



UNIVERSITAS INDONESIA

**Intervensi kelompok *Cognitive behavior therapy* (CBT) multi-komponen pada
Lanjut Usia di Depok untuk mengatasi insomnia**

***Group Multi-component Cognitive behavior therapy (CBT) for Older Adults
with Insomnia in Depok***

TESIS

Edo Sebastian Jaya

1006796172

**FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM STUDI PSIKOLOGI PROFESI
PEMINATAN KLINIS DEWASA
DEPOK
JUNI, 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**Intervensi kelompok *Cognitive behavior therapy* (CBT) multi-komponen pada
Lanjut Usia di Depok untuk mengatasi insomnia**

***Group Multi-component Cognitive behavior therapy (CBT) for Older Adults
with Insomnia in Depok***

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister

Edo Sebastian Jaya

1006796172

**FAKULTAS PSIKOLOGI
PROGRAM STUDI PSIKOLOGI PROFESI
PEMINATAN KLINIS DEWASA
DEPOK
JUNI, 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis yang berjudul “ **INTERVENSI KELOMPOK *COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY* (CBT) MULTI-KOMPONEN PADA LANJUT USIA DI DEPOK UNTUK MENGATASI INSOMNIA**” adalah hasil kerja saya sendiri dan bukan merupakan jiplakan dari hasil karya orang lain.

Apabila di kemudian hari ditemukan adanya kecurangan dalam karya ini, saya bersedia menerima sanksi apapun dari Fakultas Psikologi Universitas Indonesia sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Depok, 28 Juni 2012

Yang menyatakan,



Edo Sebastian Jaya

(NPM. 1006796172)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Edo Sebastian Jaya
NPM : 1006796172
Program Studi : Psikologi Profesi
Peminatan : Klinis Dewasa
Judul Tesis : **Intervensi kelompok *Cognitive behavior therapy* (CBT) multi-komponen pada Lanjut Usia di Depok untuk mengatasi insomnia**

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Psikologi pada Program Studi Psikologi Profesi Peminatan Klinis Dewasa, Fakultas Psikologi, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, MA., Ph.D., Psikolog. (Dharmayati)
NIP195103271976032001

Penguji I : Dra. Ina Saraswati, M.Si., Psikolog. (Ina)
NIP195812191992032002

Penguji II : Imelda Ika Dian Oriza, S.Psi., M.Psi., Psikolog. (Imelda)
NUP080603021

DISAHKAN OLEH

Ketua Program Studi Psikologi Profesi
Universitas Indonesia

Dekan Fakultas Psikologi
Universitas Indonesia

(Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, MA., Ph.D., Psikolog.)
NIP195103271976032001

(Dr. Wilman Dahlan Mansoer, M.Org.Psy., Psikolog.)
NIP194904031976031002

Ditetapkan di : Fakultas Psikologi Universitas Indonesia

Tanggal : Kamis, 28 Juni 2012

KATA PENGANTAR

Setelah menempuh berbagai rintangan akademis maupun non-akademis, peneliti berhasil menyelesaikan tesis yang merupakan syarat kelulusan pendidikan Program Magister Profesi Program Kekhususan Psikologi Klinis Dewasa. Dalam perjalanan menyelesaikan tesis, peneliti banyak menerima bantuan dari berbagai pihak. Pada urutan pertama, peneliti hendak berterima kasih kepada Papa dan Bernard atas dukungannya sepanjang pendidikan dan penulisan tesis.

Peneliti juga berterimakasih kepada pembimbing tesis Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, M.A, Ph.D. Peneliti berterimakasih atas bimbingan beliau yang mendukung peneliti untuk terus mencoba hal baru. Bimbingan beliau telah mengembangkan potensi peneliti dengan penuh.

Peneliti berterima kasih kepada penguji Dra. Ina Saraswati, M. Si. dan Imelda Ika Dian Oriza, S. Psi., M. Psi. yang telah memberikan kritik-kritik membangun terhadap penulisan tesis. Kritik tersebut telah menyempurnakan tesis ini.

Kemudian, peneliti mengucapkan terimakasih kepada Dra. Ina Saraswati, M.Si. sebagai pembimbing akademik. Beliau telah memberikan nasehat-nasehat kepada peneliti untuk melewati hambatan-hambatan selama masa pendidikan. Selain itu, Dra. Yudiana Ratna Sari, M.Si juga telah membantu peneliti untuk menangani berbagai kesulitan yang menghambat pendidikan peneliti. Peneliti juga berterimakasih kepada para dosen lain, khususnya dosen di Program Profesi Klinis Dewasa.

Selanjutnya, peneliti juga mengucapkan terimakasih kepada Perhimpunan Gerontologi Indonesia (PERGERI) cabang Depok. PERGERI telah memberikan banyak dukungan dalam melaksanakan penelitian ini, khususnya dalam menjaring partisipan penelitian dan menyediakan tempat di RS. Grha Permata Ibu. Terimakasih khusus kepada Bpk. Erwin yang selalu terjun ke lapangan untuk mewakili seluruh peran PERGERI di penelitian ini.

Peneliti mengucapkan terimakasih juga untuk anggota payung penelitian lansia angkatan 17 KLD. Terimakasih kepada Retha Arjadi, S.Psi untuk diskusi dan masukan intelektual selama perjalanan pengerjaan tesis. Terimakasih juga kepada Lathifah Hanum, S.Psi yang telah menjadi rekan kerja selama pendidikan magister, termasuk tesis. Terima kasih kepada Kresna Astri, S.Psi dan Maha Decha Dwi Putri, S.Psi atas kerja sama selama kegiatan lapangan pengerjaan tesis. Terimakasih juga kepada seluruh mahasiswa angkatan 17 KLD untuk dukungan dan kerjasamanya selama masa pendidikan. Selain itu, peneliti juga berterimakasih kepada Tobing dan Dipta atas persahabatannya yang mendukung penyelesaian pendidikan.

Depok, 28 Juni 2012
Peneliti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Edo Sebastian Jaya
NPM : 1006796172
Program Studi : Psikologi Profesi
Peminatan : Klinis Dewasa
Fakultas : Psikologi
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Intervensi kelompok *Cognitive behavior therapy* (CBT) multi-komponen pada Lanjut Usia di Depok untuk mengatasi insomnia

beserta instrumen (jika ada). Berdasarkan persetujuan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihkan bentuk, mengalihmediakan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), merawat, serta mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai peneliti atau pencipta dan juga sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya secara sadar tanpa paksaan dari pihak manapun.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 28 Juni 2012

Yang membuat pernyataan,



Edo Sebastian Jaya
NPM. 1006796172

ABSTRAK

Nama : Edo Sebastian Jaya
Program Studi : Psikologi Profesi
Peminatan : Klinis Dewasa
Judul : Intervensi kelompok *Cognitive behavior therapy* (CBT)
multi-komponen pada Lanjut Usia di Depok untuk
mengatasi insomnia

Insomnia adalah salah satu masalah yang paling umum bagi lanjut usia (lansia). Seperti gangguan psikologis lainnya, terdapat berbagai tipe dan penyebab insomnia. Walaupun demikian, mencari penyebab dan membedakan berbagai tipe insomnia seringkali tidak bermanfaat dalam menangani insomnia. Penelitian telah menunjukkan bahwa semua tipe dan penyebab insomnia dapat menerima manfaat terapi. Terapi yang paling efektif dan direkomendasikan untuk menangani insomnia adalah multi-komponen *cognitive behavioral therapy* (CBT). Teknik yang umumnya termasuk dalam paket terapi adalah *sleep hygiene*, *stimulus control*, *sleep restriction*, dan pendekatan kognitif. Penelitian ini menggunakan paket terapi tersebut ditambah teknik pemecahan masalah yang efektif untuk menangani insomnia. Terapi dibawakan dalam kelompok yang terdiri dari 8-sesi dan berlangsung selama 4 minggu. Setiap minggu terdapat dua sesi, sehingga terdapat sekitar 3-4 hari pada antar sesi. Desain penelitian adalah kuasi eksperimen pre-post within group. Partisipan adalah lima lansia (64-75 tahun) yang terdiagnosis dengan insomnia berdasarkan *Research Diagnostic Criteria* untuk insomnia (Edinger, dkk., 2004). Untuk mengukur efektivitas terapi, partisipan diwawancarai dan mengisi kuesioner Skala Mengantuk Epworth, kuesioner *Insomnia Severity Index*, dan *sleep diary*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi efektif dalam mengurangi simtom insomnia. Sebagian besar partisipan mengalami penurunan skor ISI yang besar dan penurunan yang lebih dari 50% pada waktu yang dibutuhkan untuk tidur dan waktu bangun setelah tidur. Selanjutnya, sebagian besar partisipan mengakui peningkatan kualitas tidurnya dan hilangnya simtom insomnia. Penelitian ini menunjukkan bahwa CBT multi-komponen kelompok dapat menurunkan simtom insomnia dengan cukup besar pada lansia Indonesia. Hasil penelitian yang menunjukkan efektivitas CBT multi-komponen kelompok penting untuk menyediakan intervensi psikologis *evidence based* yang efektif dan ekonomis bagi lansia.

Kata kunci: Insomnia, lansia Indonesia, multi-komponen *cognitive behavioral therapy* (CBT), terapi kelompok.

ABSTRACT

Name : Edo Sebastian Jaya
Study Program : Professional Psychology
Specialization : Adult Clinical
Title : Group Multi-component cognitive behavior therapy
(CBT) for Older Adults with Insomnia in Depok

Insomnia is one of the most common problems for the elderly. Like other psychological disorders, there are differing types and causes of insomnia. However, discovering the causes and differentiating insomnia types is often not useful in treating insomnia. Researches have shown that all insomnia types and causes can benefit from therapy. The most effective and recommended therapy for treating insomnia is multicomponent cognitive behavioral therapy (CBT). The usual techniques included in the therapy package are sleep hygiene, stimulus control, sleep restriction, and a cognitive approach. This research used the usual therapy package with an additional problem solving technique, which has been shown effective for treating insomnia. The therapy is delivered in group setting, which consists of 8-sessions. The therapy takes 4 weeks with 2 sessions per week, leaving around 3-4 days between sessions. The research design is a quasi-experiment pre-post within group design. The participants are five older adults (64-75 years old) that are diagnosed with insomnia based on Research Diagnostic Criteria for insomnia (Edinger, et. al., 2004). To measure the effectiveness of the therapy, the participants are interviewed and completed Epworth Sleepiness Scale, Insomnia Severity Index (ISI), and sleep diary. The result showed that the intervention is effective in reducing insomnia symptoms. Most participants experience a large reduction of ISI scores during the therapy and more than 50% reduction of sleep onset time and wake time after sleep onset. Furthermore, most participants acknowledge their sleep improvement and the disappearance of insomnia symptoms. This research shows that group multicomponent CBT can achieve clinically significant reduction of insomnia symptoms in Indonesian elderly. This finding provides evidence on using group multicomponent CBT to treat insomnia for Indonesian elderly. Evidence for the effectiveness of group multicomponent CBT is important in providing evidence based psychological intervention that is effective and economical for the elderly.

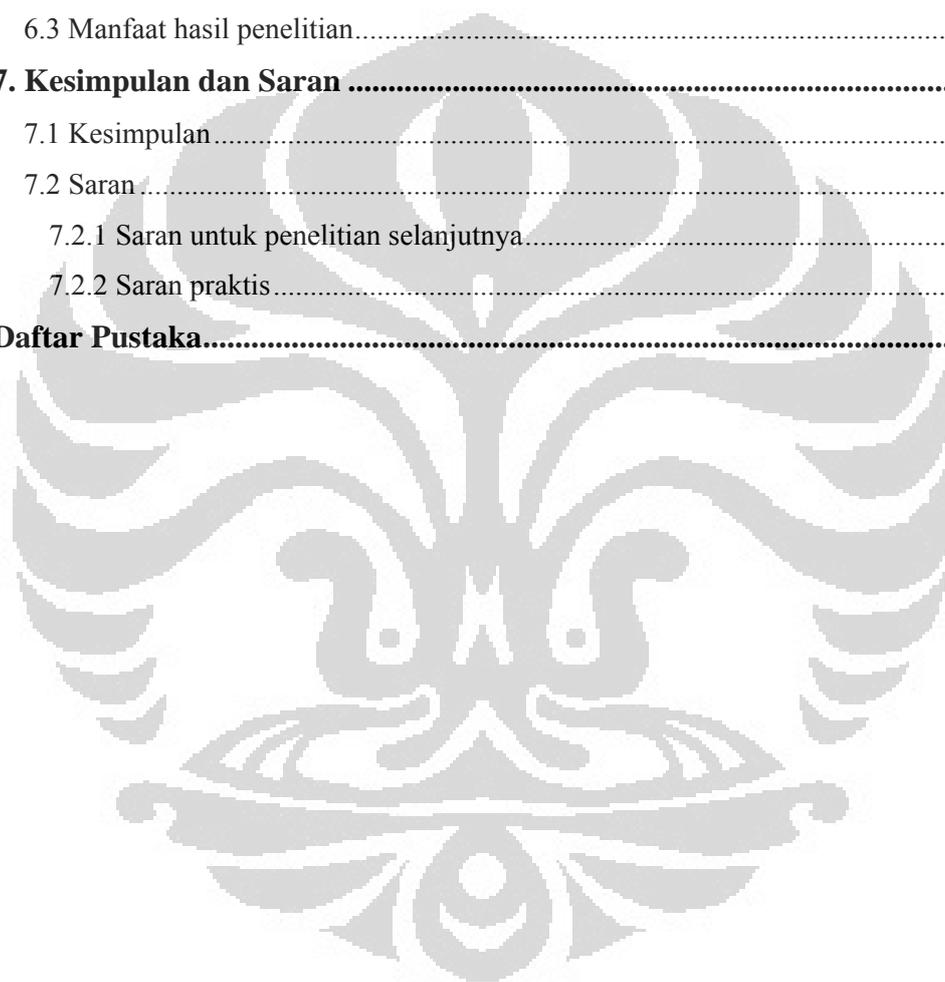
Keywords: Insomnia, Indonesian elderly, multicomponent Cognitive-Behavior Therapy, group therapy

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	v
ABSTRAK	vi
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
1. Pendahuluan	1
1.1 Latar belakang	1
1.2 Permasalahan penelitian	8
1.3 Tujuan penelitian	8
1.4 Manfaat penelitian	8
1.4.1 Manfaat teoritis	8
1.4.2 Manfaat praktis.....	8
1.5 Sistematika penulisan	9
2. Tinjauan Pustaka	10
2.1 Lanjut usia	10
2.1.1 Definisi lanjut usia	10
2.1.2 Konsep penuaan	10
2.1.3 Masalah psikologis pada lansia	11
2.2. Insomnia	12
2.2.1 Diagnosis insomnia	12
2.2.2 Tanda-tanda penderita insomnia	15
2.3. Insomnia pada lansia.....	16
2.4. <i>Cognitive behavioral therapy</i> (CBT).....	17
2.4.1 CBT multi-komponen	17
2.5 CBT multi-komponen pada lansia dengan insomnia.....	22

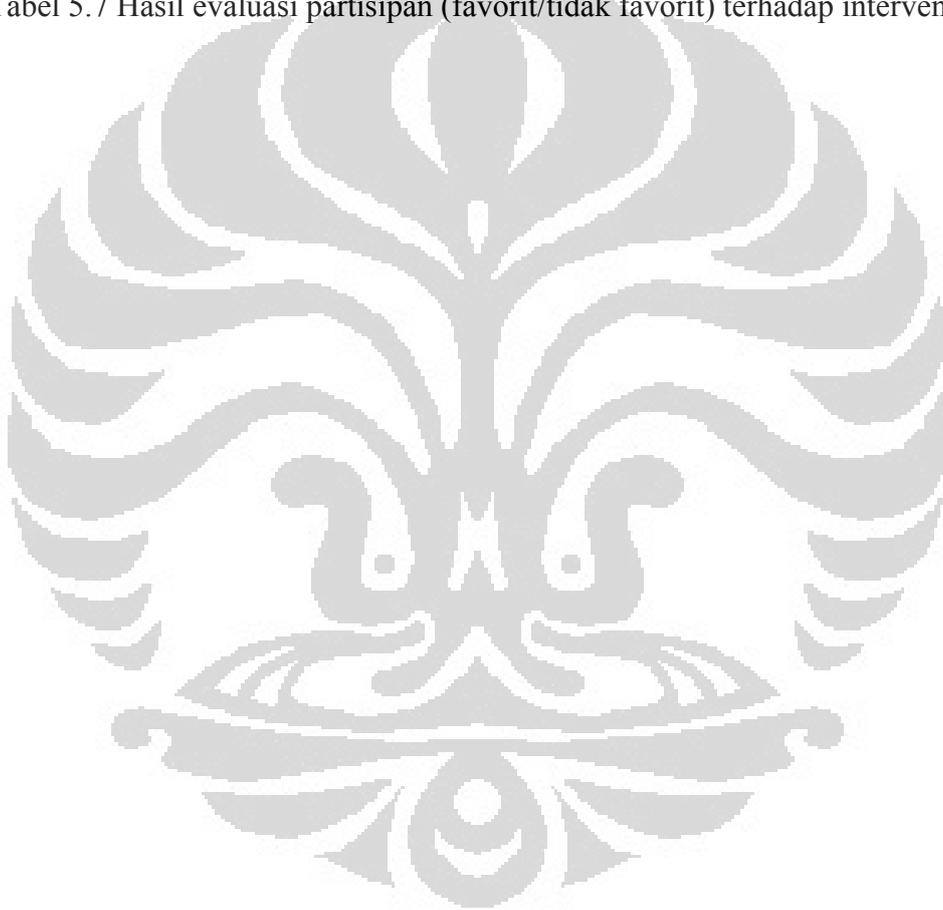
3. Metode Penelitian.....	24
3.1 Desain penelitian	24
3.2 Partisipan penelitian	25
3.2.1 Kriteria partisipan.....	25
3.2.2 Prosedur pemilihan partisipan	26
3.3 Asesmen.....	26
3.3.1 Wawancara	27
3.3.2 <i>Sleep diary</i>	29
3.3.3 <i>Insomnia Severity Index (ISI)</i>	31
3.3.4 Skala Mengantuk Epsworth	33
3.4 Tahapan penelitian.....	34
3.4.1 Tahap persiapan.....	34
3.4.2 Tahap pelaksanaan intervensi.....	35
3.4.3 Tahap evaluasi.....	36
3.5 Rancangan program	36
4. Asesmen Awal.....	40
4.1. Gambaran demografis partisipan.....	40
4.2. Gambaran kondisi tidur partisipan.....	40
4.3. Pemaparan kasus.....	42
4.3.1. Partisipan satu	42
4.3.2. Partisipan dua	46
4.3.3. Partisipan tiga.....	50
4.3.4. Partisipan empat	54
4.3.5. Partisipan lima.....	57
5. Hasil.....	61
5.1. Pelaksanaan intervensi.....	61
5.2. Proses intervensi	62
5.2.1. Sesi 1: Identifikasi masalah dan relaksasi	62
5.2.2. Sesi 2: Psikoedukasi	68
5.2.3. Sesi 3: <i>Sleep diary</i>	74
5.2.4. Sesi 4: <i>Sleep diary</i> dan program rencana tidur.....	79
5.2.5. Sesi 5: Pendekatan kognitif: identifikasi pemikiran negatif.....	85
5.2.6. Sesi 6: Pendekatan kognitif: mencari alternatif pemikiran negatif	90
5.2.7. Sesi 7: Teknik pemecahan masalah.....	95
5.2.8. Sesi 8: Evaluasi	100

