rate* seseorang, dan adanya kandungan sedatif (*linalool*) dapat meningkatkan relaksasi seseorang. Adanya kandungan linalool pada aroma melati (*jasmine*) akan merangsang hipotalamus untuk menghasilkan zat-zat sedatif dalam tubuh seperti endorfin, enkefalin, serotonin sehingga dapat memunculkan rasa gembira, senang, dan rileks. Produksi serotonin dapat menghasilkan respon peningkatan melatonin sehingga dapat mempengaruhi pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia. Hal ini akan meningkatkan relaksasi individu sehingga dapat tidur dengan nyenyak dan terjadi peningkatan pada kualitas dan kuantitas tidurnya

Pemberian *aromacare* menyebabkan responden pada kelompok perlakuan mengalami peningkatan kuantitas tidur. Hal ini dibuktikan dengan bertambahnya kuantitas tidur rerata responden antara 1- 3 jam. Responden pada kelompok perlakuan juga mengatakan lebih cepat tidur (<30 menit) setelah dilakukan intervensi. Sebelum dilakukan intervensi, beberapa responden mengaku lebih susah untuk memulai tidur setelah bangun pada malam hari akan tetapi setelah dilakukan intervensi rerata responden bisa tidur lagi lebih cepat sehingga hal inilah yang meningkatkan kuantitas tidur pada kelompok perlakuan. Hal ini disebabkan oleh masih adanya efek dari aroma melati (*jasmine*). Dengan demikian dapat meningkatkan kuantitas pemenuhan kebutuhan tidur.

Perubahan pola tidur pada lansia disebabkan perubahan Sistem Saraf Pusat yang mempengaruhi pengaturan tidur. Kerusakan sensorik yang umum dengan penuaan, dapat mengurangi sensitivitas terhadap waktu yang mempertahankan irama sirkadian (Potter dan Perry, 2002). Aktifnya saraf simpatis membuat lansia tidak dapat santai atau relaks sehingga tidak dapat memunculkan rasa kantuk.

Melalui latihan distraksi yang diberikan melalui proses sugesti, lansia dilatih untuk dapat memunculkan respon relaksasi sehingga dapat mencapai keadaan tenang. Respon relaksasi ini terjadi melalui penurunan bermakna dari kebutuhan zat oksigen oleh tubuh, yang selanjutnya aliran darah akan lancar, neurotransmitter penenang akan dilepaskan, sistem saraf akan bekerja secara baik otot-otot tubuh yang relaks menimbulkan perasaan tenang dan nyaman. Perasaan tenang dan nyaman akan memudahkan lansia untuk tidur terlelap.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini akan disajikan kesimpulan dan saran hasil penelitian pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia yang telah dilaksanakan di PSTW Puspakarma Mataram pada tanggal 20 desember 2011-04 januari 2012

6.1 Kesimpulan

1. Pemberian *aromacare* melati (*jasmine*) meningkatkan pemenuhan kebutuhan tidur lansia yang ada di panti di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram secara kualitas.
2. Pemberian *aromacare* melati (*jasmine*) meningkatkan pemenuhan kebutuhan tidur lansia yang ada di panti di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram secara kuantitas (lama tidur).
3. Pemberian *aromacare* melati (*jasmine*) meningkatkan pemenuhan kebutuhan tidur lansia yang ada di panti di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram baik secara kualitas maupun kuantitas.

6.2 Saran

1. Bagi pengurus panti, pemberian *aromacare* melati (*jasmine*) dapat dijadikan salah satu program untuk mengatasi gangguan pemenuhan kebutuhan pada lansia yang ada di panti

2. Bagi perawat, dapat dijadikan salah satu intervensi keperawatan untuk mengatasi gangguan pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia
3. Bagi responden dan masyarakat, dapat dijadikan salah satu alternatif untuk digunakan masyarakat/lansia untuk mengatasi gangguan pemenuhan kebutuhan tidur.
4. Untuk penelitian selanjutnya dapat diteliti pengaruh *aromacare* melati (*jasmine*) terhadap pemenuhan kebutuhan tidur dengan mengukur kadar melatonin dan melalui pemeriksaan EEG (*Electro Ensephalo Gram*)


