



SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS
TIDUR PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA
MAPPAKASUNGGU KOTA PARE-PARE
SULAWESI SELATAN**

PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL

Oleh :

RAY MARCELINO LALO

C1514201084

VICTOR RAMOS PAING LAMAWURAN

C1514201093

PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

STELLA MARIS MAKASSAR

2019



SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS
TIDUR PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA
MAPPAKASUNGGU KOTA PARE-PARE
SULAWESI SELATAN**

PENELITIAN NON-EXPERIMENTAL

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Dalam
Program Studi Ilmu Keperawatan Pada Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

Oleh :

**RAY MARCELINO LALO
C1514201084**

**VICTOR RAMOS PAING LAMAWURAN
C1514201093**

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS MAKASSAR**

2019

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Ray Marcelino Lalo
2. Nama : Victor Ramos P Lamawuran

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan duplikasi ataupun plagiasi (jiplak) dari hasil penelitian orang lain. Sepengetahuan kami, penelitian ini belum pernah di teliti di institusi yang sama.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 29 Maret 2019

Yang menyatakan,

Ray Marcelino Lalo

Victor Ramos P Lamawuran

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS TIDUR
PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA
MAPPAKASUNGGU KOTA PARE-PARE
SULAWESI SELATAN

Diajukan oleh :

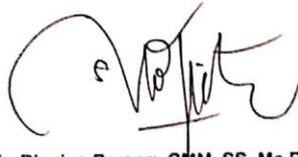
RAY MARCELINO LALO (C1514201084)

VICTOR RAMOS PAING LAMAWURAN (C1514201093)

Disetujui oleh :

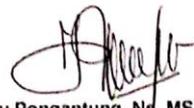
Pembimbing

Wakil ketua I Bidang Akademik



(Fr. Blasius Perang, CMM, SS, Ma.Psy)

NIDN: 0923068102



(Henny Pongantung, Ns, MSN., DN.Sc)

NIDN : 0912106501

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS TIDUR PADA LANSIA DI
PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA MAPPAKASUNGGU KOTA PARE-PARE
SULAWESI SELATAN

Yang di persiapkan dan di susun oleh :

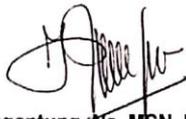
RAY MARCELINO LALO (C1514201084)

VICTOR RAMOS P. LAMAWURAN (C1514201093)

Telah di uji dan di pertahankan di hadapan dewan penguji pada tanggal 29 Maret 2019 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk di terima

Susunan Dewan Penguji

Penguji I



(Henny Pongantung, Ns, MSN.,DN,Sc)

NIDN : 0912106501

Penguji II



(Euis Dedeh Komariah, Ns.,MSN)

NIDN: 0913058903

Pembimbing



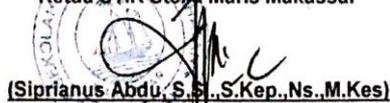
(Fr. Blasius Perang, CMM., SS., Ma.Psy)

NIDN: 0923068102

Makassar, 29 Maret 2019

Program Studi Sarjana Keperawatan

Ketua STIK Stella Maris Makassar



(Siprianus Abdur, S.S., S.Kep.,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0930058102

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawa ini :

Nama : Ray Marcelino Lalo

Victor Ramos P Lamawuran

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar untuk menyimpan, mengalih-media / formatka, merawat dan mempublikasikan skripsi ini untuk kepentingan ilmu pengetahuan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 29 Maret 2019

Yang menyatakan :

Ray Marcelino Lalo

Victor Ramos P Lamawuran

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan penyertaan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal ini dengan judul “Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare”

Penulis menyadari bahwa dalam proses penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan, bimbingan, motivasi, dan doa dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis menghaturkan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Siprianus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes. selaku ketua STIK stella maris Makassar.
2. Henny Pongantung, Ns.,MSN.,DN.,Sc Selaku wakil ketua bidang akademik STIK Stella Maris Makassar dan selaku penguji I yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyempurnaan skripsi ini.
3. Rosdewi,S.Kp.,MSN. Selaku wakil ketua II bagian administrasi dan keuangan STIK Stella Maris Makassar.
4. Sr. Anita Sampe, JMJ.,Ns.,MAN. Selaku pembimbing akademik S1 Keperawatan kelas B T.A 2015-2019.
5. Fransiska Anita S.Kep,Ns,M.Kep,Sp.KMB. Selaku ketua program studi S1 Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.
6. Fr. Blasius Perang, CMM, SS, M.Psy . selaku Wakil Ketua III bagian kemahasiswaan dan sebagai dosen pembimbing yang telah banyak memberikan masukan selama penyusunan skripsi di STIK Stella Maris Makassar.
7. Euis D. Komariah, NS.,MSN. Selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyempurnaan skripsi ini.

8. Segenap dosen dan staf Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar yang telah memberikan banyak ilmu dan dukungan kepada penulis.
9. Segenap pegawai staf Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare yang telah menerima, mengizinkan serta membantu kami dalam melakukan penelitian skripsi hingga tahap akhir.
10. Teristimewa untuk orang tua kami tercinta, kedua orang tua dari Ray Marcelino Lalo (Martinus Lalo dan Mince Lapu) dan kedua orang tua dari Victor Ramos P L (Anselmus Lamawuran dan Yustina Niron), serta kepada sanak saudara, om, tante dan keluarga besar Ray Marcelino Lalo dan Victor Ramos P L yang selalu mendoakan memberikan dukungan, semangat, nasehat dan yang paling utama adalah cinta dan kasih sayang serta bantuan berupa moril dan materi sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
11. Seluruh rekan Mahasiswa/i STIK Stella Maris Program S1 Keperawatan angkatan 2015, terima kasih atas kekompakan, bantuan, saran, kritik serta kerja sama selama mengikuti pendidikan dan sampai penyelesaian skripsi ini.

Akhir kata, penulis mengucapkan terima kasih banyak kepada semua pihak yang terlibat dalam menyelesaikan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Makassar, April 2019

Yang menyatakan

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL DEPAN	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
HALAMAN ORSINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI	v
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR ARTI LAMBANG	x
DAFTAR TABEL	xi
LAMPIRAN	xii
ABSTRAK	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Umum Tentang Depresi	6
1. Definisi Depresi	6
2. Klasifikasi Depresi	6

3. Penyebab Depresi	7
4. Gejala-Gejala Depresi	9
5. Resiko Yg Ditimbulkan Akibat Depresi	10
6. Macam-Macam Gangguan Depresi	12
B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Tidur	13
1. Definisi Kualitas Tidur	13
2. Karakteristik Kualitas Tidur	14
3. Faktor-Faktor	15
4. Jenis-Jenis Tidur	17
5. Kebutuhan Tidur	20
6. Perubahan Tidur Pada Lansia	21
C. Tinjauan Umum Tentang Lansia	22
1. Definisi Usia Lanjut	22
2. Batasan-Batasan Usia Lanjut	22
3. Teori-Teori Proses Menua	23
4. Perubahan-Perubahan	26
5. Tugas Perkembangan	29
D. Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur	30

BAB III KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual	32
B. Hipotesis Penelitian	33
C. Definisi Operasional	33

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian	35
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	35
C. Populasi Dan Sampel	36
D. Instrumen Penelitian	36
E. Pengumpulan Data	38
F. Pengolahan Dan Penyajian Data	39

G. Analisa Data	39
-----------------------	----

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	41
B. Pembahasan	47

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	51
B. Saran	51

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Gambar Siklus Tidur	19
Gambar 3.1 : Kerangka Konseptual.....	33

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN DAN ISTILAH

WHO	: <i>World Health Organization</i>
REM	: <i>Rapid Eye Movemen</i>
NREM	: <i>Nonrapid Eye Movemen</i>
LANSIA	: Lanjut Usia
HRS-D	: <i>Hamilton Rating Scale For Depression</i>
PSQI	: <i>Pittsburgh Sleep Quality Index</i>
SPSS	: <i>Statistic Product Service Solutions</i>
HO	: Hipotesis Nol
HA	: Hipotesis Alternatif
α	: Derajat Kemaknaan
ρ	: Nilai Kemungkinan/ Probability Continuity Corection
<	: Kurang Dari
JL	: Jalan
DNA	: Deoxyribo Nucleic Acid
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Daerah
PPSLU	: Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kebutuhan Tidur Manusia	20
Tabel 3.1 Tabel Operasional.....	34
Tabel 5.1 Distribusi Umur	44
Tabel 5.2 Distribusi Jenis Kelamin	44
Tabel 5.3 Distribusi Pendidikan.....	45
Tabel 5.4 Distribusi Tingkat Depresi	46
Tabel 5.5 Distribusi Kualitas Tidur	46
Tabel 5.6 Analisis Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur	47

LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal kegiatan

Lampiran 2. Surat permohonan data awal dan surat permohonan izin
meneliti

Lampiran 3. Lembar Konsul

Lampiran 4. Lembar persetujuan menjadi responden

Lampiran 5. Lembar kuesioner penelitian

Lampiran 6. Surat telah melaksanakan penelitian

Lampiran 7. Master tabel

Lampiran 8. Output SPSS uji- *chi square*

Lampiran 9. Output SPSS penggabungan sel

Lampiran 10. Foto Kegiatan Penelitian

ABSTRAK

HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN KUALITAS TIDUR PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA MAPAKKASUNGGU KOTA PARE-PARE SULAWESI SELATAN (Dibimbing oleh Fr.Blasius Perang,CMM)

RAY MARCELINO LALO DAN VICTOR RAMOS P. L.
PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
(viii+52 halaman+38 daftar pustaka+10 lampiran)

Depresi banyak dijumpai pada lansia yang ditandai dengan gangguan mental dengan perasaan sedih, cemas, harga diri rendah, kehilangan kesenangan dan konsentrasi rendah. Depresi dapat menimbulkan kualitas tidur yang buruk bagi lansia, sehingga lansia sulit untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan.

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian *Non-eksperimental design* dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini adalah 30 orang lansia dengan teknik pengambilan sampel *Probability sampling* dengan pendekatan *simple random sampling*. Alat ukur yang digunakan adalah kuesioner yang terdiri dari kuesioner tingkat depresi sebanyak 17 pertanyaan dan kuesioner kualitas tidur sebanyak 7 pertanyaan. Data dianalisis dengan SPSS dengan uji yang digunakan uji *chi-square* diperoleh hasil dari 30 responden didapatkan lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan 12 orang (40,0%) memiliki tingkat depresi berat dengan kualitas tidur kurang sedang 18 orang (60,0%) memiliki tingkat depresi ringan dengan kualitas tidur baik. Nilai $p=0,00 < \alpha=0,05$ hal ini menunjukkan ada hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan.

Kata Kunci : Tingkat Depresi, Kualitas Tidur, Lansia

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION LEVEL AND SLEEP QUALITY IN THE ELDERLY PEOPLE AT TRESNA WERDHA MAPAKKASUNGGU SOCIAL ASSOCIATION PARE-PARE CITY OF SOUTH SULAWESI

(Supervised by: Fr. Blasius Perang, CMM)

**RAY MARCELINO LALO AND VICTOR RAMOS P.L.
BACHELOR PROGRAM OF NURSING**

(viii + 52 Pages + 38 Literature + 10 Attachments)

Depression is often found in the elderly characterized by mental disorders with feelings of sadness, anxiety, low self-esteem, loss of pleasure and low concentration. Depression can lead to poor quality sleep for the elderly, so the elderly find it difficult to carry out daily activities. This study aims to determine The Relationship between the level of depression and the quality of sleep in the Tresna Werdha Mappakasunggu Social Association Pare-Pare City Of South Sulawesi. The research use non-experimental study design with cross sectional approach. The sample of research are 30 elderly people with use sampling technique probability sampling with approach simple random sampling. The measure instrument using a questionnaire consisting of questionnaire level of depression there are 17 questions and sleep quality 7 questions. The data were analyzed using SPSS which is the test using chi-square test result obtained from 30 respondents the elderly in tresna werdha mappakasunggu social association pare-pare city of south sulawesi. There is 12 people (40,0%) with severe depression, with moderate sleep quality 18 people (60,0%) suffered mild depression with good sleep quality. A value $p=0,00 < \alpha=0,05$ which is show us there is a Relation Between Depression Level And Sleep Quality In The Elderly People At Tresna Werdha Mapakkasunggu Social Association Pare-Pare City Of South Sulawesi.

Keyword : *level of depression, sleep quality, elderly*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menua merupakan suatu proses alami yang disertai dengan penurunan kondisi fisik dan psikologis. Sebagian besar lansia mengalami depresi dan gangguan kualitas tidur. Depresi pada lansia merupakan suatu masa terganggunya fungsi pada lansia yang berkaitan dengan alam perasaan yang sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya, serta gagasan bunuh diri. Depresi pada lansia kadang-kadang tidak terdiagnosis dan tidak mendapatkan penanganan yang semestinya karena gejala-gejala yang muncul sering kali di anggap sebagai suatu bagian dari proses penuaan yang normal (Sutrianto, dkk, 2016).

Depresi terkadang pula disebabkan oleh kesepian, kesepian sendiri diartikan sebagai *Loneliness* dalam bahasa Inggris, yang berarti suatu keadaan mental dan emosional yang terutama dicirikan oleh adanya perasaan terasing dan kurangnya hubungan yang bermakna dengan orang lain (Bruno, 2000:65 dalam Basuki 2015). Penelitian yang menunjukkan mengenai adanya faktor-faktor penyebab kesepian ini pernah dilakukan sebelumnya oleh Shafira (2007) dalam penelitiannya tentang kesepian pada lansia yang berada di panti jompo. Hasil dari penelitian faktor-faktor penyebab kesepian ialah bahwa seorang lansia mengalami kesepian ketika ia sudah tidak berkeluarga dan menjalani kehidupan yang asing dalam lingkungan yang baru. Dalam penelitian yang saya lakukan ialah subjek lansia yang umurnya berkisar antara 60-70 tahun yang tinggal di Panti sosial Tresna Werdha Nirwana Puri yang beralamat di jalan Mayjen Sutoyo Kota Samarinda (Basuki, 2015).

Menurut WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2017 4,4% dari populasi global menderita gangguan depresi. Jumlah penderita depresi meningkat lebih dari 18% antara tahun 2005 dan 2015. Lebih dari 80% penyakit ini dialami orang-orang yang tinggal di negara yang berpenghasilan rendah dan menengah. Sekitar 121 juta orang lansia di dunia mengalami depresi dengan angka kejadian bunuh diri yang disebabkan oleh depresi ini adalah 850.000 tiap tahun (Febriana, 2016). Pada tahun 2020 depresi akan menduduki peringkat teratas penyakit yang di alami lanjut usia di negara berkembang termasuk Indonesia.