5.3. Evaluasi intervensi.....	105
5.3.1. Evaluasi intervensi individual	105
5.3.2. Evaluasi intervensi kelompok	116
5.3.3. Evaluasi partisipan berdasarkan panduan klinis.....	122
5.3.4. Evaluasi partisipan terhadap intervensi.....	123
6. Diskusi	126
6.1 Interpretasi hasil intervensi.....	126
6.2 Keterbatasan penelitian.....	131
6.3 Manfaat hasil penelitian.....	132
7. Kesimpulan dan Saran	134
7.1 Kesimpulan.....	134
7.2 Saran	134
7.2.1 Saran untuk penelitian selanjutnya.....	134
7.2.2 Saran praktis.....	135
Daftar Pustaka.....	136



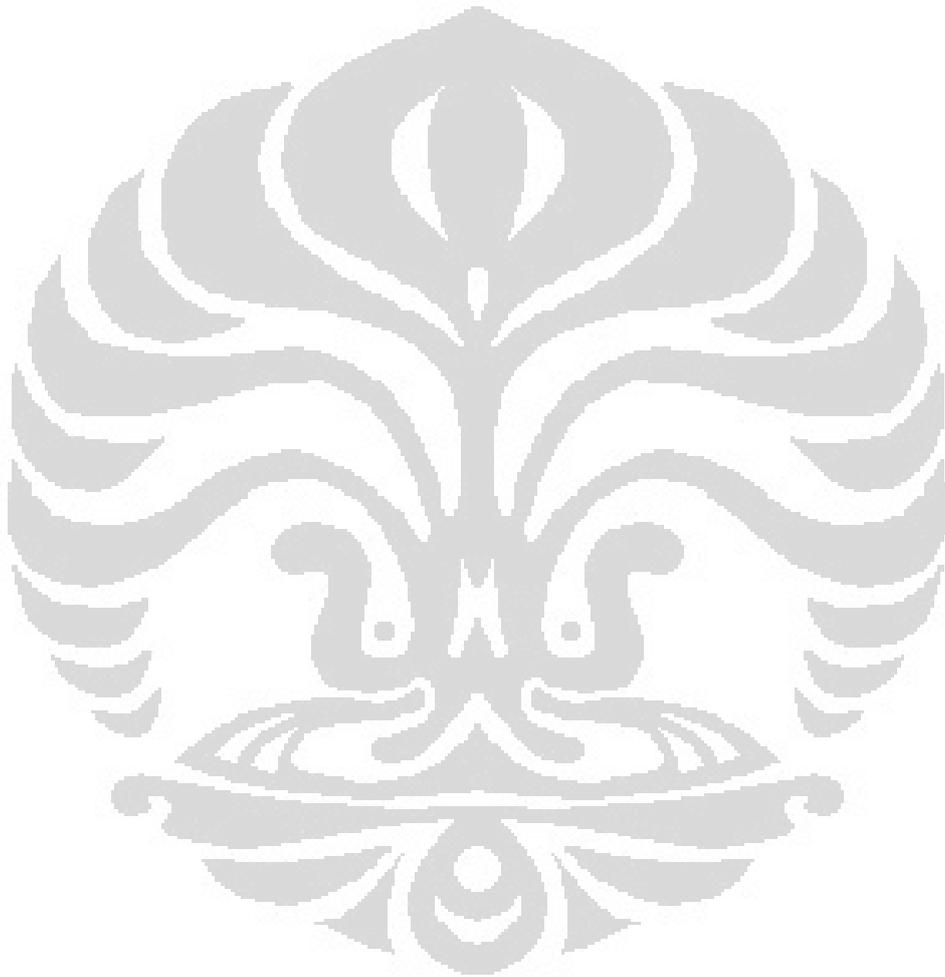
DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Panduan wawancara semi-struktur untuk asesmen sejarah tidur (Morin & Espie, 2004)	28
Tabel 4.1 Gambaran umum demografis partisipan	40
Tabel 4.2 Gambaran umum kondisi tidur partisipan.....	41
Tabel 5.1 Gambaran umum hasil evaluasi intervensi individual (kuesioner).....	106
Tabel 5.2 Gambaran umum hasil evaluasi intervensi individual (<i>sleep diary</i>)...	106
Tabel 5.3 Gambaran umum hasil evaluasi intervensi kelompok	119
Tabel 5.4 Hasil evaluasi <i>sleep diary</i> intervensi kelompok.....	121
Tabel 5.5 Hasil evaluasi partisipan berdasarkan panduan klinis.....	122
Tabel 5.6 Hasil evaluasi partisipan (kegunaan dan CSQ) terhadap intervensi ...	123
Tabel 5.7 Hasil evaluasi partisipan (favorit/tidak favorit) terhadap intervensi...	124



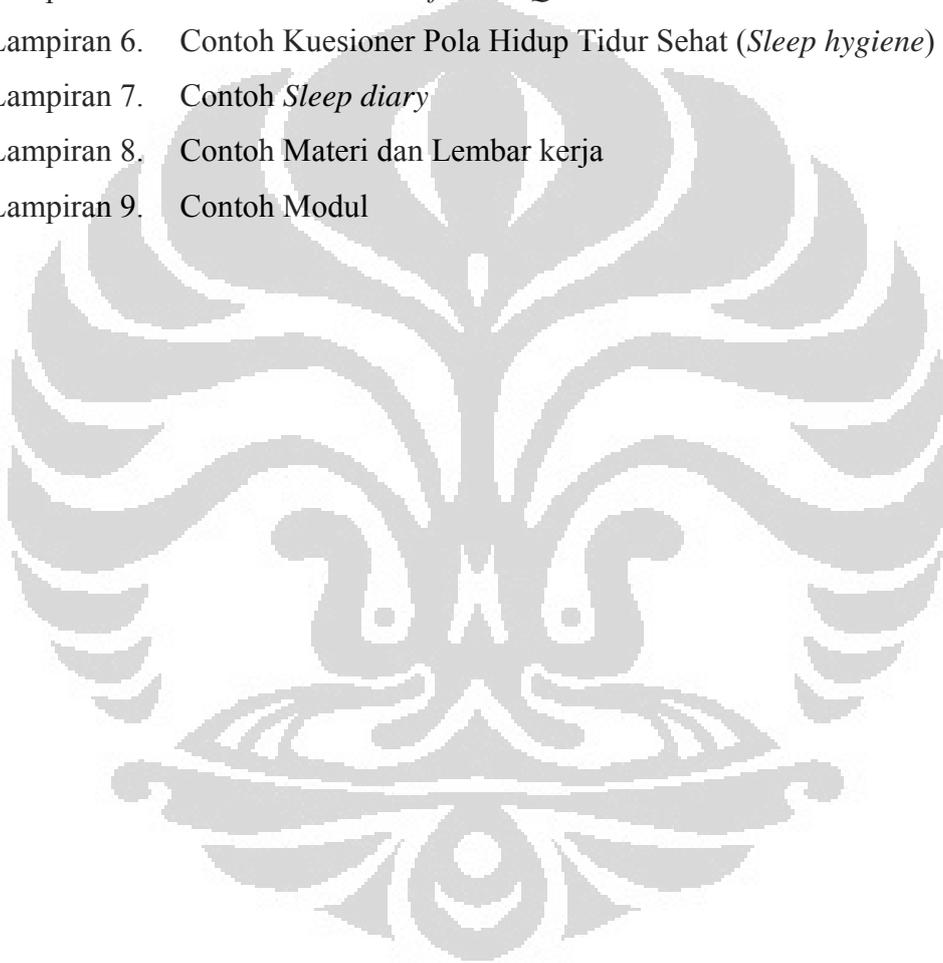
DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1 Grafik gambaran umum hasil evaluasi kuesioner ISI 107



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Lembar Persetujuan Partisipan
- Lampiran 2. Contoh Alat ukur *Insomnia Severity Index* (ISI)
- Lampiran 3. Contoh Alat ukur Skala Mengantuk Epworth
- Lampiran 4. Contoh Kuesioner Evaluasi Program
- Lampiran 5. Contoh *Client Satisfaction Questionnaire*
- Lampiran 6. Contoh Kuesioner Pola Hidup Tidur Sehat (*Sleep hygiene*)
- Lampiran 7. Contoh *Sleep diary*
- Lampiran 8. Contoh Materi dan Lembar kerja
- Lampiran 9. Contoh Modul



1. Pendahuluan

1.1 Latar belakang

Kementrian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (2009) memperhatikan bahwa terdapat peningkatan penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia setiap tahun. Data sensus terakhir (sensus penduduk 2010) menunjukkan bahwa jumlah penduduk lansia di Indonesia sudah mencapai 7,58% (18.013.213 jiwa). Kota Depok yang terletak di propinsi Jawa Barat memiliki proporsi penduduk lansia yang tinggi, sebesar 8,6% (Hapsari, 2009). Proporsi ini bahkan lebih tinggi daripada rata-rata proporsi penduduk lansia di Indonesia. Jumlah populasi lansia saat ini dan peningkatan yang konsisten menunjukkan bahwa kelompok lansia menjadi semakin penting untuk diperhatikan.

Kelompok lansia dapat dibagi ke dalam tiga kelompok usia, yaitu *young-old* (65-74 tahun), *middle-old* (75 tahun ke atas), dan *old-old* (85 tahun ke atas) (Santrock, 2006). Pembagian kelompok usia ini bersifat perkiraan. Black (1994) menjelaskan bahwa kelompok usia *young-old* dapat berkisar antara pertengahan 50 tahun hingga pertengahan 70 tahun. Pembagian usia tersebut berkaitan dengan pensiun, salah satu tolok ukur utama untuk menentukan seseorang masuk ke dalam kategori lansia (Santrock, 2006). Pembagian tiga kelompok usia ini penting untuk dilakukan karena perbedaan usia di lansia sama saja dengan perbedaan usia di tahap perkembangan manusia sebelumnya. Contohnya, seseorang yang berusia 60 tahun dengan seseorang yang berusia 80 tahun memiliki perbedaan kondisi fisik dan psikologis yang besar, sama saja dengan membandingkan seseorang yang berusia 20 tahun dengan 40 tahun.

Proses penuaan yang terjadi pada lansia membawa beberapa masalah yang berlaku umum. Hal ini dipicu oleh adanya berbagai penurunan fungsi (seperti: penglihatan, kemampuan kognitif) seiring dengan penambahan usia yang dapat berdampak pada penurunan kualitas hidupnya (Schuurmans, 2004). Seiring dengan munculnya penurunan kualitas hidup tersebut, masalah psikologis juga semakin menonjol. Masalah psikologis yang umum dialami oleh lansia adalah depresi, kecemasan, dementia, insomnia, kecanduan alkohol, dan stres akibat masalah kesehatan (Knight, Kaskie, Shurgot, & Dave, 2006).

Insomnia adalah masalah yang dialami oleh banyak lansia. Dalam penelitian epidemiologi pada lebih dari 9.000 orang lansia di Amerika, ditemukan bahwa lebih dari 50% lansia memiliki keluhan tidur (Foley, Monjan, Brown, Simonsick, Wallace, & Blazer, 1995). Terlebih, hanya kurang dari 20% lansia yang tidak memiliki keluhan mengenai kualitas tidurnya. Contoh keluhan tidur mereka adalah sulit tidur, bangun sebelum waktunya, dan tidak merasa tenaganya pulih kembali setelah tidur. Menurut Morgan (2008), sebagian besar keluhan tidur lansia adalah bangun di dini hari, sebelum waktunya (*early morning awakenings*).

Insomnia ada dalam klasifikasi tiga sistem diagnosis, yaitu *Classification of Mental and Behavioural Disorders / ICD-10* (World Health Organization, 1993), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000), dan *International Classification of Sleep Disorders / ICSD-2* (American Academy of Sleep Medicine, 2005). Walaupun masing-masing sistem diagnosis memiliki kriteria tersendiri, terdapat beberapa kriteria yang sama di antara mereka. Morgan (2008) menyebutkan kriteria insomnia yang umum di antara ketiga sistem diagnosis tersebut adalah terdapat keluhan untuk kesulitan tidur, tetap tidur, atau tidur yang tidak memulihkan tenaga (walaupun jumlah tidur sudah cukup baik); dimana simtom tersebut sering muncul dan terjadi paling tidak tiga kali seminggu selama satu bulan; dan mempengaruhi fungsi kesehariannya (sosial, pekerjaan, emosi).

Selain klasifikasi formal, Morgan (2008) juga menjelaskan mengenai asumsi yang tersebar luas tentang insomnia, yaitu klasifikasi insomnia primer dan sekunder. Insomnia primer adalah insomnia yang tidak diikuti masalah fisik atau psikologis tertentu. Selanjutnya, insomnia sekunder adalah insomnia yang disebabkan secara langsung oleh masalah fisik atau psikologis tertentu. Untuk membedakan simtom insomnia primer dan sekunder sangatlah sulit dan seringkali tidak memiliki manfaat klinis. Oleh karena itu, Stepanski dan Rybarczyk (2006) menyimpulkan dari berbagai penelitian mengenai intervensi bahwa perbedaan primer dan sekunder sepertinya tidak penting yang diperkirakan karena intervensi yang sama dapat dengan efektif menangani masalah tidur primer maupun sekunder.

Selanjutnya, Roth (2009) menjelaskan bahwa terdapat kerangka berpikir medis sebelumnya yang menganggap bahwa insomnia sekunder dapat hilang bila penyebabnya berhasil ditangani. Akan tetapi, keberhasilan menangani penyebab insomnia (masalah fisik atau psikologis tertentu) seringkali tidak diiringi dengan hilangnya insomnia. Misalnya, DeViva, Zayfert, Pigeon, dan Mellman (2005) menunjukkan efektivitas CBT untuk menangani klien dengan gangguan Stres Pasca-Trauma. Tetapi, keluhan tidur yang disebabkan oleh gangguan Stres Pasca-Trauma tidak hilang, walaupun gangguan Stres Pasca-Traumanya berhasil diatasi. Setelah mereka melanjutkan intervensi dengan CBT untuk insomnia, barulah keluhan tidur partisipannya hilang. Oleh karena itu, insomnia perlu mendapatkan penanganan tersendiri, walaupun ia merupakan simtom dari gangguan lainnya. Seiring dengan hal tersebut, penanganan insomnia sebaiknya dilakukan secara bersamaan dengan gangguan komorbidnya (Roth, 2009).

Penanganan insomnia untuk lansia lebih sulit dibandingkan penanganan pada kelompok usia lainnya. Proses penuaan yang semakin menonjol pada lansia mengubah pola tidurnya menjadi semakin berkurang, terputus-putus, dan mudah terbangun (Morgan, 2008). Seluruh perubahan pola tidur tersebut menjadi batasan biologis dari penanganan insomnia. Penanganan menjadi sulit karena setiap individu memiliki batasan tidur dan dampak penuaan terhadap tidur yang berbeda, sehingga batasan maksimal kualitas tidur yang dapat ditingkatkan oleh penanganan juga berbeda-beda. Dengan demikian, terapis sulit menentukan pola tidur maksimal yang 'harus' dicapai oleh lansia. Pola tidur maksimal lansia menjadi sangat subjektif dan tergantung pada masing-masing individu.

Seiring dengan itu, Morin dan Espie (2004) berpendapat bahwa pengukuran subjektif sangat penting untuk mengetahui kondisi pola tidur penderita insomnia. Pengukuran subjektif meliputi kualitas tidur, dampak tidur pada kegiatan sehari-hari (sering mengantuk atau tidak), dan fungsi psikososial (ada tidaknya perubahan dalam berinteraksi dengan orang lain saat kurang tidur). Pengukuran subjektif dapat dilakukan menggunakan kuesioner ataupun *sleep diary* (Morgan, 2008). Walaupun pengukuran subjektif tidak selalu sesuai dengan pengukuran objektif (misalnya dengan Polisomnografi, *Actigraphy*), pengukuran

subjektif lebih penting karena fungsi pemulihan tenaga dari tidur tidak dapat diukur oleh pengukuran objektif (Morin & Espie, 2004).

Dalam menangani insomnia pada lansia, obat tidur adalah penanganan yang paling sering digunakan (Knight, dkk., 2006; Edinger & Means, 2005). Tetapi, obat tidur memiliki efek ketergantungan dan dampak pemakaian jangka panjangnya belum diketahui secara jelas. Penanganan insomnia tanpa obat merupakan penanganan yang direkomendasikan oleh *U.S. National Institute of Health* (Morgan, 2008). Sivertsen, Omvik, Pallesen, Bjovartn, Havik, Kvale, Nielsen, dan Nordhus (2006) melakukan penelitian *Randomized Controlled Trial* (RCT) pada lansia untuk menguji efektivitas penanganan tanpa obat (CBT) dibandingkan dengan penanganan dengan obat (Zopiclone). Hasil penelitian mereka menunjukkan bahwa CBT lebih efektif daripada penanganan dengan obat, baik untuk jangka pendek maupun jangka panjang. Selain itu, Rybarczyk, Stepanski, Fogg, Lopez, Barry, dan Davis (2005) juga menunjukkan bahwa CBT dapat dengan efektif menangani insomnia yang komorbid (seperti dengan sakit jantung, diabetes, dan sebagainya).

Penanganan tanpa obat untuk insomnia pada lansia dapat dilakukan menggunakan berbagai macam teknik. McCurry, Logsdon, Teri, dan Vitiello (2007) melakukan tinjauan literatur pada penelitian-penelitian yang menggunakan penanganan tanpa obat untuk insomnia pada lansia. Hasil penelusuran mereka menunjukkan bahwa hanya terdapat dua teknik yang memiliki cukup bukti untuk dianggap efektif, yaitu *sleep restriction-sleep compression* dan CBT multi-komponen. *Sleep restriction-sleep compression* adalah teknik yang berlandaskan pada pemikiran bahwa mengurangi jam tidur akan membantu mengurangi waktu untuk tertidur dan menjaga agar tetap tertidur. Tujuan dari teknik tersebut adalah mengatur pola tidur dengan sedemikian rupa agar mencapai kualitas tidur malam hari yang lebih baik. CBT multi-komponen adalah kumpulan teknik perilaku dan kognitif yang dianggap efektif untuk mengatasi insomnia. Kumpulan teknik tersebut umumnya meliputi psikoedukasi *sleep hygiene*, *stimulus control*, *sleep restriction*, dan *relaxation training*. Teknik *sleep restriction-sleep compression* umumnya termasuk dalam CBT multi-komponen, tetapi mendapatkan perhatian yang lebih sedikit. Penggunaan sekelompok teknik sekaligus untuk menangani

insomnia berlandaskan pada pemikiran bahwa setiap diagnosis pasti memiliki *human error*, sehingga terapis tidak akan pernah tahu teknik yang dibutuhkan klien dengan pasti. Mengajarkan sebagian besar teknik yang dianggap efektif merupakan usaha untuk mengatasi masalah *human error* tersebut. Selain itu, memberikan sekelompok teknik juga dapat mengatasi kebutuhan klien yang seringkali berbeda-beda (Morin & Espie, 2004). Selain kedua teknik tersebut, teknik-teknik lainnya memiliki efektivitas yang meragukan. Teknik psikologis yang berdiri sendiri (misalnya: relaksasi, teknik kognitif, ataupun psikoedukasi *sleep hygiene* saja) tidak memiliki bukti kuat yang menunjukkan efektivitasnya. Selanjutnya, terdapat juga teknik-teknik alternatif yang masih belum memiliki bukti ilmiah, seperti: terapi sinar, jalan kaki, olah raga, pijat, dan latihan beban. Akan tetapi, teknik alternatif umumnya memiliki penjelasan mekanisme kerja yang kompleks dan dampaknya pada simptom insomnia juga sulit dijelaskan. Dengan demikian, penelitian ini memilih untuk menguji teknik CBT multi-komponen untuk mengatasi insomnia pada lansia. Teknik *sleep restriction-sleep compression* yang juga dianggap efektif akan termasuk dalam kelompok teknik dalam CBT multi-komponen pada penelitian ini.