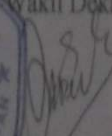

DAFTAR PUSTAKA


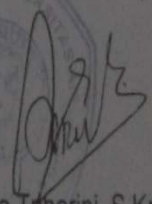
- Aishareefa, 2009, *Pengertian dan Fungsi Aromaterapi*, Diakses pada tanggal 13 november 2011 pkl 20.30 <<http://aishareefa.blogspot.com/2009/01/pengertian-dan-fungsi-aromaterapi.html>>
- Agusta, A 2002, *Aromaterapi, Cara Sehat Dengan Wewangian Alami*, Jakarta, Penebar Swadaya. Hal : 5
- Asmadi, 2008, *Konsep Dasar Keperawatan*, EGC : Jakarta, Hal: 132-135
- Camaru, A 2011, *Jangan Remehkan Posisi Tidur*, Jakarta, Berlian Media, Hal:39-51, 77
- Chemist & Druggist 1998, The Sweet smeel of health, *Pharmacy and Pharmacology*, no. 00093033, pp. SI-SI, diakses pada tanggal 14 november 2011 pkl. 15.30 <<http://search.proquest.com/docview/274901999?accountid=31533>>
- Currentnursing, 2010, Theory of Interpersonal Relations, diakses pada tanggal 30 november 2011 pkl. 20.00 <http://currentnursing.com/nursing_theory/interpersonal_theory.html>
- Darmojo, B 2010, *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut)*, Jakarta, Balai Penerbit FK-UI. Hal 4-9, 294-295
- Direla, 2010, *Meraih Ketenangan Melalui Aromaterapi*, diakses pada tanggal 13 november 2011 pkl 21.00, <http://meraih_ketenangan_melalui_aromaterapi.blogspot.com/>
- Dunitz, M 2002, *Sleep Disorder*, UK, Taylor & Francis e-Library, Hal : 3
- Effendy, F, Makhfudli 2009, *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik Dalam Keperawatan*, Jakarta, Salemba Medika. Hal 243
- Fitri, M 2009, *Gangguan Tidur pada Lansia*, diakses pada tanggal 12 november 2011 pkl. 22.00 , <stikeskabmalang.files.wordpress.com>
- Hidayat, AA 2008, *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia edisi 2: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*, Jakarta, Salemba Medika, Hal: 127

- Hutasoit, AS 2002, *Panduan Praktis Aromatherapy Untuk Pemula*, Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama. Hal : 11,14,98
- Inoue N, Kuroda K, Sugimoto A, Kakuda T, Fushiki T (2003) Different autonomic nervous responses according to preference for the odor of jasmine tea. *Biosci Biotechnol Biochem* 67:1206–1214, diakses pada tanggal 07 februari 2012 pkl. 15.30, <http://www.jstage.jst.go.jp/article/bbb/67/6/67_1206/_article/-char/en>
- Jain, R 2011, *Pengobatan Alternatif Untuk Mengatasi Tekanan Darah*, Jakarta, PT Gramedia Pustaka Utama, Hal: 193
- Japardi, A 2002, *Gangguan Tidur*. Diakses 12 November 2011 pkl. 21.30, <<http://repository.usu.ac.id/handle/123456789/1948>>
- Kasnalina 2010, *Hubungan Perilaku Caring Perawat Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Kanker Serviks Di Ruang IV Rumah Sakit Umum Daerah Pirangadi Medan*, diakses pada tanggal 11 desember 2011 pukul 20.30 <<http://www.scribd.com/doc/52221564/bab-1-baru>>
- Kayne, SB 2009, *Complementary And Alternative Medicine*, 2nd edition, London: Pharmaceutical Press. Hal : 341
- Koensoemardiyah 2009, *A-Z Aromatherapy*, Yogyakarta, Lily Publisher. Hal : 13-22
- Kulsum, U, Gusmailina 2010, *Manfaat Minyak Atsiri Sebagai Sumber Aromaterapi*, Diakses pada tanggal 13 november 2011 pkl 21.00 <<http://www.scribd.com/doc/26657906/Manfaat-Minyak-Atsiri-Sbg-Aromaterapi>>
- Kuroda, K, Inoue, N, Ito, Y, Kubota, K, Sugimoto, A, Kakuda, T, & Fushiki, T, 2005, Sedative effects of the jasmine tea odor and (R)-(-)-linalool, one of its major odor components, on autonomic nerve activity and mood states 95: 107–114, Diakses pada tanggal 14 november 2010 <<http://www.springerlink.com/content/ul4447608v92r961/>>
- Lumbantobing 2004, *Neurogeriatri*, Jakarta, Balai Penerbit FKUI, Hal: 55-56
- Stanley M, Beare, PG 2007, *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*, 2nd edition, Jakarta, EGC, Hal: 447-450
- Mursito, B 2009, *Sehat Usia Lanjut Dengan Ramuan Tradisional*. Penebar Swadaya, Jakarta. Hal 78-81


