

HUBUNGAN TINGKAT KECEMASAN DENGAN KUALITAS TIDUR PADA LANSIA DI UNIT PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA

Ela Tri Anjarsari¹, Wisnu Widyantoro², Deni Irawan³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Stikes Bhakti Mandala Husada Slawi

^{2,3}Program Profesi Ners, Stikes Bhakti Mandala Husada Slawi

email:oominyu@gmail.com

Abstrak

Kebanyakan lansia mengalami penurunan pada tahap III dan IV non REM, dimana lansia lebih banyak terbangun di malam hari daripada tidur di malam hari dan lebih banyak tidur di siang hari. Begitu juga lansia yang ada di unit pelayanan sosial lanjut usia Purbo Yuwono lebih dari 50 lansia mengalami penurunan kualitas tidur. Kecemasan menyebabkan kesulitan memulai tidur, masuk tidur memerlukan waktu 60 menit, timbulnya mimpi yang menakutkan dan mengalami kesukaran bangun pagi hari, dan bangun dipagi hari merasa kurang segar. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada lansia. Jenis penelitian adalah korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi adalah lansia yang dirawat di Unit Pelayanan Lanjut Usia Purbo Yuwono Brebes berjumlah 80 lansia. Teknik sampel adalah *purposive sampling* berjumlah 40 lansia. Analisis data menggunakan chi square. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kecemasan pada lansia di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Purbo Yuwono Brebes sebagian besar adalah sedang dan ringan masing-masing 40%, kualitas tidur pada lansia buruk (67,5%). Kesimpulan penelitian ini ada hubungan yang signifikan antara hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada lansia di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia Purbo Yuwono Brebes (χ^2 hitung 16,353 dan p value $0,0001 < \alpha 0,05$).

Kata Kunci: Kecemasan, Kualitas tidur, lansia

Pendahuluan

Meningkatnya jumlah lansia dapat dipandang sebagai aset nasional, namun di sisi lain dapat dipandang sebagai problematika sosial yang memerlukan perhatian khusus yang disebabkan karena adanya siklus kehidupan manusia yang terus menerus mengalami proses penuaan secara biologis. Kondisi tersebut menimbulkan berbagai masalah, yaitu menurunnya kemampuan fisik dan mental, keterbatasan interaksi sosial, menurunnya produktifitas kerja, masalah kesehatan yang signifikan (Potter & Perry 2005). Berbagai masalah kesehatan yang dihadapi usia lanjut adalah kurangnya bergerak (immobilisasi), kepikunan yang berat (*dementia*), serta buang air kecil atau buang air besar (inkontinensia), asupan makanan dan minuman yang kurang, lecet dan borok pada tubuh akibat berbaring yang lama (*decubitus*), patah tulang dan lain-lain (Siburian, 2006). Permasalahan yang dihadapi usia lanjut apabila tidak segera diatasi akan menimbulkan beberapa akibat, seperti gangguan system

organ, timbulnya penyakit dan menurunnya ADL.

Proses menua merupakan proses alami yang disertai adanya penurunan kondisi fisik dengan terlihat adanya penurunan fungsi organ tubuh. Peningkatan usia seseorang akan disertai dengan berbagai kemunduran baik fisik, psikis dan sosial. Kemunduran psikologis yang sering di jumpai oleh lansia antara lain perasan tidak berguna, mudah sedih, susah tidur di malam hari, stres, depresi, ansietas, dimensia, dan delirium.

Selama ini kualitas tidur lansia di Indonesia banyak yang mengalami penurunan. Tidur yang normal terdiri atas komponen gerakan mata cepat (*rapid eye movement*, REM) dan non REM. Kebanyakan lansia mengalami penurunan kualitas tidur, dimana lansia lebih banyak terbangun di malam hari daripada tidur di malam hari dan lebih banyak tidur di siang hari. Sebuah penelitian dari *Epidemologi Catchment Area* (ECA) di Amerika Serikat ditemukan 25% lansia mengalami kecemasan yang disebabkan oleh gangguan tidur (Supriyanti dkk, 2005). Ancoli –

Israel dalam sebuah survey yang dilakukan di Amerika Serikat yang dikutip oleh Maas (2011) mengemukakan bahwa dalam survey yang dilakukan pada 428 lansia yang tinggal di masyarakat, sebanyak 19% mengaku bahwa mereka sangat mengalami kesulitan tidur, 24% mengalami kesulitan tidur setidaknya satu kali dalam seminggu, dan 39% mengalami mengantuk yang berlebihan di siang hari. Hasil penelitian yang dilakukan di Balai rehabilitasi sosial Mandiri Semarang menunjukkan bahwa 29 responden (29,9%) memiliki kualitas tidur baik dan 68 responden (70,1%) memiliki kualitas tidur buruk atau jelek, dapat disimpulkan bahwa secara keseluruhan lansia di Balai Rehabilitasi Sosial Mandiri Semarang memiliki kualitas tidur buruk (Khusnul & Wahyu, 2012, p.189).