Akan tetapi, pesimisme masih tersebar luas di antara tenaga ahli kesehatan mental terhadap kemampuan intervensi psikologis untuk menangani lansia (Laidlaw, 2008). Pesimisme tersebut tetap ada, walaupun sudah terdapat berbagai hasil penelitian yang menunjukkan efektivitas CBT pada lansia. Menurut Laidlaw (2008), akar utama pesimisme tersebut berasal dari Freud yang menyatakan bahwa manusia tidak lagi dapat mempelajari hal baru setelah usia 50 tahun. Walaupun pesimisme antar tenaga ahli kesehatan mental masih kuat, bukti-bukti ilmiah mengenai efektivitas CBT pada lansia semakin meyakinkan, bahkan seringkali lebih efektif daripada intervensi dengan obat-obatan (Spiegler & Guevremont, 2010). Insomnia merupakan salah satu masalah dimana penanganan dengan CBT memiliki efek yang lebih kuat daripada obat-obatan (Knight, dkk., 2006).

Intervensi CBT dapat berjalan dengan efektif pada lansia karena berorientasi pada masa kini, meningkatkan kemampuan mengatasi masalah, fokus pada masalah, praktis, dan efektif (Laidlaw, 2008). Hal ini terkait dengan dua hal

yang perlu diperhatikan dalam menangani masalah psikologis lansia, yaitu masalah psikologis yang seringkali sudah ada sejak lama dan kemungkinan akan adanya penyakit kronis (Laidlaw, 2008). Intervensi CBT menghindari dua hal tersebut dengan orientasinya pada masa kini dan fokus pada masalah. Selain itu, pemahaman terapis akan konteks kehidupan lansia tersebut (seperti: keberadaan masalah yang sudah lama) sangat penting dalam menjamin keberhasilan terapi (Spiegler & Guevremont, 2010). Masalah psikologis yang sudah ada sejak lama dapat menjebak terapis untuk terus-menerus mencari akar permasalahan dan menghabiskan bersesi-sesi. Walaupun pencarian tersebut dapat mengidentifikasi akar permasalahan dan memuaskan terapis, tetapi seringkali akar permasalahan tersebut tidak berhubungan dengan masalahnya saat ini (Laidlaw, 2008). Selanjutnya, terapis juga harus cukup sensitif untuk memodifikasi beberapa aspek dari terapi. Bila sesi CBT pada umumnya dapat berlangsung sekitar 16-20 sesi, pada lansia mungkin harus dipersingkat agar dapat dievaluasi setiap 6 sesi (Laidlaw, 2008).

Terdapat dua pendekatan utama dalam pemberian CBT (Rybarczyk, DeMarco, DeLaCruz, Lapidus, & Fortner, 2001). Pertama adalah pendekatan yang menekankan penerapan suatu jenis teknik tertentu untuk mengatasi suatu masalah psikologis. Contoh pendekatan ini adalah saat terapis memberikan empat sesi relaksasi progresif untuk menangani masalah sulit tidur yang dialami kliennya. Kedua adalah pendekatan multi-komponen yang menekankan pentingnya penanganan yang bersifat menyeluruh, sehingga memberikan terapi yang merupakan kombinasi dari berbagai jenis teknik. Contoh pendekatan ini adalah saat terapis memberikan empat sesi yang berisi psikoedukasi mengenai *sleep hygiene*, penerapan *stimulus control*, mengajarkan relaksasi, dan *sleep restriction* untuk menangani masalah sulit tidur. Perbedaan kedua pendekatan adalah jumlah teknik yang digunakan lebih banyak pada pendekatan multi-komponen.

CBT dengan pendekatan untuk insomnia dapat dibawakan secara individual atau berkelompok (Morin & Espie, 2004). Baik dibawakan secara individual atau berkelompok, CBT multi-komponen sama-sama efektif (McCurry, dkk., 2007). Akan tetapi, peneliti tidak dapat menemukan penelitian yang

membandingkan efektivitas CBT multi-komponen secara individual atau kelompok. Dengan demikian, pemilihan pembawaan terapi akan berlandaskan pada tinjauan literatur dari keunggulan masing-masing.

Terapi yang dibawakan secara individual atau kelompok memiliki keunggulannya masing-masing yang berbeda satu sama lain. Terapi individual dapat lebih memenuhi kebutuhan masing-masing klien dan klien mendapatkan perhatian penuh dari terapis (Morin & Espie, 2004). Di sisi lain, terapi kelompok jauh lebih ekonomis (Morin & Espie, 2004) dan memiliki efek terapeutik kelompok (Yalom & Leszcz, 2005). Efek terapeutik kelompok yang dapat muncul dalam CBT multi-komponen adalah memberikan peserta dukungan sosial, rasa kebersamaan, dan memotivasi peserta untuk mengikuti kegiatan terapi dengan baik (Yalom & Leszcz, 2005). Selanjutnya, budaya Indonesia yang cenderung kolektif (Goodwin & Giles, 2003) dan kategori ekonomi negara berkembang membuat terapi kelompok lebih sesuai untuk diterapkan di Indonesia.

Dengan demikian, diperlukan suatu intervensi CBT yang bersifat multi-komponen yang dibawakan secara kelompok untuk menangani insomnia pada lansia di Indonesia. Penelitian ini akan menguji efektivitas intervensi kelompok CBT multi-komponen yang meliputi berbagai jenis teknik, yaitu: psikoedukasi *sleep hygiene*, pendekatan kognitif, relaksasi, teknik pemecahan masalah, *stimulus control*, dan *sleep scheduling*. Walaupun sudah terdapat penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa CBT multi-komponen efektif, pengujian kembali tetap penting untuk dilakukan karena faktor perbedaan budaya dan kombinasi teknik. Sebagian besar penelitian yang menunjukkan efektivitas CBT multi-komponen dilakukan di Amerika atau negara barat lainnya, sedangkan Indonesia memiliki kondisi sosial dan budaya yang berbeda. Tseng (1999, 2004) menyatakan bahwa perbedaan budaya akan berdampak pada psikoterapi yang diberikan. Ia berargumen bahwa pemberian terapi yang tidak sesuai dengan budaya klien memiliki resiko gagal yang besar. Isu perbedaan budaya dalam membawakan psikoterapi sudah menjadi perhatian dunia ilmiah, ditunjukkan dengan adanya jurnal-jurnal yang khusus membahasnya (seperti: *Transcultural Psychiatry*). Efektivitas terapi akan dievaluasi dengan menggunakan alat ukur *Insomnia Severity Index (ISI)* (Morin, 1993) pada sebelum dan sesudah terapi (*pre-test* dan

post-test). Selain itu, *sleep diary* juga akan digunakan untuk menguji efektivitas terapi melalui berbagai informasi (seperti: waktu yang dibutuhkan untuk tertidur (*sleep onset*), jumlah bangun di malam hari, jumlah jam tidur, efektivitas tidur, dan lainnya).

1.2 Permasalahan penelitian

Masalah penelitian yang akan dijawab adalah “apakah intervensi kelompok dengan pendekatan multi-komponen *Cognitive behavioral therapy* (CBT) dapat mengurangi insomnia pada lanjut usia di Depok?”

1.3 Tujuan penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menguji efektivitas aplikasi intervensi multi-komponen *Cognitive behavioral therapy* (CBT) untuk menangani insomnia pada lanjut usia di Depok. Intervensi yang diaplikasikan dapat membantu meningkatkan kesejahteraan lanjut usia secara umum dan meningkatkan fungsi kesehariannya.

1.4 Manfaat penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat yang bersifat teoritis dan praktis.

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat memperkaya temuan ilmiah mengenai aplikasi intervensi kelompok multi-komponen *Cognitive behavioral therapy* (CBT) untuk mengurangi insomnia pada lanjut usia. Temuan ilmiah ini juga penting untuk mengetahui efektivitas multi-komponen *Cognitive behavioral therapy* (CBT) pada lanjut usia di Indonesia.

1.4.2 Manfaat praktis

Modul dari penelitian ini dapat menjadi panduan yang berdasarkan kaidah-kaidah ilmiah bagi psikolog yang akan menangani insomnia pada lanjut usia. Selain itu,

penelitian ini juga dapat membantu para partisipan untuk menangani insomnia mereka.

1.5 Sistematika penulisan

Sistematika penulisan tesis ini terdiri dari tujuh bab, yaitu:

Bab satu berisi pendahuluan yang terdiri dari latar belakang masalah insomnia pada lansia, permasalahan penelitian, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.

Bab dua merupakan tinjauan pustaka yang berisi teori-teori yang terkait dengan penelitian. Bab ini akan membahas teori mengenai lansia, insomnia, insomnia pada lansia, pendekatan CBT multi-komponen, dan CBT multi-komponen pada lansia dengan insomnia.

Bab tiga adalah mengenai metode penelitian yang digunakan dalam pelaksanaan intervensi. Bab ini membahas mengenai desain penelitian *pre-test post-test* dengan analisis *within group*, karakteristik partisipan penelitian, asesmen yang digunakan (wawancara, *sleep diary*, dan kuesioner), penjelasan setiap tahap penelitian, dan ringkasan rancangan program.

Bab empat memaparkan hasil pengukuran awal. Pengukuran awal meliputi pembahasan hasil wawancara, observasi, dan alat ukur pada setiap partisipan.

Bab lima membahas hasil pelaksanaan intervensi. Hasil pelaksanaan intervensi meliputi pembahasan mengenai proses pelaksanaan intervensi dan evaluasi intervensi. Proses intervensi dibahas dengan detil, setiap sesi. Kemudian, evaluasi intervensi dibahas melalui evaluasi individual, evaluasi kelompok, dan evaluasi partisipan terhadap intervensi.

Bab enam adalah diskusi interpretasi hasil intervensi, keterbatasan penelitian, dan manfaat hasil penelitian.

Bab tujuh berisi kesimpulan yang menjawab permasalahan penelitian dan saran-saran untuk penelitian selanjutnya serta saran praktis dari hasil penelitian.

2. Tinjauan Pustaka

2.1 Lanjut usia

2.1.1 Definisi lanjut usia

Sumber yang berbeda memberikan batasan usia yang berbeda untuk kelompok lanjut usia (lansia). Undang-undang RI nomor 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia menganggap bahwa seseorang dapat dianggap lanjut usia bila berusia 60 tahun ke atas. Papalia, Olds, dan Feldman (2009) menganggap bahwa seseorang masuk kategori lansia setelah menginjak usia 60 tahun. Selain itu, Santrock (2006) menganggap bahwa batasan usia kategori lansia adalah sekitar usia 60 tahun hingga 100 tahun ke atas.

Selain pembatasan umur minimal, terdapat juga kategori yang membagi kelompok usia lansia ke tiga kelompok, yaitu *young-old* (65-74 tahun), *middle-old* (75 tahun ke atas), dan *old-old* (85 tahun ke atas) (Santrock, 2006). Pembagian kelompok usia ini bersifat perkiraan. Black (1994) menjelaskan bahwa kelompok usia *young-old* dapat berkisar antara pertengahan 50 tahun hingga pertengahan 70 tahun. Perkiraan usia yang cukup jauh ini disebabkan oleh beberapa patokan yang umum digunakan, seperti usia pensiun. Dalam penelitian ini, kelompok usia *young-old* merupakan sasaran utama. Penyesuaian yang berhasil dalam menghadapi kehidupan lansia di tahap perkembangan *young-old* sangatlah penting karena akan mempengaruhi penyesuaiannya di tahapan perkembangan selanjutnya dan kesehatan mentalnya secara umum (Black, 1994).

2.1.2 Konsep penuaan

Konsep penuaan adalah konsep multidimensi (Hoyer & Roodin, 2003). Pengukuran waktu semenjak lahir (usia kronologis) bukan merupakan tolok ukur terbaik untuk mengukur fungsi perkembangan. Beberapa peneliti mengembangkan konsep usia fungsional untuk menggantikan usia kronologis (Hoyer & Roodin, 2003). Hal ini didasarkan dari pengalaman dan observasi bahwa usia kronologis tidak selalu menunjukkan fungsi orang tersebut. Misalnya, beberapa orang dengan usia 75 tahun dapat hidup lebih mandiri dibandingkan

seseorang yang manja, tetapi berusia 25 tahun. Berikut akan dibahas mengenai dimensi dan arti dari usia dan penuaan.

Hoyer dan Roodin (2003) menjelaskan bahwa konsep usia dapat dibahas dari segi usia kronologis, biologis, psikologis, dan sosial. Usia kronologis adalah jumlah tahun yang telah dilewati orang tersebut semenjak lahir (Hoyer & Roodin, 2003). Usia biologis merupakan perkiraan terhadap potensi panjang hidupnya, mengukur kapasitas organ-organ vital dalam tubuhnya (Hoyer & Roodin, 2003). Perspektif ini menganggap usia sebagai indeks dari kesehatan biologis. Usia psikologis mengacu pada kemampuan adaptasi seseorang, kemampuannya untuk beradaptasi pada tuntutan lingkungan (Hoyer & Roodin, 2003). Seseorang yang mampu beradaptasi (memiliki kemampuan belajar yang lebih baik, memori yang lebih baik, inteligensi, kemampuan coping), dianggap memiliki ‘usia psikologis yang muda’. Usia sosial merujuk pada berbagai peran sosial dan tuntutan yang diberikan pada dirinya sendiri dan orang lain pada dirinya (Hoyer & Roodin, 2003). Misalnya, seorang ibu akan memiliki tuntutan yang sama oleh anaknya, entah berusia 20 atau 30 tahun. Seseorang dapat berperilaku sesuai atau tidak sesuai dengan usia sosialnya (seperti: lansia yang bertindak seperti anak muda).

2.1.3 Masalah psikologis pada lansia

Masalah psikologis yang umum dialami oleh lansia adalah depresi, kecemasan, dementia, insomnia, kecanduan alkohol, dan stres akibat masalah kesehatan (Knight, dkk., 2006). Dalam buku *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*, masalah psikologis yang dibahas juga tidak jauh berbeda, yaitu: depresi dan kecemasan pada lansia (Nordhus, 2008), bunuh diri (Woods, 2008), trauma psikologis (Davies, 2008), psikosis yang muncul pada lansia (Clare & Giblin, 2008), dementia (Downs, Clare, & Anderson, 2008), Alzheimer dan penyakit neurodegeneratif lainnya (Morris, 2008), Parkinson (Hobson, 2008), *Stroke* (Cockburn, 2008), dan insomnia (Morgan, 2008). Dari seluruh masalah psikologis tersebut, depresi dan kecemasan adalah masalah yang paling banyak diteliti (Knight, dkk., 2006). Akan tetapi, insomnia adalah masalah psikologis yang paling sering dilaporkan pada kelompok usia lansia (Singleton, Bumpstead, O’Brien, dkk., 2000).

2.2. Insomnia

2.2.1 Diagnosis insomnia

Insomnia sudah masuk dalam klasifikasi tiga sistem diagnosis, yaitu *Classification of Mental and Behavioural Disorders/ ICD-10* (World Health Organization, 1993), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000), dan *International Classification of Sleep Disorders/ ICSD-2* (American Academy of Sleep Medicine, 2005). Walaupun masing-masing sistem diagnosis memiliki kriteria tersendiri, terdapat beberapa kriteria yang sama di antara mereka. Kriteria diagnosis tersebut adalah terdapat keluhan untuk kesulitan tidur, tetap tidur, atau tidur yang tidak memulihkan tenaga (walaupun jumlah tidur sudah cukup baik); simptom-simptom tersebut sering muncul dan terjadi paling tidak tiga kali seminggu selama satu bulan; dan mempengaruhi fungsi kesehariannya, mulai dari sosial, pekerjaan, dan emosi (Morgan, 2008).

Selain kriteria diagnosis, terdapat empat pertanda klinis yang dapat digunakan untuk mendefinisikan insomnia dengan lebih konkret dan menilai kepentingan klinis (Morin & Espie, 2004). Pertama, tingkat keparahan insomnia dapat diukur dengan membutuhkan waktu lebih dari 30 menit untuk tidur, waktu bangun (*sleep latency*) yang lebih dari 30 menit semenjak mulai tidur (*sleep onset*), bangun 30 menit (atau lebih) lebih cepat dari yang diinginkan dan sebelum total jam tidur mencapai 6,5 jam, efisiensi tidur lebih rendah dari 85%. Kedua, frekuensi insomnia muncul tiga kali dalam seminggu atau lebih. Ketiga, durasi insomnia sudah ada lebih dari 1 bulan (DSM-IV) atau 6 bulan (ICSD). Frekuensi dan durasi ini penting untuk membedakan orang yang mengalami insomnia kronis atau akut (situasional). Keempat, gangguan pada kegiatan sehari-hari atau merasa terganggu, dapat terukur dengan skor 2 atau 3 pada skala ISI (*Insomnia Severity Index*) di item 5 dan 7. Gangguan pada kegiatan sehari-hari dapat menunjukkan dampak klinis dari insomnia, umumnya akan berwujud rasa lelah, konsentrasi menurun, masalah ingatan, dan perubahan *mood*. Perasaan terganggu karena insomnia juga merupakan indikator penting karena terkadang orang dapat mengalami insomnia tanpa merasa terganggu.

Untuk melakukan penelitian mengenai insomnia, para praktisi dan peneliti menganggap bahwa kriteria diagnosis yang sudah ada (seperti DSM-IV atau ICSD) tidak cukup jelas. Kriteria diagnosis pada berbagai gangguan tidur menyebabkan diagnosis yang beragam pada kasus yang sama, tergantung pada pekerja kesehatan jiwa yang melakukannya. Edinger, Bonnet, Bootzin, Doghramji, Dorsey, Espie, Jamieson, McCall, Morin, dan Stepanski (2004) diminta oleh American Academy of Sleep Medicine (AASM) membentuk kelompok kerja untuk membuat suatu *Resesearch Diagnostic Criteria* (RDC) untuk insomnia. Mereka menelusuri 165 artikel untuk menyimpulkan kriteria diagnosis yang lebih reliabel (berupa RDC) dan metode asesmen yang sesuai. Berdasarkan seluruh artikel tersebut dan sistem diagnosis sebelumnya, mereka menyusun RDC untuk berbagai kategori diagnostik sub tipe insomnia: gangguan insomnia, insomnia primer, insomnia yang disebabkan oleh gangguan mental lainnya, psikofisiologis insomnia, mispersepsi status tidur, *idiophathic/childhood onset insomnia*, insomnia karena *sleep apnea*, insomnia karena *periodic limb movement disorder* (PLMS), insomnia karena gangguan cemas, dan insomnia karena gangguan depresi.