- Nugroho, W 2000, *Keperawatan Gerontik*, 2nd edition, Jakarta, EGC. Hal 19-28
- Nugroho, W 2008, *Keperawatan Gerontik dan Geriatrik*, 3rd edition, Jakarta, EGC. Hal 11-12
- Nursalam 2009, *Konsep dan metodologi penelitian ilmu keperawatan: pedoman skripsi, tesis, dan instrumen penelitian keperawatan*, Jakarta, Penerbit Salemba Medika, Hal :77-100, 114
- Potter, PA, Perry, AG 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktik*, vol 1, Jakarta, EGC. Hal: 274
- Potter, PA, Perry, AG 2005, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : konsep, proses, dan praktik*, 4th edition, vol 2, Jakarta, EGC. Hal: 1470-1480
- Poerwadi, R 2006, *Aromaterapi Sahabat Calon Ibu*, Jakarta, Dian Rakyat, Hal: 420-421
- Prasadja, A 2009, *Ayo Bangun! Dengan Bugar Karena Tidur Yang Benar.*, Jakarta, Hikmah, Hal : 9-10, 40-41, 65-84, 117-122
- Price,S, Price, L 1997, *Aromaterapi Bagi Profesi Kesehatan*, Jakarta, EGC, Hal: 105
- Raudensberg, B 2005, *Positive Effects Of Odorant Administration On Humans: A Review*. Diakses pada tanggal 14 november 2011 pkl. 16.00 <<http://www.senseofsmell.org/research/B.Raudenbush-Positive-Effects-of-Odors-on-Humans.pdf>>
- Rusli, M.S 2010, *Sukses Memproduksi Minyak Atsiri*, Jakarta, Agromedia Pustaka. 3-6,52-53
- Siregar, Elisa 2009, *Model Keperawatan Menurut Hildegard Peplau*, Diakses pada tanggal 10 januari 2012 pkl 21.00 < [http:// elisasiregar. wordpress. com/ hildegard-peplau-theory](http://elisasiregar.wordpress.com/hildegard-peplau-theory)>
- Smyth, CE 2008, *Evaluating Sleep Quality In Older Adult*, Diakses pada tanggal 11 desember 2011 pkl. 16.00 <www.nursingcenter.com>

Lampiran 1

	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257 Website: http://www.ners.unair.ac.id ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id		
		Surabaya, 25 November 2011
Nomor	: 1796 /H3.1.12/PPd/2011	
Lampiran	: -	
Perihal	: Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal Mahasiswa PSIK – FKp Unair	
Kepada Yth. Kepala BAPPEDA NTB di – Tempat		
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa PSIK Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data awal sebagai bahan penyusunan proposal penelitian.		
Nama	: Heri Kusnaidi	
NIM	: 131011153	
Judul Penelitian	: Pengaruh Aromacare Melati (Jasmine) Terhadap Pemenuhan Tindakan Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarna Mataram NTB	
Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.		
		 a.n. Dekan Plt. Wakil Dekan I  Mira Inharini, S.Kp., M.Kep NIP. 197904242006042002
Tembusan:		
1. Direktur Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarna Mataram NTB		

	UNIVERSITAS AIRLANGGA	
	FAKULTAS KEPERAWATAN	
Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913752, 5913754, 5913756, Fax. (031) 5913257 Website: http://www.ners.unair.ac.id ; e-mail : dekan_ners@unair.ac.id		
Nomor	: 1084 /H3.1.12/PPd/2011	16 Desember 2011
Lampiran	: 1 (satu) eksemplar	
Perihal	: Permohonan bantuan fasilitas Penelitian	
Yth. Kepala Badan Lingkungan Hidup dan Penelitian (BLHP) JL. Majapahit no. 56 Mataram		
Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Saudara memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami, untuk memperoleh data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan (proposal penelitian terlampir). Adapun mahasiswa kami tersebut :		
Nama	: Heri Kusnaldi	
N I M	: 131011153	
Judul Penelitian	: Pengaruh <i>Aromacare</i> Melati (<i>Jasmine</i>) Terhadap Pemenuhan Kebutuhan Tidur Pada Lansia Di Panti Werdha Puspakarma Mataram.	
Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami sampaikan terima kasih.		
	a.n. Dekan Plt. Wakil Dekan I,	
		
