

SKRIPSI

PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY* (CBT) TERHADAP PENINGKATAN KUALITAS TIDUR DAN PERUBAHAN KEMAMPUAN MENGATASI *INSOMNIA* PADA LANSIA DI PANTI TRESNA WERDHA HARGODEDALI SURABAYA

PENELITIAN *PRA-EXPERIMENT*

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**



Oleh :

FREDDY RAMANDA DANUMADIA

NIM. 130915199

**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

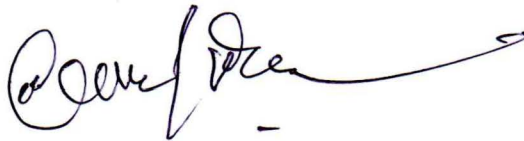
2011

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, 11 Februari 2011

Yang menyatakan



FREDDY RAMANDA DANUMADIA

NIM. 130915199

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**“PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY* (CBT)
TERHADAP PENINGKATAN KUALITAS TIDUR DAN PERUBAHAN
KEMAMPUAN MENGATASI *INSOMNIA* PADA LANSIA DI PANTI
TRESNA WERDHA HARGODEDALI SURABAYA”**

OLEH MAHASISWA :

FREDDY RAMANDA DANUMADIA
NIM.130915199

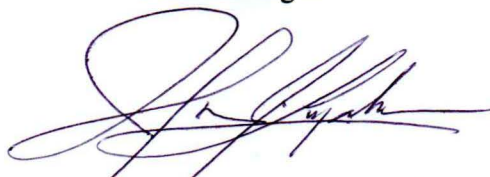
TELAH DISETUJUI
Tanggal, 7 Februari 2011

Oleh
Pembimbing I



Dr. I Ketut Suidiana Drs., M.Si.
NIP. 195507051980031005

Pembimbing II



Setho Hadisuyatmana S.Kep., Ns.
NIK. 139090949

Mengetahui:
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Mira Triharini S.Kp. M.Kep
NIP. 19790424242006042002

HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI SKRIPSI

SKRIPSI DENGAN JUDUL

**“PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY* (CBT)
TERHADAP PENINGKATAN KUALITAS TIDUR DAN PERUBAHAN
KEMAMPUAN MENGATASI *INSOMNIA* PADA LANSIA DI PANTI
TRESNA WERDHA HARGODEDALI SURABAYA”**

OLEH MAHASISWA :

FREDDY RAMANDA DANUMADIA
NIM.130915199

Telah diuji
Pada tanggal, 11 Februari 2011

PANITIA PENGUJI

Ketua : Penguji
Retno Indarwati, S.Kep.,Ns., M.Kep
NIP : 197803162008122002



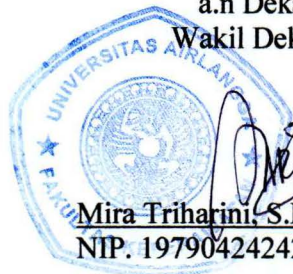
Anggota : Pembimbing I
Dr. I Ketut Sudiana, Drs., M.Si.
NIP. 195507051980031005



Pembimbing II
Setho Hadisuyatmana, S.Kep., Ns.
NIK. 139090949



Mengetahui:
a.n Dekan
Wakil Dekan I



Mira Triharini, S.Kp., M.Kep.
NIP. 19790424242006042002

MOTTO

“Tiada kebahagiaan dalam menuntut ilmu kecuali mereka yang ketika belajar dalam kondisi serba kekurangan.

Maka dari itu Jangan hanya melakukan sesuatu hal yang tak bermanfaat dan jangan menghindari sesuatu yang tak mungkin.

Dengan melakukakn sesuatu yang bermanfaat dan mencoba hal yang tak mungkin, anda akan bisa mencapai yang terbaik dari yang mungkin anda capai”.

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan memanjatkan rasa puji syukur atas kehadiran Tuhan Y.M.E., atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dengan judul **“PENGARUH *COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY* (CBT) TERHADAP PENINGKATAN KUALITAS TIDUR DAN PERUBAHAN KEMAMPUAN MENGATASI *INSOMNIA* PADA LANSIA DI PANTI TRESNA WERDHA HARGODEDALI SURABAYA”**.

Dalam penulisan skripsi ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak, untuk itu perkenankan penulis mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya pada yang terhormat:

1. Prof. Dr. H. Fasich, Apt., selaku Rektor Universitas Airlangga Surabaya.
2. Purwaningsih, S.Kp.,M.kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.
3. Retno Indarwati, S.Kep.,Ns., M.Kep., selaku penguji dalam ujian skripsi. Terima kasih atas ilmu, bimbingan dan waktu yang diluangkan untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Dr. I Ketut Suidiana Drs.,M.Si., selaku pembimbing ketua. Terima kasih atas ilmu, bimbingan dan waktu yang diluangkan untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.

5. Setho Hadisuyatmana S.Kep.,Ns., selaku pembimbing. Terima kasih atas ilmu, bimbingan dan waktu yang diluangkan untuk saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Seluruh staf dosen Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Terima kasih atas segala ilmu dan bimbingan yang diberikan.
7. Staf perpustakaan dan seluruh karyawan Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya. Terima kasih atas bantuan yang diberikan.
8. Keluargaku yang selalu memberikan dorongan, semangat, bantuan dan kasih sayang yang abadi.
9. Teman-teman seperjuangan B12 khususnya kak mira, rendy, ilma, willi, emdat, dan prima yang telah memberikan bantuan dan semangat kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.
10. Teman-teman yang tinggal di KTB IV 65 khususnya didik dan putu yang telah memberikan bantuan kepada penulis selama penyusunan skripsi ini.

Semoga Tuhan Y.M.E. membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi ini. Penulis menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi saya berharap skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, 7 Februari 2011

Freddy Ramanda Danumadia

ABSTRACT

COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY (CBT) IMPROVES THE SLEEP QUALITY AND THE CHANGE ABILITY TO OVERCOME INSOMNIA IN ELDERLY

A Pre-Experimental Research in Therapeutic Tresna Werdha Hargodedali
Surabaya

By: Freddy Ramanda Danumadia

Cognitive Behavioural Therapy (CBT) helps to change behavior and increase cognitive ability and sleep quality of elderly. Changing negative behaviours and thoughts of sleep are the most appropriate way to overcome sleep disorders, especially in elderly. There were 16 cases of insomnia at Tresna Werdha Hargodedali Surabaya. To overcome this problem, it is needed to do a study the effect of cognitive behavioural therapy in improving the sleep quality and the ability to overcome insomnia in elderly.

The research was enrolled to those of 16 respondents using pre-experiment with pre-post test non-randomized single-group design. The independent variable in this research was the cognitive behavioural therapy with the dependent variable were the ability of elderly people in overcoming insomnia and the sleep quality. The data were collected by questionnaires and were then analyzed using the Wilcoxon signed rank test, with significance level of $\alpha < 0.05$.

The results showed that cognitive behavioural therapy improves the sleep quality and ability to overcome insomnia in elderly. According to the cognitive behavioural therapy a significant result to sleep quality was ($p= 0.001$) and the ability to overcome insomnia was expressed with knowledge ($p= 0.001$), attitude ($p= 0.011$), and action ($p= 0.002$). From the aforementioned above, we can conclude that cognitive behavioural therapy is one of the therapy to overcome insomnia in elderly.

It is hoped that cognitive behavioural therapy not only used as a therapy for sleep disorder, but also it needs to prove that there are other problems that can be solved by this therapy.

Keywords : Cognitive Behavioural Therapy (CBT), sleep quality, insomnia, elderly

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Lembar Pernyataan	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Penetapan Panitia Penguji	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih.....	vi
Abstract	viii
Daftar Isi	ix
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
Daftar Arti Singkatan dan Istilah	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.4 Manfaat.....	6
1.4.1 Manfaat teoritis.....	6
1.4.2 Manfaat praktis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Teori Lansia	7
2.1.1 Pengertian lansia.....	7
2.1.2 Batasan umur lansia.....	7
2.1.3 Perubahan sistem tubuh lansia.....	7
2.1.4 Masalah dan gangguan pada lansia	9
2.2 Teori Tidur	11
2.2.1 Definisi tidur.....	11
2.2.2 Siklus tidur.....	11
2.2.3 Pengaturan sistem fisiologis	13
2.2.4 Mekansime tidur-bangun.....	15
2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi tidur	17
2.2.6 Peran neurotransmitter.....	17
2.2.7 Arsitektur tidur pada lansia	18
2.2.8 Fungsi tidur.....	19
2.2.9 Gangguan tidur pada lansia	19
2.3 Teori <i>Insomnia</i>	20
2.3.1 Pengertian	20
2.3.2 Penyebab.....	20
2.3.3 Dampak <i>insomnia</i>	22
2.3.4 Penatalaksanaan.....	23
2.4 Teori Perilaku.....	25
2.4.1 Pengetian	25
2.4.2 Jenis perilaku	25

2.4.3	Domain perilaku	26
2.4.4	Perubahan (adopsi) perilaku	30
2.4.5	Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku	32
2.5	Teori <i>Cognitive Behavioural Therapy</i> (CBT)	33
2.5.1	Pengertian	33
2.5.2	Cara kerja CBT	33
2.5.3	Tahapan CBT	34
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN		36
3.1	Kerangka Konseptual	36
3.2	Hipotesis Penelitian	39
BAB 4 METODE PENELITIAN		40
4.1	Desain Penelitian	40
4.2	Kerangka Kerja	41
4.3	Desain Sampling	42
4.3.1	Populasi	42
4.3.2	Sampel	42
4.3.3	Sampling	43
4.4	Identifikasi Variabel	44
4.4.1	Variabel independen	44
4.4.2	Variabel dependen	44
4.5	Definisi Operasional	44
4.6	Pengumpulan dan Pengolahan Data	49
4.6.1	Instumen penelitian	49
4.6.2	Lokasi dan waktu penelitian	49
4.6.3	Prosedur pengambilan data	50
4.6.4	Analisa data	51
4.7	Etik Penelitian	57
4.7.1	<i>Inform concent</i>	57
4.7.2	<i>Anonimity</i>	57
4.7.3	<i>Confidentiality</i>	57
4.8	Keterbatasan	57
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN		59
5.1	Hasil Penelitian	59
5.1.1	Gambaran lokasi penelitian	59
5.1.2	Karakteristik demografi responden	60
5.1.3	Variabel yang di ukur	60
5.2	Pembahasan	67
5.2.1	Pengaruh <i>Cognitive Behavioural Therapy</i> (CBT) terhadap peningkatan kualitas tidur penderita <i>insomnia</i> pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya	67
5.2.2	Pengaruh <i>Cognitive Behavioural Therapy</i> (CBT) terhadap perubahan kemampuan mengatasi <i>insomnia</i> pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya	69

BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN.....	77
6.1 Kesimpulan.....	77
6.2 Saran	78
DAFTAR PUSTAKA.....	78

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 : Desain Penelitian.....	40
Tabel 4.2 : Definisi Operasional	45
Tabel 5.1 : Distribusi Kualitas Tidur <i>insomnia</i> di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya	63
Tabel 5.2 : Distribusi Pengetahuan Lansia <i>insomnia</i> di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya	64
Tabel 5.3 : Distribusi Sikap Lansia <i>insomnia</i> di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya	65
Tabel 5.4 : Distribusi Tindakan Lansia <i>insomnia</i> di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya	66

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 : Konsep Pengaruh <i>Cognitive Behavioural Therapy</i> (CBT) Terhadap Peningkatan Kualitas Tidur dan Perubahan Kemampuan Mengatasi Insomnia pada Lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya	36
Gambar 4.1 : Kerangka Kerja Pengaruh <i>Cognitive Behavioural Therapy</i> (CBT) Terhadap Peningkatan Kualitas Tidur dan Perubahan Kemampuan Mengatasi Insomnia pada Lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya	41
Gambar 5.1 : Distribusi Responden Penelitian berdasarkan jenis pendidikan di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.....	60
Gambar 5.2 : Distribusi Responden Penelitian berdasarkan kualitas tidur di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.....	60
Gambar 5.3 : Distribusi Responden Penelitian berdasarkan pengetahuan di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.....	61
Gambar 5.4 : Distribusi Responden Penelitian berdasarkan sikap di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.....	62
Gambar 5.5 : Distribusi Responden Penelitian berdasarkan tindakan di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.....	62

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Surat Keterangan Pengambilan Data Awal.....	82
Lampiran 2 : Surat Keterangan Penelitian.....	83
Lampiran 3 : Lembar Permohonan menjadi responden	84
Lampiran 4 : Lembar Persetujuan menjadi responden penelitian	85
Lampiran 5 : Lembar Kuesioner Pengetahuan	86
Lampiran 6 : Lembar Kuesioner Sikap	87
Lampiran 7 : Lembar Observasi Praktik/Tindakan	88
Lampiran 8 : Lembar Observasi Kualitas Tidur	89
Lampiran 9 : Satuan Acara Pembelajaran	91
Lampiran 10 : Materi Pembelajaran	94
Lampiran 11 : Tabulasi Data	96
Lampiran 12 : Hasil Perhitungan SPSS	98

DAFTAR ARTI SINGKATAN DAN ISTILAH

B	: <i>Behavior</i>
CBT	: <i>Cognitive Behavioural Therapy</i>
CNS	: <i>Central Nervus System</i>
EF	: <i>Enabling Factors</i>
f	: <i>Fungsi</i>
NREM	: <i>Non Rapid Eye Movement</i>
PF	: <i>Predisposing Factors</i>
PSQI	: <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>
RAS	: <i>Reticular Activating System</i>
REM	: <i>Rapid Eye Movement</i>
RF	: <i>Reinforcing Factors</i>
TGL	: <i>Tidur Gelombang Lambat</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering ditemukan dan kejadiannya makin meningkat seiring bertambahnya usia. Kurang lebih 40% lansia mengeluh mengalami *insomnia* dan tidak mampu mengatasinya (Puspitosari, 2008). Stress, kebisingan, udara yang terlalu dingin atau terlalu panas, tidur tidak di tempat biasanya, berubahnya jadwal tidur dan efek samping dari obat-obatan merupakan beberapa penyebab *insomnia* pada lansia (Purwanto & Zulaekah, 2007). Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya menunjukkan 18 dari 42 lansia yang tinggal di Panti mengalami *insomnia* dan tidak mampu mengatasinya. Menurut Edinger (2000) *Insomnia* merupakan keluhan tentang kurangnya kualitas tidur yang penanganannya dapat dilakukan dengan terapi *farmakologis dan nonfarmakologis*. Salah satu terapi *nonfarmakologis* yang dapat digunakan adalah *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) (Wallace, 2006). Metode CBT sudah lama digunakan untuk menangani depresi, serangan panik dan kecemasan, namun belum banyak yang menerapkannya untuk mengatasi masalah gangguan tidur (Tarigan, 2009). CBT dilakukan dengan tujuan mengatasi masalah kecemasan atau stres yang mengganggu kualitas tidur dan juga membantu membangun pandangan positif mengenai tidur (Lewin, 2010). Namun, sampai saat ini pengaruh CBT terhadap peningkatan kualitas tidur dan perubahan kemampuan mengatasi *insomnia* pada lansia belum dapat dijelaskan.

Foley dkk. (2007) yang dikuti dari Nabil & Julie (2008) melaporkan insidensi tahunan *insomnia* pada sekitar 5% pada usia lanjut. Prevalensi *insomnia* pada laki-laki dan perempuan tidak terdapat perbedaan, tetapi meningkat pada pria 85 tahun dan lebih tua. Pendapatan yang minim, pendidikan yang rendah, dan menjadi seorang janda dikaitkan dengan peningkatan risiko untuk *insomnia*. Prevalensi *insomnia* dilaporkan di daerah Amerika Serikat dan di negara lain adalah sama berkisar antara 30% hingga 60% (Nabil & Julie, 2008). Tipe kasus *transient insomnia* terjadi pada 25-35% dari populasi Amerika, sementara itu kasus *chronic insomnia* mencapai 10-15%. Di Indonesia, didapatkan 28 juta orang dari total 238 juta penduduk menderita *insomnia* (Yuni, 2010). Sedangkan penelitian yang dilakukan di Jepang disebutkan 29% responden tidur kurang dari 6 jam, 23% merasa kekurangan dalam jam tidur 6% menggunakan obat tidur, kemudian 21% memiliki prevalensi *insomnia* dan 15% kondisi mengantuk yang parah pada siang harinya (Liu, 2000). *Insomnia* memberi dampak terhadap kesehatan fisik diantaranya peningkatan nafsu makan yang dapat mengakibatkan obesitas, diabetes, penyakit jantung koroner, hipertensi, gangguan sistem imun, dan penurunan gairah seksual. *Insomnia* juga dikaitkan dengan gangguan psikologik misalnya terjadinya depresi, ansietas, dan penurunan daya ingat karena pada dasarnya tidur berguna untuk resusitasi otak dan konsolidasi daya ingat (Yuni, 2010). Gangguan tidur atau *insomnia* juga dikenal sebagai penyebab morbiditas yang signifikan. Angka kematian sakit jantung dan kanker lebih tinggi pada seseorang yang lama tidurnya lebih dari 9 jam atau kurang dari 6 jam per hari bila dibandingkan dengan seseorang yang lama tidurnya antara 7-8 jam per hari (Amir, 2007).