Edinger, dkk. (2004) menyimpulkan RDC untuk gangguan insomnia dari berbagai literatur, yaitu:

- A. Individu melaporkan satu atau lebih dari keluhan tidur berikut:
 1. kesulitan memulai tidur,
 2. kesulitan untuk tetap tertidur,
 3. bangun terlalu cepat (lebih cepat dari yang diinginkan), atau
 4. tidur yang secara kronis tidak memulihkan atau kualitasnya buruk.
- B. Kesulitan tidur di atas tetap terjadi, walaupun terdapat kesempatan dan kondisi yang cukup baik untuk tidur.
- C. Individu melaporkan paling sedikit satu dari bentuk gangguan pada kegiatan sehari-hari yang berhubungan dengan kesulitan tidur malam:
 1. Kelelahan;
 2. Penurunan perhatian, konsentrasi, atau ingatan;
 3. Disfungsi sosial/pekerjaan atau kinerja sekolah yang buruk;
 4. *Mood* terganggu atau mudah marah;

5. Mengantuk di siang hari;
6. Penurunan motivasi/energi/inisiatif;
7. Semakin mudah salah/kecelakaan pada pekerjaan atau saat bekerja;
8. Ketegangan sakit kepala, dan/atau simtom gastrointestinal yang disebabkan kekurangan tidur; dan
9. Kekhawatiran mengenai tidur.

Metode asesmen untuk melakukan diagnosis insomnia yang terbaik adalah dengan asesmen wawancara, polisomnografi (PSG), dan *sleep diary* (Edinger, dkk., 2004). Asesmen wawancara dengan wawancara klinis adalah praktek yang selalu dilakukan dalam semua penelitian insomnia. Sebagian besar penelitian bersandar pada diagnosis insomnia dari seorang pewawancara. Kelompok kerja Edinger, dkk. (2004) menyarankan bahwa asesmen wawancara akan lebih baik bila dilakukan dengan lebih dari seorang pewawancara untuk mendapatkan reliabilitas antar pewawancara atau menggunakan suatu wawancara terstruktur yang disusun khusus untuk insomnia (seperti: *Structured Interview for Sleep Disorders* dan *Sleep Eval system*). PSG adalah metode yang wajib digunakan untuk melakukan diagnosis insomnia subtype mispersepsi status tidur, insomnia karena *sleep apnea*, dan insomnia karena *periodic limb movement disorder* (PLMS). Untuk penegakkan diagnosis insomnia subtype lainnya, polisomnografi tidak menjadi suatu keharusan. *Sleep diary* tidak diwajibkan sebagai alat diagnosis insomnia. Walaupun demikian, *sleep diary* dapat menjadi data tambahan yang penting untuk membantu menegakkan diagnosis insomnia secara umum.

Selain itu, pengetahuan mengenai perkembangan insomnia juga penting dalam melakukan diagnosis. Insomnia adalah gangguan yang dapat bersifat situasional, berulang, atau kronis (Morin & Espie, 2004). Tipe insomnia bahkan dapat berubah seiring dengan berjalannya waktu. Insomnia umumnya dimulai dengan sulit tidur, kemudian berubah menjadi kesulitan untuk tetap tertidur. Insomnia dapat muncul pada usia berapapun, tetapi umumnya pertama kali muncul pada usia sekitar 20 atau awal 30 tahun. Kemunculan insomnia umumnya diasosiasikan dengan stres akibat kejadian tertentu (seperti: pekerjaan baru, ujian, dan lainnya). Setelah kejadian tersebut, tidur akan menjadi normal kembali setelah

beberapa minggu, bulan, atau bahkan tahun. Kemudian, bila insomnia kembali, akan muncul dengan tingkat yang lebih parah.

Prognosis jangka panjang insomnia belum diketahui (Morin & Espie, 2004). Akan tetapi, terdapat beberapa bukti yang menunjukkan bahwa insomnia adalah masalah yang muncul berulang dan saat tidak ditangani, meningkatkan resiko depresi. Bahkan dengan penanganan sekalipun, beberapa penderita akan tetap mengalami insomnia, walaupun jarang. Oleh karena itu, penanganan insomnia yang meningkatkan kemampuan menangani masalah, kemampuan *coping*, dan strategi perilaku (termasuk pola hidup) yang tepat menjadi sangat penting.

2.2.2 Tanda-tanda penderita insomnia

Diagnosis insomnia seringkali muncul dari keluhan subjektif mengenai kualitas tidurnya. Morin dan Espie (2004) menjelaskan bahwa terdapat beberapa tanda-tanda yang menunjukkan insomnia, yaitu hasil asesmen polisomnografi, kelelahan dan mengantuk, kepribadian, dan hasil asesmen neuropsikologi.

Hasil asesmen polisomnografi (PSG) menunjukkan bahwa terdapat kecenderungan alamiah bagi semua orang untuk berlebihan dalam memperkirakan jumlah waktu mereka bangun dan terlalu rendah dalam memperkirakan jumlah waktu tidur (Morin & Espie, 2004). PSG dapat membedakan secara objektif, tidur yang bermasalah dengan yang tidak. Selain itu, ditemukan juga bahwa secara umum penderita insomnia cenderung menjadi sangat aktif saat sebelum tidur dan/atau saat tidur. Walaupun PSG dapat menunjukkan kondisi tidur objektif, ada beberapa kasus penderita insomnia yang memiliki kualitas tidur yang lebih baik secara objektif dibandingkan orang normal. Hal ini menunjukkan pentingnya keluhan subjektif dalam membentuk diagnosis.

Kelelahan dan mengantuk hampir selalu berhubungan dengan insomnia (Morin & Espie, 2004). Walaupun penderita insomnia selalu mengeluhkan mengantuk di siang hari, pemeriksaan lebih mendalam akan menunjukkan bahwa mereka lebih mengalami kelelahan mental dan fisik dibandingkan mengantuk secara fisiologis. Selain itu, mengantuk di siang hari lebih banyak dialami oleh

para penderita insomnia yang juga mengalami masalah fisik (seperti nyeri) atau psikologis lainnya.

Morin dan Espie (2004) menyatakan bahwa mayoritas orang yang datang ke klinik dengan keluhan insomnia umumnya memiliki simtom-simtom kecemasan dan/atau depresi. Profil psikologis yang paling umum terlihat adalah kecemasan untuk tidur (umumnya takut tidak bisa tidur), sehingga membuat *conditioning* pikiran yang aktif di rangsang. Selain itu, kekhawatiran berlebihan mengenai kurang tidur dan dampaknya juga merupakan hal yang umum ada pada penderita insomnia. Walaupun terdapat prevalensi yang tinggi untuk ciri-ciri depresif dan/atau kecemasan, seringkali simtom tersebut tidak mencapai batas diagnosis untuk gangguan kecemasan atau depresi. Bahkan, seringkali praktisi sulit menentukan hal mana yang menjadi penyebab atau akibat dari insomnia.

Penemuan neuropsikologis dapat memberikan penjelasan objektif mengenai kemampuan konsentrasi dan ingatan. Hal ini berkaitan dengan keluhan sebagian besar penderita insomnia mengenai berkurangnya kemampuan konsentrasi, memori, dan fungsi eksekutif (Morin & Espie, 2004). Tetapi, hasil penelitian neuropsikologis menunjukkan bahwa secara umum penderita insomnia tidak memiliki penurunan yang signifikan dibandingkan orang normal. Seiring dengan penemuan neuropsikologis, penemuan PSG juga menunjukkan keluhan kualitas tidur subjektif tidak selalu sesuai dengan kualitas tidur objektif yang diukur PSG.

2.3. Insomnia pada lansia

Dalam penelitian epidemiologi pada lebih dari 9.000 orang lansia di Amerika, ditemukan bahwa lebih dari 50% memiliki keluhan tidur (Foley, Monjan, Brown, Simonsick, Wallace, & Blazer, 1995). Terlebih, hanya kurang dari 20% lansia yang tidak memiliki keluhan mengenai kualitas tidurnya. Contoh keluhan tidur mereka adalah sulit tidur, bangun sebelum waktunya, dan tidak merasa tenaganya pulih kembali. Tidak seperti kelompok usia lansia, kelompok usia yang lebih muda memiliki masalah tidur yang berbeda. Mereka umumnya mengalami kesulitan untuk tertidur dan tidak memiliki batasan biologis kualitas tidur yang muncul akibat proses penuaan (Morin & Espie, 2004).

Persentase penderita insomnia yang besar pada lansia berkaitan dengan proses penuaan pada lansia yang menurunkan jumlah kebutuhan tidur, tidur semakin terputus-putus, dan semakin mudah terbangun (Morgan, 2008). Selain itu, lansia juga lebih mudah terbangun dengan suara-suara, mengindikasikan bahwa mereka semakin sensitif dengan stimulus dari lingkungan (Vitiello, 2006). Hal-hal yang telah disebutkan semuanya menunjukkan bahwa adanya kesulitan untuk tetap tertidur dan kelelahan tidur, sehingga kualitas tidur lansia lebih rendah dibandingkan kelompok usia yang lebih muda.

Dalam penelitian mengenai tidur pada lansia, terdapat berbagai kepercayaan umum yang tidak berdasar. Salah satu kepercayaan yang umum muncul adalah penurunan kualitas tidur yang dialami lansia dimulai pada masa dewasa muda dan meningkat seiring proses penuaan (Vitiello, 2006). Kepercayaan umum lainnya adalah keluhan tidur lansia hanyalah akibat dari proses penuaan yang dialami semua orang, sehingga tidak banyak yang bisa dilakukan untuk memperbaiki kualitas tidur lansia. Di sisi lain, Ohayon, Carskadon, Guilleminault, dan Vitiello (2004) menunjukkan bahwa lansia yang sehat dan berhasil melalui proses penuaan memiliki kualitas tidur yang sama dengan orang pada usia yang lebih muda. Oleh karena itu, penurunan kualitas tidur tidak selalu merupakan bagian dari karakteristik lansia.

2.4. Cognitive behavioral therapy (CBT)

Cognitive behavioral therapy (CBT) adalah terapi yang menganggap bahwa dasar dari gangguan psikologis adalah kognisi klien yang bermasalah (Guevremont & Spiegler, 2010). Terdapat banyak penelitian yang menunjukkan bahwa CBT efektif untuk diterapkan pada lansia (Laidlaw, 2008) dan bahkan untuk masalah insomnia, CBT memiliki efek yang lebih kuat daripada intervensi dengan obat-obatan (Knight, dkk., 2006).

2.4.1 CBT multi-komponen

Terdapat dua pendekatan utama dalam memberikan CBT (Rybarczyk, dkk., 2001). Pertama adalah pendekatan yang menekankan penerapan suatu jenis terapi tertentu untuk mengatasi suatu masalah psikologis. Kedua adalah pendekatan

multi-komponen yang menekankan pentingnya penanganan yang bersifat menyeluruh, sehingga memberikan terapi yang merupakan kombinasi dari berbagai jenis teknik. Pendekatan multi-komponen untuk menangani insomnia pada lansia terbukti lebih efektif daripada pendekatan lainnya (McCurry, dkk., 2007).

Penelitian ini akan menguji efektivitas suatu intervensi kelompok CBT yang bersifat multi-komponen dengan menggabungkan berbagai jenis teknik, seperti: psikoedukasi, relaksasi, pendekatan kognitif, dan teknik pemecahan masalah. Pendekatan intervensi seperti ini sudah umum dilakukan untuk menangani insomnia (Morin & Espie, 2004), tetapi mungkin dengan istilah yang berbeda-beda.

Teknik-teknik yang akan digunakan dalam intervensi di penelitian ini adalah:

1. Psikoedukasi

Terminologi psikoedukasi pertama kali digunakan pada tahun 1980 untuk menjelaskan suatu jenis terapi perilaku yang berisi empat hal: menjelaskan gangguan pada penderita, pelatihan pemecahan masalah, pelatihan komunikasi, dan pelatihan asertif (Bauml, Frobose, Kraemer, Rentrop, & Pitschel-Walz, 2006). Akan tetapi, saat ini psikoedukasi lebih banyak dikenal sebagai suatu bagian dari sekelompok terapi yang hanya menekankan aspek edukasi mengenai suatu gangguan, seperti Stice dan Ragan (2002) yang menguji efektivitas dari memberikan pendidikan (psikoedukasi) mengenai makan dan nutrisi yang sehat untuk melawan obesitas pada mahasiswa perempuan. Pada penelitian ini, pendekatan psikoedukasi yang menekankan aspek edukasi itulah yang akan digunakan.

Dalam menangani insomnia, jenis terapi yang dapat masuk dalam kategori psikoedukasi adalah *Sleep hygiene*. *Sleep hygiene* pertama kali digunakan oleh Dr. Peter Hauri sekitar 30 tahun yang lalu untuk menjelaskan apa yang pasien dapat kerjakan untuk menghindari faktor-faktor yang mengganggu tidur dan mencapai tidur yang lelap (Morin & Espie, 2004). *Sleep hygiene* merupakan saran-saran seputar gaya hidup dan kondisi kamar tidur yang didasari oleh teori fisiologis (Morin & Espie, 2004). *Sleep hygiene* umumnya meliputi saran-saran sebagai berikut:

membatasi kafein, membatasi nikotin, membatasi alkohol, mengatur pola makan, mengatur olah raga, membatasi suara dalam kamar tidur, mengatur suhu kamar, mengatur suhu tubuh, meningkatkan kualitas udara, membatasi cahaya, meningkatkan kenyamanan ranjang (Morin & Espie, 2004).

2. Relaksasi

Relaksasi adalah teknik untuk menurunkan tingkat *arousal* fisik yang kemudian membatasi munculnya pikiran dan emosi, sehingga dapat mengatasi berbagai gangguan yang berkaitan dengan peningkatan *arousal* (Conrad & Roth, 2007). Relaksasi merupakan bagian dari intervensi CBT karena ada dalam kategori respons fisiologis yang merupakan salah satu fokus intervensi CBT (simtom fisiologis) (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007).

Pandangan bahwa insomnia disebabkan oleh ketegangan fisik yang berlebihan sudah ada sejak 40 tahun yang lalu (Morin & Espie, 2004). Terapi relaksasi bergerak dengan landasan berpikir tersebut, bertujuan untuk mengurangi ketegangan fisik yang dialami penderita. Dalam memberikan terapi relaksasi pada penderita insomnia, Morin dan Espie (2004) menyarankan prosedur berikut: *bedtime wind-down* (mulai mengurangi kesibukan sejak hari sudah mulai gelap dan tidak mengerjakan aktivitas apapun sekitar 60-90 menit sebelum waktu tidur), kemudian latihan relaksasi sebelum tidur.

Latihan relaksasi yang diberikan dalam penelitian ini adalah relaksasi pernapasan perut dan relaksasi progresif. Relaksasi pernapasan perut adalah teknik relaksasi dengan bernapas perlahan-lahan dengan menggunakan perut (Hazlett-Stevens & Craske, 2009). Pernapasan perut berbeda dengan pernapasan menggunakan dada yang lebih ringan. Relaksasi progresif menggunakan prinsip menegangkan dan melemaskan otot untuk mencapai kondisi rileks (Bernstein, Borkovec, & Hazlett-Stevens, 2000). Instruksi latihan relaksasi progresif berdasarkan panduan yang dibuat oleh Prof. Dr. Soesmalijah Soewondo (2012).

3. *Self-monitoring*

Self-monitoring adalah bagian dari aspek asesmen, khususnya pengukuran, dalam CBT. Westbrook, Kennerley, dan Kirk (2007) menekankan bahwa CBT memiliki pendekatan empiris terhadap masalah, sehingga data pengukuran mengenai suatu masalah menjadi sangat penting. Untuk mendapatkan data tersebut, terdapat beberapa metode yang dapat digunakan: jangka waktu suatu kejadian (misalnya: waktu yang dipakai untuk cuci tangan, bagi klien obsesif), *self-rating*, *diary*, dan kuesioner (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007).

Dalam menangani insomnia, bentuk *self-monitoring* yang paling umum dipakai adalah *sleep diary*. *Sleep diary* adalah salah satu teknik wajib yang selalu ada dalam beragam terapi untuk insomnia (Morin & Espie, 2004). *Sleep diary* sebagai bentuk asesmen dapat memberikan data yang sangat berguna bagi terapis dan juga dapat mendatangkan *insight* bagi klien mengenai pola tidurnya.

Selain itu, suatu bentuk *activity scheduling* juga dapat dimasukkan setelah melakukan *self-monitoring*. *Activity scheduling* adalah salah satu teknik yang berlandaskan prinsip perilaku (*behavioral*) untuk memicu klien melakukan kegiatan-kegiatan yang dapat menangani masalahnya (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Dalam terapi untuk insomnia, *activity scheduling* lebih dikenal dengan nama *sleep scheduling*. *Sleep scheduling* merupakan gabungan dari prinsip *stimulus control* dan *sleep restriction* (Morin & Espie, 2004). *Stimulus control* adalah teknik yang berlandaskan pemikiran bahwa terdapat *conditioning* antara kegiatan tidur dengan rangsang pada orang normal (Morin & Espie, 2004). Untuk menangani orang dengan insomnia, *conditioning* antara tidur dengan rangsang akan diperkuat melalui berbagai metode perilaku. Contoh metode yang umum dilakukan adalah melarang klien untuk mengerjakan kegiatan apapun di rangsang (selain tidur dan kegiatan seksual), harus segera bangun dari rangsang bila belum tertidur selama 15 menit, dan lainnya. *Sleep restriction* adalah teknik dengan landasan teori fisiologis yang berlandaskan pada meningkatnya dorongan fisiologis untuk tidur seiring dengan berkurangnya

jam tidur (Morin & Espie, 2004). Selain itu, insomnia dilihat sebagai masalah pada pola tidur yang terputus-putus dan tidak pada waktunya. Tujuan dari terapi *sleep restriction* adalah mengembalikan pola tidur yang normal; tidak terputus-putus dan sesuai pada waktu yang diinginkan. Contoh terapi *sleep restriction* adalah melarang klien untuk tidur siang, mewajibkan klien untuk selalu bangun pada jam tertentu (misalnya jam 7 pagi), dan lainnya.

4. Pendekatan kognitif

Pendekatan kognitif juga merupakan salah satu teknik CBT yang paling sering digunakan. Teknik pendekatan kognitif bertujuan untuk mengubah pemikiran atau gambaran yang hanya bisa disadari ketika individu memusatkan perhatiannya pada hal tersebut (Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007). Teknik ini sudah banyak dipakai untuk mengatasi berbagai gangguan, termasuk insomnia.

Dalam menangani insomnia, peran teknik pendekatan kognitif adalah untuk mengganti pola pikir yang disfungsi mengenai tidur (Morin & Espie, 2004). Insomnia seringkali diiringi dengan pola pikir yang tidak tepat mengenai tidur, seperti: “Besok saya pasti kerjanya akan buruk karena sekarang tidak bisa tidur.” atau “Saya harus tidur 8 jam agar dapat berfungsi dengan optimal.”