	Mira Triharini, S.Kp., M.Kep NIP. 197904242006042002	
Tembusan : Yth. Kepala Panti Sosial Tresna Werdha Puspakarma Mataram		

Lampiran 3

**PEMERINTAH PROPINSI NUSA TENGGARA BARAT**
DINAS SOSIAL KEPENDUDUKAN DAN CATATAN SIPIL
PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA "PUSPAKARMA" MATARAM
Jl. Mayajati No. 31 Mataram Kode Pos 83125 Telp. No. (0370) 577384

SURAT KETERANGAN
Nomor : 21 / III 3PSTW "PK"

Dasar

- a. Surat Pl. Wakil Dekan I Universitas Airlangga Fakultas Keperawatan Nomor : 1886HG.1.12 / PPI / 2011 Tanggal 15 Desember 2011, perihal permohonan bantuan fasilitas penelitian
- b. Surat Kepala Badan Lingkungan Hidup dan Penelitian (BLHP) Provinsi Nusa Tenggara Barat Nomor 060.7 / Z302 / III / BLHP / 2011 tanggal 15 Desember 2011 tentang ljin penelitian

MENERANGKAN

Bahwa :

Nama : Heri Kusnadi


NIM : 131011153

Institusi/Fakultas : Universitas Airlangga/Keperawatan

Judul Penelitian : Pengaruh Aromacare Melati (jasmine) Terhadap Penuhan Kebutuhan Tidur Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha "Puspakarma" Mataram

Tanggal Penelitian : 20 Desember 2011 s.d 04 Januari 2012

Yang bersangkutan memang benar telah melaksanakan penelitian di PSTW "Puspakarma" Mataram, dengan ketentuan agar yang bersangkutan menyerahkan hasil penelitian selambat-lambatnya 1 (satu) bulan setelah selesai melakukan penelitian kepada PSTW "Puspakarma" Mataram.

Mataram 05 Januari 2012
Kepala Panti Sosial Tresna Werdha
"Puspakarma" Mataram,

Drs. H. Muhammad Rahil MM
Pembina (T/A)
No. 195012311985001224

Tembusan : Diampikan Kepada Yth :

1. Kepala Dinas Sosial Kependudukan dan Catatan Sipil Provinsi NTB di Mataram
2. Inspektur Provinsi NTB di Mataram
3. Arsip

Lampiran 4

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Heri Kusnaidi

NIM : 131011153

Adalah mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul:

“PENGARUH AROMACARE MELATI (*JASMINE*) TERHADAP PEMENUHAN TIDUR PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA PUSPAKARMA MATARAM ”

Hasil penelitian ini akan bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai salah satu intervensi keperawatan yang dapat digunakan masyarakat/lansia yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan tidur (kualitas dan kuantitas). Untuk itu saya mohon partisipasi Kakek/Nenek untuk mengisi kuesioner atau daftar pertanyaan yang telah saya siapkan dengan sejujurnya. Kesiediaan Kakek/Nenek adalah sukarela, dan data penelitian yang diambil dan disajikan bersifat rahasia, tanpa menyebutkan nama Kakek/Nenek serta hanya disajikan untuk pengembangan ilmu keperawatan. Kami akan menjamin kerahasiaan data dan identitas Kakek/Nenek.

Sebagai bukti kesiediaan menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesiediaan Kakek/Nenek untuk menandatangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Atas perhatian dan partisipasi Kakek/Nenek dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Mataram, Desember 2011
Hormat saya,

(HERI KUSNAIDI)

Lampiran 5

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Dengan ini saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian yang dilakukan oleh Sdr. Heri Kusnaldi , mahasiswi Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul:

“PENGARUH *AROMACARE* MELATI (*JASMINE*) TERHADAP PEMENUHAN TIDUR PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA PUSPAKARMA MATARAM”

Bersedia memberikan informasi, mengikuti kegiatan pemberian aromacare melati (*jasmine*) tanpa paksaan dan tanpa dipengaruhi oleh orang lain.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa adanya keterpaksaan, serta untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mataram, Desember 2011

Peneliti,

responden,

(Heri Kusnaldi)

(_____)

Lampiran 6

FORMAT PENGUMPULAN DATA
PENGARUH *AROMACARE* MELATI (*JASMINE*) TERHADAP
PEMENUHAN KEBUTUHAN LANSIA DI PANTI SOCIAL TRESNA
WERDHA PUSPAKARMA MATARAM NUSA TENGGARA BARAT