Berdasarkan data dari Riskesdas 2013 prevalensi nasional gangguan depresi mencapai 35% dan perempuan memiliki prevalensi lebih tinggi 37%. Survei kesehatan RI tahun 2013 menyatakan bahwa gangguan mental pada usia 55-64 tahun mencapai 7,9% sedangkan yang berusia diatas 65 tahun mencapai 12,3%. Di Sulawesi Selatan prevalensi depresi mencapai 9,3% (Kemenkes RI, 2017). Berdasarkan hasil survey tanya jawab dengan pengurus Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu kota Pare-Pare, mereka mengatakan bahwa sebagian lansia di panti tersebut mengalami masalah kesehatan yaitu *gout arthritis* sehingga akan berpengaruh atau menghambat lansia dalam melakukan aktivitas . Hal ini yang menyebabkan sebagian lansia depresi.

Tidur merupakan hal yang sangat penting bagi manusia, karena terjadi suatu proses pemulihan serta penting untuk keseimbangan fisiologis dan fungsi mental dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Orang tidak selamanya dapat menikmati tidur dengan baik. Tidur bagi manusia adalah hal yang sangat penting. Karena tidur dapat mengendalikan irama kehidupan sehari-hari. Setiap manusia menghabiskan kehidupannya untuk tidur. Menurut penelitian hampir setiap manusia pernah mengalami masalah tidur,

tidak sedikit orang yang dilaporkan mengalami kualitas tidur buruk. Kualitas tidur adalah suatu keadaan dimana tidur yang dijalani seseorang individu mengashilkan kesegaran dan kebugaran disaat terbangun. Kualitas tidur yang mencakup aspek kuantitatif dari tidur seperti durasi tidur, latensi tidur serta aspek subjektif, seperti tidur dalam dan istirahat. Menurunnya kualitas tidur pada lansia akan berdampak buruk terhadap kesehatan, karena dapat menyebabkan kerentanan terhadap penyakit, stress, disorientasi, gangguan mood, kurang fresh, menurunnya kemampuan berkonsentrasi, kemampuan membuat keputusan. Dampak lebih lanjut dari penurunan kualitas ini menyebabkan menurunnya kemandirian lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari yang nantinya akan berujung pada penurunan kualitas hidup pada lansia (Potter & Perry dalam Widyastuti, 2015).

Berdasarkan data diperoleh dari penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, ditemukan bahwa status perkawinan seseorang mempengaruhi kualitas tidur dari individu tersebut. Data yang ditemukan yaitu lansia dengan status perkawinan lajang, telah bercerai ataupun berpisah dengan pasangan hidupnya karena kematian mengalami kualitas tidur yang lebih buruk dibandingkan dengan lansia yang masih berpasangan, dengan prevalensi mencapai 67,5% (Lo dan Lee dalam Nikadek Risa Astria, 2016).

Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu kota Pare-pare memiliki jumlah lansia sebanyak 68 lansia. Lansia yang tinggal di Panti Sosial Thresna Wherda Mappakasunggu kota Pare-pare rata-rata sudah lama tinggal disana, sehingga sudah terbiasa dengan kondisi lingkungannya. Berdasarkan hasil survey tanya jawab dengan pengurus Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu kota Pare-Pare mereka mengatakan bahwa hampir semua lansia yang mengalami kualitas tidur buruk. Tingginya masalah tidur yang

dialami lansia memerlukan penanganan yang serius untuk meningkatkan pemenuhan kebutuhan tidur.

B. Rumusan Masalah

Menua merupakan proses fisiologis yang terjadi pada semua orang dimana berarti seseorang telah melalui tiga tahap kehidupan yaitu anak, dewasa, dan tua. Pertumbuhan manusia menjadi tua merupakan bagian dari tahap pertumbuhan hidup manusia yang tidak bisa dihindari. secara teori semakin bertambahnya usia semakin banyak perubahan yang terjadi, diantaranya depresi dan gangguan kualitas tidur.

Berdasarkan latar belakang masalah di atas dapat dirumuskan yaitu : apakah ada hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu kota Pare-Pare?.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi tingkat depresi pada lansia.
- b. Menidentifikasi kualitas tidur pada lansia.
- c. Menganalisis hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare.

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare sebagai masukan dan pertimbangan dalam menyikapi masalah yang diteliti oleh penulis.

2. Bagi Responden

Memberikan pemahaman kepada klien tentang hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Manfaat penelitian ini bagi institusi pendidikan diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran dan referensi bagi kalangan yang akan melakukan penelitian lebih lanjut dengan topik yang berhubungan dengan judul penelitian diatas.

4. Bagi Peneliti

Dapat menambah pengetahuan dan wawasan berpikir penulis dalam melaksanakan penelitian serta mendapatkan pengetahuan baru tentang : Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Tidur Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Depresi

1. Definisi Depresi

Menurut WHO, depresi merupakan suatu gangguan mental umum yang ditandai dengan mood tertekan, kehilangan kesenangan atau minat, perasaan bersalah atau harga diri rendah, gangguan makan atau tidur, kurang energi, dan konsentrasi yang rendah. Menurut Hendry Irawan (2013), depresi merupakan salah satu gangguan mental yang banyak di jumpai pada lansia akibat proses penuaan. Sejalan dengan itu, *National institute of mental health* (2010) mengemukakan bahwa Depresi merupakan gangguan mental yang serius yang ditandai dengan perasaan sedih dan cemas.

Berdasarkan defenisi di atas maka peneliti dapat menyimpulkan depresi banyak di jumpai pada lansia yang ditandai dengan gangguan mental yang dengan perasaan sedih, cemas , harga diri rendah, kehilangan kesenangan dan konsentrasi rendah. Sehingga seluruh proses mental (berfikir,berperasaan dan berperilaku) tersebut dapat mempengaruhi motivasi untuk beraktivitas dalam kehidupan sehari-hari maupun pada hubungan interpersonal.

2. Klasifikasi Depresi

Menurut (Kusumanto dalam Febriana, 2016) ada beberapa tingkatan depresi diantaranya :

a. Depresi Ringan

Bersifat sementara, alamiah, adanya rasa pedih perubahan proses pikir komunikasi sosial dan rasa tidak nyaman.

b. Depresi Sedang

- 1) Afek : murung, cemas, kesal, marah, menangis.
- 2) Proses pikir : perasaan sempit, berpikir lambat, kurang komunikasi dan verbal komunikasi nonverbal meningkat.
- 3) Pola komunikasi : bicara lambat, kurang komunikasi verbal, komunikasi non verbal meningkat.
- 4) Partisipasi sosial : menarik diri, tak mau melakukan kegiatan, dan mudah tersinggung.

c. Depresi Berat

- 1) Gangguan afek : pandangan kosong, perasaan hampa, murung, inisiatif berkurang.
- 2) Gangguan proses pikir.
- 3) Sensasi somatik dan aktivitas motorik : diam dalam waktu lama, tiba-tiba hiperaktif, kurang merawat diri, tak mau makan dan minum, menarik diri, dan tidak peduli dengan lingkungan.

3. Penyebab Depresi

Depresi di sebabkan oleh beberapa faktor. Jika seseorang didalam riwayat kesehatannya memiliki keluarga yang mengalami depresi, maka terdapat kecenderungan untuk mengalami depresi.

Menurut Kaplan (2002) faktor-faktor yang dihubungkan dengan penyebab dibagi atas:

a. Faktor biologis

Beberapa peneliti menemukan bahwa gangguan *mood* melibatkan patologik dan sistem limbiks serta gangliabasalis dan hypothalamus. Dalam penelitian biopsikologi, Neurotrasmitter yang paling berperan dalam patofisiologi gangguan *mood* adalah norepinefrin dan

serotonin. Kelahiran anak dan masa menopause juga dapat meningkatkan resiko terjadinya depresi. Penyakit fisik yang berkepanjangan yang menyebabkan stres dan juga dapat menyebabkan depresi.

b. Faktor Psikologi/Kepribadian

Nolen- Hoeksema & Girgus (2013) juga berpendapat bahwa ketika seseorang merasa tertekan akan cenderung fokus pada tekanan yang mereka rasakan dan secara pasif merenung dari pada mengalihkannya atau melakukan aktivitas untuk merubah situasi. Pada faktor ini individu memiliki pemikiran yang salah dalam berpikir seperti menyalakan diri sendiri atas ketidakberuntungan. Sehingga individu yang mengalami depresi cenderung menganggap bahwa dirinya tidak dapat mengendalikan lingkungan dan kondisi dirinya hal ini dapat menyebabkan pesimisme dan apatis.

c. Faktor sosial

- 1) Kejadian tragis seperti kehilangan seseorang atau kehilangan dan kegagalan pekerjaan
- 2) Pasca bencana
- 3) Masalah keuangan
- 4) Ketergantungan terhadap narkoba atau alkohol
- 5) Trauma masa kecil
- 6) Terisolasi secara sosial
- 7) Faktor usia dan gender
- 8) Tuntutan dan peran sosial misalnya untuk tampil baik, menjadi juara di sekolah ataupun di tempat kerja.

4. Gejala-gejala Depresi

Gejala-gejala depresi menurut (Lumonga dalam Mubasyiroh, dkk. 2015) :

a. Gejala Emosional

Merupakan suatu keadaan yang mengindikasikan individu mengalami suatu perubahan emosional yang apabila terus berlanjut dapat berkembang menjadi keadaan patologis sehingga perlu dilakukan antisipasi untuk menjaga kesehatan jiwa masyarakat. Gejala yang sering timbul adalah: kecemasan (ansietas), depresi yang digambarkan dari kehilangan semangat, mengalami gangguan tidur, hingga ide untuk menyakiti diri sendiri atau ingin bunuh diri.

b. Gejala Kognitif

Merupakan gejala pengenalan yang terdiri dari penghayatan penagmatan tanggapan, asosiasi, reproduksi, apersepsi, ingatan, fantasi, berpikir dan intelegensi. Gejala kognitif dipahami sebagai proses mental karena kognisi mencerminkan pemikiran dan tidak dapat diamati secara langsung. Oleh karena itu, kognisi tidak dapat diukur secara langsung, namun melalui perilaku yang ditampilkan dan dapat diamati.

c. Gejala Motivasi

Penderita depresi memiliki masalah besar dalam memobilisasi dirinya untuk menjalankan aktivitas-aktivitas yang paling dasar seperti makan, minum, dan buang air. Gejala motivasi lainnya yakni keinginan untuk menyimpang dari pola hidup sehari-hari, keinginan untuk menghindar dari tugas, disamping itu juga cenderung menunda kegiatan yang tidak memberi kepuasan, lebih sering melamun dari pada mengerjakan sesuatu.

d. Gejala fisik

Menurut beberapa ahli, gejala depresi yang kelihatan ini mempunyai rentangan dan variasi yang luas sesuai dengan berat ringannya depresi yang dialami. Namun secara garis besar ada beberapa gejala fisik umum yang relatif mudah dideteksi. Adapun gejalanya adalah:

1) Gangguan pola tidur

Misalnya: sulit tidur, terlalu banyak atau terlalu sedikit tidur.

2) Menurun tingkat aktivitas

Pada umum orang dengan depresi menunjukkan perilaku yang pasif, menyukai kegiatan yang tidak melibatkan orang lain.

3) Menurunnya efisiensi kerja. Penyebab jelas, orang yang terkena depresi akan sulit memfokuskan perhatian pada suatu hal, atau pekerjaannya.

4) Mudah merasa letih dan sakit karena depresi merupakan perasaan negatif. Jika seseorang menyimpan perasaan negatif, maka jelas akan membuat letih karena membebani pikiran dan perasaannya.

5. Resiko Yang Ditimbulkan Akibat Depresi

Dalam Jurnal Aries Dirgayunita (2016) menjelaskan bahwa resiko yang ditimbulkan akibat depresi adalah :

a. Bunuh diri

Orang yang mengalami depresi memiliki perasaan kesepian, ketidakberdayaan dan putus asa. Sehingga mereka mempertimbangkan membunuh dirinya sendiri.

b. Gangguan Tidur

Insomnia ataupun hypersomnia, gangguan tidur dan depresi biasanya cenderung muncul bersamaan. Kesulitan tidur dianggap sebagai gejala gangguan mood.

c. Gangguan Interpersonal

Individu yang mengalami depresi cenderung mudah tersinggung, sedih yang berkepanjangan sehingga cenderung menarik diri dari orang lain. Terkadang individu menyalahkan orang lain hal ini menyebabkan hubungan antara individu dengan orang lain maupun lingkungan sekitar menjadi tidak baik.

d. Gangguan Dalam Pekerjaan

Individu yang mengalami depresi cenderung lebih memilih untuk mengundurkan diri dari pekerjaan ataupun sekolah. Usia lanjut yang menderita depresi cenderung memiliki motivasi yang menurun untuk melakukan aktivitas dalam kehidupan sehari-hari.

e. Gangguan Pola Makan

Depresi dapat menyebabkan gangguan pola makan atau sebaliknya gangguan pola makan dapat menyebabkan depresi. Pada individu yang mengalami depresi terdapat dua kecenderungan mengenai pola makan yang secara nyata mempengaruhi berat badan yaitu tidak selera makan dan keinginan makan makanan yang manis bertambah.

f. Perilaku Merusak

Beberapa orang yang menderita depresi memiliki perilaku yang merusak seperti agresivitas dan kekerasan, menggunakan obat-obatan terlarang dan alkohol, serta perilaku merokok yang berlebihan.

6. Macam-Macam Gangguan Depresi

Menurut Saputri & Indrawati (2011) gangguan depresi terbagi menjadi dua, yaitu :

a. *Major depressive disorder*

Gangguan ini ditandai dengan kondisi emosi sedih dan kehilangan kemampuan untuk menikmati aktivitas yang biasa dilakukan. *Major depressive disorder* sering disebut masyarakat umum dengan istilah gejala depresi yang sering timbul pada gangguan ini antara lain:

- 1) Tidur terlalu banyak (10 jam atau lebih) atau terlalu sedikit (sulit untuk tertidur dan sering terbangun)
- 2) Kekakuan motorik
- 3) Kehilangan nafsu makan dan penurunan berat badan secara drastis atau sebaliknya makan berlebihan sehingga berat badan meningkat drastis
- 4) Kehilangan energi, lemas, tidak bersemangat dan tidak tertarik melakukan aktivitas apapun
- 5) Merasa tidak berharga
- 6) Kesulitan untuk berkonsentrasi,berfikir dan membuat keputusan .
- 7) Muncul pikiran tentang kematian berulang kali atau bunuh diri.

b. *Dysthymic Disorder* (Gangguan Distimik/Distimia)

Merupakan gangguan depresi yang kronis individu yang di diagnosis yang mengalami distimik akan mengalami kondisi depresif lebih dari separuh waktu minimal 2 (dua) tahun. Jadi separuh dari waktu tersebut individu ini mengalami depresif

Gejala yang sering timbul pada gangguan ini antara lain:

- 1) Kehilangan nafsu makan atau sebaliknya

- 2) Tidur terlalu banyak atau terlalu sedikit
- 3) Merasa diri tidak berharga
- 4) Kesulitan berkonsentrasi dan mengambil keputusan
- 5) Merasa kehilangan harapan

Gejala yang dialami pada gangguan ini lebih ringan dari pada gangguan MDD namun dengan waktu yang lebih lama. Hendri Irawan (2013) Menambahkan gejala-gejala depresi, yaitu

a) Depresi Minor

Harus terdapat dua gejala, namun kurang dari lima gejala gangguan depresi mayor gejala tersebut setidaknya terjadi selama dua minggu, yang menyebabkan gangguan fungsi, dan tidak ada pengaruh dari penggunaan zat, kondisi medis, atau kehilangan.

b) Gangguan penyesuaian dengan *mood* depresi

Terdapat mood depresi, rasa takut, atau tidak ada harapan dalam tiga bulan setelah ada stressor. Gejala tersebut menimbulkan gangguan atau disabilitas berat dan akan menghilang dalam enam bulan setelah hilangnya stressor.

B. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Tidur

1. Definisi kualitas tidur

Kualitas tidur adalah dimana seseorang mendapatkan kemudahan untuk memulai tidur, mampu mempertahankan tidur dan merasa rileks setelah bangun dari tidur (Ernawati, dkk 2017).

Kualitas tidur adalah suatu keadaan dimana tidur yang dijalani seseorang individu menghasilkan kesegaran dan

kebugaran disaat terbangun. (Khasanah, 2012 dalam Yuni Widyastuti, 2015).

Berdasarkan defenisi diatas peneliti dapat menyimpulkan kualitas tidur adalah suatu keadaan dimana seseorang mendapatkan kemudahan untuk memulai tidur dan medapatkan kesegaran, kebugaran saat terbangun dari tidurnya.

2. Karakteristik Kualitas Tidur

konsep dari kualitas tidur adalah merasa bersemangat dan siap untuk menghadapi segala aktivitas setelah bangun di pagi hari. Adapun karakteristik yang dapat di gunakan untuk menilai kualitas tidur seseorang diantaranya :

a. Latensi Tidur

Waktu yang dibutuhkan sesorang untuk tertidur, dapat dihitung dengan selisih antara waktu menuju ketempat tidur dengan waktu pada saat individu tersebut jatuh tertidur (Eser dkk, 2007).

b. Durasi Tidur

Lamanya waktu tidur seseorang Wolniczak, (2013).

c. Efisiensi Tidur

Nilai yang didapatkan dari perbandingan jumlah waktu tidur sebenarnya dengan total waktu yang dihabiskan seseorang di tempat tidur hingga terbangun dipagi hari (Luo dkk, 2013).

d. Perasaan setelah bangun

Perasaan yang dimiliki seseorang ketika bangun dari tidurnya (Ni Kadek Risa Astria, 2016).

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Tidur

a. Usia

Juddith (2010) mengemukakan bahwa penuaan menyebabkan perubahan yang dapat mempengaruhi kualitas tidur. Bertambahnya usia juga berhubungan dengan penurunan kualitas tidur Malam, misalnya sekitar 30% individu mengalami insomnia. Hal ini disebabkan oleh adanya perubahan irama sirkadian yang mengatur siklus tidur dan menyebabkan gangguan siklus tidur dan terjaga (Permady, 2015).

b. Penyakit fisik

Menurut Potter & Perry tidur dapat terganggu dengan adanya penyakit fisik yang diderita, diantaranya adalah asma, jantung koroner, hipertensi, diabetes militus, hipertiroid dan hipotiroid. Setiap penyakit yang menyebabkan nyeri, ketidaknyamanan fisik atau masalah suasana hati seperti kecemasan atau depresi dapat mempengaruhi masalah tidur. Penyakit juga memaksa klien untuk tidur dalam posisi yang tidak biasa, seperti memperoleh posisi tertentu agar mencegah komplikasi atau dalam rangka imobilisasi (Permady, 2015).

c. Obat-obatan dan zat tertentu

Beberapa obat dapat menimbulkan efek samping terhadap penurunan tidur REM. Hipnotik dapat mengganggu tahap III dan tahap IV tidur NREM, betablocker dapat menyebabkan insomnia dan mimpi buruk, sedangkan narkotik (misalnya: meperidin hidroklorida dan morfin) diketahui dapat menekan tidur REM dan menyebabkan seringnya terjaga di malam hari (Permady, 2015).

d. Gaya hidup

Kelelahan dapat mempengaruhi pola tidur, semakin tinggi tingkat kelelahan maka akan tidur semakin nyenyak yang menyebabkan periode tidur REM lebih pendek. Gaya hidup seseorang yang mempunyai kebiasaan mengkonsumsi minuman yang mengandung kafein, alkohol dan penggunaan obat-obatan juga dapat menyebabkan masalah tidur. Selain itu faktor lain yang juga mempengaruhi pola tidur adalah akibat bekerja berat, aktivitas sosial yang larut serta perubahan pola makan waktu malam hari (Permady, 2015).

e. Stres emosional

Menurut Hardy (2008) ansietas dan depresi sering kali mengganggu tidur seseorang. Kondisi ansietas dapat meningkatkan kadar norepinfrin darah melalui stimulasi sistem saraf simpatis. Kondisi ini menyebabkan berkurangnya siklus tidur NREM tahap IV dan tidur REM serta seringnya terjaga saat tidur. Stres emosional membuat seseorang menjadi tegang dan seringkali mengarah frustasi apabila tidak tidur. Sters juga menyebabkan kebiasaan tidur yang buruk. Pensiunan, gangguan fisik, kematian orang yang dicintai dan kehilangan keamanan ekonomi merupakan contoh situasi yang membuat seseorang untuk cemas dan depresi (Permady, 2015).

f. Lingkungan

Lingkungan tempat seseorang tidur dapat berpengaruh pada kemampuan untuk mulai tertidur dan mempertahankan waktu tidurnya. Ventilasi yang baik memberikan kenyamanan untuk tidur tenang. Ukuran, kekerasan dan posisi tempat tidur juga mempengaruhi kemampuan untuk tidur. Klien ada yang menyukai tidur dengan lampu yang dimatikan, remang-remang atau tetap menyala. Suhu yang panas atau dingin

menyebabkan klien mengalami kegelisahan (Potter & Perry dalam Permady, 2015).

g. Asupan makanan dan kalori

Gangguan pola tidur dapat berhubungan dengan pola makan. Makan dalam porsi besar, berat dan berbumbu pada makan malam juga menyebabkan makanan sulit dicerna sehingga dapat mengganggu tidur. Penggunaan bahan-bahan yang mengaandung kafein, nikotin, alkohol dan xanthine dapat merangsang sistem saraf pusat sehingga berdampak pada perubahan pola tidur (Potter & Perry dalam Permady, 2015).

4. Jenis-jenis tidur

Pada hakekatnya tidur dapat diklasifikasikan ke dalam dua kategori yaitu dengan gerakan bola mata cepat (Rapid Eye Movement- REM), dan tidur dengan gerakan bola mata lambat Non – Rapid Eye Movement- NREM (Asmadi, 2008).

a. Tidur REM

Merupakan tidur dalam kondisi aktif atau tidur paradoksial. Hal tersebut bisa disimpulkan bahwa seseorang dapat tidur dengan nyenyak sekali, namun fisiknya yaitu gerakan bola matanya bersifat sangat aktif. Tidur REM ini ditandai dengan mimpi, otot-otot kendur, tekanan darah bertambah, gerakan mata cepat (mata cenderung bergerak bolak-balik), sekresi lambung meningkat, ereksi penis tidak teratur sering lebih cepa, serta suhu dan metabolisme meningkat, tanda-tanda orang yang mengalami kehilangan tidur REM yaitu, cenderung hiperaktif, emosi sulit terkendali, nafsu makan bertambah, bingung dan curiga.

b. Tidur NREM

Menurut Asmadi (2008) tidur NREM merupakan tidur yang nyaman dan dalam. Pada tidur NREM gelombang

otak lebih lambat dibandingkan pada orang yang sadar atau tidak tidur. Tanda-tanda tidur NREM ini antara lain: mimpi berkurang, keadaan istirahat, tekanan darah turun, kecepatan pernapasan turun, metabolisme turun, dan gerakan bola mata lambat. Pada tidur NREM ini mempunyai empat tahap masing-masing tahap ditandai dengan pola perubahan aktivitas gelombang otak.

1) Tahap I

Merupakan tahap transmisi dimana seseorang beralih dari sadar menjadi tidur. Ditandai dengan seseorang merasa kabur dan rileks, seluruh otot menjadi lemas, kelopak mata menutup mata, kedua bola mata bergerak ke kiri dan ke kanan kecepatan jantung dan pernapasan menurun secara jelas, seseorang yang tidur pada tahap ini dibangunkan dengan mudah.

2) Tahap II

Merupakan tahap tidur ringan dan poses tubuh terus menerus. Tahap ini ditandai dengan kedua bola mata berhenti bergerak, suhu tubuh menurun, pernapasan turun dengan jelas. Tahap II ini berlangsung sekitar 10-15 menit.

3) Tahap III

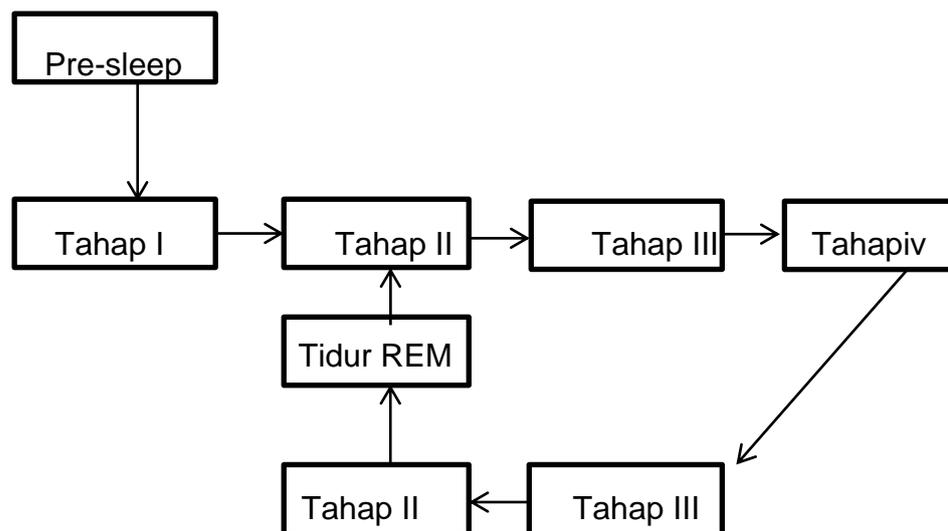
Merupakan tahap fisik yang lemah lunglai karena tonus otot lenyap secara menyeluru. Kecepatan jantung, pernapasan, dan proses tubuh berlanjut mengalami penurunan akibat dominasi sistem saraf parasimpatis. Seseorang yang tidur pada tahap III ini sulit untuk dibangunkan.

4) Tahap IV

Merupakan tahap dimana seseorang tersebut tidur dalam keadaan rileks, jarang bergerak karena keadaan

fisik yang sudah lemah lunglai, dan sulit dibangunkan. Pada tahap IV ini dapat memulihkan keadaan tubuh.

Selain keempat tahapan tersebut, sebenarnya ada satu tahap lagi yaitu tahap V. Tahap ini merupakan tahap tidur REM dimana setelah tahap IV seseorang masuk pada tahap V, yang ditandai dengan kembali Bergeraknya kedua bola mata yang berkecepatan lebih tinggi dari tahap-tahap sebelumnya. Tahap ini berlangsung sekitar 10 menit, dan dapat pula terjadi mimpi. Selama tidur malam sekitar 6-7 jam, seseorang mengalami REM dan NREM bergantian sekitar 4-6 kali (Asmadi, 2008).



Gambar Siklus Tidur

Sumber. Asmadi 2008

Keterangan : kondisi *pre-sleep* merupakan dimana seseorang masih dalam keadaan sadar penuh, namun mulai ada keinginan untuk tidur. Pada perilaku *pre-sleep* ini, misalnya, seseorang pergi ke kamar tidur lalu berbaring di kasur atau berdiam diri merebahkan badan dan melemaskan otot, namun belum tidur. Selanjutnya mulai merasakan ngantuk,

maka orang tersebut memasuki tahap I. Bila tidak bangun, baik itu disengaja ataupun tidak maka orang tersebut telah memasuki tahap II. Begitu seterusnya sampai tahap IV.

Setelah selesai tahap IV, ia akan kembali memasuki tahap III dan selanjutnya tahap II. Ini adalah fase tidur NREM. Ketika memasuki tahap V, ini disebut tidur REM. Bila telah terlalui semua, maka orang tersebut telah melalui siklus tidur pertama baik NREM maupun REM. Siklus ini berlanjut selama orang tersebut tidur. Namun, pergantian siklus ini tidak lagi dimulai dari awal tidur, yaitu pre-sleep dan tahap I, tetapi langsung pada tahap II ke tahap selanjutnya seperti pada siklus yang pertama. Semua siklus ini akan berakhir ketika orang tersebut terbangun dari tidurnya (Asmadi dalam Adityaser, 2013).

5. Kebutuhan Tidur

Kebutuhan tidur pada manusia bergantung pada tingkat perkembangan. Berikut ini adalah tabel rangkuman kebutuhan tidur manusia berdasarkan usia (Hidayat dan Ulyah, 2015).

Usia	Tingkat perkembangan	Jumlah kebutuhan tidur
0-1 Bulan	Masa neonates	14-18 jam/hari
1 Bulan -18 Bulan	Masa Bayi	12-14 jam/hari
18 Bulan- 3 Tahun	Masa Anak	11-12 jam/hari
3 Tahun- 6 Tahun	Masa Pra-sekolah	11 jam/hari
6 Tahun- 12 Tahun	Masa Sekolah	10 jam/hari
12 Tahun- 18 Tahun	Masa Remaja	8,5 Jam/hari
18 Tahun- 40 Tahun	Masa Dewasa	7-8 Jam/hari

	Muda	
40 Tahun- 60 Tahun	Masa Paruh Bayah	7 jam/hari
60 Tahun ke atas	Masa Dewasa Tua	6 Jam/hari

6. Perubahan Tidur Pada Lansia

Seiring dengan peningkatan usia dan proses penuaan akan berdampak pada terjadinya perubahan pada pola tidur seseorang (Wolkove, dkk dalam Astria, 2016). Pada lansia terdapat berbagai faktor yang memicu proses patologis yang menyebabkan terjadinya perubahan pola tidur. Perubahan tidur pada lansia yaitu penurunan tidur gelombang lambat, pengurangan secara absolut tidur REM, peningkatan pada stadium 1 sehingga meningkatkan fragmentasi tidur atau distribusi dari pola tidur. Pada lansia umumnya ditemukan perubahan berupa kedalaman tidur yang terganggu, sehingga apabila terdapat stimulus dari lingkungan sekitarnya, maka lansia akan sering terbangun dibandingkan dengan orang dewasa muda normal yang terbangun hanya 2-4 kali dalam semalam (Darmojo & Martono dalam Astria, 2016).