Bertambahnya usia dapat menurunkan periode tidur. Kelompok usia lanjut cenderung lebih mudah bangun dari tidurnya. Kebutuhan tidur akan berkurang dengan berlanjutnya usia. Pada usia 12 tahun kebutuhan untuk tidur

adalah 9 jam, berkurang menjadi 8 jam pada usia 20 tahun, tujuh jam pada usia 40 tahun, enam setengah jam pada usia 60 tahun, dan enam jam pada usia 80 tahun. Kualitas tidur pada kelompok usia lanjut cenderung mengalami penurunan, pada usia 65 tahun mereka yang tinggal di rumah setengahnya diperkirakan mengalami penurunan kualitas tidur dan dua pertiga dari mereka yang tinggal di tempat perawatan usia lanjut juga mengalami penurunan kualitas tidur. Mereka cenderung susah tidur karena mereka terlalu banyak memikirkan hal – hal yang meresahkan pikiran. Pada usia lanjut tersebut tentunya ingin merasakan tidur enak dan nyaman setiap hari, yang merupakan indikator kebahagiaan dan derajat kualitas hidup. Sedangkan penurunan kualitas tidur dianggap sebagai bentuk paling ringan dari gangguan mental (Dewi, 2013).

Kualitas tidur yang baik sangatlah dibutuhkan oleh setiap manusia baik pada usia muda atau lanjut usia sekalipun. Kualitas tidur adalah suatu gambaran atau keadaan yang dirasakan oleh seseorang ketika

bangun tidur di pagi hari, bangun dengan keadaan tubuh yang segar dan fit, tidur nyenyak, dan tidak sering terbangun pada malam hari, yang diukur hanyalah kualitas tidur pada malam harinya saja. Keluhan tidur pada umumnya berupa waktu tidur yang kurang, mudah terbangun pada malam hari, bangun pagi lebih awal, rasa ngantuk sepanjang hari, dan sering tertidur sejenak. Sebagian besar lansia sangat rentan mengalami penurunan kualitas tidur, masalah tidur yang sering dialami oleh lansia adalah sering terjaga pada malam hari, sering terbangun pada dini hari, sulit untuk memulai tidur, dan rasa lelah yang amat sangat pada siang hari (Davison, Neale & Kring, 2006). Banyak hal yang dapat menyebabkan penurunan kualitas tidur pada lansia antara lain perubahan irama sirkadian, adanya penyakit medik, psikiatrik, efek samping obat – obatan, pemberian hipnoterapi yang tidak semestinya, dan kebiasaan tidur yang buruk. Gangguan mental yang sangat erat hubungannya dengan gangguan tidur adalah kecemasan. Setiap orang pernah mengalami kecemasan, kecemasan merupakan

pengalaman subjektif dari individu yang tidak dapat diobservasi secara langsung serta merupakan keadaan emosi tanpa objek spesifik (Suliswati, 2012). Kecemasan menyebabkan kesulitan memulai tidur, masuk tidur memerlukan waktu 60 menit, timbulnya mimpi yang menakutkan dan mengalami kesukaran bangun pagi hari, dan bangun dipagi hari merasa kurang segar (Nugroho, 2004)

Kecemasan (ansietas) adalah gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan ketakutan atau kekhawatiran yang mendalam dan berkelanjutan, tidak mengalami gangguan dalam menilai realitas (*Reality Testing Ability/RTA*, masih baik), kepribadian masih tetap utuh (tidak mengalami keretakan kepribadian/*splitting of personality*), perilaku dapat terganggu tetapi masih dalam batas- batas normal (Hawari, 2013). Ansietas adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya dengan keadaan emosi yang tidak memiliki objek (Stuart, 2012). Kecemasan diklasifikasikan menjadi

4, yaitu kecemasan ringan, kecemasan sedang, kecemasan berat, dan panik (Suliswati, 2005).