Menurut *National Institute of Health* (1995), *insomnia* dibagi menjadi tiga yaitu *insomnia* sementara (*intermittent*) terjadi bila gejala muncul dalam beberapa malam saja, *insomnia* jangka pendek (*transient*) bila gejala muncul secara mendadak tidak sampai sehari-hari, kemudian *insomnia* kronis (*Chronic*) gejala susah tidur yang parah dan biasanya disebabkan oleh adanya gangguan kejiwaan. Penyebab *insomnia intermitten* dan *transient* antara lain stress, kebisingan, udara yang terlalu dingin atau terlalu panas, tidur tidak di tempat biasanya, berubahnya jadwal tidur dan efek samping dari obat-obatan. Sedangkan *insomnia* yang kronik disebabkan oleh beberapa faktor terutama secara fisik dan *mental disorder* (Purwanto & Zulaekah, 2007). Penatalaksanaan yang sering dilakukan untuk mengurangi *insomnia* umumnya dilakukan dengan memakai obat tidur. Namun pemakaian yang berlebihan membawa efek samping kecanduan, bila *overdosis* dapat membahayakan pemakainya (Coates, 2001). Pemakaian obat-obatan bila tidak disertai dengan perbaikan pola makan, pola tidur serta penyelesaian penyebab psikologis, maka obat-obatan hanya dapat mengatasi gangguan yang bersifat sementara dan tidak menyembuhkan (Shawan, 2000. Coates, 2001). Sebuah penelitian yang dilakukan Baillargeon, dkk. (2003) didapatkan bahwa pada lansia yang tergantung pada *benzodiazepine hypnotic* menunjukkan bahwa penambahan CBT untuk program pengurangan *benzodiazepine* bertahap meningkatkan tingkat keberhasilan penghentian obat ini dari 38% menjadi 77% dan 12 bulan follow-up dari 24% menjadi 70%. Penelitian ini menyimpulkan bahwa CBT adalah alat yang efektif untuk mengurangi pemakaian obat tidur dan mengurangi pengaruh kesehatan yang merugikan yang berkaitan dengan hipnotik seperti ketergantungan obat dan gangguan kognitif (CMAJ, 2010).

Salah satu upaya yang dapat dilakukan perawat sebagai edukator adalah mendidik lansia bagaimana meningkatkan kualitas tidur dengan mengatasi *insomnia* melalui pembelajaran CBT. CBT membantu mengubah pikiran-pikiran dan tindakan yang mengganggu kemampuan untuk tidur nyenyak. Pendekatan ini berdasarkan bagaimana seseorang berpikir (*cognitive*) dan bertindak (*behaviour*) mempengaruhi perasaan. Bagian *cognitive* mengajarkan mengenali dan mengubah keyakinan-keyakinan yang salah yang mempengaruhi kualitas tidur. Bagian *behavior* membantu memprogram kembali bagian otak yang mengatur siklus tidur-bangun. Pendidikan kesehatan merupakan cara untuk memenuhi kebutuhan pembelajaran. Pendidikan kesehatan maupun pembelajaran memiliki tujuan yang sama yaitu merubah perilaku / kemampuan. Rusyam (1992) yang dikutip Hidayat (2002) menyatakan bahwa perilaku yang akan diubah dapat berupa keterampilan intelektual, kemampuan kognitif, kemampuan verbal, keterampilan motorik, sikap dan nilai yang berhubungan dengan aspek emosional. Pembelajaran CBT diharapkan dapat meningkatkan kualitas tidur serta mampu mengatasi *insomnia*. Berdasarkan uraian di atas, peneliti tertarik untuk mengetahui sejauh mana pengaruh *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dapat meningkatkan kualitas tidur dan perubahan kemampuan mengatasi *insomnia*.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) terhadap peningkatan kualitas tidur dan perubahan kemampuan mengatasi *insomnia* pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menjelaskan pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) terhadap peningkatan kualitas tidur dan perubahan kemampuan mengatasi *insomnia* pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya.

1.3.2 Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi kualitas tidur pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya sebelum dan sesudah dilaksanakan pembelajaran *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT).
2. Mengidentifikasi kemampuan penerapan *Cognitive Behavioural Therapy* untuk mengatasi *insomnia* pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya sebelum dan sesudah dilaksanakan pembelajaran *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT).
3. Membuktikan pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) terhadap peningkatan kualitas tidur dan perubahan kemampuan mengatasi *insomnia* pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat teoritis

Dengan diketahuinya manfaat *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) dapat dijadikan sebagai acuan dalam pengembangan Ilmu Keperawatan Gerontik yang berhubungan dengan penanganan *insomnia* pada lansia.

1.4.2 Manfaat praktis

1. Pengelola dan petugas kesehatan panti

CBT dapat diterapkan pada lansia yang mengalami masalah *insomnia* di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya

2. Mahasiswa dan peneliti selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan atau referensi dalam melakukan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan masalah *insomnia*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Teori Lanjut Usia (Lansia)

2.1.1 Pengertian

Berdasarkan definisi secara umum, seseorang dikatakan lanjut usia (lansia) apabila usianya 65 tahun ke atas (Setianto, 2004). Menurut Hawari (2001), lansia adalah keadaan yang ditandai oleh kegagalan seseorang untuk mempertahankan keseimbangan terhadap kondisi stres fisiologis. Kegagalan berkaitan dengan penurunan dayakemampuan untuk hidup serta peningkatan kepekaan secara individual (Efendi & Makhfudli, 2009).

2.1.2 Batasan umur lansia

Menurut *World Health Organization* (WHO) yang dikutip Efendi & Makhfudli (2009) yaitu:

1. Usia pertengahan (*middle age*) : 45-59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly*) : 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old*) : 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (*very old*) : di atas 90 tahun

2.1.3 Perubahan sistem tubuh lansia

Menurut Nugroho (2000) terdapat tiga perubahan sistem tubuh pada lansia yaitu perubahan fisik, perubahan mental, dan perubahan psikososial (Efendi & Makhfudli, 2009).

1. Perubahan fisik

Terjadi penurunan pada jumlah sel dan sistem organ tubuh seperti sistem pendengaran dan penglihatan. Perubahan fisik sering mengakibatkan adanya masalah kesehatan pada lansia.

2. Perubahan mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental adalah perubahan fisik, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (*hereditas*), lingkungan, tingkat kecerdasan (IQ), dan kenangan (*memory*). Kenangan dibagi menjadi dua, yaitu kenangan jangka panjang (berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu) mencakup beberapa perubahan dan kenangan jangka pendek atau seketika (0-10 menit) biasanya dapat berupa kenangan buruk.

3. Perubahan psikososial

Terjadi terutama setelah seseorang mengalami pensiun. Berikut ini adalah hal-hal yang akan terjadi pada masa pensiun.

- 1) Kehilangan sumber finansial atau pemasukan (*income*) berkurang.
- 2) Kehilangan status karena dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya.
- 3) Kehilangan teman atau relasi.
- 4) Kehilangan pekerjaan atau kegiatan.
- 5) Merasakan atau kesadaran akan kematian (*sense of awarness of mortality*)

2.1.4 Masalah dan gangguan pada lansia

1. *Demensia*

Demensia adalah suatu gangguan intelektual / daya ingat yang umumnya progresif dan ireversibel. Biasanya ini sering terjadi pada orang yang berusia > 65 tahun.

2. Depresi

Gangguan depresi merupakan hal yang terpenting dalam problem lansia. Usia bukan merupakan faktor untuk menjadi depresi tetapi suatu keadaan penyakit medis kronis dan masalah-masalah yang dihadapi lansia yang membuat mereka depresi.

3. *Skizofrenia*

Skizofrenia biasanya dimulai pada masa remaja akhir / dewasa muda dan menetap seumur hidup. Wanita lebih sering menderita *skizofrenia* lambat dibanding pria. Perbedaan onset lambat dengan awal adalah adanya *skizofrenia* paranoid pada tipe onset lambat.

4. Gangguan delusi

Onset usia pada gangguan delusi adalah 40 – 55 tahun, tetapi dapat terjadi kapan saja. Pada gangguan delusi terdapat waham yang tersering yaitu : waham kejar dan waham somatik.

5. Gangguan kecemasan

Gangguan kecemasan adalah berupa gangguan panik, fobia, gangguan obsesif kompulsif, gangguan kecemasan umum, gangguan stres akut, gangguan stres pasca traumatik.

6. Gangguan *somatiform*

Gangguan *somatiform* ditandai oleh gejala yang sering ditemukan apada pasien > 60 tahun. Gangguan biasanya kronis dan prognosis adalah berhati-hati. Untuk mententramkan pasien perlu dilakukan pemeriksaan fisik ulang sehingga ia yakin bahwa mereka tidak memiliki penyakit yang mematikan. Terapi pada gangguan ini adalah dengan pendekatan psikologis dan farmakologis.

7. Gangguan penggunaan alkohol dan zat lain

Riwayat minum / ketergantungan alkohol biasanya memberikan riwayat minum berlebihan yang dimulai pada masa remaja / dewasa. Mereka biasanya memiliki penyakit hati. Sejumlah besar lansia dengan riwayat penggunaan alkohol terdapat penyakit demensia yang kronis seperti ensefalopati wernicke dan sindroma korsakoff.

8. Gangguan tidur

Usia lanjut adalah faktor tunggal yang paling sering berhubungan dengan peningkatan prevalensi gangguan tidur. Fenomena yang sering dikeluhkan lansia daripada usia dewasa muda adalah :

- 1) Gangguan tidur,
- 2) Ngantuk siang hari,
- 3) Tidur sejenak di siang hari,
- 4) Pemakaian obat hipnotik.

2.2 Teori Tidur

2.2.1 Definisi tidur

Tidur suatu keadaan yang berulang-ulang, perubahan status kesehatan yang terjadi selama periode tertentu (Potter & Perry, 2006). Tidur sebagai suatu keadaan bawah sadar dimana orang tersebut dapat dibangunkan dengan pemberian rangsangan sensorik atau dengan rangsang lainnya (Guyton, 1997). Tidur merupakan perilaku manusia yang kompleks. Tidur ditentukan tidak hanya oleh pola *neuropsikologik* yang berubah-ubah pada anak yang sedang tumbuh, tetapi juga bebtuk oleh praktik interpersonal, sosial, dan budaya yang diterapkan keluarga anak (Rudolph, 2006).

2.2.2 Siklus tidur

Tidur adalah proses fisiologi yang bersiklus yang bergantian dengan periode yang lebih lama dari keterjagaan. Siklus tidur terjaga mempengaruhi dan mengatur fungsi fisiologi dan respon perilaku. Siklus tidur merupakan proses fisiologi yang kompleks. Tidur melibatkan serangkaian keadaan yang dipertahankan fungsi luhur dari aktifitas system saraf pusat yang berkaitan dengan perubahan-perubahan pada system saraf perifer, endokrin, kardiovaskuler, respirasi, dan system musculoskeletal (Potter & Perry, 2006). Setiap konsekuensinya dapat diidentifikasi melalui respon perilaku spesifik, respon fisiologis, dan pola aktifitas otak. Tahapan siklus tidur menurut Potter & Perry (2006) :

1. NREM I

- 1) Tahap meliputi tingkat paling dangkal dari tidur.
- 2) Tahap berakhir beberapa menit.

- 3) Pengurangan aktifitas fisiologis dimulai dengan penurunan secara bertahap tanda-tanda vital dan metabolisme.
- 4) Seseorang dengan mudah terbangun oleh stimulus sensori seperti suara.
- 5) Ketika terbangun, seseorang merasa seperti setelah melamun.

2. NREM II

- 1) Tahap tidur 2 merupakan tahap tidur bersuara.
- 2) Untuk bangun masih relative mudah.
- 3) Tahap berakhir 10 hingga 20 menit.
- 4) Kelanjutan fungsi tubuh menjadi lambat.

3. NREM III

- 1) Tahap 3 meliputi tahap awal dari tidur yang dalam.
- 2) Orang yang sulit dibangunkan dan jarang bergerak.
- 3) Otot-otot dalam keadaan santai penuh.
- 4) Tanda-tanda vital menurun tetapi tetap teratur.
- 5) Tahap berakhir hingga 15-30 menit.

4. NREM IV

- 1) Tahap 4 merupakan tahap tidur terdalam.
- 2) Sangat sulit untuk membangunkan orang yang tidur
- 3) Jika terjadi kurang tidur, maka orang yang tidur akan menghabiskan porsi malam yang seimbang pada tahap ini.
- 4) Tanda-tanda vital menurun secara bermakna dibanding selama jam terjaga.
- 5) Tahap berakhir kurang lebih 15 hingga 90 menit.

6) Tidur sambil berjalan dan enuresis dapat terjadi.

5. Tidur REM

1) Mimpi yang penuh warna dan tampak hidup dapat terjadi pada REM.

Mimpi yang kurang hidup dapat terjadi pada tahap yang lain.

2) Tahap ini biasanya dimulai sekitar 90 menit setelah tidur.

3) Hal ini dicirikan dengan respons otonom dari pergerakan mata yang cepat, fluktuasi jantung dan kecepatan respirasi dan peningkatan atau fluktuasi tekanan darah.

4) Terjadi penurunan tonus otot skelet.

5) Peningkatan sekresi lambung.

6) Sangat sulit membangunkan orang yang tidur.

7) Durasi dari tidur REM meningkat pada tiap siklus dan rata-rata 20 menit.

2.2.3 Pengaturan sistem fisiologis yang dipengaruhi tidur

1. Perubahan kardiovaskuler

1) Penurunan tekanan darah dan nadi selama NREM dan terutama selama tidur gelombang lambat.

2) Selama tidur NREM, aktifitas fasis (gerakan mata) dihubungkan pada variabilitas nadi dan tekanan darah yang secara prinsip diperantarai oleh vagus.

3) Disritmia jantung dapat terjadi secara selektif selama tidur NREM.

2. Perubahan pernafasan

1) Kecepatan pernafasan dan ventilasi menit menurun selama tidur REM dan menjadi bervariasi selama tidur REM fasik.

- 2) Respon ventilasi terhadap karbondioksida melemah selama tidur REM, yang menyebabkan PCO₂ lebih tinggi.
 - 3) Selama tidur REM, respon ventilasi terhadap *hiperkapnia* dan *hipoksia* memperlihatkan ventilasi yang nyata.
 - 4) Otot pernafasan termasuk yang bertanggung jawab untuk jalan nafas atas *hipotonik* sepanjang tidur dan selama tidur REM, yang menyebabkan *peningkatan* resistensi jalan nafas.
3. Perubahan endokrin
- 1) Perubahan paling utama tampak pada parameter *neuroendokrin*.
 - 2) Tidur gelombang lambat dihubungkan dengan sekresi hormone pada laki-laki muda, sementara tidur pada umumnya dihubungkan dengan sekresi *prolaktin* yang bertambah.
 - 3) Tidur mempunyai efek kompleks pada sekresi *Lutenizing Hormon* (LH).
 - 4) Awitan tidur (dan mungkin tidur gelombang lambat) dihubungkan dengan inhibisi *Thyroid Stimulating Hormon* (TSH) dan *Adrenocorticotropic Hormon* (ACTH) aksis kortisol, suatu efek yang tidak tergantung pada irama sirkadian dalam dua system.
4. Perubahan termoregulasi.
- 1) Tidur NREM dihubungkan dengan perubahan respon *termoregulasi* terhadap panas atau stress dingin.
 - 2) Tidur REM dihubungkan dengan tidak adanya respon *termoregulasi* yang lengkap, yang menyebabkan *poikilotermi*.

2.2.4 Mekanisme tidur bangun

Tidur merupakan aktifitas dari area tertentu diotak yang menyebabkan tidur, daripada masukan sensorik yang menurun di korteks serebri. Stimulasi pada area ini akan menghasilkan tidur, sebaliknya kerusakan akan mengakibatkan gangguan tidur.

Siklus tidur bangun dikontrol oleh aktifitas di dalam *reticular activating system* (RAS). RAS terdiri dari sistem retikularis batang otak, posterior hipotalamus dan basal depan. Mekanisme tidur bangun ini sesungguhnya belum diketahui secara pasti. Aktifitas neuron di pons, mid brain, dan posterior hipotalamus penting untuk stimulasi keadaan tidur. Siklus tidur bangun ini mungkin terintegrasi di basal otak depan.

Terdapat pula mekanisme spesifik otak, yang dapat membangkitkan tidur non REM dan tidur REM. Lesi di anterior hipotalamus dan area yang bersekatan dengan otak depan (basal otak depan) akan mengakibatkan *insomnia* yang berkepanjangan. Sebaliknya stimulasi kimia atau elektrik di basal otak depan akan menghasilkan tidur nonREM. Aktifitas neuron di area ini maksimal selama tidur nonREM, dan sangat kurang selama tidur REM dan keadaan bangun. Area lain yang di duga sebagai regulator tidur NREM adalah nucleus traktus solitarus.