Lansia cenderung pergi ketempat tidur lebih awal dibandingkan dengan orang dewasa muda (Voinescu & Tatar dalam Astria, 2016) namun membutuhkan waktu yang lama untuk tertidur dan lebih sering terbangun di malam hari. Berdasarkan data diperoleh dari penelitian yang telah dilakukan sebelumnya, ditemukan bahwa status perkawinan seseorang mempengaruhi kualitas tidur dari individu tersebut. Data yang ditemukan yaitu lansia dengan status perkawinan lajang, telah bercerai ataupun berpisah dengan pasangan hidupnya karena kematian mengalami kualitas tidur yang lebih buruk dibandingkan dengan lansia yang masih berpasangan.

C. Tinjauan Umum tentang Lansia

1. Definisi Usia Lanjut

Usia lanjut adalah bagian dari proses tumbuh kembang. Manusia tidak secara tiba-tiba menjadi tua, tetapi berkembang dari bayi, anak-anak, dewasa dan akhirnya menjadi tua. Hal ini normal, dengan perubahan fisik dengan tingkah laku yang dapat diramalkan yang terjadi pada semua orang pada saat mereka mencapai usia tahap perkembangan kronologis tertentu (Lilik, 2011).

Usia lanjut adalah seseorang yang mencapai umur 55 tahun, tidak mempunyai atau tidak berdaya mencari nafkah sendiri untuk keperluan hidupnya sehari-hari dan menerima nafkah dari orang lain (menurut UU No. 4 Tahun 1965 pasal pertama).

Menurut Dra. Ny. Jos Masdani (Psiikolgi UI) mengatakan usia lanjut merupakan kelanjutan dari usia dewasa. Kedewasaan dapat dibagi menjadi empat yaitu fase iufentus (25-40 tahun), fase fertilitas (40-50 tahun), fase presenium (55-65 tahun), fase senium (66-tutup usia).

Berdasarkan defenisi diatas maka peneliti dapat menyimpulkan usia lanjut adalah suatu proses tumbuh kembang dimana seseorang telah mencapai usia 55 tahun dan mengalami penurunan kemampuan tubuh.

2. Batasan batasan Usia Lanjut

Usia yang dijadikan patokan untuk usia lanjut berbeda-beda, umumnya berkisar antara 60-65 tahun (Padila, 2013). Menurut oragnisasi kesehatan dunia (WHO) ada empat tahapan yaitu:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun.
- b. Usia lanjut (*elderly*) usia 60-74 tahun.
- c. Usia lanjut tua (*old*) usia 75-90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old*) usia di atas 90 tahun.

Menurut Prof. DR. Koesoemanto Setyoenegoro, SpKJ dikutip oleh Padila (2013), usia lanjut dikelompokkan sebagai berikut:

- a. Usia dewasa muda (elderly adulthood) usia 18-25 tahun.
- b. Usia dewasa penuh (Middle years atau maturitas) usia 25-60 tahun.
- c. Usia lanjut (geriatric age) usia $\geq 65/75$ tahun, terbagi :
 - 1) Usia 70-75 tahun (young old)
 - 2) Usia 76-80 tahun (old)
 - 3) Usia lebih dari 80 tahun (very old)

3. Teori teori Proses Menua

Menurut Sheiera Saul secara individual tahap proses menua terjadi pada orang dengan usia berbeda-beda. Masing-masing lanjut usia mempunyai kebiasaan yang berbeda sehingga tidak ada satu faktor pun ditemukan untuk mencegah proses menua. Teori-teori itu dapat digolongkan dalam dua kelompok (dalam Muhith dan Siyoto, 2016), yaitu:

a. Teori Biologis

Teori biologi adalah ilmu alam yang mempelajari kehidupan dan organisme hidup, termasuk struktur, fungsi, pertumbuhan, evolusi, persebaran, dan taksonominya. Ada beberapa maca teori biologis, diantaranya sebagai berikut:

1) Teori Genetik dan Mutasi (*somatic mutatie theory*)

Menurut Hayflick menua telah terprogram secara genetik untuk spesies-spesies tertentu. Menua terjadi sebagai akibat dari perubahan biokimia yang diprogram oleh molekul-molekul atau DNA dan setiap sel pada saatnya akan mengalami mutasi. Sebagai contoh yang khas adalah mutasi dari sel-sel kelamin (terjadi penurunan

kemampuan fungsional sel) (dalam Muhith dan Siyoto, 2016).

2) Teori Interaksi Seluler

Menurut Berger (1994) bahwa sel-sel yang saling berinteraksi satu sama lain dan mempengaruhi keadaan tubuh akan baik-baik saja selama sel-sel masih berfungsi dalam suatu harmoni.

3) Teori Penurunan Sistem Imun Tubuh (*Auto-Immune Theory*)

Mutasi yang berulang dapat menyebabkan berkurangnya sistem imun tubuh mengenali dirinya sendiri (*self recognition*). Jika mutasi yang merusak membran sel, akan menyebabkan sistem imun tidak mengenalinya sehingga merusaknya. Hal inilah yang mendasari peningkatan penyakit autoimun pada usia lanjut (Goldstein, 1989). Dalam proses metabolisme tubuh, diproduksi suatu zat khusus. Ada jaringan tubuh tertentu yang tidak tertahan terhadap zat tersebut sehingga tubuh muda sakit. Sebagai contoh terhadap contoh, tambahan kelenjar timus yang pada usia dewasa berinvolusi dan dapat terjadi kelainan sistem imun (H. Wahjudi Nugroho, B.SC., SKM, 2014).

4) Teori Radikal Bebas (*free radical theory*).

Teori ini dikemukakan oleh Critiansen dan Grzybowski (1993), yang menyatakan bahwa penuaan disebabkan akumulasi kerusakan irreversible akibat senyawa pengoksidan. Radikal bebas adalah produk metabolisme selular yang merupakan bagian molekul yang sangat reaktif. Molekul ini mempunyai muatan ekstraselular yang kuat dapat menciptakan reaksi dengan protein, mengubah bentuk dan sifatnya.

5) Teori Sosial

Salah satu teori sosial yang berkenaan dengan proses penuaan adalah teori pembebasan (*disengagement teori*). Teori ini membahas putusanya pergaulan atau hubungan dengan masyarakat dan kemunduran individu dengan individu lainnya. Keadaan ini dapat menyebabkan interaksi sosial lansia menurun. Baik secara kualitatif maupun kuantitasnya sehingga sering terjadi kehilangan ganda yaitu:

- a) Kehilangan peran
- b) Hambatan kontak fisik
- c) Berkurangnya komitmen (H.Wahjudi Nugroho, B.Sc., SKM).

b. Teori psikologi

1) Aktivitas atau kegiatan (*activity theory*)

Seserorang di masa mudanya aktif dan terus memelihara keaktifannya setelah menua. *Sense of integrity* yang dibangun dimasa mudanya tetap terpelihara sampai tua. Teori ini menyatakan bahwa pada lanjut usia yang sukses adalah mereka yang aktif dan ikut banyak dalam kegiatan sosial (Azizah, 2011).

2) Kepribadian berlanjut (*continuity theory*)

Dasar kepribadian atau tingkah laku tidak berubah pada lanjut usia. Identitas pada lansia yang sudah mantap memudahkan dalam memelihara hubungan dengan msayrakat, melibatkan diri dengan masalah di masyarakat, keluarga dan hubungan interpersonal (Azizah, 2011).

3) Teori Pembebasan (*Disengagement theory*)

Teori ini menyatakan bahwa dengan bertambahnya usia, seseorang secara pelan tetapi pasti mulai melepas diri

dari kehidupan sosialnya atau menarik diri pergaulan sekitarnya (Azizah, 2011).

4. Perubahan-Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia

Semakin bertambah umurnya manusia, terjadi proses penuaan secara degeneratif yang akan berdampak pada perubahan-perubahan pada diri manusia, tidak hanya perubahan fisik, tetapi juga kognitif, perasaan, sosial dan seksual (Azizah, 2011).

a. Perubahan Fisik

1) Sistem Indra

Sistem pendengaran ; prebiakusis (gangguan pada pendengaran) oleh karena hilangnya kemampuan (daya) pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit di mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas 60 Tahun.

2) Sistem Integumen

Pada lansia kulit mengalami atropi, kendur, tidak elastis kering dan berkrut. Kulit akan kekurangan cairan sehingga menjadi tipis dan berbercak. Kekeringan kulit disebabkan atropi glandula sebacea dan glandula sudoritera, timbul pigmen berwarna coklat pada kulit dikenal dengan *liver spot*.

3) Sistem Muskuloskletal

Perubahan sistem muskuloskletal pada lansia antara lain sebagai berikut: jaringan penghubung (kolagen dan elastin). Kolagen sebagai pendukung utama kulit, tendon, tulang, kartilago dan jaringan pengikat mengalami perubahan menjadi bentangan yang tidak teratur.

4) Kartilago

Jaringan kartilago pada persendian lunak dan mengalami granulasi dan akhirnya permukaan sendi menjadi rata, kemudian kemampuan kartilago untuk regenerasi berkurang dan degenerasi yang terjadi cenderung ke arah progresif, konsekuensinya kartilago pada persendian menjadi rentat terhadap gesekan.

5) Tulang

Berkurangnya kepadatan tulang setelah diobservasi adalah bagian dari penuaan fisiologis akan mengakibatkan osteoporosis lebih lanjut mengakibatkan nyeri, deformitas dan fraktur.

6) Otot

Perubahan struktur otot pada penuaan secara bervariasi, penurunan jumlah dan ukuran serat otot, peningkatan jaringan penghubung dengan jaringan lemak pada otot mengakibatkan efek negatif. Pada lansia, jaringan ikat sekitar sendi seperti tendon, ligamen dan fasia mengalami penuaan elastisitas.

b. Sistem kardiovaskuler dan respirasi

Perubahan sistem kardiovaskuler dan respirasi mencakup:

1) Sistem kardiovaskuler

Masa jantung bertambah, ventrikel kiri mengalami hipertrofi dan kemampuan peregangan jantung berkurang karena perubahan pada jaringan ikat dan penumpukan *lipofusin* dan klasifikasi *sanude* dan jaringan konduksi berubah menjadi jaringan ikat.

2) Sistem respirasi

Pada penuaan terjadi perubahan jaringan ikat paru, kapasitas total paru tetapi volume cadangan paru bertambah untuk mengompensasi kenaikan ruang paru,

udara yang mengalir ke paru berkurang. Perubahan pada otot, kartilago dan sendi torax mengakibatkan gerakan pernapasan terganggu dan kemampuan peregangan torax berkurang.

3) Pencernaan dan metabolisme

Perubahan yang terjadi pada sistem pencernaan, seperti penurunan produksi sebagai kemunduran fungsi yang nyata: kehilangan gigi, indra pengecap menurun, rasa lapar menurun, liver makin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, berkurangnya aliran darah.

4) Sistem perkemihan

Pada sistem perkemihan terjadi perubahan yang signifikan. Banyak fungsi yang mengalami kemunduran, contohnya laju filtrasi, ekskresi dan reabsorpsi oleh ginjal.

5) Sistem saraf

Sistem susunan saraf mengalami perubahan anatomi dan atropi yang progresif pada serabut saraf lansia. Lansia mengalami penurunan koordinasi dan kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari.

6) Sistem reproduksi

Perubahan sistem reproduksi lansia ditandai dengan mengecilnya ovarium dan uterus. Terjadinya atropi payudara. Pada laki-laki testis masih dapat memproduksi *spermatozoa*, meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.

c. Perubahan kognitif

- 1) Memory (*daya ingat*)
- 2) IQ (*Intelligent Quocient*)
- 3) Kemampuan belajar (*Learning*)
- 4) Kemampuan pemahaman (*Comprehension*)
- 5) Pemecahan masalah (*Problem Solving*)

6) Pengambilan keputusan (*Decission Making*)

7) Kebijaksanaan (*Wisdom*)

8) Kinerja (*Performance*)

9) Motivasi

d. Perubahan Spiritual

Maslow mengemukakan agama atau kepercayaan makin berintegrasi dalam kehidupan lansia (dalam Silvanasari, 2012) menyatakan bahwa lansia semakin teratur dalam menjalankan rutinitas kegiatan keagamaannya sehari-hari. Lansia juga cenderung tidak terlalu takut terhadap konsep dan realitas kematian.

e. Perubahan Psikososial

Menurut Budi Darmojo dan Martono perubahan psikososial yang dialami oleh lansia, yaitu masa pensiun, perubahan aspek kepribadian, dan perubahan dalam peran sosial di masyarakat. Pensiun adalah tahap kehidupan yang di cirikan oleh adanya transisi dan perubahan peran yang menyebabkan stres psikososial. Hilangnya kontak sosial dari area pekerjaan membuat lansia pensiunan merasakan kekosongan (dalam Silvanasari, 2012).

f. Penurunan Fungsi dan Potensi Seksual

Penurunan fungsi dan potensi seksual pada lansia sering kali berhubungan dengan berbagai gangguan fisik. Menurut Kunjoro (2002), faktor psikologis yang menyertai lansia berkaitan dengan seksualitas, yaitu : rasa tabuh atau malu bila mempertahankan kehidupan seksual pada lansia.

5. Tugas Perkembangan Lansia

Duvall menyatakan bahwa lansia memiliki tugas perkembangan khusus yang terdiri dari tujuh kategori (dalam Silvanasari, 2012), yaitu:

- a. Menyesuaikan terhadap penurunan kekuatan fisik dan kesehatan.
- b. Menyesuaikan terhadap masa pensiun dan penurunan pendapatan.
- c. Menyesuiakan terhadap kematian pasangan.
- d. Menerima diri sendiri sebgai individu lansia.
- e. Mempertahankan kepuasan pengaturan hidup.
- f. Mendefinisikan ulang hubungan dengan anak yang dewasa.
- g. Menentukan cara untuk mempertahankan kualitas hidup.

Dengan mengetahui perkembangannya, lansia diharapkan mampu menyesuaikan diri dengan menurunnya kekuatan dan kesehatan secara bertahap (Azizah dalam Silvanasari, 2012).

D. Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia

Berdasarkan penelitian yang dilakukan sebelumnya oleh Raup Sutrianto (2016) dengan judul penelitian “ Hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur Lansia di UPT Pati Soisal Thresna Wherdha Mulia Dharma Kubu Raya. Data yang didapatkan dari hasil hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur lansia diperoleh dari hasil uji fisher dengan program software komputer dengan nilai $\alpha=5\%$ atau tingkat kepercayaan 5 %, nilai $p=0,04$ sehingga nilai $p<0,05$, yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima maka dapat ditarik kesimpulan bahwa ada hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di UPT Panti Sosial Thresna Werdah Mulia Dharma Kubu Raya. Penelitian ini mendukung teori yang dikemukakan oleh Koizer, et al, (2011) yang menyatakan bahwa kualitas tidur bisa dipengaruhi oleh faktor depresi. Semakin berat tingkat depresi yang dialami oleh lansia, maka lansia tersebut akan semakin menurun kualitas tidurnya yang kemudian menjadikan

tidur lansia tersebut tidak nyenyak dan mengalami kualitas tidur yang buruk.