No. responden :

Tanggal pengisian :

Petunjuk :

Berilah tanda rumput (√) pada kotak yang sudah disediakan sesuai dengan

jawaban saudara

A. data demografi

1. Usia

- a. 60-74 tahun
- b. 75-90 tahun
- c. > 90 tahun

2. Jenis kelamin

- a. Laki-laki
- b. Perempuan

3. Lama tinggal di PSTW Puspakarma Mataram

- a. Kurang dari 1 tahun
- b. 1-5 tahun
- c. 5- 10 tahun
- d. Lebih dari 10 tahun

4. Status perkawinan sebelumnya

- a. Tidak kawin
- b. Kawin
- c. Duda/janda

5. Pekerjaan sebelum tinggal di PSTW Puspakarma Mataram

- a. Tidak bekerja
- b. Pensiunan
- c. Wiraswasta
- d. Lain-lain

6. Lama tidur

Siang :

Malam

Lampiran 7

LEMBAR OBSERVASI KUANTITAS TIDUR

Responden	Pre intervensi (jam)	Post Intervensi (jam)
Kelompok perlakuan		
1		
2		
3		
4		
5		
dst		
Kelompok perlakuan		
1		
2		
3		
4		
5		
dst		

Lampiran 8

**LEMBAR KUESIONER PEMENUHAN KEBUTUHAN TIDUR
PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI)**

1. Jam berapa biasanya anda berangkat ke tempat tidur? (.....)
2. Berapa lama (dalam menit) anda dapat memulai tidur?
 - a. \leq 15 menit
 - b. 16-30 menit
 - c. 31-60 menit
 - d. \geq 60 menit
3. Jam berapa anda biasanya bangun pada pagi hari? (.....)
4. Berapa jam anda tidur di malam hari? (bukan berapa jam anda di tempat tidur pada malam hari)
 - a. $>$ 7 jam
 - b. 6-7 jam
 - c. 5-6 jam
 - d. $<$ 5 jam
5. A. Seberapa sering anda tidak bisa tidur dalam waktu 30 menit?
 - a. Tidak pernah
 - b. Kurang dari sekali dalam seminggu
 - c. 1 atau 2 kali dalam seminggu
 - d. 3 kali atau lebih seminggu

B. Seberapa sering anda terbangun di malam hari atau bangun di pagi hari sekali?

 - a. Tidak pernah
 - b. Kurang dari sekali dalam seminggu
 - c. 1 atau 2 kali dalam seminggu

- d. 3 kali atau lebih dalam seminggu
- C. Seberapa sering anda terbangun ketika tidur karena ingin ke kamar mandi?
- a. Tidak pernah
 - b. Kurang dari sekali dalam seminggu
 - c. 1 atau 2 kali dalam seminggu
 - d. 3 kali atau lebih dalam seminggu
- D. Seberapa sering anda tidak dapat bernapas dengan leluasa ketika tidur?
- a. Tidak pernah
 - b. Kurang dari sekali dalam seminggu
 - c. 1 atau 2 kali dalam seminggu
 - d. 3 kali atau lebih dalam seminggu
- E. Seberapa sering anda batuk atau mendengkur ketika tidur?
- a. Tidak pernah
 - b. Kurang dari sekali dalam seminggu
 - c. 1 atau 2 kali dalam seminggu
 - d. 3 kali atau lebih dalam seminggu
- F. Seberapa sering anda merasa dingin ketika tidur?
- a. Tidak pernah
 - b. Kurang dari sekali dalam seminggu
 - c. 1 atau 2 kali dalam seminggu
 - d. 3 kali atau lebih dalam seminggu
- G. Seberapa sering anda merasa panas ketika tidur?
- a. Tidak pernah
 - b. Kurang dari sekali dalam seminggu
 - c. 1 atau 2 kali dalam seminggu
 - d. 3 kali atau lebih dalam seminggu

H. Seberapa sering anda mengalami mimpi buruk ketika tidur?

- a. Tidak pernah
- b. Kurang dari sekali dalam seminggu
- c. 1 atau 2 kali dalam seminggu
- d. 3 kali atau lebih dalam seminggu

I. Seberapa sering anda mengalami nyeri ketika tidur?

- a. Tidak pernah
- b. Kurang dari sekali dalam seminggu
- c. 1 atau 2 kali dalam seminggu
- d. 3 kali atau lebih dalam seminggu

J. Jika ada pernyataan masalah lain, tolong
dijelaskan.....

.....