Lateral pons dan area retikularis di medial medulla merupakan area yang sangat aktif selama periode tidur REM dan sangat kurang aktif pada tidur nonREM. Sel-sel neuron di medulla yang mengontrol tidur REM, diduga berpengaruh supresi terhadap tonus otot pada waktu tidur REM, yaitu melalui aktifasi neuron di batang otak dan inhibisi motoneuron di medulla spinalis.

Secara farmakologik, kini sudah ada bukti bahwa tidur nonREM sangat berhubungan dengan mekanisme *serotoninerjik* dan tidur REM di pengaruhi oleh mekanisme *adrenergik*. sebagai contoh, pemberian serotonin dapat mengurangi latensi mula tidur secara bermakna, sebaliknya kerusakan area serotonin di pons akan menyebabkan *insomnia*. Injeksi asetilkolin ke dalam pons akan menimbulkan tidur REM. Sistem katekolamin (noradrenalin dan dopamine) juga mempunyai peran penting pada keadaan bangun dan tidur REM . Konsentrasi norepineprin dan serotonin di korteks mencapai puncak pada waktu bangun, terendah dalam tidur REM dan *intermediet* pada tidur nonREM. Sebaliknya neuron kolinergik melepaskan asetilkolin dengan kadar yang tinggi pada tidur REM dan waktu bangun; dan terendah pada waktu tidur nonREM.

Input sensori pada kontrol RAS dan BSR bekerja mengaktifasi serta menekan pusat otak tertinggi secara *intermitten* untuk mengontrol tidur dan terbangun. RAS berlokasi pada batang otak teratas terdiri dari sel khusus yang mempertahankan kewaspadaan dan terjaga. RAS menerima stimulus sensori visual, auditori, nyeri, dan taktil. Aktivitas kortek serebral (misal pada proses emosi atau pikiran) juga menstimulasi RAS. Saat terbangun merupakan hasil dari neuron dalam RAS yang mengeluarkan katekolamin seperti norepineprin. Tidur dapat juga dihasilkan dari pengeluaran serotonin dari sel tertentu dalam sistem tidur *raphe* pada pons dan otak depan bagian tengah. Daerah otak juga disebut daerah sinkronisasi *bulbar* atau BSR. Keadaan terjaga atau tertidur tergantung pada keseimbangan impuls yang diterima dari pusat yang lebih tinggi (seperti pikiran). Reseptor sensori perifer (missal stimulus bunyi atau cahaya) dan system limbic (Potter & Perry, 2006)

2.2.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi tidur

Menurut Rini (2009), faktor-faktor yang mempengaruhi tidur pada anak meliputi beberapa faktor, yaitu:

1. Faktor fisik

Faktor fisik yang mempengaruhi tidur pada anak meliputi maturasi otak, *maturasi* otak, lapar-kenyang, kelainan terhadap gigi, telinga, kulit, saluran cerna, saluran napas, saluran kemih, otot, dan tulang.

2. Faktor psikis

Faktor psikis yang mempengaruhi tidur pada anak meliputi tahapan perkembangan anak, pola asuh, *temperamen*.

3. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang mempengaruhi tidur pada anak meliputi lingkungan yang bising, pencahayaan yang terlalu terang, dan sirkulasi yang tidak lancar.

2.2.6 Peran neurotransmitter terhadap pemenuhan kebutuhan tidur

1. *Endorphin*

Enkephalin dihasilkan oleh kelenjar pituitary (hipofise) anterior dan *Central Nervus System* (CNS). *Endorphin* berfungsi sebagai morfin yaitu dapat menimbulkan perasaan senang dan menekan nyeri, dapat membantu regulasi pertumbuhan sel, membantu proses pembelajaran memori (Solomon, 1995).

2. *Enkephalin*

Enkephalin berasal dari *columna dorsalis medulla spinalis*, bersifat inhibisi, merupakan *neuropeptida* yang dapat menghambat impuls nyeri

dengan cara menghambat terbentuknya substansi prostaglandin yang bersifat eksitasi (Indayanti, 1995).

2.2.7 Arsitektur tidur pada lansia

Arsitektur tidur berubah secara signifikan pada individu usia lanjut sehat. Pengawitan tidur lebih sulit, waktu tidur total dan keefisienan tidur berkurang, gelombang delta atau tidur gelombang lambat (TGL) menurun, fragmentasi tidur meningkat, dan lebih banyak waktu yang dihabiskan di tempat tidur terjaga setelah selesai. Perubahan fisiologis alami pada irama sirkadian mempengaruhi banyak usia lanjut untuk pergi tidur lebih awal dan bangun lebih awal. Faktor-faktor ini dapat menyumbang kemerosotan pada kualitas tidur dan tidur total kurang. Dengan menua, lamanya tidur REM cenderung lebih diawetkan, tetapi latensi tidur adalah secara signifikan menurun, menunjukkan bahwa usia lanjut lebih mengantuk daripada populasi muda. Usia lanjut merasakannya lebih sulit untuk tetap terjaga di siang hari. Baik frekuensi dan lamanya tidur siang hari meningkatkan, meskipun peningkatan lamanya relatif kecil dibandingkan dengan peningkatan yang substansial dalam frekuensi tidur. Tidur siang hari yang berlebihan akhirnya bisa menyebabkan pembalikan siklus tidur-bangun. Pasien dapat melaporkan pembalikan siang-malam, di mana tidur tidak mulai sampai fajar dan kemudian berlanjut sampai sore hari. Kantuk siang hari dapat dievaluasi dengan menggunakan Uji Latensi Tidur Multipel, yang mengukur kemampuan subjek untuk jatuh tidur selama 4 sampai 5 periode 20 menit sepanjang hari. Skala kantuk *Epworth* merupakan alat skrining yang membantu lainnya (Nabil & Julie, 2006)

2.2.8 Fungsi tidur

Tidur tampaknya diperlukan untuk memperbaiki proses biologis secara rutin. Selama tidur gelombang rendah yang dalam (NREM tahap 4), tubuh melepaskan hormone pertumbuhan manusia untuk memperbaiki dan memperbaharui sel epitel dan khusus seperti sel otak (Horne, 1983; Mandelson, 1997; Born, Muth, dan Fehm, 1998 dalam Potter & Perry, 2006). Akan tetapi Horne (1983) juga berpendapat bahwa pernah hormone pertumbuhan yang umum sebagai suatu promotor sintesis protein adalah terbatas dikarenakan pelepasannya tidak berhubungan kadar gula darah dan asam amino. Penelitian lain menunjukkan bahwa sintesis protein dan pembagian sel untuk pembaharuan jaringan seperti kulit, sumsum tulang, mukosa lambung, atau otak terjadi selama istirahat dan tidur (Potter & Perry, 2006).

2.2.9 Gangguan tidur pada lansia

Gangguan tidur pada lansia merupakan gangguan tidur primer mekanisme tidur-bangun dan dibagi menjadi 2, yaitu:

1. *Parasomnia*

Pengalaman yang tidak biasa atau perilaku saat tidur termasuk tidur sambil jalan (terjadi selama 4 tahap tidur) dan gangguan mimpi buruk (terjadi selama tidur REM)

2. *Dyssomnia*

Ditandai oleh kelainan pada jumlah, kualitas, atau waktu tidur. Ini termasuk *insomnia* primer dan *hypersomnia*, *narkolepsi*, bernapas yang berhubungan dengan gangguan tidur (misalnya *sleep apnea*), dan gangguan ritme sirkadian tidur (Roy, 2009).

2.3 Teori *Insomnia*

2.3.1 Pengertian

Insomnia adalah keluhan sulit untuk masuk tidur atau sulit mempertahankan tidur (sering terbangun saat tidur) dan bangun terlalu awal serta tetap merasa badan tidak segar meskipun sudah tidur (Puspitosari, 2008).

Insomnia adalah laporan subjektif atas tidur kurang atau tak-menyegarkan meskipun peluang cukup untuk tidur (Nabil & Julie, 2006)

Menurut Schenck (2003) *insomnia* merupakan ketidakmampuan atau kesulitan untuk tidur. Kesulitan tidur ini bisa menyangkut kurun waktu (kuantitas) atau kelelahan (kualitas) tidur (Schenck, 2003).

2.3.2 Penyebab

Insomnia diklasifikasikan sebagai sementara (tidak lebih dari beberapa malam), akut (kurang dari 3-4 minggu), dan kronis (lebih dari 3-4 minggu). *Insomnia* sementara atau akut biasanya terjadi pada orang yang tidak memiliki riwayat gangguan tidur dan sering berhubungan dengan penyebab yang dapat diidentifikasi. Pencetus *insomnia* akut termasuk penyakit medis akut, perumahnyasakit, perubahan pada lingkungan tidur, obatobatan, *jet lag*, dan stresor psikososial akut atau berulang. *Insomnia* kronis atau jangkapanjang dapat dikaitkan dengan berbagai dasar kondisi medis, perilaku, dan lingkungan dan berbagai obat-obatan (Nabil & Julie, 2006).

Penyebab *Insomnia* Kronis:

1. Gangguan tidur spesifik primer
 - 1) Gangguan irama sirkadian:
 1. Sindrom fase tidur lanjut

2. Sindrom fase tidur terlambat

- 2) Apnea tidur (obstruktif, pusat, atau campuran)
- 3) Sindrom tungkai resah
- 4) Gangguan gerak ekstremitas periodik (mioklonus malam)
- 5) REM, gangguan perilaku

2. Penyakit Fisik

- 1) Nyeri: artritis, nyeri muskuloskeletal, kondisi menyakitkan lainnya.
- 2) Jantung pembuluh darah: gagal jantung, sesak napas malam hari, angina malam hari.
- 3) Paru: penyakit paru obstruktif kronik, rinitis alergi (sumbatan hidung)
- 4) Gastrointestinal: penyakit refluks gastroesofageal, penyakit tukak lambung, sembelit, diare, pruritus ani.
- 5) Kemih: kencing malam dan retensi, pengosongan kandung kemih tidak lengkap, inkontinensia
- 6) Sistem saraf pusat: stroke, penyakit Parkinson, penyakit Alzheimer, gangguan kejang
- 7) Psikiatri penyakit: kecemasan, depresi, psikosis, demensia, delirium
- 8) Pruritus
- 9) Henti haid (semburat panas)

3. Perilaku

Tidur siang, penggunaan tempat tidur dini, menggunakan tempat tidur untuk aktivitas lain (misalnya, membaca dan menonton televisi), makan berat, kurang olahraga, dan gaya hidup bermalasan.

4. Lingkungan

Suara, cahaya dan gangguan lainnya, suhu ekstrim, tempat tidur tak nyaman, dan kurangnya pajanan sinar matahari

5. Pengobatan

Stimulan sistem saraf pusat: sympathomimetics, kafein, nikotin, antidepresan, amfetamin, efedrin, fenilpropanolamin, fenitoin, dll.

(Nabil & Julie, 2006)

2.3.3 Dampak *insomnia*

Gejala khas gangguan tidur pada usia lanjut termasuk kesulitan jatuh tertidur dan mempertahankan tidur, bangun awal pagi, dan kantuk di siang hari yang berlebihan. Penderita *insomnia* bisa menjadi secara fisik dan mental kecapaian, cemas, dan mudah tersinggung. Sebagaimana pendekatan waktu tidur, penderita *insomnia* menjadi lebih tegang, cemas, dan khawatir tentang masalah kesehatan, kematian, kerja, dan pribadi. Masalah tidur mungkin memiliki dampak negatif pada kualitas hidup yang terkait kesehatan dengan peningkatan risiko kecelakaan, rasa tak enak, dan kelelahan kronis. Kualitas tidur yang buruk dikaitkan dengan penurunan memori dan konsentrasi, dan gangguan kinerja dalam uji psikomotorik. Gangguan tidur juga dikaitkan dengan peningkatan risiko jatuh, penurunan kognitif, dan tingkat kematian lebih tinggi (Nabil & Julie, 2006).

Insomnia memberi dampak terhadap kesehatan fisik misalnya terjadi peningkatan nafsu makan yang dapat mengakibatkan obesitas, diabetes, penyakit jantung koroner, hipertensi, gangguan sistem imun, dan penurunan gairah seksual. *Insomnia* juga dikaitkan dengan gangguan psikologik misalnya terjadinya depresi,

ansietas, dan penurunan daya ingat karena pada dasarnya tidur berguna untuk resusitasi otak dan konsolidasi daya ingat (Yuni, 2010).

Gangguan tidur atau *insomnia* juga dikenal sebagai penyebab morbiditas yang signifikan. Angka kematian sakit jantung dan kanker lebih tinggi pada seseorang yang lama tidurnya lebih dari 9 jam atau kurang dari 6 jam per hari bila dibandingkan dengan seseorang yang lama tidurnya antara 7-8 jam per hari (Amir, 2007).

2.3.4 Penatalaksanaan

Tujuan terapi adalah untuk mengurangi morbiditas dan meningkatkan kualitas hidup bagi pasien dan keluarga. Perawatan yang tepat *insomnia* memiliki potensi membalik morbiditas terkait *insomnia*, termasuk risiko depresi, cacat, dan gangguan kualitas hidup. Selanjutnya, pengelolaan yang optimal dari *insomnia* dapat meningkatkan produktivitas pasien dan kognitif, dan penurunan penggunaan perawatan kesehatan dan risiko kecelakaan. Terapi pada *insomnia* dibagi menjadi dua yaitu terapi farmakologis dan non-farmakologis (Nabil & Julie, 2006).

1. Farmakologis

Lima prinsip dasar yang menjadi ciri farmakoterapi rasional untuk insomnia: penggunaan dosis efektif terendah, penggunaan dosis berselang (2 sampai 4 kali seminggu), peresepan obat jangka-pendek menggunakan teratur untuk tidak lebih dari 3 sampai 4 minggu), dan penghentian obat bertahap untuk mengurangi insomnia pantulan. Pengobatan dengan waktu-paruh eliminasi lebih pendek secara umum lebih dipilih untuk meminimalkan sedasi di siang hari. Pemilihan obat harus didasarkan pada adanya dan keparahan gejala siang hari, terutama dampak pada fungsi siang hari dan pada kualitas hidup pasien.

Hasil farmakologis yang diharapkan meliputi peningkatan pengawitan tidur, pemeliharaan tidur tanpa efek mabuk, dan peningkatan fungsi hari berikutnya.

2. Non-farmakologis

Terapi non-farmakologis pada insomnia adalah berupa terapi perilaku. Terapi perilaku bertujuan mengubah kebiasaan tidur maladaptif, mengurangi gairah otonom, dan mengubah keyakinan disfungsional dan sikap yang bisa melanggengkan *insomnia*. Intervensi perilaku termasuk terapi relaksasi, pembatasan tidur, kendali rangsangan, dan terapi kognitif. Relaksasi otot progresif bertujuan untuk mengurangi gairah somatik, sedangkan teknik focus-perhatian (pelatihan citra, mediasi) dimaksudkan untuk menurunkan gairah kognitif pra-tidur. Prosedur relaksasi sangat cocok untuk individu dengan ketegangan dan kecemasan. Terapi pembatasan-tidur digunakan ketika waktu yang berlebihan dihabiskan di tempat tidur. Terapi membutuhkan 4 sampai 6 minggu untuk menimbulkan kehilangan tidur ringan yang meningkatkan kemampuan untuk jatuh tertidur dan tetap tidur. Terapi kendali-rangsangan terdiri dari membatasi penggunaan kamar tidur untuk tidur dan aktivitas seksual sehingga waktu tidur yang akan dianggap sebagai waktu untuk tidur. Teknik ini diindikasikan untuk pasien yang jadwal tidur-bangun tidak teratur atau yang terlibat dalam kegiatan yang bertentangan dengan tidur. Tujuan terapi kognitif adalah untuk memberikan jaminan kepada pasien yang tidur kurang dari 8 jam semalam tidak perlu tak-sehat dan tidak selalu menyebabkan konsekuensi dramatis keesokan harinya. Pasien harus memahami bahwa jika mereka tidak bisa tidur, bolehlah bangun, mandi, atau

membaca dan kemudian kembali ke tempat tidur untuk upaya lain untuk tidur (Nabil & Julie, 2006).

2.4 Teori Perilaku

2.4.1 Pengertian

Perilaku dari pandangan biologis adalah merupakan suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan. Jadi perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari pada manusia itu sendiri. Oleh sebab itu perilaku manusia itu mempunyai bentangan yang sangat luas, mencakup berjalan, berbicara, bereaksi, berpakaian dan lain-lain bahkan termasuk kegiatan internal seperti berpikir, persepsi dan emosi juga merupakan perilaku manusia (Notoatmodjo,2007). Menurut Skinner dikutip oleh Notoatmodjo (2007) perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar.

2.4.2 Jenis perilaku

Berdasarkan bentuk respon terhadap stimulus, perilaku dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

1. Perilaku tertutup (*Covert Behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup. (*Covert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan/kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain. Misalnya seorang ibu hamil tahu pentingnya periksa kehamilan.

2. Perilaku terbuka (*Overt Behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktik yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain. Misalnya penderita TBC paru minum obat secara teratur.

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, system pelayanan kesehatan, makanan, minuman, serta lingkungan.