Adapun penelitian yang dilakukan oleh (Sri Aminingsih. Dkk, 2014) dengan judul penelitian “ Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia Di Dusun Semenharjo Suruhkalang Jaten” mendapatkan hasil penelitian didapatkan hasil $P=0,000$ sehingga $P<0,05$ yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima, sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa ada Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia Di Dusun Semenharjo Suruhkalang Jaten.

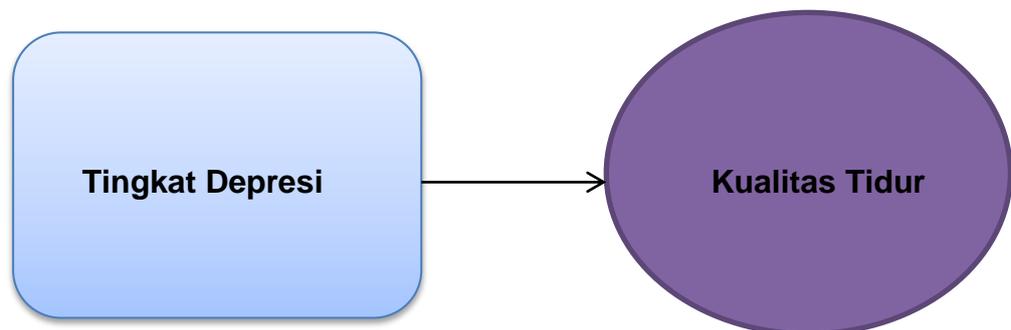
Penelitian yang dilakukan oleh (Ria Setiawati. Dkk, 2017) menemukan hasil penelitian menunjukkan tingkat depresi ringan paling banyak mengalami kualitas tidur buruk sebanyak 18 responden (38,3%). Hasil uji Kendall- Tau diperoleh nilai signifikan P-value sebesar 0,031 ($p\text{-value}<0,05$). Variabel bebas adalah tingkat depresi dan variabel terikat adalah kualitas tidur. Kesimpulan: ada Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia Dibalai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Unit Budi Luhur Kasongan Bantul Yogyakarta.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

A. Kerangka Konseptual

Depresi merupakan salah satu gangguan mental yang banyak dijumpai pada lansia akibat proses penuaan. Depresi pada lansia merupakan suatu masa terganggunya fungsi pada lansia yang berkaitan dengan alam perasaan sedih dan gejala penyertanya, termasuk perubahan pada pola tidur dan nafsu makan, psikomotor, konsentrasi, kelelahan, rasa putus asa dan tidak berdaya. Salah satu perubahan yang paling menonjol pada lansia yang mengalami depresi adalah menurunnya kualitas tidur pada lansia.



Keterangan :

 : Variabel Independen

 : Variabel Dependen

 :GarisPenghubung

B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang dapat dirumuskan adalah ada hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-pare.

C. Defenisi Operasional

3.1 Tabel Operasional

No	Variabel	Defenisi operasional	Parameter	Cara ukur	Skala	Skor
1.	Tingkat depresi	Derajat gangguan alam perasaan ditandai dengan perubahan emosional.	<ol style="list-style-type: none">1. Gejala emosional2. Gejala kognitif3. Gejala motivasi4. Gejala fisik	Kuisisioner	Ordinal	Tidak ada depresi jika skor <17 Depresi ringan jika skor 18-24 Depresi sedang jika skor 25-34 Depresi berat jika skor 35-51 Depresi berat sekali jika skor 52-68
2.	Kualitas tidur	Kualitas tidur adalah suatu keadaan dimana tidur yang dijalani seorang individu menghasilkan kesegaran dan kebugaran ketika terbangun.	<ol style="list-style-type: none">1. Waktu tidur2. Kepuasan tidur3. Frekuensi terbangun4. Kedalaman tidur5. Perasaan	Kuisisioner	Ordinal	Baik: jika total skor jawaban responden 6-8 Cukup: jika total skor

			setelah bangun 6. nyenyak			jawaban responden 3-5 Kurang : Jika total skor jawaban responden 0-2
--	--	--	------------------------------	--	--	---

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-pare, maka jenis rancangan yang digunakan oleh peneliti dalam penelitian ini adalah *observasional analitik* yang bertujuan untuk melihat hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia dengan menggunakan pendekatan *cross sectional* karena pengukuran variabel independen dan dependen hanya dilakukan satu kali dan dalam waktu yang bersamaan.

B. Tempat Dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Tempat penelitian adalah Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Jl. Jendral Sudirman, Bacukiki Bar, Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan . Alasan peneliti memilih lokasi ini karena Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu tersebut merupakan salah satu panti sosial terbesar yang ada di Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan, selain itu juga memiliki jumlah lansia yang cukup banyak dan lokasinya mudah di jangkau oleh peneliti.

2. Waktu penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan pada 28 Januari-9 februari 2019.

C. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua lansia pada Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare yang berjumlah 68 orang.

2. Sampel

Sampel di penelitian ini terdiri dari populasi Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare, metode sampling yang digunakan adalah *probability sampling* yaitu setiap subjek dalam populasi penelitian memiliki kesempatan yang sama untuk terpilih dan tidak terpilih sebagai sampel dalam penelitian, dengan menggunakan teknik *simple random sampling* yaitu. Cara pengambilan sampel yang dilakukan secara acak tanpa memperhatikan strata yang ada dalam anggota populasi, sehingga setiap anggota populasi memiliki kesempatan yang sama besar untuk dipilih sebagai sampel dalam penelitian. Sampel yang peneliti gunakan sebanyak 30 orang lansia. Dalam hal ini peneliti mengambil sampel lansia dengan kriteria sebagai berikut :

a) Kriteria inklusi

- 1) Lansia yang bersedia menjadi responden
- 2) Lansia yang berada ditempat

b) Kriteria eksklusi

- 1) Lansia yang mengalami penurunan kesadaran
- 2) Lansia yang mengalami gangguan jiwa

D. Instrumen penelitian

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan kuesioner. Penggunaan kuesioner pada penelitian ini untuk mengetahui variabel independen (tingkat depresi) dengan variabel dependen (kualitas tidur) pada lansia. Kuesioner yang digunakan dalam

penelitian ini terdiri dari 3 bagian yaitu data demografi responden (bagian A), kuesioner tingkat depresi (bagian B) dan Kuesioner kualitas tidur (bagian C).

Data demografi bagian A untuk mengetahui karakteristik responden meliputi nama (inisial), umur, jenis kelamin, pendidikan, dan alamat. Kuesioner bagian B adalah kuesioner untuk mengukur tingkat depresi yaitu berisi 17 pertanyaan tertutup dengan bentuk *checklist*, yang dikutip dari kuesioner (HRS-D) *Hamilton Rating Scale for Deperssion*. Dari setiap pertanyaan terdapat jawaban yang telah disediakan. Masing-masing jawaban dari setiap pertanyaan diberi penilaian angka (skore) antara 0-4, yang artinya adalah nilai (0=tidak ada depresi), (1=gejala depresi ringan), (2=gejala depresi sedang), (3=gejala depresi berat), (4=gejala depresi sangat berat). Contohnya pada pertanyaan nomor satu jika responden men*checklist* jawaban bagian (a) maka dikatakan responden tidak ada gejala depresi. Masing-masing nilai angka (skore) dari ke 17 kelompok gejala tersebut dijumlahkan dan dari hasil penjumlahan itu dapat diketahui derajat depresi seseorang, yaitu: total nilai skore tidak ada depresi jika skor (<17), Depresi Ringan: jika skor jawaban responden (18-24), Depresi sedang: jika skor jawaban responden (25-34), Depresi berat: jika skor jawaban responden (35-51) dan Depresi sangat berat: jika skor jawaban responeden (52-68).

Sedangkan kuesioner bagian C adalah kuesioner untuk mengukur variabel dependen yaitu kualitas tidur dengan menggunakan kuesioner kualitas tidur baku PSQI (*Pittsburgh Sleep Quality Index*) (Shodikin, 2015). Yang mana dengan 7 pertanyaan tertutup dengan bentuk *checklist*. Nilai tertinggi pertanyaan adalah 1 dan terendah 0. Dari jawaban responden maka akan ditentukan kualitas tidurnya. Dikatakan Baik: jika total skor jawaban responden (6-8), cukup: jika total skor jawaban responden (3-5) dan kurang:

jika total skor jawaban responden (0-2). Semua variable dalam penelitian ini menggunakan tipe skala pengukuran berupa skala ordinal.

E. Pengumpulan data

Data dalam penelitian ini dikumpulkan melalui beberapa prosedur, dimana sebelum melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada pihak Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan. Setelah mendapatkan persetujuan barulah melakukan penelitian, dengan memperhatikan beberapa etika:

1. Informed consent

Lembaran persetujuan yang diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi dan disertai jadwal penelitian dan manfaat penelitian. Jika responden bersedia maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan. Jika responden tidak bersedia, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak klien.

2. Anonymity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan maka peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembaran observasi tetapi hanya menuliskan initial atau kode.

3. Confidentially (kerahasiaan)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian. Data yang telah dikumpulkan disimpan dan hanya dapat diakses oleh peneliti dan pembimbing.

Data-data yang dikumpulkan berupa:

a. Data primer

Data primer adalah data yang diambil secara langsung dari objek yang akan diteliti.

b. Data sekunder

Data sekunder adalah data yang diambil dengan cara menelusuri dan menelaah literature yang diperoleh dari Panti Sosial Thresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-pare Sulawesi Selatan.

F. Pengolahan dan penyajian data

Prosedur pengolahan data yang dilakukan adalah sebagai berikut :

1. *Editing*

Proses editing dilakukan setelah data terkumpul dengan memeriksa kelengkapan data, kesinambungan data dan memeriksa keseragaman data.

2. *Coding*

Dilakukan untuk memudahkan pengolahan data yaitu memberikan symbol dari setiap kuisisioner yang telah diisi oleh responden.

3. *Entry data*

Dilakukan dengan memasukkan data kedalam computer menggunakan aplikasi komputer dalam bentuk master data.

4. *Tabulating*

Data diolah dalam bentuk table yaitu distribusi hubungan antara variabel independen dan variabel dependen. Data yang digunakan adalah betul table.

G. Analisa data

Data yang terkumpul dari kuisioner kemudian dimasukkan dalam komputer untuk dianalisis dengan menggunakan metode statistik yaitu dengan aplikasi SPSS (*Statistic Product And Service Solutions*)

Teknik analisa data dilakukan melalui metode berikut :

1. Analisis univariat

Analisis univariat dilakukan terhadap setiap variabel dari hasil penelitian. Analisis ini menghasilkan distribusi frekuensi dan presentasi dari tiap variabel yang diteliti. Terdiri dari analisis tingkat depresi, dan analisis kualitas tidur.

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat dilakukan untuk melihat hubungan variabel independen yaitu tingkat depresi dan dependennya yaitu kualitas tidur pada lansia yang disajikan dengan teknik analisis menggunakan uji statistic non parametrik yaitu chi-square, dengan tingkat kemaknaan 5% ($\alpha = 0,05$) atau tingkat kepercayaannya 95% dengan tingkat kemaknaan:

- a. Jika nilai $p < \alpha$ maka, ada hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan.
- b. Jika nilai $p \geq \alpha$ maka, tidak ada hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdah Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan. Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 28 Januari sampai 9 Februari 2019. Teknik pengambilan sampel menggunakan teknik *simple random sampling* dengan jumlah sampel yang didapatkan pada saat penelitian sebanyak 30 responden. Pengumpulan data menggunakan kuesioner *Tingkat Depresi* dengan 17 pertanyaan dan kuesioner *Kualitas Tidur* dengan 7 pertanyaan.

Pengolahan data dengan menggunakan computer program *SPSS for windows versi 24,0*. selanjutnya data dianalisis dengan menggunakan uji statistik *chi-square*. Adapun ketentuan terhadap penerimaan uji adalah apabila $p < \alpha$ maka hipotesis alternatif (H_a) diterima dan hipotesis nol (H_0) ditolak.

2. Gambaran umum lokasi penelitian

Pada tahun 1980 pemerintah kota Pare-Pare mengadakan pertemuan dengan para lanjut usia yang ada di kota Pare-Pare dan sekitarnya, dengan melihat jumlah populasi lanjut usia yang hadir pada saat itu sangat banyak, maka pemerintah kota Pare-Pare dengan kantor Departemen Sosial Provinsi Sulawesi Selatan serta Departemen Sosial Republik Indonesia membentuk sebuah wadah untuk menampung para lanjut usia.

Perkembangan wadah tersebut mulai dirintis pada tahun 1980-1981 sesuai dengan surat keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia No. HUK 3.5-50/107 tahun 1971 tentang

pemberian bantuan penghidupan orang jompo terlantar. Adapun peresmiannya diadakan pada tanggal 25 Agustus 1983 oleh Menteri Sosial dengan nama “ *Sasana Tresna Werdha Pare-Pare*” atau tempat pembinaan/penyantunan (lembaga sosial) yang memberikan pelayanan kesejahteraan sosial kepada lanjut usia yang dilandasi oleh cinta, kasih dan rasa sayang. Adapun visi dan misi Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare sebagai berikut:

a. Visi

Menjadikan UPTD PPSLU Mappakasunggu Pare-Pare terbaik dalam pelayanan sosial lanjut usia.

b. Misi

- 1.) Memberikan pelayanan sosial yang professional yang bermutu
- 2.) Mengaktifkan bimbingan dan penyuluhan perorangan bagi binaan lanjut usia.
- 3.) Menjalin koordinasi yang baik terhadap pihak-pihak terkait (*stakeholder*)

3. Karakteristik Responden

a. Berdasarkan umur

Tabel 5.1
Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur di
Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota
Pare-Pare

Umur (Tahun)	Frekuensi	Presentase (%)
60-70	11	36,7
71-80	11	36,7
81-90	5	16,6
91-102	3	10,0
Total	30	100,0

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare, diperoleh data jumlah responden terbanyak pada usia 60-70 dan 71-80 yaitu 11 (36,7%) responden, pada usia 81-90 tahun sebanyak 5 (16,6%) responden dan jumlah responden terkecil berada pada usia 91-102 yaitu 3 (10,0%).

b. Berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.2
Disitribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Panti
Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota
Pare-pare

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)
Laki-laki	11	36,7
Perempuan	19	63,3
Total	30	100,0

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden, diperoleh data jumlah responden terbanyak yaitu Perempuan, dengan 19 (63,3%) responden dan jumlah responden terkecil yaitu laki-laki, dengan 11 (36,7%) responden.

c. Berdasarkan pendidikan

Tabel 5.3
Distribusi responden berdasarkan pendidikan di Panti Sosial
Tresna Werdha Mappakasunggu Kota
Pare-pare

Pendidikan	Frekuensi	Presentase (%)
Tidak Sekolah	8	26,7
SD	15	50,0
SMP	4	13,3
SMA	3	10,0
Total	30	100,0

Sumber: Data Primer 2019

Didapatkan hasil distribusi tingkat pendidikan, bahwa jumlah responden terbanyak berada pada tingkat pendidikan tidak sekolah sebanyak 8 (26,7%) responden, SD yaitu sebanyak 15 (50,0%) responden, SMP sebanyak 4 (13,3%) responden dan sebagian responden berada pada tingkat pendidikan SMA yaitu, 3 (10,0%).