Seberapa sering anda mengalami gangguan itu?

- a. Tidak pernah
- b. Kurang dari sekali dalam seminggu
- c. 1 atau 2 kali dalam seminggu
- d. 3 kali atau lebih dalam seminggu

6. Seberapa sering anda menggunakan obat untuk mengatasi masalah anda?

- a. Tidak pernah
- b. Kurang dari sekali dalam seminggu
- c. 1 atau 2 kali dalam seminggu
- d. 3 kali atau lebih dalam seminggu

7. Seberapa sering anda mengantuk saat aktivitas sehari-hari (mengantuk sepanjang hari)?

- a. Tidak pernah
- b. Kurang dari sekali dalam seminggu
- c. 1 atau 2 kali dalam seminggu

- d. 3 kali atau lebih dalam seminggu
8. Selama bulan terakhir, seberapa banyak anda menyimpan masalah yang anda alami dan menginginkan sesuatu yang ingin anda dapatkan?
- a. Tidak ada
 - b. Hanya masalah yang sangat kecil
 - c. Beberapa masalah
 - d. Ada masalah yang sangat besar
9. Selama 1 bulan terakhir, bagaiman kondisi tidur anda?
- a. Sangat baik
 - b. Agak baik
 - c. Agak buruk
 - d. Sangat buruk

Lampiran 9

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PEMBERIAN *AROMACARE* MELATI (*JASMINE*)

a. Pengertian

Aromacare adalah pemberian aromaterapi disertai dengan pendekatan asuhan keperawatan menurut Hildegard E. Peplau dengan metode induksi

b. Tujuan

1. Tujuan Umum

Setelah dilakukan tindakan aromacare melati (*jasmine*), diharapkan gangguan pemenuhan kebutuhan tidur pada lansia berkurang.

2. Tujuan Khusus

Setelah dilakukan tindakan aromacare melati (*jasmine*), lansia dapat :

- 1) Tidur dengan nyenyak dan lama tidur cukup memenuhi
- 2) Mengambil manfaat dari aromacare melati (*jasmine*) sebagai terapi herbal untuk pengantar tidur.
- 3) Gangguan pemenuhan tidur pada lansia dapat berkurang
- 4) Mencapai tingkat ketenangan dan kenyamanan tidur.

c. Sarana

- 1) Minyak essensial melati (*jasmine*)
- 2) Burner keramik

d. Waktu dan tempat

- 1) Waktu : 21.00-23.00
- 2) Tempat : PSTW Puspakarma Mataram

e. Sasaran : lansia dengan gangguan tidur

f. Tahapan pemberian aromacare melati (*jasmine*)

- 1) Mengucapkan salam dan memperkenalkan diri.
- 2) Menjelaskan tujuan dan maksud kegiatan.

- 3) Meminta lansia untuk berbaring di atas tempat tidur dengan kondisi yang rileks, meneteskan *aromacare* melati (*jasmine*) dengan dosis 3-5 tetes di atas handuk yang akan digunakan sebagai metode aromaterapi.
- 4) Menyalakan lilin di bawah mangkuk dan meletakkan burner keramik di atas lemari atau tempat yang jauh dari tempat lansia melakukan aktivitas
- 5) Lansia menghirup aromaterapi sambil diberikan pengantar secara verbal
- 6) Mempersilahkan lansia untuk tidur.

Preinduksi

1) Bahasa Indonesia

Selamat malam kakek/nenek, bagaimana tidur anda semalam? Apakah nyaman? Apakah kakek/nenek mau saya bantu? Jika anda bersedia maka rebahkan tubuh anda senyaman mungkin dan tarik nafas perlahan dari hidung kemudian tahan dan hembuskan melalui mulut secara perlahan, lakukan hal tersebut berulang-ulang sampai anda merasa tenang dan nyaman.

Setelah anda merasakan nyaman dan rileks coba anda rasakan bau aromaterapi yang tercium di sekitar anda. Semakin anda menghirup bau aroma tersebut maka mata anda akan semakin rapat dan tubuh anda akan semakin terasa lemas dan rasa kantuk itu semakin jelas dan biarkan diri anda tertidur.