5. Teknik pemecahan masalah.

Teknik pemecahan masalah juga merupakan salah satu teknik dalam CBT. Umumnya teknik pemecahan masalah meliputi empat hal: evaluasi masalah, memikirkan solusi-solusi yang mungkin ditempuh, pilih dan aplikasikan salah satu solusi, evaluasi solusi tersebut dan kembali ke awal bila tidak berhasil (Carney, 2003). Teknik pemecahan masalah seringkali bukan merupakan bagian dari paket CBT untuk insomnia. Akan tetapi, Carney (2003) menerapkan teknik ini untuk terapi pada penderita insomnia dan berhasil menunjukkan efektivitasnya. Carney (2003) berpendapat bahwa kekhawatiran mengenai berbagai hal seringkali merupakan penyebab

bertahannya insomnia, sehingga dibutuhkan teknik yang dapat menurunkan kekhawatiran tersebut. Misalnya: seorang penderita insomnia khawatir mengenai apakah seluruh jendela dan pintu rumah sudah dikunci, sehingga sulit tidur. Maka, ia akan diminta untuk mengecek ulang seluruh jendela dan pintu rumah sebanyak dua kali, sekitar 3 jam sebelum waktu tidur.

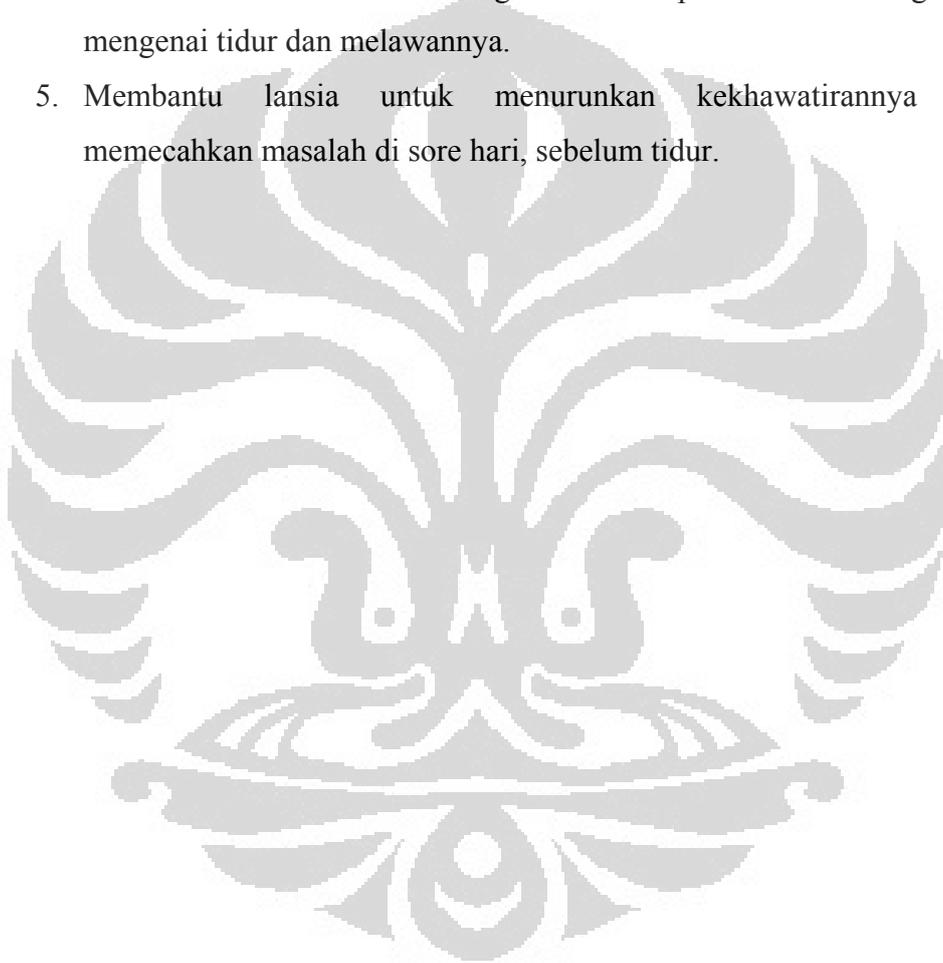
2.5 CBT multi-komponen pada lansia dengan insomnia

Intervensi psikologis yang umum dilakukan untuk menangani insomnia pada lansia adalah *Cognitive behavioral therapy for insomnia* (CBT-I) (Morgan, 2008). Seiring dengan hal tersebut, McCurry, dkk. (2007) mengulas berbagai penelitian mengenai intervensi psikologis pada lansia untuk insomnia dan menemukan bahwa intervensi CBT multi-komponen adalah intervensi yang paling efektif. CBT multi-komponen yang dimaksud meliputi teknik yang berbeda-beda, tetapi umumnya meliputi *sleep hygiene*, *sleep restriction*, *stimulus control*, dan relaksasi. CBT multi-komponen yang dimaksud ini serupa dengan terminologi CBT-I yang dipakai Morgan (2008).

Sementara itu, Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson, dan Dick-Siskin (2003) juga menekankan pentingnya menggunakan CBT untuk insomnia pada lansia, walaupun seringkali lansia beralih ke obat-obatan untuk mengatasi insomnianya. Penelitian ini akan menggunakan CBT yang berisi berbagai teknik yang umum dilakukan dan menambahkan teknik pemecahan masalah untuk menangani insomnia pada lansia. Teknik pemecahan masalah terbukti efektif dibandingkan kelompok kontrol dalam menangani insomnia (Carney, 2003). Oleh karena itu, kumpulan teknik yang ada dalam intervensi CBT multi-komponen ini merupakan kombinasi yang disusun sendiri oleh peneliti. Pertimbangan pemilihan teknik didasarkan pada hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan efektivitas masing-masing teknik dan perkiraan peneliti dalam menerapkan teknik tersebut ke lansia di Indonesia.

Dengan demikian, tujuan dari program yang akan dilaksanakan adalah sebagai berikut:

1. Mengajarkan lansia mengenai pola tidur sehat dan proses penuaan yang normal
2. Mengajarkan teknik-teknik relaksasi kepada lansia agar dapat mencapai kondisi rileks, sehingga lebih mudah tidur.
3. Membantu lansia untuk mengidentifikasi dan memahami pola tidurnya.
4. Membantu lansia untuk mengidentifikasi pemikiran disfungsionalnya mengenai tidur dan melawannya.
5. Membantu lansia untuk menurunkan kekhawatirannya dengan memecahkan masalah di sore hari, sebelum tidur.



3. Metode Penelitian

Bab ini membahas mengenai metode yang digunakan untuk melaksanakan penelitian ini. Pembahasan tersebut meliputi desain penelitian, karakteristik partisipan penelitian, teknik pemilihan partisipan, alat ukur yang digunakan untuk melakukan asesmen, prosedur berjalannya penelitian, dan rancangan program yang akan diberikan. Selain itu, penelitian ini berjalan dalam payung penelitian mengenai lansia yang dipimpin oleh Dra. Dharmayati Utoyo Lubis, M.A., Ph.D., psikolog. Dalam payung penelitian ini, pemilihan partisipan dan pengambilan data awal dilakukan dengan bersama anggota penelitian lainnya. Selain kedua prosedur tersebut, peneliti mengerjakan seluruh aspek penelitian ini sendiri di bawah bimbingan pembimbing tesis.

3.1 Desain penelitian

Penelitian merupakan kuasi eksperimen yang menggunakan desain *pretest-posttest* dengan analisis *within group* (Greenhoot, 2003). Keunggulan dari desain penelitian ini adalah dapat mengetahui dampak dari variabel independen, yang merupakan intervensi psikologis, pada kelompok eksperimen. Dalam desain penelitian ini, data peserta penelitian akan dibandingkan pada sebelum dan sesudah dilakukan intervensi psikologis. Dengan desain *pretest-posttest*, analisis kelompok yang akan dilakukan adalah analisis *within group*. Analisis *within group* menggunakan partisipan yang sama, sehingga memiliki beberapa keunggulan dibandingkan analisis *between group*, seperti: menekan variabel perbedaan individu (*individual differences*), menekan varians error, dan meningkatkan kekuatan statistik (*statistical power*) untuk mendeteksi efek eksperimen (Greenhoot, 2003). Walaupun demikian, keterbatasan dari desain penelitian ini adalah adanya efek pengukuran berulang (alat ukur yang sama digunakan lebih dari sekali). Kedua hal tersebut membuka kemungkinan perubahan pengukuran yang terjadi bukan disebabkan oleh intervensi psikologis, melainkan efek pengukuran yang berulang.

3.2 Partisipan penelitian

Sub-bab ini akan membahas mengenai partisipan penelitian ini, yaitu kriteria pemilihan partisipan dan prosedur yang ditempuh untuk memilih partisipan.

3.2.1 Kriteria partisipan

Terdapat beberapa karakteristik partisipan yang dapat ikut serta dalam penelitian ini:

1. Partisipan tidak bekerja, yaitu pensiun atau ibu rumah tangga. Kategori usia lansia umumnya didasarkan pada usia pensiun, seperti usia 60 di Amerika (Papalia, Olds, dan Feldman, 2009) atau 50-55 tahun di Indonesia (Bonasir, 2010). Peraturan Menteri No.02 Tahun 1993 tentang usia pensiun normal dan batas usia pensiun maksimum bagi peserta peraturan dana pensiun menetapkan bahwa usia pensiun normal bagi pegawai negeri sipil adalah 55 tahun.
2. Partisipan memiliki insomnia. Hal ini akan diidentifikasi dengan wawancara klinis untuk memenuhi kriteria diagnosis insomnia (*Research Diagnostic Criteria*) berdasarkan Edinger, dkk. (2004). Selain itu, diagnosis akan diperkuat dengan data dari alat ukur *Insomnia Severity Index* (ISI) dan *sleep diary*. Morin, Belleville, Belanger, dan Ivers (2011) meneliti aspek klinis dari alat ukur ISI dan menemukan bahwa seluruh individu yang memiliki skor 10 ke atas dapat dianggap menderita insomnia. Selain itu, *sleep diary* dapat memperkuat diagnosis melalui waktu yang dibutuhkan untuk tidur (*sleep onset*) atau waktu bangun saat tidur malam (*time awake after sleep onset* – WASO) di atas 30 menit dan efisiensi tidur (rasio waktu tidur dibagi waktu di ranjang dikali 100) kurang dari 85% (Morin & Espie, 2004). Atau, bangun 30 menit lebih awal daripada yang diinginkan dan tidak dapat tidur kembali, dan sebelum waktu tidur mencapai 6,5 jam (Morin & Espie, 2004).
3. Partisipan dapat membaca dan menulis dengan cukup lancar. Kriteria pendidikan minimal SMA umum dijadikan patokan dalam *Cognitive behavioral therapy* (Lesmana, 2009).

4. Partisipan bersedia untuk mengikuti 8 kali pertemuan kelompok untuk mengatasi masalah gangguan tidurnya.

3.2.2 Prosedur pemilihan partisipan

Untuk mendapatkan partisipan yang memenuhi seluruh karakteristik tersebut, peneliti menyebarkan kuesioner ke beberapa tempat perkumpulan lansia di daerah Beji, Depok. Proses penyebaran kuesioner ini dibantu oleh Perhimpunan Gerontologi Indonesia (PERGERI) cabang kota Depok yang memberikan peneliti ijin dan akses untuk menyebarkan kuesioner di beberapa tempat perkumpulan lansia. Sebagian besar perkumpulan lansia yang peneliti datangi adalah lansia yang mengikuti senam, terutama senam Jantung Sehat dan senam Diabetes. Selain senam, peneliti juga mendatangi, Posbindu, tempat paduan suara, dan kerajinan lansia (Bank Sampah).

Saat mendatangi setiap perkumpulan, peneliti menjelaskan kedatangannya dan program intervensi psikologis yang dirancang. Para lansia yang tertarik untuk mengikuti program dan ingin menjadi lebih sehat, diminta untuk mengisi kuesioner lebih dahulu untuk mendeteksi masalah yang mereka alami. Peneliti juga menjelaskan bahwa tidak semua partisipan yang mengisi kuesioner akan dapat mengikuti program, diutamakan bagi mereka yang lebih membutuhkan. Hal ini akan diidentifikasi dengan perhitungan skor alat ukur ISI, partisipan dengan skor yang melewati batas yang ditentukan akan dipilih. Pada saat pengisian kuesioner, hampir seluruh partisipan mendapatkan panduan dari peneliti.

3.3 Asesmen

Asesmen utama yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah wawancara klinis, *sleep diary*, dan dua alat ukur berbentuk kuesioner (ISI dan Skala Mengantuk Epworth). Seluruh bentuk asesmen tersebut akan digunakan untuk menegakkan diagnosis insomnia dan menilai efektivitas dari intervensi yang diberikan. Dalam menegakkan diagnosis insomnia, metode asesmen wawancara klinis merupakan metode asesmen utama yang akan digunakan. Akan tetapi, penilaian mengenai efektivitas intervensi menitikberatkan pada alat ukur ISI.

Selain asesmen untuk diagnosis dan penilaian efektivitas terapi, terdapat juga asesmen lain untuk menilai aspek lainnya. Terdapat kuesioner dan ceklis untuk menilai ketaatan (*adherence*) klien mengikuti pola hidup tidur sehat. Kemudian, terdapat juga lembar kerja pada setiap teknik yang dapat menjadi indikator *adherence* klien untuk melaksanakan teknik. Selain *adherence*, peserta intervensi juga diminta untuk menilai kepuasannya terhadap intervensi yang diberikan menggunakan *Client Satisfaction Questionnaire* (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979) dan penilaian kegunaan serta favorit pada teknik-teknik yang diberikan.

3.3.1 Wawancara

Wawancara klinis merupakan asesmen dasar yang paling penting untuk melakukan diagnosis insomnia (Edinger, dkk., 2004). Wawancara klinis dapat menggali sejarah gangguan tidur yang dialami dan informasi tersebut sangatlah penting untuk menentukan diagnosis dan membantu jalannya terapi. Morin dan Espie (2004) beranggapan bahwa wawancara klinis merupakan metode asesmen utama dalam melakukan diagnosis pada seluruh gangguan klinis, insomnia tidak terkecuali. Edinger, dkk. (2004) menyimpulkan bahwa pendekatan terstruktur atau semi-struktur dalam melakukan wawancara adalah cara yang terbaik untuk melakukan diagnosis insomnia. Morin dan Espie (2004) menyusun panduan wawancara semi-struktur untuk membantu menegakkan diagnosis insomnia.

Panduan wawancara tersebut mencakup tujuh topik utama: keluhan tidur, perkembangan keluhan tidur, sejarah keluhan tidur sepanjang hidup, status kesehatan secara umum dan sejarah medis, psikopatologi dan sejarah fungsi psikologis, *differential diagnosis*, dan penanganan sebelumnya (dan saat ini). Setiap topik bahasan berisi pertanyaan utama dan pertanyaan tambahan untuk menggali informasi yang diperlukan. Tabel 3.1 akan menunjukkan isi panduan wawancara dengan lebih detail.

Tabel 3.1 Panduan wawancara semi-struktur untuk asesmen sejarah tidur (Morin & Espie, 2004)

Topik	Pertanyaan utama	Pertanyaan tambahan
Keluhan tidur		
Pola	Tolong ceritakan pola tidur Bapak/Ibu pada umumnya?	Waktu tidur? Jumlah dan lama waktu bangun di malam hari? Jumlah waktu tidur? Jumlah malam per minggu seperti ini?
Kualitas	Bagaimana kualitas tidur Bapak/Ibu?	Menyegarkan? Nyaman? Gelisah?
Dampak pada kegiatan sehari-hari	Bagaimana dampak tidur pada kegiatan sehari-hari?	Lelah? Mengantuk? Konsentrasi lemah? Mudah marah? Waktu tertentu dalam hari itu?
Perkembangan keluhan tidur	Apakah Bapak/Ibu ingat kapan masalah tidur ini muncul?	Peristiwa yang menyebabkan? Tanggal dan waktu? Variasi sejak itu? Faktor yang memperburuk? Faktor yang memperlemah? Tingkat mengganggu?
Sejarah keluhan tidur sepanjang hidup	Apakah Bapak/Ibu sebelumnya memiliki tidur yang normal?	Tidur di masa kanak-kanak? Tidur di masa dewasa? Bentuk masalah tidur sebelumnya? Tanggal dan waktu? Penanganan/penyelesaian pada masalah tidur sebelumnya?
Status kesehatan secara umum dan sejarah medis	Apakah secara umum Bapak/Ibu memiliki sakit?	Penyakit? Penyakit kronis? Tanggal dan waktu? Perubahan kesehatan baru-baru ini?

Topik	Pertanyaan utama	Pertanyaan tambahan
Psikopatologi dan sejarah fungsi psikologis	Apakah Bapak/Ibu umumnya dapat menangani masalah dengan baik?	Masalah psikologis? Kecemasan atau depresi? Tanggal dan waktu? Banyak akal? Tipe kepribadian?
<i>Differential diagnosis</i>		
<i>Sleep-related breathing disorder (SBD)</i>	Apakah Bapak/Ibu tidur dengan mendengkur?	Pernafasan terganggu saat tidur? Sangat mengantuk di siang hari?
<i>Periodic limb movements in sleep (PLMS) dan restless legs syndrome (RLS)</i>	Apakah kaki Bapak/Ibu terkadang kejang atau tidak dapat diam saat tidur?	Sangat mengantuk di siang hari? Susah duduk tanpa bergerak dengan ekstrim?
Gangguan irama sirkadian	Apakah Bapak/Ibu ingin tidur pada waktu yang salah?	Terlalu cepat? Terlalu malam?
Parasomnia	Apakah Bapak/Ibu berperilaku aneh saat tidur?	Gambaran perilaku? Waktu di malam hari?
Narkolepsi	Apakah Bapak/Ibu kadang tidur secara tiba-tiba?	Waktu dan tempat? Apakah ada pemicu emosi tertentu? Kondisi tidur buruk di malam hari?
Penanganan sebelumnya (dan saat ini)	Apakah Bapak/Ibu minum obat atau melakukan sesuatu untuk membantu tidur?	Sekarang? Di masa lalu? Tanggal dan waktu? Apa yang telah berhasil? Apa yang telah Bapak/Ibu coba sendiri?

3.3.2 Sleep diary

Wawancara klinis memberikan informasi retrospektif mengenai kondisi tidur. Di sisi lain, *sleep diary* dapat memberikan informasi terkini setiap malam selama beberapa minggu mengenai kondisi tidur. *Sleep diary* adalah metode pengukuran *self-report* dimana klien diminta untuk mengisi beberapa variabel setiap malamnya, sesuai dengan kondisi tidur malam itu (Morin & Espie, 2004). *Sleep*

diary dapat diberikan selama beberapa hari untuk mendapatkan gambaran umum kondisi tidur klien (Espie, 2000). Gambaran umum kondisi tidur ini dapat digunakan untuk membantu penegakkan diagnosis ataupun evaluasi efektivitas terapi (Morin & Espie, 2004).

Sleep diary memiliki kegunaan praktis, relevansi klinis, validitas dan reliabilitas, dan berkaitan dengan terapi (Espie, 2000). Kegunaan praktis dari *sleep diary* adalah tidak mengganggu (*non-intrusive*), murah, dapat diadaptasi untuk menyesuaikan dengan kebutuhan klien dan mudah digunakan klien. *Sleep diary* juga memiliki relevansi klinis yang kuat. *Sleep diary* dapat memberikan gambaran tidur klien selama berminggu-minggu dan data tersebut dapat sangat membantu untuk diagnosis di awal terapi serta untuk mendeteksi perubahan setelah terapi. Validitas dan reliabilitas *sleep diary* cukup baik karena dapat memberikan informasi kuantitatif dan kualitatif mengenai tidur klien. Data dari *sleep diary* bahkan sebanding dari data polisomnografi (Morin & Espie, 2004). Pelaksanaan *sleep diary* membutuhkan kolaborasi antara terapis dan klien. Pembentukan kolaborasi ini sangat penting dalam terapi CBT agar klien merasa bahwa dirinyalah yang melakukan terapi pada dirinya sendiri. Selain itu, *sleep diary* juga dapat digunakan untuk menilai efektivitas terapi (Edinger, dkk., 2004).