Tujuan dalam penulisan ini adalah untuk melihat pengaruh tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada usia lanjut serta untuk mengetahui gambaran tingkat kecemasan dan gambaran kualitas tidur pada usia lanjut.

Metode Penelitian

Dalam penulisan ini observasi yang digunakan yaitu dengan menggunakan kuesioner yang telah baku. Observasi dilaksanakan selama 2 hari di Unit Pelayanan Lanjut Usia Purbo Yuwono Brebes dan pengolahan data selama kurang lebih 7 hari dilakukan di kampus.

Kuesioner untuk mengukur kecemasan dengan menggunakan skala *HARS (Hamilton Anxiety Rating Scale)* yang merupakan pengukuran kecemasan didasarkan pada munculnya simptom pada individu yang mengalami kecemasan. Menurut skala *HARS* terdapat 14 simptom yang nampak pada individu yang mengalami kecemasan. Setiap item yang

diobservasi diberi 5 tingkatan skor antara 0 sampai dengan 4. Skala *HARS* pertama kali digunakan pada tahun 1959 yang diperkenalkan oleh Max Hamilton. Sedangkan untuk mengukur kualitas tidur digunakan *Pittsburg Quality of Sleep Index (PSQI)* yaitu penilaian yang berbentuk kuesioner yang digunakan untuk mengukur kualitas tidur dan gangguan tidur orang dewasa dalam interval satu bulan.

Observasi dilakukan setelah kuesioner lengkap dan responden mengerti untuk menjawab kuesioner dengan di dampingi oleh peneliti yang sebelumnya sudah dijelaskan terlebih dahulu cara mengisi kuesioner yang telah disediakan oleh peneliti.

Dalam pengolahan data dimana pada untuk pengukuran kualitas tidur dengan menggunakan Kuesioner *PSQI* berisi 9 pertanyaan untuk penilaian individu dan 5 pertanyaan lain ditujukan untuk patner tidur atau teman sekamar. 9 item pertanyaan ini dikelompokkan kedalam 7 komponen skor, yang setiap item nya dibobotkan dengan bobot seimbang dalam rentang skala 0 – 3. Ketujuh

komponen tersebut dijumlahkan hingga didapatkan skor global dengan rentang skor 0 – 21, dimana skor 0 – 5 menandakan kualitas tidur baik dan skor 6 – 21 menandakan kualitas tidur buruk jadi semakin tinggi skor menandakan bahwa orang tersebut mengalami kualitas tidur terburuk. Sedangkan untuk mengetahui tingkat kecemasan menggunakan kuesioner *HARS* terdiri dari 14 simptom yang setiap item nya diberi 5 tingkatan skor antara 0 – 4, dengan skor jawaban adalah tidak ada gejala = nilai 0, gejala ringan = nilai 1, gejala sedang = nilai 2, gejala berat = nilai 3, dan gejala berat sekali = nilai 4. Derajat kecemasan ditentukan dengan cara menjumlah nilai skor dari item 1 – 14 dengan hasil : skor <14 = tidak ada kecemasan, skor 14 – 20 = kecemasan ringan, skor 21 – 27 = kecemasan sedang, skor 28 – 41 = kecemasan berat, dan skor 42 – 56 = panik.

Kemudian hasilnya di uji dengan menggunakan Uji Statistik *chi square* untuk menguji hubungan antara variabel bebas dan variabel

terikat berskala ordinal (Arikunto, 2006).

Hasil dan Pembahasan

Berdasarkan hasil observasi menunjukkan bahwa sebagian besar responden mempunyai tingkat kecemasan ringan dan sedang yaitu masing-masing (40%), kecemasan ringan (40%), dimana responden dihubungkan dengan ketegangan yang dialami sehari-hari dan menyebabkan responden menjadi waspada serta meningkatkan persepsi bahwa yang dialaminya adalah gejala yang normal, alamiah dan setiap lansia pasti akan mengalami kemunduran fisik serta tidak secara langsung menunjukkan bahwa lansia sudah tidak ada gunanya lagi.

Tabel 1 Distribusi frekuensi tingkat kecemasan pada lansia di Unit Pelayanan Sosial Lanjut

Tingkat Kecemasan	Frekuensi	Persentase (%)
Kecemasan Ringan	16	40.0
Kecemasan Sedang	16	40.0
Kecemasan Berat	8	20.0
Total	40	100

Sumber : data primer diolah

Sedangkan hasil observasi pada kualitas tidur menunjukkan bahwa (67,5%) mengalami kualitas tidur yang buruk, responden tidur kurang dari lima jam sehari, sehingga akan mempengaruhi kualitas tidurnya. Hal ini sesuai hasil observasi peneliti bahwa secara ekspresi wajah (area gelap disekitar mata, bengkak di kelopak mata, konjungtiva kemerahan, dan mata terlihat cekung), kantuk yang berlebihan, tidak mampu berkonsentrasi, dan terlihat tanda-tanda keletihan.