2) Bahasa sasak

Selamet malem papuq, berembe tindoq side semalem? Maiq idapne endeq? Mele endeq papuq tiang tulung adeng side aru tindoq? Lamun side mele, silaq side berbaring kadu posisi siq paling maiq menurut side, bait nafas dalem-dalem lengan idung, taken, terus sugulan leman biwih side adeng-adeng. Terus side meno sampe side beridap tenang kance nyaman.

Lemunde uwah beridap tenang kance nyaman coba side idap ambu aroma melati siq side hirup ni. Sekende ambuq ye, mate side seken endeq bau

tebukaq kance side seken lemes kance ngantok, engkah no silaq beng awak side istirahat kance tindoq.

Lampiran 10

DATA DEMOGRAFI

Keterangan :

No	Usia	Jenis Kelamin	Lama Tinggal	Status Perkawinan	Riwayat Pekerjaan	Agama
1A	1	2	3	3	3	1
2A	1	2	2	3	4	1
3A	1	1	1	3	3	1
4A	2	2	3	3	4	1
5A	2	1	3	3	3	1
6A	1	2	2	3	4	1
7A	1	1	2	3	3	1
1B	2	2	2	3	4	1
2B	1	1	2	3	3	1
3B	1	1	1	3	3	1
4B	2	1	2	3	3	1
5B	2	2	2	3	4	1
6B	2	2	2	3	4	1
7B	2	2	2	3	4	1

Usia :

1= 60-74 tahun

2= 75-90 tahun

3=>90 tahun

status perkawinan

1= tidak kawin

2=kawin

3=duda/janda

agama

1=islam

2= kristen

3= hindu

4= budha

jenis kelamin

1= laki-laki

2= perempuan

riwayat pekerjaan

1= tidak bekerja

2= pensiunan

3= wiraswasta

4=lain-lain

lama tinggal di panti

1=< 1 tahun

2=1- 5 tahun

3=5-10 tahun

4=>10 tahun

Lampiran 11

Tabulasi Skor PSQI *Pretest* Kelompok Perlakuan

No.	komponen							total	keterangan
	1	2	3	4	5	6	7		
1	3	3	3	3	2	0	1	15	sangat buruk
2	2	2	3	3	2	0	2	14	agak buruk
3	2	3	3	1	2	0	1	12	agak buruk
4	3	3	3	3	2	0	2	16	sangat buruk
5	2	1	3	3	2	0	1	12	agak buruk
6	2	3	3	3	3	0	2	16	sangat buruk
7	1	3	2	2	2	0	1	11	agak buruk

Tabulasi Skor PSQI *Pretest* Kelompok Kontrol

No	komponen								keterangan
	1	2	3	4	5	6	7	total	
1	2	3	3	3	2	0	3	15	sangat buruk
2	1	2	2	2	2	0	1	10	agak buruk
3	3	3	3	3	2	0	2	16	sangat buruk
4	1	3	3	3	2	0	2	14	agak buruk
5	3	3	3	3	2	0	3	17	sangat buruk
6	1	3	2	2	2	0	1	11	agak buruk
7	2	3	3	2	2	0	1	13	agak buruk

Lampiran 12

Tabulasi Skor PSQI *Posttest* Kelompok Perlakuan

No.	Komponen							total	keterangan
	1	2	3	4	5	6	7		
1	0	2	2	1	2	0	1	8	agak buruk
2	1	2	3	2	2	0	1	11	agak buruk
3	1	2	2	1	2	0	1	9	agak buruk
4	0	2	2	1	2	0	2	9	agak buruk
5	1	1	2	2	2	0	1	9	agak buruk
6	1	2	2	2	2	0	2	11	agak buruk
7	0	1	2	2	2	0	1	8	agak buruk

Tabulasi Skor PSQI *Posttest* Kelompok Kontrol

No	Komponen							Total	Keterangan
	1	2	3	4	5	6	7		
1	2	3	3	3	2	0	3	15	sangatburuk
2	1	2	2	2	2	0	1	10	agak buruk
3	3	3	3	3	2	0	2	16	sangatburuk
4	3	3	3	3	2	0	2	16	sangatburuk
5	2	3	3	3	2	0	2	15	sangatburuk
6	0	3	2	2	2	0	1	10	agak buruk
7	1	3	3	2	2	0	1	12	agak buruk

Lampiran 12

Frequencies**Statistics**

		Usia	Jenis kelamin	Lama tinggal	Status perkawinan	Riwayat pekerjaan	Agama
N	Valid	14	14	14	14	14	14
	Missing	0	0	0	0	0	0