Data mengenai tidur yang umum digali melalui *sleep diary* adalah waktu yang dibutuhkan untuk tertidur (*sleep onset*), jumlah bangun di malam hari, jumlah waktu bangun setelah tidur, jumlah waktu tidur, efektivitas tidur, tingkat rasa segar di pagi hari, dan tingkat kualitas tidur (Morin & Espie, 2004). Waktu yang dibutuhkan untuk tidur (*sleep onset*) dituliskan dalam menit. Jumlah bangun di malam hari adalah frekuensi bangun yang terjadi di malam hari, bangun yang seperti apapun (termasuk hanya tiba-tiba bangun dan langsung tidur lagi) dicatat di bagian ini. Waktu bangun setelah tidur adalah perkiraan berapa menit ia bangun di malam hari. Misalnya: hanya bangun untuk buang air kecil di kamar mandi, kemudian langsung dapat tidur lagi mungkin dapat diperkirakan 5 menit. Jumlah jam tidur dapat dihitung dari waktu mulai tidur dan waktu bangun pagi, dengan mengurangi waktu yang dibutuhkan untuk tidur dan jumlah waktu bangun di malam hari. Efektivitas tidur dihitung dengan membagi jumlah waktu tidur dengan jumlah waktu di ranjang (waktu antara mulai tidur dan bangun pagi),

kemudian dikalikan 100. Tingkat rasa segar di pagi hari dan tingkat kualitas tidur diukur dengan skala Likert 5-poin: 0-4 (Lelah sampai Segar) untuk mengukur tingkat rasa segar di pagi hari dan 0-4 (Kurang nyaman sampai Nyaman) untuk mengukur kualitas tidur.

3.3.3 *Insomnia Severity Index (ISI)*

Alat ukur *Insomnia Severity Index (ISI)* digunakan untuk mengidentifikasi kasus gangguan tidur sebelum intervensi dilakukan dan untuk menguji efektivitas dari intervensi. Alat ukur ISI, dengan nama Sleep Impairment Index pertama kali disusun oleh Morin (1993). Setelah itu, terdapat banyak penelitian yang menguji validitas dan reliabilitas alat ukur ini untuk mendiagnosis insomnia (Morin, Belleville, Belanger, & Ivers, 2011). Pada umumnya, partisipan mengisi alat ukur ini dengan mengacu pada kondisinya dalam dua minggu hingga sebulan terakhir. Aspek-aspek tidur yang diukur adalah tingkat keparahan masalah susah tidur, tetap tidur (tidak mudah bangun), dan bangun lebih pagi dari yang diinginkan, ketidakpuasan dengan pola tidur, mengganggu kegiatan sehari-hari, seberapa terlihatkah masalah tidur, dan distres yang muncul akibat gangguan tidur. Untuk mengukur aspek-aspek tersebut, alat ukur ini menggunakan skala Likert dengan 5-poin (0=tidak ada masalah; 4=masalah yang sangat parah). Dengan demikian, alat ukur ini memiliki rentang skor dari 0 hingga 28. Rentang skor tersebut diinterpretasikan sebagai berikut: tidak ada insomnia (0-7); batas bawah insomnia (8-14); insomnia sedang (15-21); dan insomnia parah (22-28).

Morin, Belleville, Belanger, dan Ivers (2011) meneliti indikator psikometris ISI untuk mendeteksi kasus insomnia klinis pada konteks populasi maupun klinis dan untuk mengevaluasi efektivitas intervensi psikologis. Dalam mendeteksi kasus insomnia klinis, analisis *receiver-operating curves (ROC)* dengan *Item Response Theory (IRT)* merujuk pada skor 10 ke atas pada konteks populasi sebagai skor optimal untuk mendeteksi kasus insomnia. Peneliti akan menggunakan skor 10 untuk kriteria partisipan penelitian. Selain itu, Morin, dkk. (2011) juga menyatakan bahwa perubahan skor sebesar 7 antara *pretest* dan *posttest* merupakan skor minimal untuk mencapai perubahan yang cukup terlihat

oleh penilai independen. Selanjutnya, perubahan skor 9 ke atas menunjukkan peningkatan kualitas tidur yang tinggi.

Untuk menggunakan alat ukur ini dalam konteks lansia di Indonesia, peneliti menggunakan prosedur untuk mencapai alat ukur yang valid dan reliabel. Pertama, peneliti melakukan uji keterbacaan agar mendapatkan tampilan, besar huruf, dan kalimat yang mudah dimengerti lansia di Indonesia. Kedua, hasil terjemahan tersebut dibawa ke penerjemah yang disumpah untuk diterjemahkan kembali ke bahasa Inggris. Setelah alat ukur dianggap baik secara kualitatif, peneliti melakukan uji reliabilitas ke lansia di Indonesia untuk mengetahui kualitas alat ukur secara kuantitatif.

3.3.3.1 Uji keterbacaan

Uji keterbacaan alat ukur dilakukan dengan memberikan alat ukur yang akan digunakan di lapangan dan alat ukur asli dalam bahasa Inggris kepada seorang dosen psikologi perkembangan, dosen psikologi klinis, dan seorang lansia yang tidak memiliki latar belakang psikologi. Dosen psikologi perkembangan memberikan beberapa masukan terkait penerjemahan yang lebih akurat, seperti: “Kesulitan untuk tetap tidur (*Difficulty staying asleep*)” diubah menjadi “Sulit untuk mempertahankan tidur”. Dosen psikologi klinis juga memberikan masukan terkait penerjemahan dan urutan pertanyaan. Urutan pertanyaan disesuaikan dengan urutan pertanyaan di alat ukur aslinya. Lansia yang tidak memiliki latar belakang psikologi menyatakan bahwa ia dapat memahami seluruh pernyataannya dan memiliki tampilan yang cukup bersahabat untuk kemampuan penglihatan lansia. Dosen psikologi klinis juga memiliki pendapat yang sama mengenai tampilan dan besar huruf.

3.3.3.2 Back-translation

Setelah melalui uji keterbacaan, peneliti membawa pernyataan-pernyataan dalam alat ukur yang telah diterjemahkan ke bahasa Indonesia ke seorang penerjemah yang disumpah untuk diterjemahkan ke dalam bahasa Inggris. Hasil terjemahan kembali (*back-translation*) dianggap menyerupai pernyataan alat ukur asli, sehingga tidak dilakukan perubahan pada alat ukur terjemahan.

3.3.3.3 Uji reliabilitas

Untuk uji alat ukur secara kuantitatif, peneliti menggunakan uji reliabilitas alat ukur dengan metode internal konsistensi. Uji reliabilitas alat ukur diberikan kepada lanjut usia di daerah Depok (N=100). Menurut Anastasi dan Urbina (1997), alat ukur dapat dianggap memiliki reliabilitas internal konsistensi yang baik bila memiliki Alpha Cronbach di atas 0,80. Hasil uji reliabilitas menunjukkan bahwa alat ukur yang digunakan memiliki reliabilitas yang cukup baik ($\alpha=0,89$).

3.3.4 Skala Mengantuk Epsworth

Skala mengantuk Epsworth disusun oleh Johns (1991) untuk mengukur kemungkinan tertidur pada situasi-situasi sehari-hari. Alat ukur ini bertujuan untuk membantu para psikolog klinis praktek yang tidak memiliki akses ke alat-alat canggih dan mahal (seperti: Polisomnografi, *Actigraphy*), tetapi tetap harus dapat melakukan diagnosis gangguan tidur dengan baik dan tepat. Alat ukur ini dapat membantu mengetahui kecenderungan diagnosis gangguan tidur, apakah disebabkan oleh masalah pernapasan (seperti: mendengkur) atau tidak. Tidur yang terganggu karena masalah pernapasan akan membuat kualitas tidur penderitanya sangat buruk dan menjadi mudah tertidur pada kegiatan sehari-hari. Hal ini akan ditandai dengan skor 11 ke atas (>11) untuk laki-laki dan skor 9 ke atas (>9) untuk perempuan. Selain itu, skor alat ukur ini juga dapat memberikan informasi mengenai kualitas tidur malam dan tingkat energi sehari-hari.

3.3.4.1 Uji keterbacaan

Uji keterbacaan alat ukur dilakukan dengan memberikan alat ukur yang akan digunakan di lapangan dan alat ukur asli dalam bahasa Inggris kepada seorang dosen psikologi klinis. Ia memberikan beberapa masukan terkait penerjemahan untuk meningkatkan keterbacaan (seperti: 'beristirahat' menjadi 'berbaring'). Selain itu, ia juga memberikan masukan untuk mengganti format pengisian kuesioner. Format pengisian kuesioner asli membutuhkan partisipan untuk menuliskan angka pilihan jawabannya. Format ini diubah untuk mempermudah pengisian dengan mencentang pilihan angka yang sesuai.

3.4 Tahapan penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti melalui beberapa tahapan. Pada tahap persiapan, peneliti mempersiapkan seluruh keperluan-keperluan agar pelaksanaan intervensi dapat berjalan dengan maksimal. Kemudian, pada tahap pelaksanaan intervensi, peneliti menjalankan intervensi yang sudah dirancang. Setelah itu, peneliti melakukan evaluasi terhadap intervensi tersebut di tahap evaluasi.

3.4.1 Tahap persiapan

Pada tahap ini, peneliti melakukan berbagai hal untuk mempersiapkan pelaksanaan intervensi. Hal ini diawali dengan peneliti melakukan penelusuran literatur mengenai masalah-masalah psikologis yang umum muncul pada lansia. Insomnia muncul menjadi salah satu masalah psikologis yang paling umum muncul di lansia dan topik ini jarang disentuh di Indonesia. Kemudian, peneliti mengkonfirmasi hasil penelusuran literatur kepada dosen pembimbing yang bergerak di bidang kesejahteraan lansia dan juga seorang aktivis pemerhati lansia dari PERGERI (Perhimpunan Gerontologi Indonesia) cabang kota Depok yang juga merupakan seorang lansia. Setelah mendapatkan konfirmasi bahwa insomnia juga umum muncul pada lansia di Indonesia, peneliti melakukan penelusuran literatur lagi untuk mencari terapi yang paling umum digunakan dan paling efektif untuk menangani insomnia di lansia. CBT multi-komponen muncul sebagai terapi yang paling efektif untuk menangani gangguan tidur. Setelah itu, peneliti mencari alat ukur yang singkat untuk mengukur tingkat keparahan insomnia yang dialami dan untuk mengukur efektivitas intervensi.

Kemudian, peneliti terjun ke lapangan untuk menyebarkan kuesioner dalam rangka melakukan *screening*. Peneliti mengunjungi beberapa tempat perkumpulan lansia dan menyebarkan kuesioner. Hampir seluruh partisipan mengisi kuesioner dengan panduan dari peneliti.

Selanjutnya, peneliti melakukan pengolahan data untuk menseleksi partisipan yang akan mengikuti intervensi psikologis. Para partisipan tersebut dihubungi dan ditanyakan kembali mengenai kesediaannya.

3.4.2 Tahap pelaksanaan intervensi

Program intervensi yang disusun untuk menangani gangguan tidur ini berlangsung di RS. Grha Permata Ibu (Beji, Depok) dalam 8 pertemuan berkelompok. Tempat pelaksanaan intervensi didapat dari hasil kerjasama tim payung penelitian dengan PERGERI Depok. RS. Grha Permata Ibu bekerja sama dengan PERGERI Depok dan menyediakan tempat untuk melaksanakan berbagai kegiatannya. Pelaksanaan intervensi di RS. Grha Permata Ibu dilakukan atas nama kegiatan PERGERI.

Pada suatu kelompok, terdapat 5 partisipan. Setiap pertemuan memiliki durasi antara 2 hingga 2,5 jam dengan istirahat 15 menit. Asesmen pra-intervensi dilakukan di luar program 8 pertemuan tersebut. Jeda waktu antar pertemuan adalah sekitar 2-3 hari, dilaksanakan 2 kali seminggu. Akan tetapi, jeda waktu pertemuan antara pertemuan ketujuh dan kedelapan (terakhir) adalah seminggu agar memberikan waktu bagi partisipan untuk mempraktekkan seluruh teknik yang telah diberikan.

Intervensi disusun berdasarkan literatur yang menunjukkan efektivitas beberapa teknik tertentu dalam CBT untuk menangani gangguan tidur. Teknik-teknik yang akan digunakan dalam intervensi ini adalah psikoedukasi, relaksasi, program rencana tidur, pendekatan kognitif, dan teknik pemecahan masalah. Seluruh teknik tersebut telah teruji efektif untuk menangani gangguan tidur, walaupun dengan sebutan yang berbeda-beda (McCurry, dkk., 2007; Carney, 2003).

Pada setiap pertemuan, terdapat suatu topik bahasan atau teknik khusus yang akan dilakukan. Selain itu, pembahasan mengenai tugas rumah, latihan relaksasi, dan relaksasi dilakukan pada setiap awal pertemuan. Pertemuan pertama akan menggali permasalahan masing-masing partisipan secara kelompok dan memperkenalkan teknik relaksasi. Pertemuan kedua adalah pemberian psikoedukasi mengenai insomnia dan tips tidur sehat. Pertemuan ketiga adalah pembahasan mengenai asesmen tidur dan kegiatannya sehari-hari. Pertemuan keempat akan mengecek ulang pemahamannya mengenai asesmen dan melakukan program rencana tidur. Pertemuan kelima akan membahas mengenai pendekatan kognitif untuk mengidentifikasi pemikiran-pemikiran negatif. Pertemuan keenam akan mencoba untuk mencari alternatif pemikiran-pemikiran negatif yang telah

diidentifikasi. Pertemuan ketujuh adalah memberikan partisipan teknik pemecahan masalah untuk mengatasi berbagai masalah sehari-harinya. Pertemuan kedelapan adalah pertemuan terakhir untuk evaluasi dan asesmen kembali.

3.4.3 Tahap evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada program intervensi ini adalah dengan melihat perubahan skor pada alat ukur ISI, Skala Mengantuk Epworth, dan perubahan yang dicatat di *sleep diary*. Selain itu, evaluasi mengenai intervensi yang diberikan juga akan dilakukan secara kualitatif. Peneliti akan menggali mengenai kondisi tidurnya setelah mengikuti terapi. Kemudian, peneliti juga akan menanyakan mengenai teknik intervensi manakah yang paling mudah dilakukan, dianggap paling berguna, paling disukai, dan masukan-masukan untuk perbaikan intervensi. Peneliti juga akan mengamati ketaatan partisipan pada berbagai teknik intervensi yang dilakukan, terutama ketaatannya dalam mengerjakan tugas.

3.5 Rancangan program

Rancangan program diuraikan secara singkat dalam bagian ini. Uraian rancangan program secara detil terdapat di lampiran.

1. Sesi 1: Identifikasi masalah dan relaksasi
 - a. Menggali masalah yang muncul akibat masalah tidur dari masing-masing peserta.
 - b. Menggali hal-hal yang sudah dilakukan untuk mengatasi masalah tidur.
 - c. Memberikan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif.
 - d. Memberikan tugas rumah untuk latihan relaksasi pernapasan, relaksasi progresif, dan *sleep diary*.
 - e. Menjelaskan sekilas mengenai sesi selanjutnya.
2. Sesi 2: Psikoedukasi
 - a. Membahas tugas rumah latihan relaksasi dan *sleep diary*. Membahas kesulitan-kesulitan yang ditemui dan hambatan untuk melakukan tugas. Mencari cara agar dapat latihan relaksasi dengan lebih baik.
 - b. Memberikan penjelasan secara singkat mengenai tidur dan insomnia.
 - c. Memberikan tips-tips tidur sehat (*sleep hygiene*).

- d. Memberikan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif.
 - e. Memberikan tugas rumah untuk latihan relaksasi dan menjalankan tips tidur sehat, serta melanjutkan *sleep diary*.
 - f. Menjelaskan sekilas mengenai sesi selanjutnya.
3. Sesi 3: *Sleep diary*
- a. Membahas tugas rumah latihan relaksasi, *sleep diary*, dan tips-tips tidur sehat apa saja yang telah dicoba. Membahas kesulitan dan hambatan yang ditemukan untuk mengerjakan tugas rumah.
 - b. Membahas tugas rumah *sleep diary* yang telah dikerjakan atau hambatan dalam mengerjakannya.
 - c. Menjelaskan fungsi dan pentingnya melakukan *sleep diary*.
 - d. Memberikan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif.
 - e. Memberikan tugas rumah untuk *sleep diary*, tips tidur sehat, dan latihan relaksasi.
 - f. Menjelaskan sekilas mengenai sesi selanjutnya.
4. Sesi 4: *Sleep diary* dan program rencana tidur
- a. Membahas tugas rumah latihan relaksasi, tips tidur sehat, dan *sleep diary*. Membahas kesulitan dan hambatan yang ditemukan untuk mengerjakan tugas rumah.
 - b. Menjelaskan kembali mengenai fungsi dan pentingnya melakukan *sleep diary*, serta cara melakukan *sleep diary* dengan benar.
 - c. Mengajak peserta mengisi lembar kerja Pola Tidurku agar memahami pola tidurnya secara umum. Kegiatan ini juga dapat mendatangkan *insight* karena seringkali orang tidak menyadari gambaran tidurnya secara lengkap.
 - d. Mengajak peserta menentukan jam tidur dan jam bangun yang teratur (Program Rencana Tidur).
 - e. Memberikan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif.
 - f. Memberikan tugas rumah untuk melaksanakan program rencana tidur, tips tidur sehat, dan latihan relaksasi.
 - g. Menjelaskan sekilas mengenai sesi selanjutnya.
5. Sesi 5: Pendekatan kognitif: identifikasi pemikiran negatif

- a. Membahas tugas rumah latihan relaksasi, tips tidur sehat, dan *sleep diary*. Membahas kesulitan dan hambatan yang ditemukan untuk mengerjakan tugas rumah.
 - b. Memberikan penjelasan mengenai konsep pemikiran negatif dan gunanya untuk mengatasi insomnia.
 - c. Mengajak peserta untuk mencari pemikiran yang muncul saat mau tidur.
 - d. Memberikan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif.
 - e. Memberikan tugas rumah lembar kerja ABC, *sleep diary*, program rencana tidur, tips tidur sehat, dan latihan relaksasi.
 - f. Menjelaskan sekilas mengenai sesi selanjutnya.
6. Sesi 6: Pendekatan kognitif: mencari alternatif pemikiran negatif
- a. Membahas tugas rumah latihan relaksasi, tips tidur sehat, *sleep diary*, dan lembar kerja ABC. Membahas kesulitan dan hambatan yang ditemukan untuk mengerjakan tugas rumah.
 - b. Menjelaskan mengenai konsep melawan pemikiran negatif dan fungsinya untuk mengatasi gangguan tidur.
 - c. Mengajak peserta untuk mencari pemikiran alternatif yang muncul.
 - d. Memberikan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif.
 - e. Memberikan tugas rumah untuk menerapkan alternatif pemikiran negatif, tips tidur sehat, program rencana tidur, dan latihan relaksasi.
 - f. Menjelaskan sekilas mengenai sesi selanjutnya.
7. Sesi 7: Teknik pemecahan masalah
- a. Membahas tugas rumah latihan relaksasi, tips tidur sehat, *sleep diary*, dan penerapan alternatif pemikiran negatif. Membahas kesulitan dan hambatan yang ditemukan untuk mengerjakan tugas rumah.
 - b. Memberikan penjelasan mengenai konsep teknik pemecahan masalah dan fungsinya dalam mengatasi gangguan tidur.
 - c. Mengajak peserta untuk mencari masalah utama yang menjadi beban pikiran saat ini.