4. Analisa Univariat

a. Tingkat Depresi

Tabel 5.4
Distribusi frekuensi responden berdasarkan tingkat depresi di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare

Tingkat Depresi	Frekuensi	Presentase (%)
Tidak ada depresi	11	36,7
Depresi ringan	7	23,3
Depresi sedang	8	26,7
Depresi Berat	4	13,3
Total	30	100,0

Sumber: Data Primer 2019

Berdasarkan penelitian didapatkan bahwa dari 30 responden diperoleh data dengan kategori tidak ada depresi 11 responden (36,7%), depresi ringan 7 responden (23,3%), depresi sedang 8 responden (26,7%) dan tingkat depresi berat 4 responden (13,3%).

b. Kualitas Tidur

Table 5.5
Distribusi responden berdasarkan kualitas tidur di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare

Kualitas Tidur	Frekuensi	Presentase (%)
Baik	1	3,3
Cukup	17	56,7
Kurang	12	40,0
Total	30	100,0

Sumber: Data Primer 2019

Dari hasil penelitian, menunjukkan bahwa dari 30 responden, sebagian besar responden mempunyai kualitas tidur cukup. Berdasarkan data yang diperoleh, ada 17 responden (56,7%) mempunyai kualitas tidur yang cukup dan 1 responden (3,3%) mempunyai kualitas tidur baik.

5. Analisa Bivariat

Tabel 5.6

Analisa hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare

		Kualitas Tidur						P
		Baik		Kurang		Total		
		F	%	F	%	N	F	
Tingkat Depresi	Tidak ada depresi+depresi ringan	18	60,0	0	0,0	18	60,0	0,000
	Depresi sedang+berat+berat sekali	0	0,0	12	40,0	12	40,0	
	Total	18	60,0	12	40,0	30	100,0	

Sumber: Data Primer 2019

Dalam penelitian ini, analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan yang dilaksanakan pada tanggal 28 januari-9 februari 2019.

Berdasarkan hasil statistik dengan menggunakan uji *chi-square* dengan tabel 5x3 didapatkan 11 cells (91,7%) yang dimana nilai *expected count*-nya kurang dari 5 (50%). Hal ini menunjukkan bahwa syarat uji *chi-square* tidak terpenuhi dimana nilai *expected count* kurang dari 5 lebih

dari 20% (<5 dan >20%) cells. Kemudian dilakukan uji alternative *penggabungan sel* yaitu penggabungan dua variabel, dimana pada variabel independen terdapat 5 kategori yang diubah menjadi 2 kategori dan variabel dependen yang 3 kategori diubah menjadi 2 kategori, sehingga tabel 5x3 digabung menjadi tabel 2x2 yang kemudian akan diuji kembali dengan menggunakan uji *chi-square* dan diperoleh nilai $p=0,000$ dimana nilai $\alpha=0,05$ sehingga $p < \alpha$. Hal ini menunjukkan bahwa hipotesis nol (H_0) ditolak dan hipotesis alternatif (H_a) diterima yang artinya bahwa ada hubungan antara tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-pare Sulawesi Selatan pada 30 responden diperoleh data yaitu 18 (60,0%) responden menunjukkan tingkat depresi dengan kategori depresi ringan memiliki kualitas tidur baik. Hasil penelitian diatas didukung dengan hasil penelitian Mayasari (2013) yang menyatakan bahwa individu yang mengalami depresi ringan tidak menunjukkan gejala berat, dan hanya sedikit mengalami kesulitan tidur, pekerjaan, dan kegiatan sosial. Seseorang dengan kategori depresi ringan diharapkan lebih mampu mengontrol segala aktivitasnya karena gejala yang dialaminya hanya sedikit bahkan tidak menunjukkan gejala apapun dalam melakukan pekerjaan dan aktifitas termasuk kualitas tidurnya. Menurut Hendry Irawan (2013), depresi merupakan salah satu gangguan mental yang banyak di jumpai pada lansia akibat proses penuaan. sejalan dengan itu, Kusumanto

dalam Febriana (2016) berpendapat bahwa depresi ringan bersifat sementara, alamiah, adanya rasa pedih perubahan proses pikir komunikasi sosial dan rasa tidak nyaman.

Khasanah (2012) mengungkapkan bahwa kualitas tidur adalah suatu keadaan dimana tidur yang dijalani seseorang individu mengashilkan kesegaran dan kebugaran disaat terbangun. Hal ini didukung oleh Hidayat dan Ulyah (2015) menyatakan bahwa kebutuhan tidur terus menurun, cukup 7 jam perhari dan jika telah mencapai tahap lansia yaitu 60 tahun ke atas kebutuhan tidur cukup 6 jam perhari.

Menurut asumsi peneliti responden yang memiliki tingkat depresi dengan kategori depresi ringan memiliki kualitas tidur yang baik hal ini menunjukkan bahwa individu yang mengalami depresi ringan tidak menunjukkan gejala yang berat sehingga individu mampu mengontrol alam perasaan, kegiatan dan aktivitas yang dilakukan termasuk kualitas tidurnya.

Dari hasil penelitian ini pula diperoleh data 12 (40,0%) responden menunjukkan tingkat depresi dengan kategori depresi berat memiliki kualitas tidur kurang. Hasil penelitian ini di dukung dengan hasil penelitian-penelitian sebelumnya. Seperti penelitian yang dilakukan oleh Ria Setiawati (2012) menunjukkan bahwa lansia dengan depresi berat efisiensi tidur yang lebih rendah, kualitas tidur yang buruk, dan masalah tidur dibandingkan dengan lansia yang mengalami depresi ringan. Lansia yang mengalami depresi berat akan mengalami penurunan kualitas tidur. Tidur yang buruk juga berhubungan dengan meningkatnya gejala depresi tetapi hanya pada gejala fungsionalnya seperti penurunan konsentrasi dan bukan alam perasaannya misalnya sedih. Penelitian ini didukung oleh teori yang dikemukakan oleh Koizer, et al dalam Raup Sutrianto (2016) yang menyatakan bahwa kualitas tidur bisa

dipengaruhi oleh faktor depresi. Semakin berat tingkat depresi yang dialami oleh lansia, maka lansia tersebut akan semakin menurun kualitas tidurnya yang kemudian menjadikan tidur lansia tersebut tidak nyenyak dan mengalami kualitas tidur yang buruk.

Kusumanto (2016) menambahkan bahwa individu yang mengalami depresi berat biasanya ditandai dengan gangguan afek yaitu pandangan kosong, perasaan hampa, murung, inisiatif berkurang dan gangguan proses pikir. Pada sensasi somatik dan aktivitas motorik : individu biasanya diam dalam waktu lama, tiba-tiba hiperaktif, kurang merawat diri, tak mau makan dan minum, menarik diri, dan tidak peduli dengan lingkungan.

Sejalan dengan itu, Milkhatun (2017) Menambahkan bahwa lansia yang mengalami masalah psikologis atau depresi (berat) seperti masalah pensiun, gangguan fisik, kematian orang yang dicintai, dan kehilangan keamanan, ekonomi mengakibatkan lansia sering mengalami masalah tidur (insomnia) dan penurunan kualitas tidur. Pernyataan di atas didukung dengan penelitian Aries Dirgayunita (2016) insomnia ataupun hypersomnia, gangguan tidur dan depresi biasanya cenderung muncul bersamaan. Kesulitan tidur dianggap sebagai gejala gangguan *mood*. Menurut asumsi peneliti, lansia yang mengalami depresi dengan kategori depresi berat akan mempengaruhi masalah tidur responden yaitu dapat mengurangi kualitas tidur.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti, diketahui bahwa setiap orang kadang-kadang mengalami perasaan sedih, tapi perasaan sedih ini bisa berlangsung lama atau berlangsung cepat. Banyak orang menggunakan kata depresi untuk menjelaskan perasaan tapi depresi lebih dari sekedar perasaan sedih. Beberapa orang yang mengalami depresi tidak mengalami rasa sedih tapi mengalami perasaan hampa, kekosongan, dan

apatis. Orang yang mengalami depresi biasanya suatu kejadian atau keadaan. Depresi merupakan masalah serius karena saat seseorang terkena depresi maka akan mengganggu kualitas tidur atau fisiologi tidur yang normal.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pengumpulan dan pengolahan data penelitian yang telah dilakukan terhadap 30 responden dari tanggal 28 Januari sampai 9 Februari 2019, maka disimpulkan bahwa:

1. Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare memiliki tingkat depresi yang dominan pada kategori tidak ada depresi.
2. Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare memiliki kualitas tidur yang dominan pada kategori cukup.
3. Ada hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dari hasil penelitian di atas, maka peneliti dapat memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Bagi Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare

Diharapkan petugas/pembina panti dapat mengenal tanda dan gejala depresi dengan kualitas tidur yang telah diteliti dan dapat membantu memecahkan masalah yang dialami lansia yaitu tingkat depresi dan kualitas tidur pada lansia.

2. Bagi Responden

Diharapkan lansia mampu memahami tentang dampak dari tingkat depresi terhadap kualitas tidur yang telah diteliti.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan pembelajaran dan referensi bagi kalangan yang akan melakukan penelitian lebih lanjut dengan topik yang berhubungan dengan judul penelitian kami.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan agar penelitian ini dapat dijadikan referensi dan hendaknya mengadakan penelitian dengan judul gambaran kualitas tidur lansia di rumah dan di panti.

DAFTAR PUSTAKA

- Bunga Anggraita, C. Y. (2017). *Di Posbindu Anyelir Kecamatan Cisarua Kabupaten Bandung Barat*, Vol III, No.2, 85-86.
- Bayu Rizky Riannisa, d. (2015). S.Kep. *Gambaran Tingkat Depresi Pada Lansia Di Kelurahan Babakan Sari Wilayah Kerja Puskesmas Babakan Sari Kota Bandung*, Vol III, No 1
- Chasanah, N. (2017). *Hubungan Kualitas Tidur Dengan Kualitas Hidup Pada Lansia Di Kelurahan Karangasem Kecamatan Laweyan Surakarta*, Vol 2, No 1
- Cahyana Witriya, d. (2016). *Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Pola Tidur Lansia Di Kelurahan Tlogomas Kota Malang*, Vol 1, No 2
- Chandra Isabella Hostanida Purba, d. (2010). *Pengaruh Dukungan Keluarga Terhadap Pencegahan Depresi Pada Lansia Wilayah Desa Campurejo Kecamatan Mojojoto Kediri*, Vol II No 1, 1 Januari-30 Juni 2010
- Darmawan, M. D. (2016). *Gambaran Tingkat Depresi Pada Lansia Yang Tinggal Di Panti Griya Sehat Bahagia Palur Karanganyar*, Vol 1, No 2 Hal. 2355-5459
- Dirgayunita, A. (2015) *Sekolah Tinggi Agama Islam Muhammadiyah Probolinggo. Depresi : Ciri, Penyebab Dan Penanganannya*, Volume 27, No 3. Desember 2015
- Ernawati, d. (2017). *Gambaran Kualitas Tidur Dan Gangguan Tidur Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Luhur Kota Jambi*, Vol 2, No 1
- Fepi Susilawati, d. (2015). *Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kejadian Depresi Pada Lansia Yang Tinggal Bersama Keluarga Di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Bumi II Lampung Utara*, Vol VIII No 2 Edisi Desember 2015
- Fitri Afifah Nurullah, d. (2015). *Hubungan Olahraga Rutin Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia Di Kecamatan Coblong Kota Bandung*. ISSN: 2460-657X, Hal 695-699

- Fatkhurroji, F. (2017). *Hubungan Senam Lansia Dengan Kualitas Tidur Lansia Di Posyandu Lestari Lansia Kelurahan Mojoreto Kecamatan Taman Kota Madiun*, Vol III, No 2. Februari 2017
- Febriana, E. (2016). *Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia Di RW 07 Kelurahan Lubuk Buaya Wilayah Kerja Puskesmas Lubuk Buaya Padang*, Vol 2, No. 3 April 2016
- Cahyana Witriya, N. W. (2016). *Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Pola Tidur Lansia Di Kelurahan Tlogomas Kota Malang*, Vol 1 No.2 , 191-192.
- Hanifa, A. (2016). *Hubungan Kualitas Tidur Dan Fungsi Kognitif Pada Lanjut Usia Di Panti Sosial Margaguna Jakarta Selatan*, Vol VII No 3. April 2016
- Havisa, R. (2014). *Hubungan Kualitas Tidur Dengan Tekanan Darah Pada Usia Lanjut Di Posyandu Lansia Dusun Jelapan Sindumartani Ngemplak Sleman Yogyakarta*, Vol 3. No 1, Hal 3-6
- Hidayat, H. A. (2016). *Hubungan Tingkat Stres Dengan Kualitas Tidur Lansia Di Dusun Joho Desa Condong Catur Depok Sleman* , Vol 2, No 1. 95-100
- Irawan, H. (2013). *Gangguan Depresi Pada Lanjut Usia* .CDK-210/Vol.40 No.11 Tahun 2013
- Kurniawati, V. (2013). *Kejadian Dan Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia Studi Perbandingan Di Panti Werdha Pemerintah Dan Panti Werdha Swasta. Jurnal Media Medika Muda Artikel Karya Tulis Ilmiah*, Vol 2. No 1, 70-80
- Khusnul Khasanah, d. (2012). *Kualitas Tidur Lansia Balai Rehabilitasi Sosial " Mandiri " Semarang*, Vol 1, No 1 Tahun 2012, 189 – 196
- Kurniawan, A. (2017). *Gambaran Tingkat Depresi Pada Lansia Di Dusun Bayuurip Seyegan Sleman Yogyakarta*, Vol. 2 No. 1 Maret 2017
- Luh Mea Tegawati, d. (2015) *Prodi Psikologi FK UNS. Pengaruh Senam Lansia Terhadap Penurunan Tingkat Depresi Pada Orang Lanjut Usia*, Vol 2. No.3 90-94