2.4.3 Domain perilaku

Menurut Notoatmodjo (2010), setiap seseorang memiliki kemampuan yang berbeda dalam menyelesaikan suatu masalah. Kemampuan merupakan gambaran dari perubahan perilaku seseorang meliputi aspek pengetahuan, sikap, dan tindakan seseorang terhadap suatu permasalahan (Notoatmodjo, 2010). Dalam hal ini Perilaku merupakan totalitas penghayatan dan aktivitas seseorang yang merupakan hasil bersama antara berbagai faktor baik internal maupun eksternal, dengan perkataan lain perilaku manusia sangatlah kompleks dan mempunyai bentangan yang sangat luas (Notoatmodjo, 2007). Benyamin Bloom (1908) seorang ahli psikologi pendidikan membagi perilaku manusia ke dalam 3 (tiga) domain/ranah yakni kognitif, afektif dan psikomotor. Dalam perkembangannya teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

1. Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan

terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang *Overt Behavior* (Notoatmodjo,2007). Menurut Notoatmodjo (2007) pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami yaitu suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar.

3) Aplikasi (*Aplication*)

Aplikasi adalah kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya)

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi suatu objek ke dalam komponen, tetapi masih dalam satu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis yaitu kemampuan untuk meletakkan/menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atas kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formula yang ada.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi yaitu kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek.

2. Sikap

Sikap adalah bentuk evaluasi atau perasaan seseorang terhadap sesuatu obyek yaitu perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada obyek tersebut (Azwar, 2003).

Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 2003).

Dalam bagian yang lain Allport (1954) yang dikutip Notoatmoadjo (2007) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai tiga komponen pokok, yaitu:

- 1) Kepercayaan (*keyakinan*), ide, dan konsep terhadap suatu objek.
- 2) Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek.
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*)

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan

responden terhadap suatu obyek. Seperti halnya pengetahuan, sikap juga terdiri dari berbagai tingkatan, yaitu:

1) Menerima (*Receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (Obyek).

2) Merespon (*Responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap.

3) Menghargai (*Valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

4) Bertanggung jawab (*Responsible*)

Bertanggung jawab atas segala yang telah dipilihnya dengan segala resiko.

3. Praktik atau tindakan (*Practice*)

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas. Selain factor fasilitas juga diperlukan factor dukungan (*support*) dari pihak lain misalnya suami atauu istri, orang tua, mertua dan lain-lain. Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan (Notoatmodjo, 2007).

1) Persepsi

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama.

2) Respon terpimpin

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat kedua.

3) Mekanisme

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ini sudah mencapai praktik tingkat tiga.

4) Adopsi

Suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

Pengukuran perilaku dapat dilakukan secara tidak langsung yakni dengan wawancara terhadap kegiatan yang telah dilakukan beberapa jam, hari, bulan yang lalu. Pengukuran juga dapat dilakukan secara langsung yakni dengan mengobservasi tindakan atau kegiatan responden (Notoatmodjo, 2007).

2.4.4 Perubahan (adopsi) perilaku

Perubahan atau adopsi perilaku baru adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan waktu yang relative lama. Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap (Notoatmodjo, 2007).

1. Pengetahuan

Sebelum seseorang mengadopsi perilaku ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya dan keluarganya.

2. Sikap

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut.

3. Tindakan

Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahuinya.

Penelitian Roger (1974) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi tindakan baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses yang berurutan, yaitu :

1. Kesadaran (*Awareness*), yakni orang menyadari dalam arti mengetahui stimulus (obyek) terlebih dahulu.
2. Tertarik (*Interest*), yakni orang mulai tertarik kepada stimulus.
3. Evaluasi (*Evaluation*), yakni menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut bagi dirinya
4. Mencoba (*Trial*), orang mulai mencoba tindakan baru.
5. Adopsi (*Adoption*), yakni subyek telah bertindak sesuai pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

2.4.5 Faktor – faktor yang mempengaruhi perilaku

Teori yang dipakai dalam determinan perilaku adalah teori Lawrence W. Gren (1980) dikutip Notoatmodjo (2003). Gren mencoba menganalisis perilaku manusia dari lingkungan kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh dua faktor pokok yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor dari luar perilaku (*non behavior causes*), selanjutnya perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari tiga faktor :

1. Faktor-faktor predisposisi (*Predisposing Factors*), yang terwujud dalam kepercayaan, tradisi, nilai-nilai, stigma dan diskriminasi dan sebagainya.
2. Faktor-faktor pendukung (*Enabling Factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, fasilitas dan sarana kesehatan, pelayanan rehabilitasi dan lain sebagainya.
3. Faktor-faktor pendorong (*Reinforcing Factors*); peran kesehatan keluarga diantaranya, mengenal penyakit, membuat keputusan yang tepat, merawat keluarga yang sakit, memelihara lingkungan sehat, menggunakan sumber daya di masyarakat. Model ini dapat digambarkan sebagai berikut :

$$B = f(PF, EF, RF)$$

Keterangan :	B	=	<i>Behavior</i>
	PF	=	<i>Predisposing Factors</i>
	EF	=	<i>Enabling Factors</i>
	RF	=	<i>Reinforcing Factors</i>
	f	=	Fungsi

2.5 Teori *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT)

2.5.1 Pengertian

Terapi perilaku kognitif adalah pendekatan psikoterapi yang bertujuan untuk mengajarkan keterampilan baru orang, tentang cara untuk memecahkan masalah tentang disfungsi emosi, perilaku dan kognisi melalui berorientasi, sistematis-prosedur tujuan (Barker 2003).

Cognitive behavioral therapy (CBT) dikenal sebagai pengobatan alternatif insomnia yang efektif untuk menggantikan obat tidur, bahkan bagi orang yang menderita masalah insomnia kronis. CBT merupakan pengobatan sederhana dan hanya perlu waktu yang singkat. CBT sudah lama digunakan untuk menangani berbagai kondisi, termasuk depresi, serangan panik, kecemasan, kelainan pola makan. Studi-studi telah menunjukkan bahwa faktor fisik dan kebiasaan memegang peran penting dalam menyebabkan terjadinya insomnia dan CBT efektif dalam mengatasi insomnia. CBT bermanfaat hampir bagi setiap orang, termasuk orangtua yang telah menggunakan obat-obat tidur selama bertahun-tahun, orang-orang dengan masalah fisik seperti sindrom kaki yang kurang istirahat, dan mereka yang masih mengalami insomnia awal, atau telah mengalami tidak cukup istirahat sepanjang hidup (Tarigan, 2010).

2.5.2 Cara kerja CBT

CBT membantu mengubah pikiran-pikiran dan tindakan yang mengganggu kemampuan seseorang untuk tidur nyenyak. Pendekatan ini berdasarkan ide bahwa cara seseorang berpikir (*cognitive*) dan bertindak (*behavior*) mempengaruhi perasaan seseorang. Bagian kognitif CBT mengajarkan seseorang mengenali dan mengubah keyakinan-keyakinan yang salah yang

mempengaruhi kemampuan tidur. Sebagai contoh, seseorang mungkin meyakini bahwa tidur 8 jam setiap malam merupakan kewajiban agar manfaat tidur terasa. Pada kenyataannya, 7 jam tidur mungkin sudah cukup bagi orang tersebut. CBT juga meluruskan kesalah pahaman mengenai jumlah waktu yang sebenarnya dihabiskan untuk tidur. Penderita insomnia seringkali tidur lebih banyak dari yang mereka sadari. Bagian tindakan (*behavior*) CBT membantu seseorang memprogram kembali bagian otak yang mengatur siklus tidur-bangun. Terapi ini mengatasi tindakan tertentu yang disebut para ahli dengan istilah "*sleep hygiene*", yang mempengaruhi tidur secara negatif. Tingkah laku ini bisa karena melakukan olahraga atau minum minuman berkafein tepat sebelum waktu tidur. Pengobatan dengan terapi ini biasanya dilakukan selama 4-8 sesi dengan waktu 30 menit per sesinya (Tarigan, 2010).

2.5.3 Tahapan CBT

Menurut Siamak (2010) ada 4 terapi dalam CBT yaitu *sleep hygiene*, *relaxation therapy*, *stimulus control*, dan *sleep restriction*. Berikut beberapa tahap dalam 4 terapi CBT:

1. *Sleep Hygiene*

- 1) Hindari memaksa diri untuk tidur.
- 2) Tidak minum kopi mulai jam 16.00 WIB hingga beranjak tidur.
- 3) Tidak pergi ke tempat tidur saat lapar.
- 4) Mengikuti olahraga.

2. *Relaxation Therapy*

Berdoa menjelang tidur minimal 5 menit.

3. *Stimulus Control*

- 1) Pergi ke tempat tidur saat merasa mengantuk.
- 2) Tidak menonton televisi, membaca atau makan di tempat tidur.

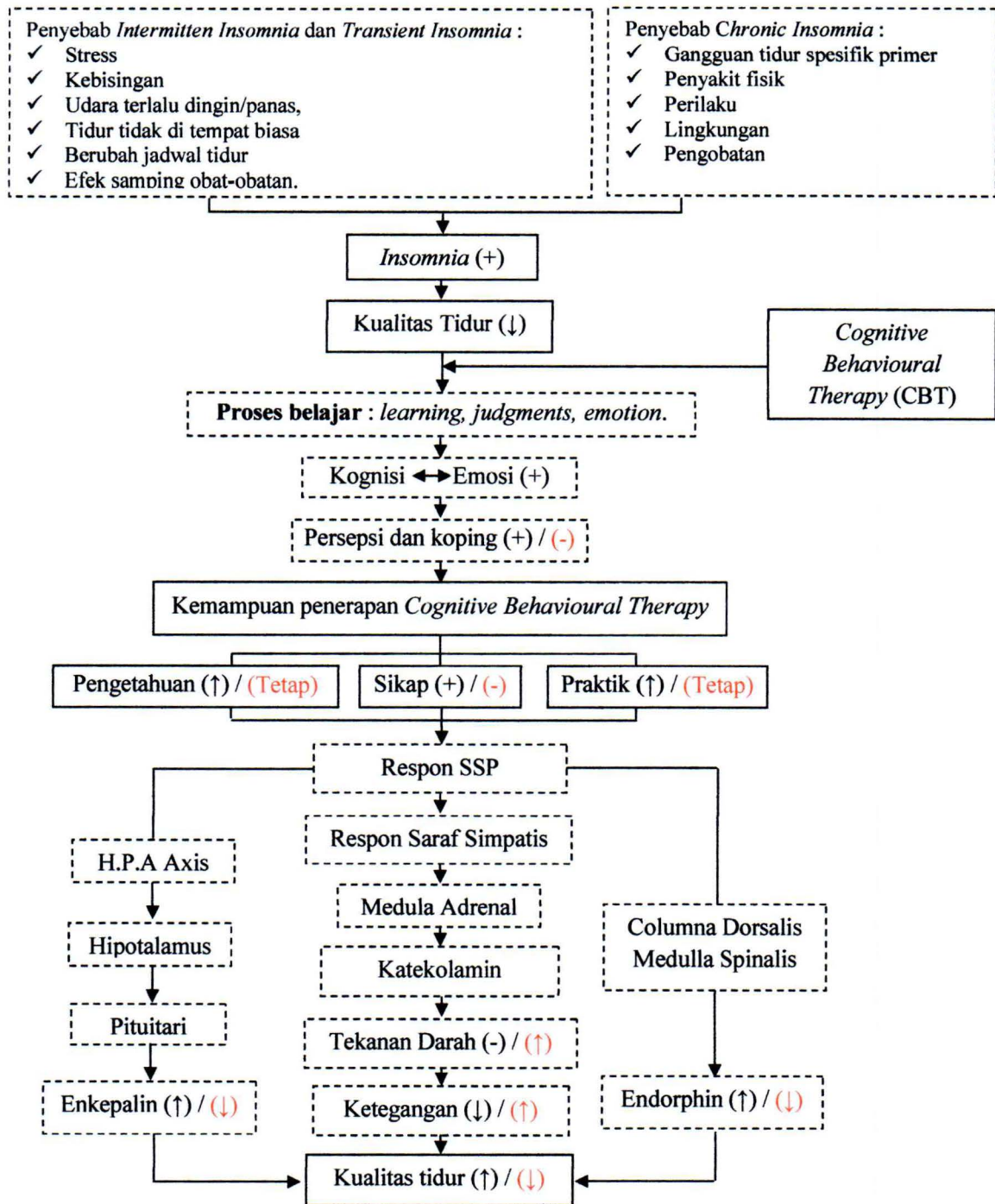
4. *Sleep Restriction*

- 1) Hindari makan dan minum yang berlebihan menjelang waktu tidur.
- 2) Meredupkan lampu di kamar tidur dan membatasi kebisingan.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan : : Di teliti : Tidak di teliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) Terhadap Peningkatan Kualitas Tidur dan Perubahan Kemampuan Mengatasi Insomnia pada Lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya.

Menurut *National Institute of Health* (1995), *insomnia* dibagi menjadi tiga yaitu *insomnia* sementara (*intermittent*) terjadi bila gejala muncul dalam beberapa malam saja, *insomnia* jangka pendek (*transient*) bila gejala muncul secara mendadak tidak sampai berhari-hari, kemudian *insomnia* kronis (*chronic*) gejala susah tidur yang parah dan biasanya disebabkan oleh adanya gangguan kejiwaan. Penyebab *insomnia intermitten* dan *transient* antara lain *stress*, kebisingan, udara yang terlalu dingin atau terlalu panas, tidur tidak di tempat biasanya, berubahnya jadwal tidur dan efek samping dari obat-obatan. Sedangkan *insomnia* yang kronik disebabkan oleh beberapa faktor terutama secara fisik seperti gangguan tidur spesifik primer, penyakit fisik, perilaku, lingkungan, dan pengobatan (Purwanto & Zulaekah, 2007). *Insomnia* merupakan gangguan tidur yang paling sering ditemukan dan kejadiannya makin meningkat seiring bertambahnya usia (Puspitosari, 2008). Pada lansia kemampuan untuk mengatasi *insomnia* sangat kurang. *Insomnia* dapat menimbulkan dampak psikologik bila tidak ditangani seperti terjadinya depresi, ansietas, dan penurunan daya ingat karena pada dasarnya tidur berguna untuk resusitasi otak dan konsolidasi daya ingat (Yuni, 2010). Karena itu *insomnia* pada lansia harus ditangani dengan penanganan yang tepat. Perawat sebagai edukator dapat membantu lansia dalam mengidentifikasi masalah serta memberikan pendidikan yang tepat untuk mengatasi *insomnia*. Pendidikan tersebut dapat melalui pembelajaran *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT). Berdasarkan teori transformasi, proses belajar adalah transformasi dari masukan (input) dalam hal ini berupa pembelajaran CBT lalu direduksi, diuraikan, disimpan, ditemukan kembali, dan dimanfaatkan. Transformasi dari masukan sensoris bersifat aktif melalui proses seleksi untuk dimasukkan ke dalam ingatan

(Notoatmodjo, 2010). Mekanisme belajar merupakan suatu proses di dalam sistem adaptasi (*cognator*) yang mencakup mempersepsikan suatu informasi dengan kata lain proses kendali kognisi berhubungan dengan fungsi otak yang tinggi terhadap persepsi atau proses informasi, pengambilan keputusan, dan emosi baik dalam bentuk implisit maupun eksplisit. Persepsi proses informasi juga berhubungan dengan seleksi perhatian, kode, dan ingatan. Persepsi yang positif berdampak pada koping yang positif. Penggunaan koping yang positif akan berpengaruh terhadap perubahan perilaku manusia, dalam hal ini kemampuan penerapan CBT untuk mengatasi *insomnia* (Nursalam, 2003). Menurut Notoatmodjo (2010), kemampuan merupakan gambaran dari perubahan perilaku seseorang meliputi aspek pengetahuan, sikap, dan tindakan seseorang terhadap suatu permasalahan. Identifikasi peningkatan ketiga aspek ini menunjukkan adanya perubahan kemampuan lansia sebagai output. Peningkatan kemampuan pengetahuan, sikap, dan praktik ini diharapkan akan dapat mengatasi *insomnia* pada lansia (Notoatmodjo, 2010).

CBT merupakan metode untuk mengatasi *insomnia*. Pada lansia penurunan kualitas tidur di pengaruhi faktor fisik, psikis, dan lingkungan (Rini, 2009). Hal tersebut diatas menyebabkan stress. Stress akan merangsang sistem ketokolamin (noradrenalin dan dopamine) yang mempunyai peran penting dalam pada keadaan bangun tidur REM. Konsentrasi puncak pada waktu bangun, terendah dalam keadaan tidur REM dan intermidiet pasca tidur nonREM. Input sensori pada kontrol RAS dan BSR bekerja mengaktifasi serta menekan pusat otak tertinggi secara *intermitten* untuk mengontrol tidur dan terbangun. RAS berlokasi pada batang otak teratas terdiri dari sel khusus yang mempertahankan

BAB 4

METODE PENELITIAN

Menurut Nursalam (2003) metode penelitian merupakan suatu cara yang digunakan untuk memecahkan masalah menurut keilmuan. Dalam bab ini akan diuraikan tentang : (1) desain penelitian, (2) kerangka kerja, (3) desain sampling meliputi populasi, sampel, dan sampling (4) identifikasi variabel, (5) definisi operasional, (6) pengumpulan data, (7) analisis data, (8) etik penelitian, dan (9) keterbatasan dalam penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Menurut Nursalam (2003) desain penelitian adalah suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data. Berdasarkan tujuan penelitian, maka desain penelitian yang digunakan adalah *Pra Experiment Design* bentuk *Pre-Post Test Non Randomized Single Group Design*.