- d. Mengajak peserta menerapkan teknik pemecahan masalah terhadap masalah yang telah dipilih.
 - e. Memastikan bahwa peserta memahami konsep dan penerapan teknik pemecahan masalah.
 - f. Memberikan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif.
 - g. Memberikan tugas rumah untuk menerapkan teknik pemecahan masalah, *sleep diary*, tips tidur sehat, program rencana tidur, dan latihan relaksasi.
 - h. Menjelaskan sekilas mengenai sesi selanjutnya.
8. Sesi 8: Evaluasi
- a. Membahas tugas rumah teknik pemecahan masalah, melawan pemikiran negatif, *sleep diary*, tips tidur sehat, program rencana tidur, dan latihan relaksasi. Membahas kesulitan dan hambatan yang ditemukan untuk mengerjakan tugas rumah.
 - b. Melakukan pembahasan ulang mengenai seluruh materi yang telah disajikan.
 - c. Meminta masukkan mengenai intervensi yang telah diberikan.
 - d. Meminta peserta untuk mengisi kuesioner.
 - e. Menjelaskan mengenai perubahan yang dialami masing-masing peserta yang terdeteksi dari *sleep diary* dan kuesioner.
 - f. Memberikan latihan relaksasi pernapasan dan relaksasi progresif.
 - g. Memberikan dukungan kepada peserta untuk selalu menjalankan teknik-teknik yang telah dikuasai.

4. Asesmen Awal

Bab ini menggambarkan hasil asesmen partisipan. Hasil asesmen meliputi gambaran demografis, kondisi tidur, observasi, autoanamnesa, kuesioner ISI (*Insomnia Severity Index*), kuesioner Skala Mengantuk Epworth, dan *sleep diary*.

4.1. Gambaran demografis partisipan

Bagian ini menunjukkan gambaran demografis partisipan penelitian, meliputi nama, jenis kelamin, usia, status pernikahan, tingkat pendidikan, pekerjaan, tinggal bersama siapa di rumah, dan penyakit kronis yang dialami. Data demografis setiap partisipan dapat dilihat di tabel 4.1.

Tabel 4.1 Gambaran umum demografis partisipan

Nama	Jenis Kelamin	Usia	Status pernikahan	Pendidikan	Pekerjaan	Tinggal bersama	Kondisi kesehatan
HYS	L	75	Menikah	Perguruan Tinggi	Pensiun	Istri, anak, cucu	Jantung koroner
SR	P	65	Menikah	SMA	Pensiun	Suami	Asam urat, Trigliserida, Diabetes
NB	P	65	Janda	Perguruan Tinggi	Pensiun	Anak, cucu	Asam urat
I	P	70	Janda	Perguruan Tinggi	Pensiun	Anak, cucu	Jantung koroner
SP	L	64	Menikah	Perguruan Tinggi	Pensiun	Istri	Diabetes, Hipertensi

4.2. Gambaran kondisi tidur partisipan

Bagian ini berisi kondisi tidur secara umum, hasil pengukuran kuesioner, dan keluhan tidur. Data kondisi tidur didapat dari *sleep diary* selama 4 hari dan diolah dalam bentuk rata-rata. Kondisi tidur meliputi waktu yang dibutuhkan untuk tidur (*sleep onset*), jumlah bangun di malam hari, jumlah waktu bangun, jumlah waktu tidur, efektivitas tidur, tingkat kesegaran di pagi hari, dan tingkat kualitas tidur. Data detil mengenai setiap partisipan dapat dilihat di tabel 4.2.

Tabel 4.2 Gambaran umum kondisi tidur partisipan

Nama	Waktu untuk tertidur (menit)	Waktu bangun setelah tidur (menit)	Frekuensi bangun setelah tidur	Waktu tidur (jam)	Efektivitas tidur (persen)	Kesegaran di pagi hari (0-4)	Kualitas tidur (0-4)	<i>Insomnia Severity Index</i>	Skala Mengantuk Epworth	Keluhan tidur
HYS	5,25	218,75	7,75	6,30	50%	3	3	9	9	Bangun di malam hari tanpa diinginkan, lebih sulit tidur di malam hari daripada siang hari, perubahan tidur semenjak semenjak usia semakin tua.
SR	77,5	170	1,25	5,25	45%	2	1,75	15	6	Susah untuk tidur, bangun di malam hari tanpa diinginkan, bangun lebih pagi dari yang diinginkan, tidur tidak mencapai 5 jam.
NB	57,50	32,50	2,25	5,25	71%	4	4	12	13	Terbangun dengan terkejut tanpa diinginkan, tidak mudah untuk tidur kembali saat bangun di malam hari.
I	13,75	15	1	5,75	96%	3,25	3,50	11	7	Bangun di malam hari, bangun lebih pagi dari yang diinginkan.
SP	20	28,75	2,75	6,06	62%	2,25	2,25	12	5	Bangun di malam hari tanpa diinginkan, dapat mudah marah kalau tidur malamnya sedang buruk.
Rata-rata	34,80	93	3	5,72	65%	2,90	2,90	11,80	8	

4.3. Pemaparan kasus

Bagian ini membahas mengenai keluhan tidur setiap partisipan. Keluhan tidur partisipan dibahas melalui observasi umum, autoanamnesa, dan hasil pengukuran. Setelah itu, seluruh data tersebut digunakan untuk menarik kesimpulan dan menentukan diagnosis.

4.3.1. Partisipan satu

4.3.1.1. Data pribadi

Inisial: HYS

Alamat: Depok Utara

Usia: 75 tahun

Status pernikahan: menikah

Pekerjaan: Pensiun

Tinggal bersama: istri, anak, dan cucu

Kondisi kesehatan: jantung koroner

4.3.1.2. Observasi umum

HYS adalah seorang laki-laki lanjut usia, tingginya sekitar 165cm dan beratnya 80kg. Ia memiliki potongan rambut yang pendek dan sudah mulai menipis di daerah sekitar ubun-ubun. Rambutnya juga sudah berwarna abu-abu. Ia mengenakan kacamata dengan lensa yang besar dan berwarna oranye. Tubuhnya gemuk dengan perut yang cukup besar. Postur tubuhnya cukup tegap. Secara umum, HYS memiliki afek yang cukup ceria dan bersemangat. Akan tetapi, ada saatnya HYS menceritakan keluhannya dengan muka murung.

Selama mengerjakan pre-test, HYS jarang bertanya, tetapi seringkali salah mengerjakan atau terlihat bingung. Setelah terapis menghampirinya, HYS baru mengemukakan kebingungannya. HYS juga membutuhkan beberapa kali penjelasan agar memahami instruksi pengisian.

4.3.1.3. Autoanamnesa

HYS merasa bahwa dirinya tidak memiliki masalah dengan tidur. Ia dengan bangga menceritakan bahwa kondisi tidurnya sangat baik dan dapat dengan

mudah tertidur. Ia bahkan merasa sepertinya terlalu banyak tidur yang tersebar secara tidak merata sepanjang hari. Setiap tidur akan berlangsung sekitar 2 hingga 3 jam. Hal ini juga berlaku di malam hari.

Ia menceritakan bahwa ia dapat dengan mudah tertidur dalam berbagai situasi, seperti saat sedang nonton televisi, ia dapat dengan mudah langsung tertidur. Setelah makan siang, ia hampir selalu mengantuk dan harus ke ranjang untuk tidur. Hal yang sama juga terjadi saat ia menjadi penumpang di mobil. Saat ditanya mengenai keluhannya mengenai kondisi tidur saat ini, ia merasa terkadang orang menjadi marah dengannya karena tiba-tiba tertidur saat sedang berbicara. Orang-orang jadi merasa tidak diperhatikan, padahal ia tidak bermaksud untuk melakukan itu dan benar-benar memperhatikan pembicaraan. Tetapi, dorongan tidurnya seringkali tidak dapat dihindari.

HYS mulai tidur malam sekitar jam 9 dan akan langsung terbangun jam 11 atau 12 malam. Saat terbangun, ia akan membuatkan susu untuk cucunya. Setelah itu, ia akan mencoba untuk tidur lagi. Sekitar jam 2 pagi, ia akan terbangun lagi untuk sholat. Setelah itu, umumnya, ia tidak bisa tidur lagi dan memulai aktivitas hariannya.

Secara umum, kualitas tidur di malam hari dianggap sedikit lebih buruk dibandingkan di siang hari. Ia merasa jauh lebih segar dan bertenaga setelah bangun dari tidur yang tidak disengaja di siang hari. Di malam hari, ia merasa sedikit lebih sulit untuk tidur.

Kondisi tidur seperti ini mulai dialaminya semenjak dipaksa pensiun oleh istrinya, sekitar usia 64. Ia saat itu bekerja terlalu keras, hingga masuk rawat inap di rumah sakit selama 5 minggu. Setelah itu, istrinya melarangnya untuk bekerja. Hobi sehari-harinya di masa mudanya juga semakin tidak dapat ia lakukan karena dibatasi oleh istrinya. Sebelum itu, masalah susah tidur pernah ada beberapa kali, tetapi sangat jarang dan hanya bila ada masalah berat.

HYS merasa bahwa kondisi kesehatannya cukup baik. Namun, ia memiliki masalah kesehatan jantung koroner. Ia juga jarang ke dokter dan jarang memiliki keluhan mengenai kesehatannya.

Dalam mengatasi keluhannya, HYS telah melakukan berbagai adaptasi. Contoh yang paling jelas adalah membuatkan susu untuk cucunya setiap jam 11

atau 12 malam. Ia memang selalu terbangun sekitar jam 11 atau 12 malam dan hal ini ia manfaatkan untuk membuatkan susu. Kemudian, kebiasaannya untuk bangun jam 2 juga dikaitkan dengan sholat tahajud. Ia memberikan makna pada kondisi tidurnya yang bangun beberapa kali dalam semalam. Hal ini merupakan caranya untuk mengatasi (*coping*) stres yang muncul akibat terbangun di malam hari.

HYS terlihat sebagai seseorang yang defensif terhadap permasalahan tidurnya. Saat ditanya, ia selalu menekankan bahwa ia tidak memiliki masalah susah tidur. Ia menceritakan kondisi tidurnya dengan nada yang positif. Walaupun demikian, ia beberapa kali menyetujui cerita atau pendapat orang lain mengenai masalah tidur. Beberapa cerita yang ia kaitkan pada dirinya adalah mengenai bangun di malam hari tanpa ingin bangun, lebih sulit tidur di malam hari dibandingkan di siang hari, dan adanya perubahan pola tidur semenjak semakin tua.

4.3.1.4. Pengukuran pra-intervensi

Sebelum intervensi, HYS mengisi *sleep diary* dan dua kuesioner, yaitu ISI dan Skala Mengantuk Epworth.

Data dari *sleep diary* menunjukkan pola tidur HYS secara umum. Ia rata-rata membutuhkan waktu 5,25 menit untuk tertidur, mengalami 218,5 menit (3,6 jam) waktu bangun setelah tidur, 7,75 kali bangun setelah tidur, waktu tidur 6,3 jam, efektivitas tidur 50%, cukup segar di pagi hari (skor 3), dan kualitas tidurnya cukup nyaman (skor 3). Dari seluruh data tersebut, waktu bangun setelah tidur, jumlah bangun setelah tidur, dan efektivitas tidur HYS mengindikasikan adanya insomnia.

Menurut alat ukur ISI, skor HYS tergolong batas awal insomnia (*sub-threshold*) dengan skor 9. Masalah tidur utama yang dialami HYS adalah bangun lebih cepat dari biasanya (skor 3=parah). Ia juga merasa sulit untuk mempertahankan tidurnya, mudah terbangun di malam hari (skor 2=sedang). Ia tidak mengalami kesulitan untuk tidur sama sekali (skor 0=tidak ada). Walaupun demikian, ia merasa cukup puas dengan kondisi tidurnya saat ini (skor 2) dan sama sekali tidak khawatir atau kesal dengan kondisi tidurnya saat ini (skor 0).

Selain itu, masalah tidur ini juga tidak terlihat oleh orang lain (skor 0). Di sisi lain, HYS tetap merasa cukup terganggu dengan kondisi tidurnya saat ini karena mempengaruhi kegiatan hidup sehari-harinya (skor 2).

Menurut alat ukur Skala Mengantuk Epworth, skor HYS belum tergolong mengantuk yang berlebihan (skor 9). Skor tersebut menunjukkan bahwa tidur HYS kemungkinan besar tidak terganggu dan mampu menjalankan siklus tidur yang normal. Skornya yang cukup tinggi menunjukkan bahwa HYS jarang memiliki tidur yang berkualitas di malam hari, sehingga sering mengantuk di siang hari.

4.3.1.4. Kesimpulan

Data dari autoanamnesa menunjukkan bahwa HYS memiliki keluhan tidur dan memenuhi kriteria diagnosis *Research Diagnostic Criteria* (RDC) untuk insomnia. Hal ini diperkuat dari penemuan *sleep diary* dan kedua kuesioner. Berdasarkan autoanamnesa, keluhan tidur yang dialami HYS adalah kesulitan untuk tetap tertidur (bangun-bangun di malam hari) dan hal ini membuatnya mengantuk di siang hari dan terjadi penurunan perhatian, konsentrasi, atau ingatan. Kemudian, hal ini sudah berlangsung selama beberapa tahun. Ia tetap mengalami hal ini, walaupun ia memiliki kesempatan dan kondisi yang cukup baik untuk tidur. Keluhannya mengenai bangun-bangun di malam hari diperkuat dari penemuan *sleep diary* yaitu waktu bangun di atas 30 menit (218,75 menit) dan efektivitas tidur yang lebih rendah dari 85% (50%). Pengisian kuesioner ISI juga sejalan dengan data *sleep diary* dan autoanamnesa, yang skornya sudah masuk kategori batas awal insomnia. Selain itu, Skala Mengantuk Epworth dapat mengindikasikan bahwa HYS tidak mengalami gangguan tidur (selain insomnia) yang berhubungan dengan kualitas tidur (seperti: masalah ritme sirkadian atau apnea).

Tipe insomnia HYS adalah tidak mendapatkan cukup tidur berkualitas di malam hari karena selalu bangun lebih cepat dari yang diinginkan. Kekurangan tidur yang berkualitas ini membuatnya mengantuk di siang hari dan mendorongnya untuk mengganti jam tidur di malam hari pada siang hari. Hal ini

menciptakan sebuah lingkaran gangguan, HYS akan semakin mudah tertidur di siang hari dan kualitas tidur di malam harinya akan semakin menurun.

4.3.2. Partisipan dua

4.3.2.1. Data pribadi

Inisial: SR

Alamat: Beji Timur

Usia: 65 tahun

Status pernikahan: Menikah

Pekerjaan: Pensiun

Tinggal bersama: Suami

Kondisi kesehatan: Kanker, Asam urat, Trigliserida, Diabetes

4.3.2.2. Observasi umum

SR adalah seorang perempuan lanjut usia yang mengenakan tutup kepala, dapat berupa jilbab atau topi. Postur tubuhnya cukup tegap dan mengenakan kaca mata. Ia memiliki berat badan sekitar 60kg dan tinggi badan sekitar 160cm. Ia berjalan dengan pelan dan gerakannya pelan secara umum. Secara umum, afeknya cenderung murung. Ia terlihat tidak bersemangat dan hanya beberapa kali tertawa bersama.

Ia sangat terbuka dengan masalah tidurnya. Bahkan sepertinya ada sedikit rasa bangga dengan masalah tidurnya. Ia merasa sebagai satu-satunya peserta yang benar-benar bermasalah tidurnya. Hal ini juga ia ekspresikan saat mengisi kuesioner. Menurutnya, ia dapat mengisi kuesionernya dengan mudah karena ia benar-benar mengalami masalah tidur, tidak seperti kebanyakan orang.

4.3.2.3. Autoanamnesa

SR sudah bergelut dengan masalah tidur semenjak muda. Menurutnya, hal ini terkait dengan faktor keturunan. Ia memiliki kedua orangtua, seorang kakak, dan seorang anak yang menggunakan obat tidur untuk dapat tidur nyenyak. Ia sendiri pun selalu menggunakan obat tidur setiap ada acara penting. Misalnya: acara senam diabetes di kelurahan setiap Senin pagi. Minggu malamnya ia akan

menggunakan obat tidur agar memiliki cukup tenaga pada Senin pagi untuk senam. Ia rutin mengkonsumsi obat tidur, bahkan dapat lebih dari setengah minggu. Obat tidurnya didapatkan dari dokter yang rutin ia temui untuk pemeriksaan kesehatan, seorang dokter spesialis penyakit dalam dan dokter jantung. Ia juga mendapatkan peringatan dari dokternya untuk hanya menggunakan obat tidur bila diperlukan saja dan menggunakan dosis minimal. Obat tidur yang ia gunakan adalah Aprazolam 0,5mg, tetapi hanya setengah pil. Ia telah cukup menguasai efek dari obat tersebut, setengah dosis akan membuatnya tidur selama 5 jam dan dosis penuh akan membuatnya tidur sekitar 8-10 jam. Ia dapat menggunakan obat tidur lebih dari 3 kali seminggu.

SR selalu mulai berbaring di tempat tidur sekitar jam 8.30 malam. Terkadang ia dapat langsung tidur, tetapi terkadang ia tidak bisa tidur hingga jam 12 malam. Saat susah tidurnya sedang kambuh, ia akan menggunakan obat tidur. Sekitar jam 1 pagi, ia biasanya bangun dan buang air kecil di kamar mandi. Kemudian, ia akan kembali tidur dan bangun lagi sekitar jam 2 pagi. Setelah itu, ia tidak bisa tidur lagi dan memulai aktivitas. Kondisi tidur yang mengganggu seperti ini sangat sering terjadi dan merupakan kondisi tidur SR pada umumnya.

Saat masalah tidurnya sedang kambuh, kegiatan sehari-hari SR menjadi sangat terganggu. Ia akan mengantuk seharian dan kalau sedang sangat parah, ia tidak dapat mengerjakan apapun seharian. Selain itu, saat kondisi tidurnya sedang buruk, tekanan darahnya selalu meningkat. Hal inilah yang mendasarinya untuk sering memakai obat tidur. Ia memiliki kondisi jantung koroner dan kolesterol, sehingga harus sangat menjaga tekanan darahnya untuk tetap normal. SR merasa sangat butuh untuk mengatasi masalah tidurnya karena ia tahu bahwa penggunaan obat tidur terus-menerus itu tidak baik. Akan tetapi, ia harus menjaga tidurnya karena penyakit jantung koroner yang dideritanya.

SR sudah pernah mencoba berbagai hal untuk mengatasi masalah tidurnya. Ia sudah pernah datang ke psikolog untuk mengatasi masalah tidurnya dan diberikan terapi dengan pendulum. Selain itu, ia juga telah pergi ke berbagai dokter untuk mengatasi masalah tidurnya dan mereka semua hanya dapat memberikannya obat tidur. Setelah mencoba berbagai teknik, hanya obat tidur yang paling berhasil.