Frequency Table**Usia**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60-74 tahun	7	50.0	50.0	50.0
	75-90 tahun	7	50.0	50.0	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	6	42.9	42.9	42.9
	perempuan	8	57.1	57.1	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Lama tinggal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	< 1 tahun	2	14.3	14.3	14.3
	1-5 tahun	9	64.3	64.3	78.6
	5-10 tahun	3	21.4	21.4	100.0
	Total	14	100.0	100.0	

Status perkawinan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid duda/janda	14	100.0	100.0	100.0

Riwayat pekerjaan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid wiraswasta	7	50.0	50.0	50.0
lain-lain	7	50.0	50.0	100.0
Total	14	100.0	100.0	

Agama

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid islam	14	100.0	100.0	100.0

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
kualitas tidur post perlakuan	Negative Ranks	7 ^a	4.00	28.00
- kualitas tidur pre perlakuan	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	0 ^c		
	Total	7		

a. kualitas tidur post perlakuan < kualitas tidur pre perlakuan

b. kualitas tidur post perlakuan > kualitas tidur pre perlakuan

c. kualitas tidur post perlakuan = kualitas tidur pre perlakuan

Test Statistics^b

	kualitas tidur post perlakuan - kualitas tidur pre perlakuan
Z	-2.414 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.016

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Wilcoxon Signed Ranks Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
kualitas tidur post kontrol -	Negative Ranks	3 ^a	2.17	6.50
kualitas tidur pre kontrol	Positive Ranks	1 ^b	3.50	3.50
	Ties	3 ^c		
	Total	7		

a. kualitas tidur post kontrol < kualitas tidur pre kontrol

b. kualitas tidur post kontrol > kualitas tidur pre kontrol

c. kualitas tidur post kontrol = kualitas tidur pre kontrol

Test Statistics^b

	kualitas tidur post kontrol - kualitas tidur pre kontrol
Z	-.557 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.577

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Mann-Whitney Test

		Ranks		
kelompok		N	Mean Rank	Sum of Ranks
skoring	perlakuan	7	5.50	38.50
	kontrol	7	9.50	66.50
	Total	14		

Test Statistics ^b	
	skoring
Mann-Whitney U	10.500
Wilcoxon W	38.500
Z	-2.280
Asymp. Sig. (2-tailed)	.023
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.073 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: kelompok

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		kuantitas tidur pre perlakuan	kuantitas tidur pre perlakuan
N		7	7
Normal Parameters ^a	Mean	3.29	5.29
	Std. Deviation	.488	.756
Most Extreme Differences	Absolute	.435	.256
	Positive	.435	.219
	Negative	-.279	-.256
Kolmogorov-Smirnov Z		1.151	.678
Asymp. Sig. (2-tailed)		.141	.748

a. Test distribution is Normal.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	kuantitas tidur pre perlakuan	3.29	7	.488	.184
	kuantitas tidur pre perlakuan	5.29	7	.756	.286

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	kuantitas tidur pre perlakuan & kuantitas tidur pre perlakuan	7	.194	.677

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 kuantitas tidur pre perlakuan - kuantitas tidur pre perlakuan	-2.000	.816	.309	-2.755	-1.245	-6.481	6	.001

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		kuantitas tidur pre kontrol	kuantitas tidur post kontrol
N		7	7
Normal Parameters ^a	Mean	3.57	3.43
	Std. Deviation	1.134	1.272
Most Extreme Differences	Absolute	.264	.203
	Positive	.264	.203
	Negative	-.182	-.177
Kolmogorov-Smirnov Z		.699	.538
Asymp. Sig. (2-tailed)		.713	.934

a. Test distribution is Normal.

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	kuantitas tidur pre kontrol	3.57	7	1.134	.429
	kuantitas tidur post kontrol	3.43	7	1.272	.481

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	kuantitas tidur pre kontrol & kuantitas tidur post kontrol	7	.957	.001

Paired Samples Test

		Paired Differences				t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower				Upper
Pair 1	kuantitas tidur pre kontrol - kuantitas tidur post kontrol	.143	.378	.143	-.207	.492	1.000	6	.356

Group Statistics

VAR00002		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
kuantitas tidur	kelompok perlakuan	7	5.29	.756	.286
	kelompok kontrol	7	3.43	1.272	.481

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
kuantitas tidur	Equal variances assumed	3.212	.098	3.320	12	.006	1.857	.559	.638	3.076
	Equal variances not assumed			3.320	9.766	.008	1.857	.559	.607	3.108