- Mayasari.T.W. (2013). *Gambaran Umum Depresi*, Vol 2.No 1, 12-16.Diakses tanggal 6 April 2016
- Milkhatun. (2017). *Hubungan Antara Depresi Dengan Insomnia Pada Lansia Di UPTD Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri* , Vol 5.No 1, 45-55.
- Meta Amelia Widya Saputri, d. (2011). *Hubungan Antara Dukungan Sosial Dengan Depresi Pada Lanjut Usia Yang Tinggal Di Panti Werdha Wening Wardoyo Jawa Tengah*, Vol. 9, No.1, April 2011
- Nurdianingrum, B. (2016). *Pengaruh Senam Lansia Terhadap Kualitas Tidur Pada Lansia*.Jurnal Kedokteran Diponegoro,Vol 5,No 4, Oktober 2016
- Priyoto. (2015). *Hubungan Depresi Dengan Kejadian Hipertensi Pada Lansia Di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Lanjut Usia Kecamatan Selosari Kabupaten Magetan*,Vol 1 No.2 67-70
- Relang Rizky Mulyadi, d. (2016). *Gambaran Tingkat Depresi Pada Lanjut Usia Di Panti Sosial Tresna Werdha Budi Mulia 01 Dan 03 Jakarta Timur*,Vol IV.No 2,50-55
- Raharja, E. A. (2013). *Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Kejadian Insomnia Pada Lanjut Usia Di Karang Werdha Semeru Jaya Kecamatan Sumpalsari Kabupaten Jember*,Vol 1.No 3,56-70
- Setiyorini, Y. (2014). *Hubungan Kualitas Tidur Dengan Tekanan Darah Pada Lansia Hipertensi*,Vol 2.No 1,95-100
- Setiawati, R. (2017). *Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia Di Balai Pelayanan Sosial Tresna Werdha Unit Budi LuhurKasongan Bantul Yogyakarta*, Vol III.No 1, 50-65.
- Saputri, A. R. (2017). *Hubungan Tingkat Stress, Kecemasan, Dan Depresi Pada Lansia Di Panti Dharul Ihsan Krueng Kale Darussalam Aceh*,Vol III.No 1,93-96
- Silvanasari, I. A. (2012). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Tidur Yang Buruk Pada Lansia Di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah*,Vol 4.No 2,100-104

- Siswoto Hadi Prayitno, d. (2012). *Hubungan Depresi Dengan Insiden Insomnia Pada Usia Lanjut Di Desa Sumberjaya Kecamatan Gambiran Kabupaten Bayuwangi*, Vol 2.No 1 54-60
- Sri Aminingsih, d. (2014). *Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia Di Dusun Semenharjo Suruhkalang Jaten*, Vol 2 No 1, Maret 2014
- Tania, E. (2016) Bagian Psikiatri FK Ukrida. *Depresi Pada Lansia Yang Menjadi Caregiver Pasien Pasca Stroke*, Vol 2 No 1 Edisi Januari 2016
- Tria Wahyuningrum, d. (2015). *Hubungan Tingkat Depresi Dengan Gangguan Tidur (Insomnia) Pada Lansia Di UPT Panti Werdha Mojopahit Kabupaten Mojokerto*, Vol 2.No.1 2303-1433
- Widyastuti, Y. (2015). *Hubungan Antara Kualitas Tidur Lansia Dengan Tingkat Kekambuhan Pada Pasien Hipertensi Di Klinik Dhanang Husada Sukoharjo*. Vol 1 No 3
- Widianingrum, S. (2016). *Gambaran Umum Karakteristik Lansia Dengan Depresi Di Panti Wilayah Kota Semarang*, Vol II.No.1,70-80

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Judul penelitian : Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur Pada
Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu
Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan.

Nama peneliti :

1. Ray Marcelino Lalo
2. Victor Ramos P. Lamawuran

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan dari peneliti tentang tujuan dari penelitian, dan bersedia secara sukarela tanpa paksaan dari siapapun untuk ikut berperan serta dalam penelitian yang berjudul "**Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan**" yang dilaksanakan oleh peneliti, dengan mengisi kuesioner yang diberikan.

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak membahayakan fisik maupun jiwa saya dan jawaban yang saya berikan terjamin kerahasiaannya serta berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan

Makassar, Januari 2019

(Tanda Tangan Responden)

**KUESIONER PENELITIAN HUBUNGAN TINGKAT DEPRESI DENGAN
KUALITAS TIDUR PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA
WERDHA MAPPAKASUNGGU KOTA PARE-PARE**

A. DATA DEMOGRAFI

Nama (initial) :
Umur :
Jenis kelamin :
Pendidikan :
Alamat :

B. KUESIONER TINGKAT DEPRESI

Petunjuk pengisian :

Bacalah beberapa pertanyaan dibawah ini, lalu pilihlah jawaban yang telah dipersiapkan dengan memberikan tanda *checklist* pada kolom yang tersedia sesuai dengan keadaan yang sebenarnya.

No.	Gejala Depresi	Chec klist
1.	Apakah anda merasa (sedih, putus asa, tak berdaya, tak berguna)?	
	a. Tidak pernah	
	b. Ya, saya dapat merasakannya jika ditanya	
	c. Ya, saya secara spontan dapat menyatakan rasa tersebut	
	d. Tanpa harus saya katakana, ekspresi, suara, dan semua tingkah laku saya sudah menunjukkan perasaan tersebut. Saya cenderung mudah menangis/ marah.	
	e. Saya selalu merasakan perasaan ini dengan jelas melalui kata-kata dan saya sering mengepresikannya.	

	Misalnya dengan cara menangis, marah dan lain-lain.	
2.	Apakah anda selalu merasa bersalah?	
	a. Tidak pernah	
	b. Ya. Saya sering menjadi penyebab dari masalah atau penderitaan orang lain.	
	c. Rasa bersalah sering timbul berulang-ulang dalam diri saya dan saya sering mengingat-ingat kesalahan masa lalu.	
	d. Saya merasa bersalah telah membuat orang lain sengsara, rasa ini menyiksa saya dan saya rasa inilah hukuman bagi saya.	
	e. Saya sering dikejar-kejar, dituduh bahkan sepertinya saya merasa akan dipenjara. Entah itu nyata atau hanya ada didalam pikiran saya.	
3.	Apakah anda selalu merasa bersalah?	
	a. Tidak pernah	
	b. Ya. Saya sering menjadi penyebab dari masalah atau penderitaan orang lain	
	c. Rasa bersalah sering timbul berulang-ulang dalam diri saya dan saya sering mengingat-ingat kesalahan masa lalu.	
	d. Saya merasa bersalah telah membuat orang lain sengsara, rasa ini menyiksa saya dan saya rasa inilah hukuman bagi saya.	
	e. Saya sering dikejar-kejar, dituduh bahkan sepertinya saya merasa akan dipenjara. Entah itu nyata atau hanya ada didalam pikiran saya.	
4.	Apakah anda pernah mengalami kesulitan tidur?	
	a. Tidak	
	b. Kadang-kadang setelah saya lebih dari ½ jam	

	membaringkan badan baru saya dapat tidur	
	c. Setiap malam saya selalu sulit tidur	
5.	Apakah anda sering bangun tengah malam secara tiba-tiba?	
	a. Tidak	
	b. Ya. Saya sering gelisah dan bangun malam-malam	
	c. Saya hamper tidak tidur sepanjang malam.	
6.	Apakah anda sering ada keluhan terbangun sangat awal?	
	a. Tidur saya wajar, tidak ada keluhan masalah bangun pagi	
	b. Ya. Saya sering terbangun pada waktu fajar tetapi tertidur lagi	
	c. Kalau saya bangun fajar, maka saya tidak dapat tidur lagi	
7.	Bagaimana dengan kebiasaan kerja dan kegiatan anda?	
	a. Baik-baik saja, semua lancar	
	b. Kadang saya merasa tidak mampu, letih dan lemah terutama didalam melakukan aktivitas kerja.	
	c. Saya tidak mempunyai gairah untuk melakukan aktivitas baik kerja maupun hoby.	
	d. Saya merasa aktivitas dan produktivitas saya baik ditempat kerja maupun dirumah berkurang.	
	e. Saya saat ini tidak dapat beraktivitas karena sakit yang saya alami.	
8.	Apakah anda termasuk pribadi yang lincah, energik dan pintar bicara?	
	a. Saya cukup bagus dalam berbicara, berfikir, dan bertingkah laku	
	b. Saya memiliki masalah didalam berbicara	
	c. Saya lambat/terlalu cepat berbicara	

	d. Saya tidak mudah diajak berbicara dan berinteraksi	
	e. Saya tidak dapat berkata-kata dan melakukan apapun	
9.	Apakah anda sering merasa gelisah?	
	a. Tidak	
	b. Sedikit	
	c. Saya sering memainkan tangan, rambut, benda-benda untuk mengurangi rasa gelisah	
	d. Saya selalu bergerak untuk mengurangi rasa gelisah	
	e. Saya sering meremas tangan, menggigit kuku, menjambak rambut sendiri, mengigit bibir.	
10.	Apakah anda sering mengalami bibir kering, berdebar-debar, sakit kepala, mual, berkeringat dan sering buang air kecil?	
	a. Tidak	
	b. Ya. Saat saya merasa tegang atau tersinggung	
	c. Ya. Karena saya sering khawatir dengan masalah-masalah sepele sekalipun	
	d. Sikap nyata penuh pengertian yang tampak pada muka atau saat berbicara	
	e. Ekspresi takut Tanya bertanya	
11.	Apakah anda sering merasa terancam, takut, cemas, dan lain sebagainya?	
	a. Tidak	
	b. Kadang-kadang	
	c. Saya sering cemas dan takut	
	d. Hampir setiap hari	
12.	Apakah anda mengalami gangguan sistem pencernaan?	
	a. Tidak	
	b. Saya sering malas makan tetapi tidak harus disuruh oleh teman saya atau orang lain	
	c. Saya harus disuruh orang lain untuk makan, bahkan	

	saya perlu obat pelancar untuk buang air besar	
13.	Apakah anda sering merasa sakit kepala, punggung pegal dan sering lelah?	
	a. Tidak	
	b. Ya. Punggung, kepala dan otot saya sering sakit dan saya juga sering merasa lemas	
	c. Jelas sekali gejalanya	
14.	Apakah anda mengalami gangguan siklus seksual?	
	Jika anda pria :	
	a. Tidak ada	
	b. Saya mengalami ejakulasi dini	
	c. Mengalami disfungsi seksual	
	Jika anda wanita :	
	a. Tidak ada	
	b. Menstruasi saya tidak teratur	
	c. Mengalami menstruasi hamper tidak berhenti atau tidak mengalami menstruasi sama sekali.	
15.	Apakah anda sering merasa bahwa didalam tubuh anda ada penyakit, kelainan dan lain sebagainya?	
	a. Tidak	
	b. Saya sering dapat merasakannya tetapi saya jarang mengeluhkannya	
	c. Saya sering takut akan kesehatan saya	
	d. Saya sering merasa sakit dan minta tolong orang lain	
	e. Saya sering merasa sakit tetapi setelah diperiksa dokter saya dinyatakan sehat.	
16.	Apakah berat badan anda menurun?	
	a. Tidak	
	b. Mungkin iya karena saya sekarang sakit	
	c. Jelas berkurang	

17.	Apakah anda sadar akan kondisi kejiwaan anda?	
	a. Ya. Saya tahu apakah saya sehat atau stress	
	b. Saya tahu bahwa saat ini saya depresi, perlu istirahat dan saya berpikir tertalu berat	
	c. Sepertinya saya sehat-sehat saja, tetapi memang kata teman-teman dan keluarga saya stress	
	JUMLAH TOTAL :	

C. KUESIONER KUALITAS TIDUR

Identitas responden

Nama (Inisial) :

Umur :

Jenis Kelamin :

Petunjuk pengisian

Bapak / ibu diharapkan :

1. Pilihlah salah satu pernyataan dalam masing-masing yang bapak/ibu rasakan dan berilah tanda (√) pada kotak yang terdapat di samping pernyataan yang bapak/ibu pilih.
2. Tidak ada jawaban yang salah pada butir pernyataan oleh karena itu kami mohon kesediaan bapak/ibu untuk menjawab dengan jujur.
3. Semua pernyataan harus dijawab
4. Setiap pernyataan di isi dengan satu jawaban.

NO	PERNYATAAN	YA	TIDAK
1	Apakah waktu tidur anda cukup 6 jam sehari?		
2	Apakah anda sulit untuk memulai tidur ?		
3	Apakah anda merasa sulit untuk tidur kembali setelah terbangun pada malam hari?		
4	Apakah anda sering mengalami mimpi buruk pada saat tidur?		
5	Apakah anda sering terbangun pada malam hari?		
6	Apakah anda tidur dengan nyenyak pada malam hari?		
7	Apakah anda merasa segar setelah bangun di pagi hari?		



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS**

TERAKREDITASI BAN-PT
PROGRAM DIII, S1 KEPERAWATAN DAN NERS

Jl. Malpa No.19 Telp. (0411) 854808 Fax. (0411) 870642 Makassar
Website : www.stikstellamaris.ac.id Email : stiksm_mks@yahoo.co.id

Nomor : 023.4 / STIK-SM / S1.006.4 / 1 / 20179
Lampiran :-
Penihal : Permohonan Izin Pengambilan Data Awal dan Izin Penelitian Mahasiswa

Kepada,
Yth. Pimpinan/Pengelola
Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasungu Kota Pare-Pare
Sulawesi Selatan
Di
Tempat

Dengan hormat,
Dalam rangka penyusunan Tugas Akhir Skripsi Mahasiswa(i) S1 Keperawatan Tingkat Akhir STIK Stella Maris Makassar, Tahun Akademik 2018/2019, melalui surat ini kami sampaikan permohonan kepada Bapak/Ibu untuk kiranya dapat menerima Mahasiswa(i) berikut ini:

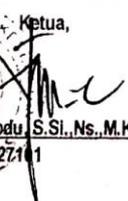
1. Nama : Ray Marcelino Lalo
NIM : C1514201084
2. Nama : Victor Ramos P. Lamawuran
NIM : C1514201093

Judul Penelitian : Hubungan tingkat depresi dengan kualitas tidur pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasungu Kota Pare-Pare Sulawesi Selatan.

Untuk melaksanakan Pengambilan Data Awal sekaligus melaksanakan Penelitian di tempat yang Bapak / Ibu pimpin, sehubungan dengan hal tersebut, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menerima mahasiswa/i kami tersebut di atas untuk dapat melakukan penelitiannya.

Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu kami sampaikan terima kasih.