Tabel 2 Distribusi frekuensi kualitas tidur pada lansia di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia

Kualitas tidur pada lansia	Frekuensi	Persentase (%)
Baik	13	32,5
Buruk	27	67,5
Jumlah	40	100

seb

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa responden yang mengalami tingkat kecemasan ringan memiliki kualitas tidur baik sebanyak 11 responden (68,8%), sedangkan yang memiliki kualitas tidur buruk lima responden (12,5%), responden yang mengalami tingkat kecemasan sedang memiliki kualitas tidur buruk sebanyak 14 responden (87,5%) dan yang memiliki kualitas tidur baik dua responden (12,5%), sedangkan responden yang mengalami tingkat kecemasan berat semuanya memiliki kualitas tidur yang buruk (100%)

Tabel 3 Tabulasi silang hubungan antara hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada lansia di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia

Tingkat Kecemasan	Kualitas tidur pada lansia				Jml	%	χ^2	pValue
	Baik	%	Buruk	%				
Ringan	11	68,8	5	31,3	16	100		
Sedang	2	12,5	14	87,5	16	100	16,353	0,0001
Berat	0	0	8	100	8	100		
Jumlah	13	32,5	27	67,5	40	100		

Sumber : data primer diolah

Pembahasan

Responden yang mengalami kecemasan ringan (40%) ditandai dengan sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut dan bibir bergetar ketika diajak berbicara, dimana lansia ditandai dengan tidak dapat duduk tenang, responden berjalan mondar-mandir, tremor halus, suara kadang-kadang meninggi karena ketidak stabilnya perasaan responden. Responden yang mengalami kecemasan ringan ditandai pada kemampuan kognitifnya, responden masih mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif. Hal ini dibuktikan hasil observasi peneliti bahwa responden masih mampu merespon.

Menurut Astuti (2008), kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan persepsinya. Kecemasan ringan dapat memotivasi rasa ingin tahu bahwa sesuatu yang dialaminya adalah alamiah dan mencari tahu cara

mengatasainya. Manifestasi yang muncul pada tingkat ini adalah kelelahan, iritabel, persepsi meningkat, kesadaran tinggi, mampu untuk belajar, motivasi meningkat, dan tingkah laku yang sesuai situasi.

Kecemasan menurut Stuart dan Sundeen (2003) menyatakan bahwa masing – masing dari kecemasan memiliki tanda fisiologis, perilaku, dan kognitif. Untuk kecemasan ringan tanda fisiologisnya meliputi: sesekali nafas pendek, nadi dan tekanan darah naik, gejala ringan pada lambung, muka berkerut dan bibir bergetar. Tandaperilakunya meliputi tidak dapat duduk tenang, tremor halus, suara kadang- kadang meninggi. Tanda kognitifnya meliputi: mampu menerima rangsangan yang kompleks, konsentrasi pada masalah, menyelesaikan masalah secara efektif.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengalami kualitas tidur buruk (67,5%), responden tidur kurang dari lima jam sehari, sehingga akan mempengaruhi kualitas tidurnya. Hal ini sesuai hasil

observasi peneliti bahwa secara ekspresi wajah (area gelap disekitar mata, bengkak di kelopak mata, konjungtiva kemerahan, dan mata terlihat cekung), kantuk yang berlebihan, tidak mampu berkonsentrasi, dan terlihat tanda-tanda keletihan.

Menurut Khasanah & Hidayat (2012), kualitas tidur seseorang dikatakan baik apabila tidak menunjukkan tanda – tanda kekurangan tidur dan tidak mengalami masalah dalam tidurnya. Tanda – tanda kekurangan tidur dapat dibedakan menjadi 2, yaitu tanda fisik dan tanda psikologis. Tanda–tanda fisik akibat kurang tidur adalah ekspresi wajah (area gelap disekitar mata, bengkak di kelopak mata, konjungtiva kemerahan, dan mata terlihat cekung), kantuk yang berlebihan, tidak mampu berkonsentrasi, dan terlihat tanda-tanda keletihan. Sedangkan tanda-tanda psikologis akibat kurang tidur adalah menarik diri, apatis, merasa tidak enak badan, malas, daya ingat menurun, bingung, halusinasi, ilusi penglihatan, dan kemampuan mengambil keputusan menurun.