Tabel 4.1 Desain Penelitian

Subyek	Pra	Perlakuan	Post
K	O	I	O1
	Time 1.	Time 2.	Time 3.

Keterangan :

- K : Subyek (lansia)
- O : Observasi sebelum pembelajaran CBT
- I : Intervensi CBT
- O1 : Observasi kualitas tidur dan kemampuan mengatasi *insomnia* sesudah intervensi CBT

4.3 Desain Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian adalah setiap subyek (misalnya manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2008).

Menurut Sastroasmoro (2002), populasi dalam penelitian merupakan sekelompok subyek atau data dengan karakteristik tertentu. Dikenal pula istilah populasi target yaitu populasi yang memenuhi sampling kriteria dan dijadikan sasaran akhir penelitian, dan populasi terjangkau yaitu populasi yang memenuhi kriteria penelitian dan biasanya dapat dijangkau oleh peneliti dalam kelompoknya (Nursalam, 2008).

Populasi terjangkau dalam penelitian ini adalah semua lansia yang tinggal di Panti Werdha pada bulan Desember-Januari 2010. Besar populasi sebanyak 45 orang.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah *subset* atau bagian dari populasi yang diteliti (Sastroasmoro, 2002). 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 oleh peneliti (Nursalam, 2008).

1) Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Lansia usia (65-74 tahun).
2. Lansia yang tinggal > 3 bulan di panti.

3. Lansia mengalami *insomnia* atau gangguan tidur.
 4. Belum pernah mendapat pembelajaran *Cognitive Behavioural Therapy*.
 5. Lansia yang kooperatif.
- 2) Kriteria eksklusi pada penelitian ini ditetapkan dengan mengeluarkan atau menghilangkan subyek dari penelitian karena berbagai sebab dengan kata lain tidak layak untuk diteliti atau tidak memenuhi kriteria inklusi pada saat penelitian berlangsung (Nursalam & Pariani, 2000). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :
1. Lansia yang menolak menjadi subyek penelitian
 2. Lansia memiliki cacat fisik dan mental
 3. Lansia yang sedang sakit

Besar sampel adalah banyaknya anggota yang dijadikan sampel (Zainudin, 1999). Penentuan besar sampel harus mempertimbangkan salah satunya “unit analisis” yaitu faktor yang dipertimbangkan oleh peneliti dalam menentukan besarnya sampel disamping pendekatan, ciri-ciri khusus yang ada pada populasi dan keterbatasan yang ada (Arikunto, 2000). Besar sampel dalam penelitian ini adalah 16 orang.

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Nursalam, 2008). Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara *purposive sampling (judgement sampling)* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (Nursalam, 2008).

4.6.4 Analisis Data

Analisa data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan oleh peneliti dengan tujuan supaya *trends* dan *relationship* bisa dideteksi (Nursalam, 2003).

Untuk penilaian peneliti memisahkan tiap-tiap item pertanyaan yang mengacu pada kemampuan lansia dalam mengatasi *insomnia* tentang tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan dalam pembelajaran CBT, serta kualitas tidur lansia dan dinilai secara tersendiri.

Setelah data terkumpul dilakukan pengolahan data yang melalui tahapan sebagai berikut :

1) *Editing*

Pada tahap ini penulis melakukan pemeriksaan terhadap data yang diperoleh kemudian diteliti apakah terdapat kekeliruan dalam pengisiannya, sudah terisi lengkap atau belum.

2) *Coding*

Setelah dilakukan editing selanjutnya penulis memberikan kode tertentu pada tiap-tiap data sehingga memudahkan dalam melakukan analisa data.

3) *Scoring*

Pada tahap ini jawaban-jawaban responden yang sama dikelompokkan dengan teliti dan teratur, lalu dihitung dan dijumlahkan kemudian dituliskan dalam bentuk tabel-tabel.

Analisa data dilakukan secara manual dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

1. Pengetahuan

Aspek pengetahuan di nilai dengan menggunakan rumus (Azwar, 2003):

Peneliti melakukan penilaian yang terdiri dari 10 pernyataan dengan memberikan nilai pada masing-masing pernyataan dengan skor benar = 1 dan salah = 0.

$$P = f/N \times 100\%$$

Keterangan : P = Prosentase

f = Jumlah jawaban yang benar

N= Jumlah pertanyaan.

Setelah prosentase diketahui hasilnya diinterpretasikan dengan kriteria:

- 1) Bila 80 – 100 % pertanyaan dijawab benar oleh responden termasuk kategori sangat baik.
- 2) Bila 60 – 79 % pertanyaan dijawab benar oleh responden termasuk kategori baik.
- 3) Bila 40 – 59% pertanyaan dijawab benar oleh responden termasuk kategori kurang baik.
- 4) Bila kurang dari 39 % pertanyaan dijawab benar oleh responden termasuk kategori tidak baik.

(Arikunto, 2002)

2. Sikap

Untuk mengukur sikap keluarga dalam merawat penderita skizofrenia, diukur dengan skala Likert yang terdiri dari 10 pernyataan yaitu pernyataan positif yang terdapat pada no. 1,3,5,6,8. Pilihan Sangat Setuju (SS)=5, Setuju (S)=4, Tidak Setuju (TS)=2, Sangat Tidak Setuju (STS)=1, sedangkan untuk

pernyataan negatif yang terdapat pada no. 2,4,7,9,10. Dengan skor Sangat Setuju (SS)=1, Setuju (S)=2, Tidak Setuju (TS)=4, Sangat Tidak Setuju (STS)=5. Nilai maksimum = 50, nilai minimum = 10 (Azwar, 2000). Kemudian diperhitungkan dengan nilai skor menjawab angket dengan rumus (Azwar, 2003).

$$T = 50 + 10 \frac{X - \bar{X}}{SD}$$

$$SD = \frac{\sum (X - \bar{X})^2}{N^{-1}}$$

Dimana: T = Nilai sikap

X = Skor responden

\bar{X} = Nilai rata-rata kelompok

SD = Standar Deviasi (simpangan baku)

- 1) Nilai $T \geq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai sikap yang *favorable*.
- 2) Nilai $T \leq \text{Med } T$, berarti subjek mempunyai sikap yang relative lebih *unfavorable*

Setelah mendapat hasil dari responden berupa sikap positif (*favorable*) dan sikap negatif (*unfavorable*) jumlahkan dan dibandingkan dengan jumlah seluruh responden lalu dikalikan 100% dan hasil berupa prosentase (Azwar, 2003)

3. Tindakan

Untuk penilaian tindakan melalui lembar observasi jika menjawab “ya” nilainya 1 dan jawabannya “tidak” nilainya 0 kemudian dijumlahkan untuk

mendapat nilai mentah. Analisa data mentah skor tindakan responden secara manual dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

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

Keterangan :

P = Persentase

b = Jumlah jawaban benar

n = Jumlah pertanyaan

Sedangkan dalam penentuan kategori penelitian dinilai dengan menggunakan metode presentasi sebagai berikut:

Baik = 76-100%

Cukup = 56-75%

Kurang = $\leq 55\%$

(Arikunto, 2006)

4. Kualitas Tidur

Untuk mengukur kualitas tidur menggunakan kuesioner *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) yang terdiri dari 18 item, dengan penilaian jumlah skor sebagai berikut:

Komplemen 1: Hasil dari skor no 9 (rata-rata skor mulai no. 5a)

Komplemen 2: ≤ 15 menit = 0

16-30 menit = 1

31-60 menit = 2

≥ 60 menit = 3

Ditambah dengan skor 5a

Skor total: (0=0, 1-2=2, 3-4=2, 5-6=3)

Komplemen 3: > 7 jam = 0

6-7 jam = 1

5-6 jam = 2

< 5 jam = 3

Komplemen 4: $\frac{\text{Total tidur}}{\text{Total jam di tempat tidur}} \times 100$

Total jam di tempat tidur

< 85 % = 0

75-84 % = 1

65-74 % = 2

< 65 % = 3

Komplemen 5: Skor 5b sampai 5j

0 = 0

1-9 = 1

10-18 = 2

19-27 = 3

Jika 5j tidak menjawab maka:

0 = 0

1-8 = 1

9-16 = 2

17-24 = 3

Komplemen 6: (0=0; 1=1; 2=2; 3=3)

Komplemen 7: Skor no. 7 + skor no. 8 (0=0; 1-2=1; 3-4=2; 5-6=3)

Jumlahkan semua skor dari 7 komponen diatas

Kesimpulan skor PQSI:

0 = Kode 1

1-7 = Kode 2

8-14 = Kode 3

15-21 = Kode 4

Jika kode 1, maka memiliki kualitas tidur yang sangat baik

Jika kode 2, maka memiliki kualitas tidur yang agak baik

Jika kode 3, maka memiliki kualitas tidur yang agak buruk

Jika kode 4, maka memiliki kualitas tidur yang sangat buruk

(Smith, 2007)

Dari data yang terkumpul dianalisis perubahan pengetahuan, sikap dan tindakan (kemampuan lansia mengatasi *insomnia*) serta perubahan kualitas tidur sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan menggunakan uji statistik *Wilcoxon Signed Rank Test* (uji komparasi 2 sampel berpasangan) dengan derajat kemaknaan $p \leq 0,05$ (Sugiyono, 2005). Jika hasil analisis penelitian didapatkan nilai $p \leq 0.05$ maka H_0 ditolak dan H_1 diterima artinya ada pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) terhadap peningkatan kualitas tidur dan perubahan kemampuan mengatasi *insomnia* pada lansia. Dalam pengolahan data ini peneliti akan menggunakan perangkat lunak komputer dengan sistem *SPSS (Software Product and Service Solution)* agar uji statistik yang diperoleh lebih akurat.

4.7 Etik Penelitian

Peneliti memohon ijin kepada pihak terkait sebelum penelitian dilakukan. Penelitian akan dimulai dengan melakukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi :

4.7.1 *Informed consent*

Informed Consent merupakan lembar persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti yaitu yang akan mendapatkan intervensi *bladder- retention training*. Peneliti memberikan penjelasan maksud dan tujuan penelitian serta dampak yang mungkin terjadi selama pengumpulan data. Jika responden bersedia, maka mereka harus menandatangani surat persetujuan penelitian. Peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak responden untuk menolak.

4.7.2 *Anonimity*

Kerahasiaan identitas responden harus dijaga. Peneliti menjaga kerahasiaan identitas responden dengan tidak mempublikasikan nama responden.

4.7.3 *Confidentiality*

Kerahasiaan informasi yang diberikan responden dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4.8 Keterbatasan

1. Kemampuan peneliti masih kurang sehingga penelitian masih banyak kekurangan.

2. Jumlah sampel yang diteliti terbatas sehingga hasil penelitian masih belum dapat menggeneralisasi.
3. Waktu penelitian terbatas sehingga hasil terapi tidak begitu signifikan pengaruhnya terhadap variable yang diukur.
4. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner yang memungkinkan responden menjawab pertanyaan dengan tidak jujur, atau tidak mengerti maksud pertanyaan karena responden tidak memiliki pengetahuan yang berkaitan dengan pertanyaan tersebut, sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini disajikan hasil penelitian yang telah dilakukan di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010. Data yang di peroleh berupa gambaran umum lokasi penelitian, data umum responden (jenis kelamin, pendidikan, agama, dan suku bangsa) serta data khusus (kualitas tidur dan kemampuan mengatasi *insomnia* sebelum dan setelah diberikan *cognitive behavioural therapy*)

5.1 Hasil Penelitian

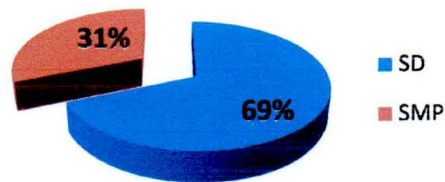
5.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Panti Tresna Werdha Hargodedali dimana merupakan tempat tinggal responden yaitu lansia, dengan alamat jalan Manyar Kartika IX/22-24 Surabaya. Kapasitas panti sekitar 48 orang, terdapat 16 kamar dengan masing-masing kamar terdiri dari 3 tempat tidur bagi para lansia. Di Panti ini hanya diperuntukkan bagi lansia yang berjenis kelamin perempuan. Saat dilakukan penelitian lansia yang tinggal di Panti adalah 45 orang dan responden yang diteliti sebanyak 18 orang, namun hanya 16 orang yang sesuai dengan kriteria inklusi penelitian karena 2 orang responden menderita sakit. Kegiatan-kegiatan seperti pemeriksaan kesehatan rutin dilakukan oleh petugas Puskesmas setempat setiap 3 minggu sekali, sedangkan penyuluhan kesehatan dan kegiatan lain yang berhubungan dengan status kesehatan lansia dilakukan oleh mahasiswa dan petugas panti sesuai jadwal dan waktu yang telah ditentukan.

5.1.2 Karakteristik demografi responden

Karakteristik responden penelitian yang diperoleh pada saat pengumpulan data adalah jenis pendidikan:

Jenis Pendidikan

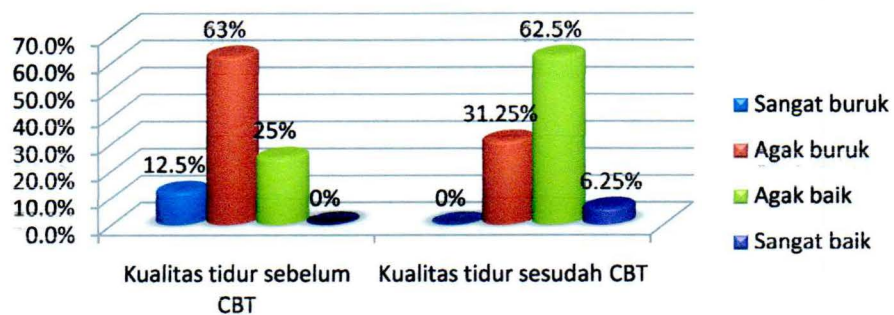


Gambar 5.1 Distribusi Responden Penelitian berdasarkan jenis pendidikan di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan lebih dari setengah responden penelitian yaitu 11 orang (64%) berpendidikan SD dan sebanyak 5 orang (36%) berpendidikan SMP.

5.1.3 Variabel yang diukur

5.1.3.1 Kualitas Tidur penderita *insomnia* sebelum dan sesudah dilakukan *cognitive behavioural therapy*.

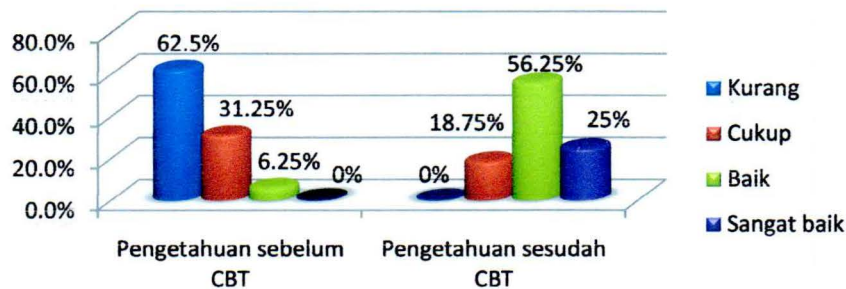


Gambar 5.2 Distribusi Responden Penelitian berdasarkan kualitas tidur responden di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.

Berdasarkan hasil penelitian, setelah diberikan CBT didapatkan penurunan jumlah responden yang memiliki kualitas tidur sangat buruk yaitu dari 2 responden (12.5%) menjadi tidak ada (0%). Sedangkan pada responden yang kualitas tidur sangat baik dan agak baik meningkat masing-masing dari tidak ada (0%) menjadi 1 responden (6.25%) dan dari 4 responden (25%) menjadi 10 responden (62.5%).

5.1.3.2 Kemampuan (pengetahuan, sikap dan tindakan) dalam mengatasi *insomnia* sebelum dan sesudah dilakukan CBT.

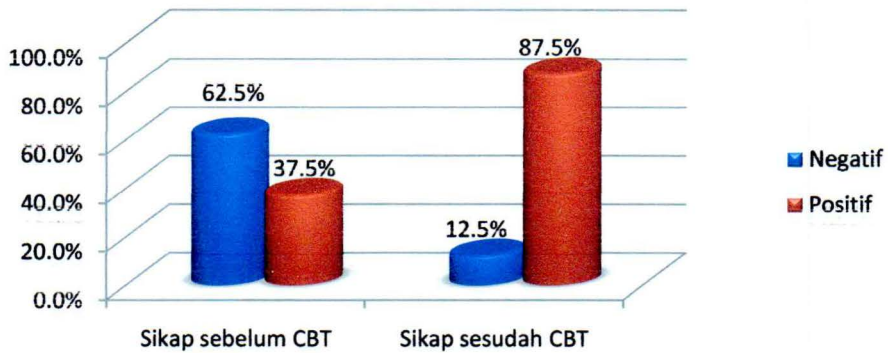
1. Pengetahuan



Gambar 5.3 Distribusi Responden Penelitian berdasarkan pengetahuan responden di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.