Makassar, 18 Januari 2019

Ketua,

Siptanus Abdu, S.Si.,Ns.,M.Kes.
NIDN. 0928027111

LEMBAR KONSUL

NAMA : RAY MARCELINO LALO
(C1514201084)
VICTOR RAMOS LAMAWURAN
(C1514201093)

DOSEN PEMBIMBING : Fr. Blasius perang,CMM,M.Psy

JUDUL : Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas
Tidur Pada Lansia Di Panti Sosial Tresna
Werdha Mappakasunggu Kota Pare-Pare
Sulawesi Selatan

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN TUGAS AKHIR

No.	Tanggal	Materi Bimbingan	Saran .	TTD Pembimbing	TTD Mahasiswa
1.	Senin, 10 September 2018	Mengajukan 3 Topik judul tentang Psikologi		<i>St</i>	<i>Rau</i>
2.	Senin, 17 September 2018	Acc judul penelitian "Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kualitas Tidur Pada Lansia"	Mencari 5 jurnal bahasa inggris dan 5 jurnal bahasa Indonesia pada masing-masing judul	<i>St</i>	<i>Rau</i>
3.	Senin, 24 September 2018	Konsultasi BAB 1 Penelitian	Membuat BAB 1 Penelitian	<i>St</i>	<i>Rau</i>

4.	Selasa, 9 Oktober 2018	Konsul BAB 1 dan BAB II Penelitian	Tambahkan Fenomena dan membuat BAB II Penelitian	SL	Rau SL
5.	Rabu, 17 Oktober 2018	ACC BAB I dan Perbaiki BAB II dan III Penelitian	Tambahkan Parameter pada BAB II dan Buat BAB III	SL	Rau SL
6.	Selasa, 29 Oktober 2018	Membahas BAB III dan BAB IV Penelitian	Lanjut BAB III dan BAB IV	SL	Rau SL
7.	Jumat, 2 November	Membahas kuesioner dan daftar pustaka	Tambahkan aspek- aspek tingkat depresi	SL	Rau SL

	2018		dan kualitas tidur		
8.	Senin, 5 November 2018	Membahas kuesioner dan daftar pustaka	Cari kuesioner yang sudah valid dan perbaiki penulisan daftar pustaka, lanjut buat kata pengantar dan daftar isi.	47	R. alu Fid
9.	Senin, 12 November 2018	Mengirimkan hasil perbaikan melalui Email	Pada daftar pustaka, bila dari jurnal tambahkan volume dan halaman dari jurnal yang diambil.	47	R. alu Fid
10.	Rabu, 14 November 2018	Konsul bab 1,2,3,4, daftar pustaka	ACC, proposal boleh di print	47	R. alu Fid

11.	Selasa, 05 maret 2019	Konsultasi Bab 5 dan Bab 6	Perbaikan pembahasan lebih kepada masalah pada lansia	ST	R. au -ti
12.	Jumat, 15 Maret 2019	Konsul abstrak, Bab 5 dan Bab 6	Perbaikan terjemahan abstrak dan perbaikan kata-kata	ST	R. au -ti
13.	Selasa, 19 Maret 2019	Konsul keseluruhan skripsi	Perbaikan pengetikan skripsi	ST	R. au -ti
14.	Rabu, 20 Maret 2019	ACC Skripsi	ACC	ST	R. au -ti



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS SOSIAL
PUSAT PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA MAPPAKASUNGGU
Jln. Jend. Sudirman No. 10 A Telepon (0421) 22253 Parepare 91122

SURAT KETERANGAN

No: 023/400/PPSLU/II/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala UPTD Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia (PPSLU) Mappakasunggu Parepare, menerangkan bahwa :

Nama : Victor Ramos P. Lamawuran
 NIM : C1514201093
 Jenis Kelamin : Laki-laki
 Pekerjaan : Mahasiswa

Adalah benar bahwa yang namanya tersebut diatas telah melaksanakan penelitian/ wawancara di kantor kami dari tanggal 28 Januari s/d 9 Februari 2019 dengan judul "*Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Tidur pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Parepare Sulawesi Selatan*".

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Parepare, 9 Februari 2019

Kepala PPSLU Mappakasunggu



H. AMRULLAH BAKRI, S.Ag., MH

Pangkat : Pembina Tk.1/ IVb

NIP. 19621126 198307 1 002



PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN
DINAS SOSIAL
PUSAT PELAYANAN SOSIAL LANJUT USIA MAPPAKASUNGGU
Jln. Jend. Sudirman No. 10 A Telepon (0421) 22253 Parepare 91122

SURAT KETERANGAN

No : 023 2/400/PPSLU/II/2019

Yang bertanda tangan di bawah ini Kepala UPTD Pusat Pelayanan Sosial Lanjut Usia (PPSLU) Mappakasunggu Parepare, menerangkan bahwa :

Nama : Ray Marcelino Lalo

NIM : C1514201084

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Mahasiswa

Adalah benar bahwa yang namanya tersebut diatas telah melaksanakan penelitian/ wawancara di kantor kami dari tanggal 28 Januari s/d 9 Februari 2019 dengan judul "*Hubungan Tingkat Depresi dengan Kualitas Tidur pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mappakasunggu Kota Parepare Sulawesi Selatan*".

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Parepare, 9 Februari 2019

Kepala PPSLU Mappakasunggu



H. AMRULLAH BAKRI, S.Ag., MH

Pangkat : Pembina Tk.1/ IVb

NIP. 19621126 198307 1 002

INITIAL	UMUR	KODE	J.K	KODE	PENDIDIKAN	KODE	TINGKAT DEPRESI																	TOTAL	KETERANGAN	KODE									
							TINGKAT DEPRESI																												
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17												
S	81	3	L	1	SMP	3	2	4	1	2	1	0	0	2	4	4	2	0	1	0	0	2	2	27	DEPRESI SEDANG	2	0	0	1	0	0	1	2	KURANG	3
A	64	1	L	1	SMP	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4	TIDAK ADA DEPRESI	0	1	0	1	0	1	1	4	CUKUP	2	
F	67	1	P	2	SD	2	4	3	3	1	1	2	4	3	2	3	0	0	1	0	3	1	1	32	DEPRESI SEDANG	2	0	0	0	0	1	1	2	KURANG	3
S	66	1	P	2	SD	2	0	1	1	1	1	2	0	2	4	2	0	4	1	0	4	0	2	25	DEPRESI SEDANG	2	0	0	0	0	1	1	2	KURANG	3
H	70	1	P	2	SD	2	0	0	0	1	1	2	0	3	1	0	0	1	0	3	0	0	12	TIDAK ADA DEPRESI	0	1	1	0	1	1	0	4	CUKUP	2	
N	72	2	P	2	TIDAK SEKOLAH	1	1	0	0	1	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	TIDAK ADA DEPRESI	0	0	1	0	1	1	1	5	CUKUP	2
A	76	2	L	1	SD	2	1	1	1	1	1	0	4	3	3	2	2	2	0	3	2	1	28	DEPRESI SEDANG	2	1	0	0	0	0	1	2	KURANG	3	
O	81	3	P	2	SD	2	4	4	4	2	2	1	2	3	1	3	2	1	2	0	4	1	1	37	DEPRESI BEBAT	3	1	0	0	0	0	1	1	KURANG	3
A	81	3	L	1	TIDAK SEKOLAH	1	0	0	0	1	1	2	4	0	2	2	0	0	1	0	1	2	0	16	TIDAK ADA DEPRESI	0	0	1	1	0	1	0	4	CUKUP	2
M	72	2	L	1	SD	2	1	0	0	1	1	2	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	10	TIDAK ADA DEPRESI	0	0	1	0	1	0	1	4	CUKUP	2	
S	85	3	P	2	TIDAK SEKOLAH	1	0	0	0	2	1	2	1	0	3	0	0	1	1	0	3	1	0	15	TIDAK ADA DEPRESI	0	1	1	0	1	0	4	CUKUP	2	
S	80	2	L	1	TIDAK SEKOLAH	1	3	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	1	0	3	0	2	35	DEPRESI BEBAT	3	0	0	1	0	0	1	2	KURANG	3	
K	95	4	L	1	TIDAK SEKOLAH	1	0	0	0	1	1	2	4	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	14	TIDAK ADA DEPRESI	0	0	1	0	1	0	3	CUKUP	2	
R	64	1	P	2	SMA	4	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	4	TIDAK ADA DEPRESI	0	1	0	0	1	1	5	CUKUP	2		
F	64	1	P	2	SD	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	3	2	2	0	4	2	2	49	DEPRESI BEBAT	3	0	1	0	0	1	0	2	KURANG	3	
M	80	2	P	2	TIDAK SEKOLAH	1	3	2	2	2	2	4	1	1	2	1	0	1	0	1	0	3	0	26	DEPRESI SEDANG	2	0	0	0	1	0	1	2	KURANG	3
M	93	4	P	2	SD	2	1	2	2	1	1	1	0	2	1	1	1	1	0	3	0	0	18	DEPRESI RINGAN	1	1	1	1	1	0	6	BAIK	1		
I	71	2	P	2	SMP	3	4	4	4	2	2	1	2	2	3	1	1	2	0	2	2	1	35	DEPRESI BEBAT	3	0	0	1	0	0	2	KURANG	3		
B	90	3	P	2	TIDAK SEKOLAH	1	3	0	0	2	1	2	4	0	2	1	1	0	0	3	2	0	21	DEPRESI RINGAN	1	1	1	1	1	0	5	CUKUP	2		
Y	72	2	L	1	SMA	4	1	1	2	2	2	4	0	1	3	1	0	0	1	1	1	1	21	DEPRESI RINGAN	1	0	1	0	1	0	4	CUKUP	2		
S	71	2	L	1	SD	2	1	0	0	2	1	4	2	0	1	1	0	1	0	2	1	0	18	DEPRESI RINGAN	1	0	1	0	1	0	3	CUKUP	2		
P	61	1	L	1	SD	2	1	2	0	1	2	1	2	1	3	1	0	1	0	1	0	1	19	DEPRESI RINGAN	1	0	1	0	1	1	5	CUKUP	2		
S	63	1	P	2	TIDAK SEKOLAH	1	2	0	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	1	0	3	1	0	19	DEPRESI RINGAN	1	0	1	0	1	0	3	CUKUP	2	
R	80	2	P	2	SD	2	3	0	0	1	0	4	2	0	3	0	1	0	3	1	0	1	18	DEPRESI RINGAN	1	1	0	1	1	1	5	CUKUP	2		
Y	64	1	P	2	SD	2	0	3	3	1	1	2	2	0	0	1	0	0	1	0	3	0	17	TIDAK ADA DEPRESI	0	0	1	0	1	1	4	CUKUP	2		
A	69	1	P	2	SMP	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	0	1	0	1	0	1	0	26	DEPRESI SEDANG	2	0	0	0	1	1	2	KURANG	3		
S	72	2	P	2	SD	2	3	3	3	2	2	2	2	1	1	0	0	1	0	2	0	2	25	DEPRESI SEDANG	2	0	1	0	1	0	2	KURANG	3		
L	102	4	P	2	SMA	4	1	0	0	1	1	2	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	13	TIDAK ADA DEPRESI	0	0	1	0	1	1	4	CUKUP	2		
C	70	1	P	2	SD	2	0	0	0	0	1	2	4	0	4	0	1	0	1	0	1	1	0	15	TIDAK ADA DEPRESI	0	0	1	0	1	0	3	CUKUP	2	
J	80	2	L	1	SD	2	3	3	3	2	2	4	1	1	1	2	0	1	0	2	1	0	28	DEPRESI SEDANG	2	0	0	1	0	0	2	KURANG	3		

Frequencies

		Statistics				
		UMUR	JENIS KELAMIN	PENDIDIK AN	TINGKAT DEPRESI	KUALITAS TIDUR
N	Valid	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

		UMUR			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60-70 tahun	11	36.7	36.7	36.7
	71-80 tahun	11	36.7	36.7	73.3
	81-90 tahun	5	16.7	16.7	90.0
	91-102 tahun	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

		JENIS KELAMIN			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	11	36.7	36.7	36.7
	perempuan	19	63.3	63.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

PENDIDIKAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Sekolah	8	26.7	26.7	26.7
	SD	15	50.0	50.0	76.7
	SMP	4	13.3	13.3	90.0
	SMA	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

TINGKAT DEPRESI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak ada Depresi	11	36.7	36.7	36.7
	Depresi Ringan	7	23.3	23.3	60.0
	Depresi Sedang	8	26.7	26.7	86.7
	Depresi Berat	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

KUALITAS TIDUR

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Baik	1	3.3	3.3	3.3
	Cukup	17	56.7	56.7	60.0
	Kurang	12	40.0	40.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Crosstabs**Case Processing Summary**

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
TINGKAT DEPRESI * KUALITAS TIDUR	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

TINGKAT DEPRESI * KUALITAS TIDUR Crosstabulation

		KUALITAS TIDUR			Total	
		Baik	Cukup	Kurang		
TINGKAT DEPRESI	Tidak ada Depresi	Count	0	11	0	11
		Expected Count	.4	6.2	4.4	11.0
		% within TINGKAT DEPRESI	0.0%	100.0%	0.0%	100.0%
		% within KUALITAS TIDUR	0.0%	64.7%	0.0%	36.7%
		% of Total	0.0%	36.7%	0.0%	36.7%
	Depresi Ringan	Count	1	6	0	7
		Expected Count	.2	4.0	2.8	7.0
		% within TINGKAT DEPRESI	14.3%	85.7%	0.0%	100.0%
		% within KUALITAS TIDUR	100.0%	35.3%	0.0%	23.3%
		% of Total	3.3%	20.0%	0.0%	23.3%
	Depresi Sedang	Count	0	0	8	8
		Expected Count	.3	4.5	3.2	8.0
		% within TINGKAT DEPRESI	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		% within KUALITAS TIDUR	0.0%	0.0%	66.7%	26.7%
		% of Total	0.0%	0.0%	26.7%	26.7%
	Depresi Berat	Count	0	0	4	4
		Expected Count	.1	2.3	1.6	4.0
		% within TINGKAT DEPRESI	0.0%	0.0%	100.0%	100.0%
		% within KUALITAS TIDUR	0.0%	0.0%	33.3%	13.3%
		% of Total	0.0%	0.0%	13.3%	13.3%
Total	Count	1	17	12	30	
	Expected Count	1.0	17.0	12.0	30.0	
	% within TINGKAT DEPRESI	3.3%	56.7%	40.0%	100.0%	

% within KUALITAS TIDUR	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
% of Total	3.3%	56.7%	40.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.773 ^a	6	.000
Likelihood Ratio	42.363	6	.000
Linear-by-Linear Association	18.998	1	.000
N of Valid Cases	30		

a. 11 cells (91.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .13.

Crosstabs

Case Processing Summary

	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
td * KUALITAS_TIDUR	30	100.0%	0	0.0%	30	100.0%

td * KUALITAS_TIDUR Crosstabulation

		KUALITAS_TIDUR		Total	
		Baik	Kurang		
Td	depresi ringan	Count	18	0	18
		Expected Count	10.8	7.2	18.0
		% within td	100.0%	0.0%	100.0%
		% within KUALITAS_TIDUR	100.0%	0.0%	60.0%
		% of Total	60.0%	0.0%	60.0%
	depresi berat	Count	0	12	12
		Expected Count	7.2	4.8	12.0
		% within td	0.0%	100.0%	100.0%
		% within KUALITAS_TIDUR	0.0%	100.0%	40.0%
		% of Total	0.0%	40.0%	40.0%
Total		Count	18	12	30
		Expected Count	18.0	12.0	30.0
		% within td	60.0%	40.0%	100.0%
		% within KUALITAS_TIDUR	100.0%	100.0%	100.0%
		% of Total	60.0%	40.0%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	30.000 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	25.978	1	.000		
Likelihood Ratio	40.381	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	29.000	1	.000		
N of Valid Cases	30				

a. 1 cells (25.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4.80.

b. Computed only for a 2x2 table