Responden yang mengalami kurangnya kualitas tidur berdampak, kualitas tidur kelihatan berubah pada kebanyakan lansia. Lansia banyak memikirkan tentang keluarga di rumah, mempunyai keluarga tetapi tidak pernah menjenguk, sakit yang tidak kunjung sembuh dan kecemburuan terhadap teman yang lain. Menurut Ambarwati (2014), tidur merupakan irama biologis yang kompleks. Apabila jam biologis seseorang sama dengan pola terjaga dan tidur, orang tersebut berada dalam sinkronisasi sirkadian. Hal ini berarti seseorang terjaga ketika fungsi fisiologis dan psikologisnya paling aktif dan tertidur ketika fungsi fisiologis dan psikologisnya paling tidak aktif. Perubahan irama sirkadia seseorang berubah sesuai pola kebiasaan yang terjadi lebih dari 5 kali berturut turut. Irama sirkadian ini dimulai saat minggu ketiga kehidupan seseorang.

Berdasarkan hasil uji statistik menunjukkan bahwa ada hubungan antara hubungan tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada lansia (p value $0,00001 < 0,05$). Hal ini berarti bahwa responden dengan tingkat

kecemasan yang tinggi maka akan banyak mempengaruhi terhadap penurunan kualitas tidur pada lansia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang mempunyai tingkat kecemasan ringan paling banyak kualitas tidur yang baik (68,8%). Kecemasan ringan dapat memotivasi rasa ingin tahu bahwa sesuatu yang dialaminya adalah alamiah dan mencari tahu cara mengatasainya maka akan berpengaruh terhadap ketenangan jiwa lansia, lansia akan merasa nyaman dengan terpenuhinya kebutuhan jasmaniah maupun rohaniannya. Lansia tidak terlalu memikirkan hal – hal yang dapat memicu ketegangan dalam kehidupan sehari – hari yang dapat menyebabkan lansia menjadi waspada dan meningkatkan persepsinya. Dengan demikian akan menjadikan lansia mempunyai pikiran yang tenang sehingga berdampak di pola tidur lansia. Menurut Wulandari (2010), lansia yang mempunyai kecemasan ringan mempunyai kecenderungan lebih sedikit untuk stress dibanding lansia yang berhubungan jauh. Untuk itu diperlukan peningkatan dukungan

keluarga kepada lansia dengan upaya memberikan terapi keluarga kepada lansia. Hasil penelitian sesuai dengan pendapat Meiner & Lueckenotte (2006) menyebutkan bahwa gangguan tidur pada lansia dapat disebabkan oleh faktor psikis berupa kecemasan, stres psikologis, ketakutan, dan ketegangan emosional seperti ketidakmampuan beradaptasi dengan teman yang membuat lansia tidak dapat santai atau rileks sehingga tidak dapat memunculkan rasa kantuk.

Adapun responden yang memiliki kecemasan yang ringan tetapi mengalami kualitas tidur yang buruk (12,5%), hal ini dikarenakan banyak faktor yang mempengaruhi kualitas tidur, atau kurang terbukanya responden dalam mencurahkan persoalan yang ada sehingga walaupun mendapatkan perhatian dari orang lain yang baik, tetapi ada hal-hal yang berakibat pada kurangnya tidur yang berakibat berkurangnya kualitas tidur. Hal ini dikarenakan responden cenderung memiliki waktu tidur yang sedikit yaitu hanya sekitar 3-4 jam saja dan responden juga cenderung lama

menghabiskan waktunya di tempat tidur tetapi tidak bisa memulai tidurnya. Sehingga disarankan bila sebelum tidur masih banyak memikirkan persoalan untuk bisa di ceritakan kepada orang lain untuk menghasilkan solusi atau setidaknya untuk mengurangi beban pikir menjelang tidur.

Sedangkan responden yang tingkat kecemasan sedang paling banyak mengalami kualitas tidur buruk (87,5%), hal ini dikarenakan responden merasa tersisih atau kurang dianggap sehingga berakibat pada responden terganggu pola tidur atau sulit untuk tidur. Menurut Kuntjoro (2012) bahwa dengan adanya kecemasan pada lansia dapat membantu lansia menghadapi masalahnya, sehingga tidak menimbulkan gangguan tidur, sering terbangun dari tidur /tidur yang singkat atau kualitas dan kuantitas tidur yang tidak cukup. Untuk itu perlu pemahaman kepada keluarga responden untuk selalu melibatkan lansia dalam mengambil keputusan dalam musyawarah keluarga sehingga lansia tidak merasa disisihkan.