Berdasarkan hasil penelitian, setelah diberikan CBT didapatkan penurunan jumlah responden yang memiliki pengetahuan kurang yaitu dari 10 responden (62.5%) menjadi tidak ada (0%). Sedangkan pada responden yang memiliki pengetahuan baik meningkat dari 1 responden (6.25%) menjadi 9 responden (56.25%).

2. Sikap



Gambar 5.4 Distribusi Responden Penelitian berdasarkan sikap responden di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.

Berdasarkan hasil penelitian, setelah diberikan CBT didapatkan penurunan jumlah responden yang memiliki sikap negatif yaitu dari 10 responden (62.5%) menjadi 2 responden (37.5%). Sedangkan pada responden yang memiliki sikap positif meningkat dari 6 responden (12.5%) menjadi 14 responden (87.5%).

3. Tindakan



Gambar 5.5 Distribusi Responden Penelitian berdasarkan tindakan responden di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.

Berdasarkan hasil penelitian, setelah diberikan CBT didapatkan penurunan jumlah responden yang memiliki tindakan kurang yaitu dari 12 responden (75%) menjadi 1 responden (6.25%). Sedangkan pada responden yang memiliki tindakan baik dan cukup meningkat masing-masing dari tidak ada (0%) menjadi 7 responden (43.75%) dan dari 4 responden (25%) menjadi 8 responden (50%).

Tabel 5.1 Distribusi Kualitas Tidur Lansia *insomnia* di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.

No.	<i>WILCOXON SIGN RANK TEST</i>	
	KUALITAS TIDUR	
	PRE	POST
1	9	6
2	8	7
3	15	5
4	7	8
5	13	4
6	14	7
7	10	5
8	10	11
9	9	2
10	8	1
11	8	8
12	9	2
13	16	10
14	13	6
15	8	9
16	14	0
	X= 10.687	X= 5.687
Signifikansi p =0,001		

Dari tabel diatas diketahui rerata kualitas tidur responden sebelum dilakukan CBT adalah (10.687) sedangkan untuk rerata kualitas tidur sesudah dilakukan CBT adalah (5.687). Khusus pada kualitas tidur skor yang baik adalah

skor yang lebih kecil. Hasil uji statistik *Wilcoxon signed rank test* nilai $p= 0,001$ berarti, $p \leq 0.05$ maka H_1 diterima artinya CBT berpengaruh terhadap kualitas tidur.

Tabel 5.2 Distribusi Pengetahuan Lansia *insomnia* di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.

No	WILCOXON SIGN RANK TEST	
	PENGETAHUAN	
	PRE	POST
1	30	50
2	40	70
3	30	60
4	20	40
5	50	70
6	40	50
7	20	80
8	70	70
9	20	60
10	10	60
11	50	70
12	10	60
13	20	80
14	30	70
15	40	90
16	20	60
	X= 31.25	X= 65
	Signifikansi p = 0,001	

Dari tabel diatas diketahui rerata pengetahuan responden sebelum dilakukan CBT adalah (31.25) sedangkan untuk rerata pengetahuan sesudah dilakukan CBT adalah (65). Hasil uji statistik *Wilcoxon signed rank test* nilai $p= 0,001$ berarti $p \leq 0.05$ maka H_1 diterima artinya CBT berpengaruh terhadap pengetahuan.

Tabel 5.2 Distribusi Sikap Lansia *insomnia* di Panti Tresna Werdha Hargododali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.

No.	<i>WILCOXON SIGN RANK TEST</i>	
	SIKAP	
	PRE	POST
1	28	40
2	26	40
3	35	42
4	29	30
5	22	44
6	30	41
7	43	42
8	20	27
9	25	42
10	26	43
11	22	42
12	26	43
13	31	42
14	21	40
15	23	42
16	20	42
	X= 26.69	X= 40.13
	Signifikansi p =0,011	

Dari tabel diatas diketahui rerata sikap responden sebelum dilakukan CBT adalah (26.69), sedangkan untuk rerata sikap sesudah dilakukan CBT adalah (40.13). Hasil uji statistik menggunakan uji *Wilcoxon signed rank test* nilai $p=0,011$ berarti $p \leq 0.05$ maka H_1 diterima artinya CBT berpengaruh terhadap perubahan sikap.

Tabel 5.3 Distribusi Tindakan Lansia *insomnia* di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya pada tanggal 27 Desember 2010 sampai dengan 29 Januari 2010.

No	<i>WILCOXON SIGN RANK TEST</i>	
	TINDAKAN	
	PRE	POST
1	22,2	88,8
2	44,4	66,6
3	22,2	66,6
4	22,2	44,4
5	33,3	66,6
6	44,4	66,6
7	33,3	100
8	55,5	66,6
9	22,2	88,8
10	33,3	100
11	22,2	88,8
12	33,3	100
13	44,4	66,6
14	33,3	66,6
15	22,2	66,6
16	33,3	100
	X= 32.606	X= 77.725
	Signifikansi p =0,002	

Dari tabel diatas diketahui rerata tindakan responden sebelum dilakukan CBT adalah (32.606) sedangkan untuk rerata tindakan sesudah dilakukan CBT adalah (77.725). Hasil uji statistik *Wilcokson signed rank test* nilai $p= 0,002$ berarti, $p \leq 0.05$ maka H_1 diterima artinya CBT berpengaruh terhadap tindakan.

5.2 Pembahasan

Setelah dilakukan analisa data dan menguji hasil penelitian baik secara kuantitatif (dengan uji statistik *wilcoxon Signed Rank Test*) diperoleh hasil yang cukup bervariasi yang memerlukan beberapa pembahasan yaitu pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) terhadap peningkatan kualitas tidur dan perubahan kemampuan mengatasi *insomnia* pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya.

5.2.1 Pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) terhadap peningkatan kualitas tidur penderita *insomnia* pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya.

Berdasarkan hasil penelitian, setelah diberikan CBT didapatkan penurunan jumlah responden yang memiliki kualitas tidur sangat buruk yaitu dari 2 responden (12.5%) menjadi tidak ada (0%). Sedangkan pada responden yang kualitas tidur sangat baik dan agak baik meningkat masing-masing dari tidak ada (0%) menjadi 1 responden (6.25%) dan dari 4 responden (25%) menjadi 10 responden (62.5%).

Menurut Tarigan (2010) CBT membantu mengubah pikiran-pikiran dan tindakan yang mengganggu kemampuan seseorang untuk tidur nyenyak. Pendekatan ini berdasarkan ide bahwa cara seseorang berpikir (*cognitive*) dan bertindak (*behavior*) mempengaruhi perasaan seseorang. Bagian kognitif CBT mengajarkan seseorang mengenali dan mengubah keyakinan-keyakinan yang salah yang mempengaruhi kemampuan tidur. Sebagai contoh, seseorang mungkin meyakini bahwa tidur 8 jam setiap malam merupakan kewajiban agar manfaat tidur terasa. Pada kenyataannya, 7 jam tidur mungkin sudah cukup bagi orang

tersebut. CBT juga meluruskan kesalah pahaman mengenai jumlah waktu yang sebenarnya dihabiskan untuk tidur. Penderita insomnia seringkali tidur lebih banyak dari yang mereka sadari. Bagian tindakan (*behavior*) CBT membantu seseorang memprogram kembali bagian otak yang mengatur siklus tidur-bangun (Tarigan, 2010).

Kualitas tidur yang buruk disebabkan karena responden tidak memiliki kemampuan dalam mengatasi masalah *insomnia*. CBT dijadikan salah satu terapi yang digunakan dalam mengatasi masalah *insomnia*. Terapi ini sangat mempengaruhi perilaku dan kognitif responden terhadap tidur seperti yang telah dijelaskan di atas. Pemberian terapi ini sangat berperan untuk merubah pandangan yang salah tentang tidur dimana hal ini sangat berpengaruh terhadap kualitas tidur. Tidur yang baik bukan hanya dilihat dari sisi kuantitas namun justru yang paling penting adalah kualitas dari tidur seseorang, apakah selama tidur mengalami masalah atau tidak. Setelah diberikan CBT kualitas tidur responden mengalami perubahan yaitu sebagian besar memiliki kualitas tidur agak baik. Hal ini dikarenakan responden telah memiliki pengetahuan yang baik tentang CBT. Dari data hasil penelitian didapatkan seluruh responden yang memiliki pengetahuan baik (56.25%), seluruhnya memiliki sikap positif dan sebagian besar tindakannya baik. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa kemampuan mereka meningkat dalam mengatasi *insomnia*, dan inilah yang menyebabkan peningkatan kualitas tidur responden. Keadaan sebaliknya dialami oleh responden yang memiliki kualitas tidur yang tetap buruk. Kualitas tidur yang tetap buruk disebabkan karena mereka memiliki sikap yang negatif sehingga tindakannya juga kurang dalam mengatasi *insomnia*. Dari hasil uji statistik *wilcoxon sign rank test*,

juga didapatkan nilai $p= 0.001$ yang berarti H_1 diterima. Hasil dari uji ini menunjukkan bahwa CBT berpengaruh terhadap peningkatan kualitas tidur penderita *insomnia*.

5.2.2 Pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) terhadap perubahan kemampuan mengatasi *insomnia* pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya.

1. Pengetahuan

Berdasarkan hasil penelitian, setelah diberikan CBT didapatkan penurunan jumlah responden yang memiliki pengetahuan kurang yaitu dari 10 responden (62.5%) menjadi tidak ada (0%). Sedangkan pada responden yang memiliki pengetahuan baik meningkat dari 1 responden (6.25%) menjadi 9 responden (56.25%). Dari tingkat pendidikan juga didapatkan sebagian besar responden (64%) berpendidikan SD. Tingkat pendidikan responden yang mayoritas SD sangat mempengaruhi motivasi untuk belajar, sehingga responden tidak dapat memanfaatkan media masa, buku sebagai bahan untuk belajar atau kajian. Sesuai juga dengan pendapat Friedman (1992) yang mengatakan bahwa orang yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih tinggi telah memiliki tingkat pengetahuan terhadap kesehatan yang lebih baik dalam menyelesaikan suatu masalah ataupun mengambil keputusan.

Menurut Notoatmodjo (2007) sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh lewat mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Pengetahuan juga dipengaruhi oleh proses pembelajaran, proses belajar juga dipengaruhi oleh kondisi psikologis subyek seperti intelegensi, daya tangkap,

ingatan, motifasi. Fenomena ini menunjukkan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan mempunyai pengetahuan tentang cara mengatasi *insomnia* yang lebih baik, karena dengan memiliki pendidikan yang tinggi seseorang akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas sehingga diharapkan mempunyai pengetahuan kesehatan yang lebih baik. Sehingga dapat dikatakan bahwa secara tidak langsung pengetahuan bisa berpengaruh terhadap kehidupan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Tingkat pengetahuan dipengaruhi oleh faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah karakteristik orang yang bersangkutan, yakni tingkat pendidikan, tingkat emosional, dan jenis kelamin. Sedangkan faktor eksternal adalah lingkungan, baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, dan politik (Notoatmodjo, 2003).

Peningkatan pengetahuan terjadi setelah pemberian intervensi berupa terapi perilaku kognitif, lansia mendapatkan informasi tentang bagaimana cara berperilaku yang baik dan berpikir yang positif terhadap tidur sehingga menyebabkan pengetahuan lansia meningkat dan mampu mengatasi gangguan tidurnya. Hal ini sesuai dengan pendapat Notoatmodjo (2003), menyatakan bahwa pendidikan kesehatan yang dalam hal ini adalah pemberian CBT merupakan proses belajar pada individu, kelompok dan masyarakat dari tidak tahu nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah sendiri menjadi mampu mengatasi masalah sendiri. Pengetahuan merupakan domain yang penting untuk terbentuknya sikap dan tindakan.

Sebelum diberikan intervensi CBT dapat diketahui bahwa responden belum mempunyai pengetahuan yang baik. Hal ini disebabkan responden

tersebut belum pernah mendapat informasi tentang CBT, sehingga responden tidak mampu mengatasi gangguan tidurnya. Selain itu, ada 3 lansia berpikir bahwa gangguan tidurnya merupakan sesuatu yang wajar dan tidak perlu tahu bagaimana cara mengatasinya karena bukan merupakan masalah bagi mereka. Padahal dalam jangka panjang gangguan tidur sangat berdampak terhadap kesehatan lansia. Maka dari itu lansia seharusnya memiliki pengetahuan yang baik tentang CBT sehingga masalah *insomnia* dapat teratasi. Ibu wiwik selaku ketua Panti merekomendasikan bahwa pengetahuan lansia yang kurang juga dikarenakan tema penyuluhan kesehatan yang sering disampaikan di Panti tidak sesuai kebutuhan, media yang digunakan tidak menarik, dan peserta juga jarang mendapat kesempatan bertanya karena banyaknya peserta yang mengikuti penyuluhan sehingga penyuluhan tidak mampu memberikan manfaat yang optimal bagi peserta. Setelah diberikan CBT ternyata terjadi perubahan pada tingkat pengetahuan responden yang sangat signifikan, sebagian besar (56.25%) berpengetahuan baik dan tidak didapatkan satupun responden yang berpengetahuan kurang. Berdasarkan hasil penelitian juga didapatkan dari seluruh responden yang memiliki pengetahuan sangat baik juga memiliki kualitas tidur yang baik. Dari hasil analisa menggunakan uji statistik *wilcoxon sign rank test*, juga didapatkan nilai $p= 0.001$ yang berarti H_1 diterima. Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat adanya pengaruh pemberian CBT terhadap tingkat pengetahuan lansia dalam mengatasi *insomnia*.

2. Sikap

Berdasarkan hasil penelitian, setelah diberikan CBT didapatkan penurunan jumlah responden yang memiliki sikap negatif yaitu dari 10 responden (62.5%) menjadi 2 responden (37.5%). Sedangkan pada responden yang memiliki sikap positif meningkat dari 6 responden (12.5%) menjadi 14 responden (87.5%). Sikap negatif adalah sikap yang tidak mendukung terhadap pemberian CBT untuk mengatasi *insomnia*, sedangkan sikap positif adalah sikap yang mendukung terhadap pemberian CBT untuk mengatasi *insomnia*.

Menurut Allport (1954) dikutip dari Notoatmodjo (2002) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek, kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek dan kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*). Ketiga komponen tersebut secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Menurut Azwar (2003) Faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar,2003). Seperti yang diungkapkan Notoatmodjo bahwa sikap diperoleh dari pengetahuan. Pengetahuan seseorang akan mempunyai dampak dalam bersikap, baik positif maupun negatif, mengingat emosi dan kognisi yang baik akan mempunyai kecenderungan untuk bertindak lebih baik, hal inilah yang akan mempengaruhi sikap seseorang.

Sebelum diberikan intervensi CBT, lebih dari separuh lansia (62.5%) bersikap negatif, hal ini terjadi karena sebagian besar dari responden belum

memiliki pengetahuan yang baik dan lansia juga kebanyakan berpikir bahwa gangguan tidurnya merupakan sesuatu yang wajar dan tidak perlu tahu bagaimana cara mengatasinya karena bukan merupakan masalah bagi mereka. Hal ini menyebabkan kurangnya kepercayaan responden sehingga berpengaruh terhadap emosi dan kognisi mereka. Setelah diberikan intervensi CBT, terjadi perubahan pada sikap lansia yaitu sebagian besar (87.5%) bersikap positif. Pada kelompok perlakuan sebelum mengikuti CBT masih banyak yang bersikap negatif, setelah mendapat CBT hampir seluruhnya berubah bersikap positif. Hal ini terjadi karena CBT sangat berpengaruh terhadap kontrol emosi dan kognisi responden, sehingga lansia memiliki kepercayaan dan keyakinan lebih bahwa dirinya mampu dalam mengatasi *insomnia*. Terdapat beberapa responden yang tidak mengalami perubahan sikap setelah diberikan CBT, hal itu mungkin disebabkan karena masih adanya keyakinan responden terhadap tidak adanya ancaman kesehatan berkaitan dengan *insomniannya* dan sikap juga memerlukan proses internal yang membutuhkan waktu berbeda pada tiap individu untuk berubah dan kemungkinan individu belum siap untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan tentang objek tersebut. Berdasarkan hasil penelitian juga didapatkan dari seluruh responden yang memiliki pengetahuan sangat baik memiliki sikap yang positif. Dari hasil analisa menggunakan uji statistik *wilcoxon sign rank test*, juga didapatkan nilai $p= 0.011$ yang berarti H_1 diterima. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa adanya pengaruh CBT terhadap perubahan sikap responden dalam mengatasi *insomnia*.

3. Tindakan

Berdasarkan hasil penelitian, setelah diberikan CBT didapatkan penurunan jumlah responden yang memiliki sikap negatif yaitu dari 10 responden (62.5%) menjadi 2 responden (37.5%). Sedangkan pada responden yang memiliki sikap positif meningkat dari 6 responden (12.5%) menjadi 14 responden (87.5%).