Simpulan

Tingkat kecemasan pada lansia di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia sebagian besar adalah sedang dan ringan masing-masing 40%.

Kualitas tidur pada lansia di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia sebagian besar buruk (67,5%).

Ada hubungan yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan kualitas tidur pada lansia di Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia (X^2 hitung 16,353 dan p value $0,0001 < \alpha 0,05$).

Sangat disarankan bila sebelum tidur masih banyak memikirkan persoalan untuk bisa di ceritakan kepada orang lain untuk menghasilkan solusi atau setidaknya untuk mengurangi beban pikir menjelang tidur.

Untuk itu perlu pemahaman kepada keluarga responden untuk selalu melibatkan lansia dalam mengambil keputusan dalam musyawarah keluarga sehingga lansia tidak merasa disisihkan.

Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kami ucapkan kepada bapak ibu penghuni Unit Pelayanan Sosial Lanjut Usia yang telah bersedia kami observasi selama kami

berada di Unit Pelayanan Sosial yang tidak pernah lelah membantu kami

untuk mendapatkan data yang kami inginkan.

Daftar Pustaka

- Ambarwati, Fitri Respati. (2014). *Konsep Kebutuhan Dasar Manusia*. Yogyakarta : Dua Satria Offset.
- Angriani. (2010). Faktor–faktor yang berhubungan dengan kejadian insomnia pada lanjut usia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Kabupaten Gowa. *Skripsi Ilmu Keperawatan*
- Arikunto, (2006). *Prosedur Penelitian*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Astuti. (2008). *Bahan dasar untuk pelayanan konseling*. Jakarta: Grasindo
- Dewi, Putu Arista. , & Ardani, Gusti Ayu Indah. (2013). Angka Kejadian Serta Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Gangguan Tidur (Insomnia) Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werda Wana Seraya Denpasar Bali Tahun 2013. Diakses 20 Maret 2015. dari [http://portalgaruda.org/article.php?Article=195840 & val = 970 & title Angka Kejadian serta Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Gangguan Tidur \(Insomnia\) Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werda Wana Seraya Denpasar Bali Tahun 2013](http://portalgaruda.org/article.php?Article=195840&val=970&title=Angka%20Kejadian%20serta%20Faktor-Faktor%20yang%20Mempengaruhi%20Gangguan%20Tidur%20(Insomnia)%20Pada%20Lansia%20di%20Panti%20Sosial%20Tresna%20Werda%20Wana%20Seraya%20Denpasar%20Bali%20Tahun%202013).
- Khasanah & Hidayat. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Geriatrik*. Jakarta : EGC.
- Khusnul K, Wahyu H. (2012). *Kualitas Tidur Lansia Balai Rehabilitasi Sosial Mandiri Semarang*. *Jurnal Nursing Studies, Vol 1, 189-196*. Diakses 20 Maret 2015. 20.00, dari <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/nursing>.
- Kozier, B., et al. (2011). *Fundamental of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. 7th Ed. New Jersey : Pearson Education.
- Maas, Meridean L., et al. (2011). *Asuhan Keperawatan Geriatrik*. (Renata Komalasari). Jakarta : EGC.
- Kuntjoro. (2012). Dukungan Sosial Pada Lansia. [Online]. Tersedia: http://www.e-psikologi.com/epsi/lanjutusia_detail.asp?id=183 [3 Juli 2015]
- Musfir, (2005). *Konseling Terapi*. Jakarta : Gema Insani
- Oliveira (2010), Sleep Quality Of Elders Living in Long term Care Institution. *Journal of Brazilian University*
- Potter & Perry. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Konsep, Proses, dan Praktik ed.4*. (Yasmin Asih, Trans.). Jakarta : EGC.
- Stuart, Gail, W. (2007). *Buku Saku Keperawatan Jiwa ed. 2*. (Ramona P. Kapoh & egi Komara Yudha. Trans.). Jakarta : EGC.

- Tarwoto & Wartonah. (2006).
*Kebutuhan Dasar Manusia dan
Proses
Keperawatan*, Edisi 3., Jakarta:
Salemba Medika
- Wulandari (2010). *Asuhan
Keperawatan Gerontik*.
Yogyakarta: Mitra
Cendika.