Menurut Notoatmodjo (2003), suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan antara lain adalah fasilitas disamping faktor dukungan dari pihak lain misalnya anggota keluarga yang lain, dari pengalaman dan penelitian terbukti bawa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih menetap daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Penelitian Roger (1974) yang dikutip Notoatmodjo (2003) mengungkapkan bahwa sebelum orang mengadopsi perilaku baru, di dalam diri orang tersebut terjadi proses berurutan yaitu: 1) *Awareness* (kesadaran), yakni orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui stimulus (objek) terlebih dahulu, 2) *Interest*, yakni orang mulai tertarik pada stimulus, 3) *Evaluation* (menimbang-nimbang baik dan tidaknya stimulus tersebut terhadap dirinya). Hal ini berarti sikap responden sudah lebih baik, 4) *Trial*, orang telah mencoba perilaku baru, 5) *Adoption*, subjek telah berperilaku baru sesuai pengalaman, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus.

Sebelum diberikan intervensi CBT tindakan lansia dalam mengatasi *insomnia* dengan CBT sebagian besar kurang, hal itu terjadi karena lebih dari

sebagian lansia mempunyai pengetahuan kurang tentang CBT sehingga mempengaruhi sikap lansia dalam mengatasi *insomnia* dimana sebagian besar bersikap negatif, secara otomatis hal tersebut mempengaruhi pada tindakan lansia dalam mengatasi *insomnia*. Setelah diberikan intervensi CBT, terjadi perubahan yang signifikan pada tindakan responden dimana sebagian besar tindakannya baik, hal tersebut diduga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pengetahuan tentang CBT sebagian besar sangat baik dan sikap lansia dalam mengatasi *insomnia* mengalami perubahan sesudah pemberian CBT, sehingga tindakan responden menjadi lebih baik dalam mengatasi *insomnia*. Dari masing-masing responden perubahan tindakan juga sangat berbeda, ada yang meningkat dengan signifikan dan ada pula yang meningkat dengan minimal. Keadaan ini disebabkan dari beberapa faktor yaitu pengetahuan, sikap dan kemampuan daya tangkap dari masing-masing responden yang berbeda. Persepsi responden terhadap masalah kesehatannya juga sangat berpengaruh terhadap bagaimana responden meresponnya dalam mengambil suatu tindakan yang tepat dalam mengatasi masalah kesehatannya. Keyakinan atau persepsi responden akan pentingnya kesehatan terkait dengan pengetahuan diwujudkan atau direalisasikan dalam suatu tindakan, yaitu melakukan tugas kesehatan untuk mengatasi *insomnia* secara tepat dan benar.

Hasil observasi menunjukkan pula adanya responden yang tidak mengalami perubahan tindakan, hal itu disebabkan karena responden merasa sudah terbiasa dengan tidak menerapkan CBT dan masih adanya keyakinan bahwa dirinya tidak memiliki masalah dengan tidurnya. Hal ini menimbulkan sikap yang negatif dan otomatis berpengaruh terhadap tindakannya yang tidak

membalik. Dari hasil analisa menggunakan uji statistik *wilcoxon sign rank test*, didapatkan nilai $p= 0.002$ yang berarti H_1 diterima. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa CBT berpengaruh terhadap perubahan tindakan responden.

4. Kemampuan mengatasi *insomnia*

Kemampuan merupakan gambaran dari perubahan perilaku seseorang meliputi aspek pengetahuan, sikap, dan tindakan seseorang terhadap suatu permasalahan (Notoatmodjo, 2010). Secara teori perubahan perilaku atau seseorang menerima atau mengadopsi perilaku baru dalam kehidupannya melalui 3 tahap, yaitu 1) Sebelum seseorang mengadopsi perilaku ia harus tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat perilaku tersebut bagi dirinya dan keluarganya. 2) Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek kesehatan tersebut. 3) Setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek kesehatan, kemudian mengadakan penilaian terhadap apa yang diketahui, proses selanjutnya akan melaksanakan atau mempraktikkan apa yang diketahuinya.

Menurut Notoatmodjo (2007), pengukuran sebuah perilaku seseorang dapat dilakukan melalui 3 domain yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan seseorang tersebut. Kemampuan lansia dalam penelitian ini diukur melalui 3 domain perilaku lansia dalam mengatasi *insomnia* sebelum dan sesudah diberikan CBT. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan dapat dibuktikan bahwa CBT merupakan terapi yang mampu mengubah kemampuan lansia dalam mengatasi *insomnia*.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini menyajikan kesimpulan dan saran dari hasil penelitian tentang pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) terhadap peningkatan kualitas tidur dan perubahan kemampuan mengatasi *insomnia* pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya.

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada tanggal 27 Desember 2010 hingga 29 Januari 2011 maka dapat diambil kesimpulan bahwa CBT memiliki pengaruh terhadap peningkatan kualitas tidur dan perubahan kemampuan mengatasi *insomnia* pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya, dibuktikan dengan:

1. Kualitas tidur lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya sebelum diberikan intervensi CBT sebagian besar dalam kategori agak buruk, namun setelah diberikan intervensi CBT sebagian besar lansia memiliki kualitas tidur yang agak baik.
2. Kemampuan lansia dalam mengatasi *insomnia* digambarkan dari perilaku lansia yaitu pengetahuan, sikap, dan tindakan.
 - 1) Pengetahuan lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya sebelum diberikan intervensi CBT sebagian besar kurang, namun setelah diberikan intervensi CBT sebagian besar lansia memiliki pengetahuan yang sangat baik.
 - 2) Sikap lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya sebelum diberikan intervensi CBT sebagian besar negative, namun setelah diberikan intervensi CBT hampir seluruhnya memiliki sikap yang positif.

- 3) Tindakan lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya sebelum diberikan intervensi CBT hampir seluruhnya dalam kategori kurang, namun setelah diberikan intervensi CBT hampir seluruhnya memiliki tindakan baik.
3. Pengaruh CBT terhadap peningkatan kualitas tidur dan perubahan kemampuan mengatasi *insomnia* pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya dapat dibuktikan dengan nilai signifikansi dari hasil uji masing-masing variabel dependen yaitu: kualitas tidur ($p= 0.001$) dan kemampuan mengatasi *insomnia* (pengetahuan $p= 0.001$, sikap $p= 0.011$, tindakan $p= 0.002$).

6.2 Saran

1. Petugas panti diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan dan kompetensi dalam mengatasi masalah yang muncul pada lansia yang tinggal di Panti Tresna Hargodedali Surabaya terutama yang mengalami *insomnia*. Pengetahuan tentang CBT dapat ditingkatkan dengan cara mempelajari secara mandiri materi pembelajaran yang telah diberikan oleh peneliti.
2. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian ini di lokasi yang berbeda dan dengan jumlah sampel yang lebih banyak sehingga didapatkan hasil penelitian yang lebih generalisasi dan dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah.
3. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian tentang perbandingan terapi lain dengan CBT lansia yang mengalami *insomnia*.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, A. (2007). *Mengatasi Stres pada Anak*. Bandung: Kelompok Gramedia, hal 77-85.
- Arikunto, S. (2007). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rinneka Cipta, hal 118.
- Arikunto, S. (2009). *Manajemen Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Azwar, S. (2003). *Sikap Manusia: Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, hal 13-17
- Azwar, S. (2007). *Sikap Manusia Teori Dan Pengukurannya*, Edisi 2, Yogyakarta: Pustaka Pelajar, hal.8, 23,30,45,51.52.
- Bastable, SB. (2002). *Perawat Sebagai Pendidik : Prinsip-prinsip Pengajaran dan Pembelajaran*. Jakarta: EGC, hal 40
- Bekti. (2008). *Launching Product : Ramelteon Obat Baru untuk Insomnia*. http://medicastore.com/berita/137/Launching_Product_Ramelteon_Obat_Baru_untuk_Insomnia.html. Tanggal 6 Oktober 2010. Jam 18.00 WIB.
- Carpenito, LJ. (2000). *Diognosa Keperawatan Aplikasi dan Praktis Klinis*. Edisi 6. Alih Bahasa Tim penerjemah PSIK-UNPAD. Jakarta: EGC, hal 9
- Christian, M. (2005). *Jinakan Stress : Kiat Hidup Bebas Tekanan*. Bandung: Nexx, Media inc.
- Daniel, S. (2010). *Frequently Asked Questions-Insomnia*. U.S. Department of Health and Human Services, Hal: 1-5.
- Dedy, W. (2006). *Hubungan Antara Tingkat Stres Dengan Insomnia Pada Lansia Di Desa Tambak Merang Girimarto Wonogiri*. Tidak Dipublikasikan Skripsi Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Goliszek, A. (2005). *Manajemen Stres*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer, hal 12-15
- Guyton & Hall (1997). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. Jakarta: EGC, hal 14, 119, 120, 122, 124, 126
- Hidayat, AA. (2006). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika, hal 4.
- Jack, D. & Melanie, K. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy For Primary Insomnia*. *Clinical Psychology Review* 25, Hal: 539-558.

- Meltzer, D. (2006). *Strategi Mengelola Stres*. Jakarta: Prestasi Pustaka.
- Nabil, S. & Julie, K. (2006). *Insomnia Pada Lanjut Usia: Penyebab, Pendekatan, dan Pengobatan*. *The American Journal of Medicine* 119, Hal : 463-469.
- National Sleep Foundation (2010). *Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia*. <http://www.sleepfoundation.org/article/hot-topics/cognitive-behavioral-therapy-insomnia>. Tanggal 2 November 2010. Jam 15.40 WIB.
- Notoatmodjo, S. (2006). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 27-32, 36-49, 120-131
- Notoatmodjo. (2010). *Teori Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta, hal 46-52.
- Nursalam. (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian*. Edisi 1. Jakarta: Salemba Medika, hal 16-21
- Nursalam. (2008). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika, hal 78-122
- Nursalam & Pariani. (2000). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Surabaya: FK. Unair, hal 23
- Putra, S. (2008). *Stres dan Koping Lansia pada Masa Pensiun di Kelurahan Pardomuan Kec. Siantar Timur Kotamadya Pamatang Siantar*. Tidak dipublikasikan Skripsi Universitas Sumatera Utara.
- Potter & Perry (1997). *Fundamental of Nursing, Concepts, Process and Practice*. Fourth Edition. St. Louis: Mosby-Year Book, p 477
- Potter & Perry. (2005). *Fundamental Keperawatan. Vol 1*. Jakarta: EGC, hal 1469-5000.
- Potter & Perry. (2006). *Fundamental Keperawatan. Vol 2*. Jakarta: EGC, hal 1469-5000.
- Purwanto, S. & Zulaekah, S. (2007) *Abstrak : Pengaruh Pelatihan Relaksasi Religius untuk Mengurangi Gangguan Insomnia*. <http://klinis.wordpress.com/>. Tanggal 28 Oktober 2010. Jam 17.20 WIB.
- Roy, H. (2008). *Sleep Disorders*. <http://emedicine.medscape.com/article/287104-overview>. Tanggal 26 Oktober 2010. Jam 16.00 WIB.
- Siamak, T. (2010). *Insomnia*. [http://www.emedicinehealth.com/insomnia/page14_em.htm# Authors% 20and%2 0Editors](http://www.emedicinehealth.com/insomnia/page14_em.htm#Authors%20and%20Editors). Tanggal 17 Oktober 2010. Jam 10.30 WIB.

- Smith, Carole. (2007). *The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*. <http://annalsoflongtermcare.com/article/8103>. Tanggal 3 Oktober 2010. Jam 19.57 WIB.
- Sochat, T. dkk. (2007). *Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index Hebrew Translation (PSQI-H) in a Sleep Clinic Sample*. Original Articles, hal 853-856.
- Sugiyono, (2006). *Statistika Untuk penelitian*, Bandung: Penerbit CV. Alfabeta. Hal: 131,148.
- Tarigan, I. (2009). *Cognitive Behavioral Therapy: Cara Atasi Insomnia*. http://www.mediaindonesia.com/mediahidupsehat/index.php/read/2009/03/03/926/11/Cognitive_Behavioral_Therapy_Cara_Atasi_Insomnia_. Tanggal 22 Oktober 2010. Jam 17.20 WIB.
- Triayu, I. (2010). *Efek Insomnia (Penelitian Terbaru)*. <http://venasaphenamagna.blogspot.com/2010/05/efek-insomnia-penelitian-terbaru.html>. Tanggal 21 Oktober 2010. Jam 21.00 WIB.
- Tim PSIK Unair. (2009). *Pedoman Penyusunan Proposal dan Skripsi*. PSIK Surabaya: FKp Unair.
- Wallace, B. (2008). *Sleep Disorders May Precede or Exacerbate Psychiatric Conditions*. <http://www.psychiatrytimes.com/sleep-disorders/content/article/10168/1163082>. Tanggal 6 Oktober 2010. Jam 18.12 WIB.
- Wikipedia. (2010). *Cognitive behavioral therapy*. http://en.wikipedia.org/wiki/Cognitive_behavioral_therapy. Tanggal 6 Oktober 2010. Jam 18.30 WIB.
- Yuni (2010). *Insomnia - Jangan Sepelekan Gangguan Susah Tidur*. http://www.harian-global.com/index.php?option=com_content&view=article&id=36855:insomnia-jangan-sepelekan-gangguan-susah-tidur&catid=58:hidup-sehat&Itemid=66. Tanggal 28 Oktober 2010. Jam 22.40 WIB.

Lampiran 1



PANTI TRESNA WERDHA HARGO DEDALI

Alamat : Jl. Manyar Kartika IX/22-24 Surabaya, Telp/Fax.031-5943219
E-mail : hargodedalisurabaya@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 065 /PTW-HD/XI/2010

Yang bertanda tangan di bawah ini ;

N a m a : Wiwik Trisiani, dra
Alamat : Kedung Tarukan Baru 3C/30 Surabaya
Jabatan : Ketua Panti Tresna Werdha Hargo Dedali

menerangkan bahwa ;

N a m a : Freddy Ramanda Danumadia
NIM : 130915199
Institusi : PSIK – FKp Universitas Airlangga Surabaya

benar-benar telah mengadakan pengambilan data awal di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya, pada bulan Nopember 2010 dengan judul ;

”PENGARUH COGNOTOVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT)
TERHADAP PERUBAHAN KEMAMPUAN DAN INSOMNIA
PADA LANSIA DI PANTI TRESNA WERDHA HARGO DEDALI
SURABAYA”

Demikian surat keterangan ini kami buat guna dipergunakan untuk kepentingan di PSIK – FKp Universitas Airlangga Surabaya.

Surabaya, 22 Nopember 2010

**Panti Tresna Werdha
HARGO DEDALI**

Wiwik Trisiani, dra
Ketua

Lampiran 2



PANTI TRESNA WERDHA HARGO DEDALI

Alamat : Jl. Manyar Kartika IX/22-24 Surabaya, Telp/Fax.031-5943219
E-mail : hargodedalisurabaya@yahoo.co.id

SURAT KETERANGAN

Nomor : 065/PTW-HD/I/2011

Yang bertanda tangan di bawah ini ;

N a m a : Wiwik Trisiani, dra
Alamat : Kedung Tarukan Baru 3C/30 Surabaya
Jabatan : Ketua Panti Tresna Werdha Hargo Dedali

menerangkan bahwa ;

N a m a : Freddy Ramanda Danumadia
NIM : 130915199
Institusi : PSIK – FKp Universitas Airlangga Surabaya

benar-benar telah mengadakan Penelitian di Panti Tresna Werdha Hargo Dedali Surabaya, pada bulan Januari 2011 dengan judul ;

”PENGARUH COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT)
TERHADAP PENINGKATAN KUALITAS TIDUR DAN
PERUBAHAN KEMAMPUAN MENGATASI INSOMNIA PADA
LANSIA DI PANTI TRESNA WERDHA HARGO DEDALI
SURABAYA”

Demikian surat keterangan ini kami buat guna dipergunakan untuk kepentingan di PSIK – FKp Universitas Airlangga Surabaya.

Surabaya, 17 Januari 2011

**Panti Tresna Werdha
HARGO DEDALI**

Wiwik Trisiani, dra
Ketua

Lampiran 3**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Assalamualaikum Wr. Wb.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Freddy Ramanda Danumadia

NIM : 130915199

Adalah mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, akan melakukan penelitian dengan judul :

“ Pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) Terhadap Peningkatan Kualitas Tidur Dan Perubahan Kemampuan Mengatasi *Insomnia* Pada Lansia Di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya”

Untuk maksud di atas, maka saya mohon dengan hormat kepada Ibu untuk menjadi responden dalam penelitian ini :

- 1) Tujuan penelitian ini adalah mengetahui apakah ada pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) terhadap peningkatan kualitas tidur dan perubahan kemampuan mengatasi *insomnia* pada lansia di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya.
- 2) Kesiediaan Ibu untuk menandatangani *informed consent*.
- 3) Identitas Ibu akan dirahasiakan sepenuhnya oleh peneliti.
- 4) Kerahasiaan informasi yang diberikan Ibu dijamin oleh peneliti karena hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

Atas perhatian dan Partisipasi Ibu saya ucapkan terima kasih.

Wassalamualaikum Wr. Wb.

Surabaya, 2010

Hormat saya,

Freddy Ramanda Danumadia

Lampiran 4**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan untuk menjadi peserta / responden penelitian yang dilakukan oleh Freddy Ramanda Danumadia mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul :

“ Pengaruh *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) Terhadap Peningkatan Kualitas Tidur Dan Perubahan Kemampuan Mengatasi *Insomnia* Pada Lansia Di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya”

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 2010

Yang menyetujui,

(.....)

Lampiran 5

LEMBAR KUISIONER
KUESIONER RESPONDEN TENTANG PENGETAHUAN LANSIA

No. Responden :

Petunjuk :

Berilah tanda cek (√) pada jawaban yang anda anggap benar!

No	Pernyataan	Benar	Salah	Kode
1	Terapi perilaku kognitif merupakan terapi digunakan untuk mengatasi gangguan tidur			
2	Terapi perilaku kognitif dilaksanakan saat menjelang tidur.			
3	Meningkatkan kualitas tidur bukan merupakan manfaat terapi perilaku kognitif			
4	Tidur sebanyak yang dibutuhkan merupakan tahapan dari terapi perilaku kognitif.			
5	Meditasi bukan merupakan terapi perilaku kognitif			
6	Jangan menonton TV, membaca, dan makan di tempat tidur merupakan terapi perilaku kognitif.			
7	Menggunakan tempat tidur hanya untuk tidur merupakan salah satu terapi perilaku kognitif.			
8	Salah satu tahapan dari terapi perilaku kognitif adalah tidak minum kopi saat menjelang tidur.			
9	Meredupkan lampu menjelang tidur bukan merupakan terapi perilaku kognitif			
10	Berdoa (dzikir) menjelang tidur merupakan terapi perilaku kognitif			

Lampiran 6

LEMBAR KUISIONER
KUESIONER RESPONDEN TENTANG SIKAP LANSIA

No. Responden :

Petunjuk Pengisian :

Beri tanda (√) pada salah satu jawaban yang anda anggap paling sesuai.

(SS) : sangat setuju

(S) : setuju

(TS) : tidak setuju

(STS) : sangat tidak setuju

No	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1	Bila ada penyuluhan tentang cara mengatasi gangguan tidur yang efektif, anda sangat senang menghadirinya.				
2	Menurut anda tidak perlu mencari informasi tentang cara mengatasi gangguan tidur.				
3	Anda memperhatikan penjelasan yang disampaikan peneliti tentang terapi perilaku kognitif				
4	Anda tidak antusias saat pembelajaran terapi perilaku kognitif				
5	Bila tidak mengerti anda selalu ingin bertanya kepada peneliti tentang terapi perilaku kognitif				
6	Anda menghargai dan tidak mengganggu teman saat pembelajaran terapi perilaku kognitif				
7	Anda tidak pernah mengajak teman yang lainnya untuk menerapkan terapi perilaku kognitif menjelang tidur.				
8	Menurut anda terapi perilaku kognitif sangat mudah dalam penerapannya.				
9	Anda tidak pernah berusaha menerapkan terapi ini setelah mengikuti pembelajaran dari peneliti.				
10	Anda tidak akan menerapkan terapi ini secara rutin setiap hari menjelang tidur.				

Lampiran 7

**LEMBAR OBSERVASI
RESPONDEN TENTANG PRAKTIK LANSIA**

No. Responden :

NO	PRAKTIK LANSIA	NILAI		KODE
		YA	TIDAK	
1	Responden menerapkan terapi <i>sleep hygiene</i> : Hindari memaksa diri untuk tidur.			
2	Tidak minum kopi mulai jam 16.00 WIB hingga beranjak tidur.			
3	Tidak pergi ke tempat tidur saat lapar.			
4	Mengikuti olahraga sesuai jadwal di Pantii.			
5	Responden menerapkan <i>relaxation therapy</i>: Berdoa menjelang tidur minimal 5 menit.			
6	Responden menerapkan terapi <i>stimulus control</i>: Pergi ke tempat tidur saat merasa mengantuk.			
7	Tidak menonton TV, membaca atau makan di tempat tidur. Tempat tidur harus digunakan hanya untuk tidur.			
8	Responden menerapkan terapi <i>sleep restriction</i>: Hindari makan dan minum yang berlebihan menjelang waktu tidur.			
9	Meredupkan lampu di kamar tidur dan membatasi kebisingan.			

Lampiran 8

**LEMBAR KUESIONER KUALITAS TIDUR
PITTSBURGH SLEEP QUALITY INDEX (PSQI)**

No. Responden : _____

Tanggal : _____

Jawab dengan jawaban benar.

1. Kapan anda biasanya beranjak untuk tidur?
2. Berapa lama (dalam menit) anda memulai untuk tidur?
3. Jam berapa biasanya anda terbangun pagi hari?
4. Berapajam anda tidur dimalam hari?

5. Sesudah diberikan terapi perilaku kognitif seberapa sering anda mengalami sulit tidur karena ?	Tidak pernah (0)	Sekali dalam seminggu (1)	1 atau 2 kali dalam seminggu (2)	3 kali atau lebih dalam seminggu (3)
a. Tidak bisa tidur dalam waktu 30 menit				
b. Terbangun dimalam hari atau di pagi hari sekali				
c. Terbangun untuk kamar mandi				
d. Tidak dapat bernafas dengan leluasa				
e. Batuk atau mendengkur				
f. Merasa kedinginan				
g. Merasa kepanasan				
h. Mimpi buruk				
i. Mengalami nyeri				

j. Alasan lain, tolong uraikan, bagaimana anda mengalami sulit tidur tersebut?				
6. Seberapa sering anda berobat untuk mengatasi masalah tidur?				
7. Seberapa sering anda mengalami kesulitan bangun saat tidur?				
8. Seberapa banyak masalah?				
	Sangat baik (0)	Agak baik (1)	Agak buruk (2)	Sangat buruk (3)
9. Rata-rata kualitas tidur anda secara keseluruhan				

Lampiran 9**SATUAN ACARA PEMBELAJARAN**

Topik	: <i>Cognitive Behavioural Therapy</i> CBT pada Lansia
Sasaran	: Lansia yang mengalami <i>insomnia</i> di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya
Waktu	: disesuaikan (30 menit)
Tempat	: Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah pembelajaran *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT) kemampuan (pengetahuan, sikap, dan praktik) lansia meningkat dalam mengatasi *insomnia*.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah pembelajaran selama 30 menit :

- 1) Seluruh lansia dapat mengerti tentang CBT.
- 2) Seluruh lansia memiliki sikap yang positif terhadap pembelajaran CBT.
- 3) Seluruh lansia dapat melaksanakan CBT.

3. Sasaran

Lansia yang mengalami *insomnia* di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya.

4. Materi Pembelajaran

- 1) Pengertian CBT.
- 2) Manfaat CBT.
- 3) Tahapan CBT.

5. Metode Pembelajaran

Ceramah dan diskusi

6. Alat Bantu / Media Pembelajaran

Flipchart

7. Kegiatan Pembelajaran

No.	Tahap dan Waktu	Kegiatan Pendidik / Pengajar	Kegiatan Sasaran
1	Pembukaan 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Memberi salam dan memperkenalkan diri. ▫ Mengingatkan kontrak pembelajaran (kapan, materi, siapa pengajar) ▫ Menyampaikan tujuan ▫ Menanyakan kesiapan sasaran 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Menjawab salam ▫ Memperhatikan atau menjawab bila perlu ▫ Memperhatikan ▫ Menjawab tentang kesiapannya
2	Pengembangan 20 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Menjelaskan pengertian CBT ▫ Menjelaskan manfaat CBT ▫ Menjelaskan tahapan CBT ▫ Memberikan kesempatan sasaran untuk menanyakan penjelasan yang belum dimengerti. 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Memperhatikan ▫ Memperhatikan ▫ Memperhatikan ▫ Bertanya
3	Penutupan 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Mengakhiri pertemuan dengan mengucapkan salam 	<ul style="list-style-type: none"> ▫ Menjawab salam

8. Kriteria Evaluasi Pembelajaran

1) Evaluasi struktur

- ✓ Semua responden yang memenuhi kriteria inklusi hadir dalam kegiatan pembelajaran CBT.
- ✓ Penyelenggaraan kegiatan pembelajaran CBT dilakukan di Panti Tresna Werdha Hargodedali Surabaya.

2) Evaluasi proses

- ✓ Responden antusias terhadap materi pembelajaran CBT.
- ✓ Responden tetap berada di tempat pembelajaran sampai kegiatan selesai.
- ✓ Lansia aktif dalam kegiatan pembelajaran CBT.

3) Evaluasi hasil

- ✓ Seluruh lansia dapat mengerti tentang CBT.
- ✓ Seluruh lansia memiliki sikap yang positif terhadap pembelajaran CBT.
- ✓ Seluruh lansia dapat melaksanakan CBT .

Lampiran 10

MATERI PEMBELAJARAN

Cognitive Behavioural Therapy

1. Pengertian

Terapi perilaku kognitif adalah pendekatan psikoterapi yang bertujuan mengubah pikiran-pikiran dan tindakan yang mengganggu kemampuan seseorang untuk tidur nyenyak.

2. Waktu

Dilaksanakan saat menjelang tidur.

3. Manfaat

Membangun pikiran dan perilaku yang positif dengan tujuan meningkatkan kualitas tidur.

4. Tahap CBT

Menurut Siamak (2010) ada 4 terapi dalam CBT yaitu *sleep hygiene*, *relaxation therapy*, *stimulus control*, dan *sleep restriction*. Berikut beberapa tahap dalam 4 terapi CBT:

a. *Sleep Hygiene*

- 1) Hindari memaksa diri untuk tidur.
- 2) Tidak minum kopi mulai jam 16.00 WIB hingga beranjak tidur.
- 3) Tidak pergi ke tempat tidur saat lapar.
- 4) Mengikuti olahraga sesuai jadwal di Panti.

b. *Relaxation Therapy*

Berdoa menjelang tidur minimal 5 menit.

c. *Stimulus Control*

- 1) Pergi ke tempat tidur saat merasa mengantuk.
- 2) Tidak menonton TV, membaca atau makan di tempat tidur.

d. *Sleep Restriction*

- 1) Hindari makan dan minum yang berlebihan menjelang waktu tidur.
- 2) Meredupkan lampu di kamar tidur dan membatasi kebisingan.

Sumber Materi Pembelajaran :

- Jack, D. & Melanie, K. (2005). *Cognitive–Behavioral Therapy For Primary Insomnia*. *Clinical Psychology Review* 25, Hal: 539–558.
- Nabil, S. & Julie, K. (2006). *Insomnia Pada Lanjut Usia: Penyebab, Pendekatan, dan Pengobatan*. *The American Journal of Medicine* 119, Hal : 463-469.
- National Sleep Foundation (2010). *Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia*. <http://www.sleepfoundation.org/article/hot-topics/cognitive-behavioral-therapy-insomnia>. Tanggal 2 November 2010. Jam 15.40 WIB.
- Siamak, T. (2010). *Insomnia*. http://www.emedicinehealth.com/insomnia/page14_em.htm # Authors% 20and%20Editors. Tanggal 17 Oktober 2010. Jam 10.30 WIB.
- Tarigan, I. (2009). *Cognitive Behavioral Therapy: Cara Atasi Insomnia*. http://www.mediaindonesia.com/mediahidupsehat/index.php/read/2009/03/03/926/11/Cognitive_Behavioral_Therapy_Cara_Atasi_Insomnia_. Tanggal 22 Oktober 2010. Jam 17.20 WIB.

Lampiran 11

TABULASI DATA

No. Resp.	Karakteristik Responden		Kemampuan Sebelum CBT							Kualitas Tidur Sebelum CBT	Kemampuan Sesudah CBT							Kualitas Tidur Sesudah CBT		
	Lansia		Pengetahuan		Sikap			Tindakan			Pengetahuan		Sikap			Tindakan		Skor	Kode	
	Jenis kelamin	Pendidikan	Skor	Kode	Skor	T	Kode	Skor	Kode		Skor	kode	Skor	T	Kode	Skor	Kode			
1.	1	1	30	4	28	52.15461	1	22,2	3	9	3	50	3	40	49.7234	1	88,8	1	6	2
2.	1	1	40	3	26	48.86513	2	44,4	2	8	3	70	2	40	49.7234	1	66,6	2	7	2
3.	1	1	30	4	35	63.66776	1	22,2	3	15	4	60	2	42	53.97872	1	66,6	2	5	2
4.	1	1	20	4	22	42.28618	2	22,2	3	7	2	40	3	30	28.44681	2	44,4	3	8	3
5.	1	1	50	3	29	53.79934	1	33,3	3	13	3	70	2	44	58.23404	1	66,6	2	4	2
6.	1	2	40	3	30	55.44408	1	44,4	2	14	3	50	3	41	51.85106	1	66,6	2	7	2
7.	1	1	20	4	43	76.82566	1	33,3	3	10	3	80	1	42	53.97872	1	100	1	5	2
8.	1	2	70	2	20	38.99671	2	55,5	2	10	3	70	2	27	22.06383	2	66,6	2	11	3
9.	1	1	20	4	25	47.22039	2	22,2	3	9	3	60	2	42	53.97872	1	88,8	1	2	2
10.	1	1	10	4	26	48.86513	2	33,3	3	8	3	60	2	43	56.10638	1	100	1	1	2
11.	1	2	50	3	22	42.28618	2	22,2	2	8	3	70	2	42	53.97872	1	88,8	1	8	3
12.	1	1	10	4	26	48.86513	2	33,3	3	9	3	60	2	43	56.10638	1	100	1	2	2
13.	1	1	20	4	31	57.08882	1	44,4	3	16	4	80	1	42	53.97872	1	66,6	2	10	3
14.	1	1	30	4	21	40.64145	2	33,3	3	13	3	70	2	40	49.7234	1	66,6	2	6	2
15.	1	2	40	3	23	43.93092	2	22,2	3	8	3	90	1	42	53.97872	1	66,6	2	9	3
16.	1	2	20	4	20	38.99671	2	33,3	3	14	3	60	2	42	53.97872	1	100	1	0	1

Keterangan:

- 1) Pendidikan
 1. SD
 2. SMP

- 2) Jenis Kelamin
 1. Perempuan
 2. Laki-laki

- 3) Kode untuk pengetahuan
 1. Sangat baik
 2. Baik
 3. Cukup
 4. Kurang

- 4) Kode untuk sikap
 1. Positif
 2. Negatif

- 5) Kode untuk tindakan
 1. Baik
 2. Cukup
 3. Kurang

- 6) Kode untuk kualitas tidur
 1. Sangat baik
 2. Agak baik
 3. Agak buruk
 4. Sangat buruk

Lampiran 12

WILCOXON SIGNED RANKS TEST

1. PENGETAHUAN

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post pengetahuan - pre pengetahuan	Negative Ranks	14 ^a	7.50	105.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	2 ^c		
	Total	16		

a. post pengetahuan < pre pengetahuan

b. post pengetahuan > pre pengetahuan

c. post pengetahuan = pre pengetahuan

Test Statistics^b

post pengetahuan - pre pengetahuan	
Z	-3.360 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

2. SIKAP

Descriptive Statistics

	N	Range	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
pre sikap	16	23	26.69	1.521	6.085
Valid N (listwise)	16				

Descriptive Statistics

	N	Range	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
nilai pre sikap	16	38	50.00	2.502	10.008
Valid N (listwise)	16				

Descriptive Statistics

	N	Range	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
Post sikap	16	17	40.13	1.176	4.703
Valid N (listwise)	16				

Descriptive Statistics

	N	Range	Mean		Std. Deviation
	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic
VAR00013	16	36.0	49.312	2.4693	9.8774
Valid N (listwise)	16				

Wilcoxon Signed Ranks Test**Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post sikap - pre sikap	Negative Ranks	9 ^a	5.50	49.50
	Positive Ranks	1 ^b	5.50	5.50
	Ties	6 ^c		
	Total	16		

a. post sikap < pre sikap

b. post sikap > pre sikap

c. post sikap = pre sikap

Test Statistics^b

	post sikap - pre sikap
Z	-2.530 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.011

3. TINDAKAN**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post tindakan - pre tindakan	Negative Ranks	11 ^a	6.00	66.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	5 ^c		
	Total	16		

a. post tindakan < pre tindakan

b. post tindakan > pre tindakan

c. post tindakan = pre tindakan

Test Statistics^b

	post tindakan - pre tindakan
Z	-3.035 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

4. KUALITAS TIDUR**Wilcoxon Signed Ranks Test****Ranks**

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
post kualitas tidur - pre kualitas tidur	Negative Ranks	12 ^a	6.50	78.00
	Positive Ranks	0 ^b	.00	.00
	Ties	4 ^c		
	Total	16		

a. post kualitas tidur < pre kualitas tidur

b. post kualitas tidur > pre kualitas tidur

c. post kualitas tidur = pre kualitas tidur

Test Statistics^b

	post kualitas tidur - pre kualitas tidur
Z	-3.357 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.001

a. Based on positive ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test