Ia akhirnya menerima masalah tidurnya sebagai suatu hal yang wajar karena kedua orangtuanya dan kakaknya pun mengalami hal yang sama. Walaupun demikian, SR juga pernah mengalami tidur yang sangat nyenyak dan enak, yaitu saat ia *umroh*. Ia heran mengapa masalah tidurnya langsung kambuh setelah ia kembali dari *umroh*. Ia merasa sangat tidak berdaya terhadap masalah tidurnya. Ia akan merasa sangat bersyukur dan bahagia bila ia dapat tidur selama 5 jam penuh tanpa obat tidur.

4.3.2.4. Pengukuran pra-intervensi

Sebelum intervensi, SR mengisi *sleep diary*, ISI, dan Skala Mengantuk Epworth. Data dari *sleep diary* menunjukkan pola tidur SR sehari-hari. Ia umumnya membutuhkan waktu 77,5 menit untuk tertidur, mengalami 170 menit (2,8 jam) waktu bangun setelah tidur, 1,25 kali bangun setelah tidur, waktu tidur 5,25 jam, efektivitas tidur 45%, merasa agak lelah di pagi hari (skor 2), dan kualitas tidurnya agak tidak nyaman (skor 1,75). Dari seluruh data tersebut, waktu untuk tertidur, waktu bangun setelah tidur, jumlah bangun setelah tidur, efektivitas tidur, perasaan lelah di pagi hari, dan kualitas tidur SR mengindikasikan adanya insomnia.

Menurut alat ukur ISI, skor SR tergolong insomnia sedang (total skor 15). Masalah tidur utama yang dialaminya adalah mudah terbangun di malam hari (skor 3=parah). Ia juga merasa bangun lebih cepat dari biasanya (skor 2=sedang). Ia tidak begitu bermasalah dengan kesulitan untuk tidur (skor 1=sedikit).

SR menjawab cukup puas dengan kondisi tidurnya saat ini (skor 2). Akan tetapi, ia juga merasa khawatir atau kesal dengan masalah tidurnya (skor 2). Sepertinya jawaban SR mengenai kepuasan tidurnya dipengaruhi oleh faktor *social desirability*. Hasil autoanamnesa dan pertanyaan mengenai kekhawatiran dengan masalah tidur menunjukkan bahwa SR merasa tidak puas dengan kondisi tidurnya saat ini dan ingin segera meningkatkan kualitas tidurnya.

Selain itu, dampak masalah tidur pada kualitas hidup SR sangat terlihat (skor 3). Ia juga merasa cukup terganggu dengan kondisi tidurnya saat ini karena mempengaruhi kegiatan hidup sehari-harinya (skor 2). Kedua indikator ini

menunjukkan bahwa masalah tidur yang diderita SR sudah mempengaruhi rutinitas sehari-harinya.

Menurut alat ukur Skala Mengantuk Epworth, skor SR belum melewati batas mengantuk yang berlebihan (skor 6). Skor tersebut menunjukkan bahwa kualitas tidur SR kemungkinan besar tidak terganggu dan dapat menjalankan siklus tidur yang normal. Kualitas tidur SR masih cukup baik untuk menjaga tenaganya di siang hari.

Kedua pengukuran tersebut menunjukkan bahwa SR memiliki insomnia. insomnia SR adalah kurang tidur di malam hari karena terlalu sering terbangun dan bangun terlalu pagi. Selain itu, SR juga memiliki masalah dengan penggunaan obat tidur. Ia hampir tidak pernah dapat tidur memenuhi kuota 5 jam yang ia inginkan tanpa obat tidur.

4.3.2.5. Kesimpulan

Data keluhan dari autoanamnesa didukung oleh data dari pengukuran. SR memiliki keluhan bahwa ia sudah mengalami masalah tidur sejak remaja. Masalah tidurnya adalah kesulitan untuk tertidur dan bangun di malam hari. Kesulitannya untuk tertidur didukung oleh data dari *sleep diary* (melampaui batas 30 menit untuk tertidur, 77,5 menit). Keluhan mengenai bangun di malam hari juga didukung oleh data dari *sleep diary* (melampaui batas 30 menit, 170 menit). Ia sulit untuk tidur lagi setelah bangun di malam hari. Ia juga mengalami bangun lebih pagi dari yang diinginkannya. Seluruh masalah tidur tersebut membuatnya tidak dapat mencapai target tidur normalnya, yaitu 5 jam. Ia juga memiliki masalah dengan kualitas tidurnya yang tidak menyegarkan (agak lelah di pagi hari dan kualitas tidur kurang nyaman) dan tidak efektif (45%, kurang dari 85%). SR tetap mengalami seluruh masalah ini, walaupun memiliki kesempatan dan kondisi yang cukup baik untuk tidur. Saat masalah tidurnya sedang kambuh, SR merasa sangat terganggu dengan kegiatan sehari-harinya. Ia menjadi mudah lelah, mengantuk, dan hampir tidak bisa melakukan kegiatan sehari-harinya. Oleh karena itu, SR memenuhi kriteria diagnosis RDC insomnia.

Insomnia utama yang dialami SR adalah sulit untuk tertidur. Kesulitannya untuk tertidur membuatnya tidak dapat tidur kembali, bila tiba-tiba bangun di

malam hari. Usianya yang sudah lanjut membuatnya bangun di malam hari untuk buang air kecil. Setelah itu, ia sulit tidur kembali. Hal ini juga membuatnya tidak dapat mencapai kebutuhan tidur sehari-harinya (5 jam). Selain itu, kesulitannya untuk tidur juga memaksanya untuk menggunakan obat tidur dan bangun lebih siang. Penggunaan obat tidur memiliki resiko ketergantungan dan bahaya untuk usia lanjut karena tingginya kemungkinan komplikasi. Bangun lebih siang membuat pola tidurnya menjadi semakin tidak teratur dan menjadi semakin sulit untuk tidur di malam hari.

4.3.3. Partisipan tiga

4.3.3.1. Data pribadi

Inisial: NB

Alamat: Depok

Usia: 65 tahun

Status pernikahan: Janda karena meninggal

Pekerjaan: Pensiun

Tinggal bersama: Anak dan cucu

Kondisi kesehatan: Asam urat

4.3.3.2. Observasi umum

NB adalah seorang perempuan lanjut usia dengan postur tubuh yang agak membungkuk. Ia memiliki tinggi sekitar 150cm dan berat badan 50kg. Kulitnya berwarna terang. Ia mengenakan jilbab dan baju terusan panjang.

Saat mengerjakan kuesioner, NB dapat dengan cepat memahami instruksi dan mengisi dengan baik. Walaupun demikian, ia sempat salah paham pada kuesioner Skala Mengantuk Epworth mengenai 'kemungkinan tertidur' dan 'mengantuk'. Ia mengisi 'kemungkinan tertidur' dengan 'kemungkinan mengantuk'. Setelah dijelaskan lebih lanjut, bahwa yang ditanyakan adalah kemungkinan tertidur artinya adalah tidur yang hingga tidak sadarkan diri (bukan berbaring atau mengantuk), NB mengoreksi kembali isiannya.

4.3.3.3. Autoanamnesa

NB memiliki keluhan tentang tidurnya semenjak ditinggal oleh suaminya di bulan November 2011. Semenjak ditinggal suaminya, NB sering tiba-tiba terbangun di malam hari. Ia bingung mengapa hal ini bisa terjadi. Ia bertanya-tanya pada dirinya, apakah ia belum dapat menerima kepergian suaminya. Ia merasa sudah dapat mengikhhlaskan kepergian suaminya, tetapi tetap saja sulit untuk tidur. Menurutnya, hal ini tidak terkait dengan kebiasaan tidur karena ia hampir tidak pernah tidur bersama suaminya setelah adanya cucu di rumah.

Ia umumnya mulai tidur sekitar jam 10 malam dan tidak memiliki masalah untuk memulai tidur. Ia dapat dengan mudah mulai tidur di malam atau siang hari. Masalah tidurnya adalah tiba-tiba terbangun sebanyak 4-5 kali pada hampir setiap malam. Setiap kali bangun, tidak mudah baginya untuk tidur kembali. Ia terkadang mulai merajut selama sekitar 30 menit, kemudian setelah mengantuk akan kembali tidur lagi. Tetapi, hal ini tidak selalu ia lakukan. Ia juga cukup sering untuk mencoba tetap tidur di ranjangnya dan tidak selalu berhasil.

NB merasa kualitas tidurnya cukup baik. Ia merasa segar setiap bangun di pagi hari. Akan tetapi, ia sering kali merasa lebih segar untuk bangun dari tidur siang daripada tidur malam.

NB memiliki kondisi kesehatan asam urat dan kolesterol. Akan tetapi, belakangan ini, kondisi keduanya sedang baik. Ia juga secara rutin melakukan *general check-up* ke dokter. Ia tidak memiliki diabetes atau kondisi kesehatan tertentu, jadi ia bingung sekali mengapa ia sering sekali tiba-tiba terbangun di malam hari.

NB merasa sangat terganggu dengan bangun-bangun di malam harinya. Ia sangat kesal dengan bangun tiba-tiba di tengah malam. Menurutnya, tidak ada kegiatan yang pantas untuk dilakukan di tengah malam. Masalah tidur ini menjadi suatu masalah yang mengganjal di hatinya. NB sudah mencoba berbagai hal (minum susu hangat, minum air hangat, minum obat herbal, berdoa), kecuali obat tidur, tetapi tidak ada yang berhasil. NB merasa frustrasi dengan masalah bangun tiba-tiba ini.

4.3.3.4. Pengukuran pra-intervensi

Sebelum intervensi, NB mengisi *sleep diary* dan dua kuesioner. Data dari *sleep diary* menunjukkan pola tidur NB secara umum. Umumnya, ia membutuhkan waktu 57,5 menit untuk tertidur, mengalami 32,5 menit (3,6 jam) waktu bangun setelah tidur, 2,25 kali bangun setelah tidur, waktu tidur 5,25 jam, efektivitas tidur 71%, segar di pagi hari (skor 4), dan kualitas tidurnya nyaman (skor 4). Dari seluruh data tersebut, waktu untuk tertidur, waktu bangun setelah tidur, jumlah bangun setelah tidur, dan efektivitas tidur NB mengindikasikan adanya insomnia.

NB mengisi dua kuesioner, yaitu ISI dan Skala Mengantuk Epworth. Menurut alat ukur ISI, skor NB tergolong batas awal insomnia (*sub-threshold*) (total skor 12). Masalah tidur utama yang dialami NB adalah bangun lebih cepat dari biasanya (skor 2=sedang) dan kesulitan untuk mempertahankan tidurnya (skor 2=sedang). Ia sama sekali tidak mengalami kesulitan untuk tidur (skor 0=tidak ada). NB merasa tidak puas dengan kondisi tidurnya saat ini (skor 3). Ia juga merasa cukup kesal dengan masalah tidurnya (skor 2).

Masalah tidur ini juga dianggapnya cukup mengganggu kegiatan sehari-harinya (skor 2). Walaupun demikian, NB merasa masalah tidurnya tidak diketahui orang lain (skor 0). NB merasa bahwa masalah tidurnya sudah cukup mengganggu kegiatan sehari-harinya, tetapi efek ini ia tutupi agar tidak diketahui orang lain.

Menurut alat ukur Skala Mengantuk Epworth, skor NB sudah tergolong mengantuk yang berlebihan (skor 13). Skor tersebut menunjukkan bahwa kualitas tidur NB kemungkinan besar terganggu dan mungkin terdapat masalah untuk menjalankan siklus tidur yang normal. Skornya yang tinggi menunjukkan bahwa NB jarang memiliki tidur yang berkualitas di malam hari, sehingga terus menerus membalasnya dengan mudah tertidur di siang hari.

4.3.3.5. Kesimpulan

Keluhan tidur NB didukung oleh penemuan dari *sleep diary* dan kedua kuesioner. Berdasarkan autoanamnesa, keluhan utama NB adalah bangun dengan terkejut di malam hari dan kemudian, tidak dapat tidur kembali. Keluhan ini didukung oleh penemuan dari *sleep diary*, yaitu waktu bangun setelah tidur di atas 30 menit

(32,5), bangun beberapa kali di malam hari (2,25), dan efektivitas tidur di bawah 85% (71%). Keluhan ini sudah berlangsung sekitar 4 bulan. Masalah tidur ini tetap terjadi, walaupun memiliki kesempatan dan kondisi yang cukup baik untuk tidur. Setiap kali ia bangun dengan terkejut di malam hari, ia kesulitan tidur kembali. Pada siang harinya, ia menjadi mengantuk seharian dan mengganggu seluruh kegiatannya (disfungsi sosial/pekerjaan). Seluruh penemuan tersebut menunjukkan bahwa masalah tidur NB memenuhi RDC untuk insomnia. Kemudian, hal ini juga diperkuat dengan skor alat ukur ISI yang mengkategorikan masalah tidur NB sebagai batas awal insomnia.

Insomnia NB adalah kurangnya tidur berkualitas di malam hari, walaupun durasi total jam tidur sudah cukup baik. Kekurangan tidur berkualitas mendorongnya untuk mengganti kekurangan tidurnya di siang hari. NB perlu meningkatkan kualitas tidurnya untuk mengatasi insomnia. Selain itu, kurangnya tidur berkualitas di malam hari juga diindikasikan dengan mudah terbangun dan bangun lebih cepat dari biasanya. Kedua indikator tersebut menandakan bahwa tidur malam NB tidak mendalam, sehingga tidak mendapatkan siklus tidur 3-4 dan tidur REM yang cukup. Kualitas tidur yang buruk ini membuatnya mengantuk di siang hari.

Di sisi lain, hasil Skala Mengantuk Epworth menunjukkan bahwa ada kemungkinan NB memiliki gangguan yang berhubungan dengan kualitas tidur. Hasil ini bertentangan dengan hasil wawancara yang menunjukkan bahwa NB tidak memiliki gangguan yang berhubungan dengan kualitas tidur. Untuk itu, diperlukan pengamatan lebih lanjut apakah masalah tidur NB merupakan insomnia atau gangguan tidur lainnya (seperti: *sleep apnea*, gangguan ritme sirkadian). Saat ini, belum dapat dipastikan apakah skor mengantuk NB yang tinggi disebabkan oleh insomnia di malam hari atau gangguan tidur lainnya. Hal ini dapat diketahui dengan melihat perkembangan masalah tidur NB, apakah responsif terhadap terapi insomnia atau tidak. Selain itu, pengambilan data lebih lanjut juga akan dilakukan untuk memastikan *differential diagnosis*.

4.3.4. Partisipan empat

4.3.4.1. Data pribadi

Inisial: I

Alamat: Depok

Usia: 70 tahun

Status pernikahan: Janda karena meninggal

Pekerjaan: Pensiun

Tinggal bersama: Anak dan cucu

Kondisi kesehatan: Jantung

4.3.4.3. Observasi Umum

I adalah seorang perempuan lanjut usia yang bertubuh gemuk. Ia memiliki tinggi badan sekitar 155cm dengan berat badan sekitar 65kg. Ia memiliki postur tubuh yang cukup tegap untuk orang seusianya. I mengenakan jilbab dan kaca mata dengan kaca yang berwarna oranye. Ia terlihat untuk selalu merias diri dengan menggunakan bedak dan beberapa kosmetik lainnya di wajahnya.

Selama pengisian kuesioner, I tidak banyak bertanya dan dapat mengerjakannya dengan baik. I sempat bertanya mengenai satu pertanyaan (pertanyaan mengenai ‘sulit untuk mempertahankan tidur’) yang kurang jelas dalam kuesioner ISI. Setelah dijelaskan dengan kata-kata yang informal (‘bangun-bangun di malam hari’), I langsung paham dan dapat mengerjakan dengan baik.

4.3.4.3. Autoanamnesa

I mengaku untuk mengalami beberapa kali bangun-bangun di malam hari dan seringkali bangun lebih cepat dari yang ia inginkan. Menurutnya, hal tersebut merupakan konsekuensi umum dari penuaan, sehingga mengaku tidak ada keluhan apapun mengenai kondisi tidurnya. Rasa mudah lelah yang dialaminya di siang hari juga dianggapnya sebagai konsekuensi umum dari penuaan. Ia tidak menganggap seluruh kondisi tersebut sebagai keluhan. Satu-satunya keluhan masalah tidur yang terjadi belakangan ini adalah saat cucunya meminta uang sejuta rupiah secara tiba-tiba untuk membeli laptop (diwajibkan oleh sekolah) yang terjadi sekitar sebulan yang lalu. Saat itu, selama beberapa hari, I mengaku

merasa sulit untuk tidur karena terus memikirkan bagaimana caranya mendapatkan uang untuk memenuhi keperluan cucunya. Setelah masalahnya berakhir, tidurnya kembali seperti biasa.

Alasan utama I untuk mengikuti intervensi adalah untuk menambah pengetahuannya. Ia adalah seorang psikolog lulusan UGM yang sangat senang dengan ilmu psikologi. Ia ingin mengetahui perkembangan ilmu psikologi di jaman sekarang. Walaupun alasannya adalah untuk menambah pengetahuan dan mengaku tidak memiliki keluhan apapun mengenai tidur, I mau dengan senang hati untuk mengerjakan tugas intervensi.

I memiliki dua kebiasaan tidur, tergantung pada tidur siangnya. Bila I dapat tidur siang, ia mungkin akan mulai tidur sekitar jam 10 malam. Bila sedang tidak bisa tidur siang, ia akan mulai tidur sekitar jam 8.30. Saat jam 1.30 pagi, ia sering bangun. Saat bangun, ia akan melakukan sholat tahajud dan akan mulai tidur lagi jam 3 pagi. Kemudian, sekitar jam 4-5 akan bangun lagi untuk sholat subuh. Umumnya, I selalu mendapatkan tidur 6 jam secara keseluruhan dengan pola tidur ini. Akan tetapi, tidur malamnya hanya berlangsung sekitar 2-4 jam setiap malamnya. Walaupun jam tidur malamnya sedikit, I merasa tidak bermasalah dengannya karena akan ‘membalasnya’ dengan tidur siang.

4.3.4.4. Pengukuran pra-intervensi

Sebelum intervensi, I mengisi *sleep diary*, kuesioner ISI, dan kuesioner Skala Mengantuk Epworth.

Data dari *sleep diary* menunjukkan pola tidur I pada umumnya. Ia rata-rata membutuhkan waktu 13,75 menit untuk tertidur, mengalami 15 menit waktu bangun setelah tidur, 1 kali bangun setelah tidur, waktu tidur 5,75 jam, efektivitas tidur 96%, cukup segar di pagi hari (skor 3,25), dan kualitas tidurnya cukup nyaman (skor 3,5). Seluruh data tersebut menunjukkan bahwa I memiliki tidur yang normal.

Di sisi lain, hasil pengukuran alat ukur ISI menunjukkan bahwa I mengalami batas awal insomnia (*sub-threshold*) (total skor 11). Masalah tidur utamanya adalah bangun lebih cepat dari biasanya (skor 2=sedang) dan kesulitan

untuk mempertahankan tidurnya (skor 2=sedang). Walaupun, ia juga memiliki sedikit masalah susah tidur (skor 1=sedikit).

Dengan masalah tidur seperti itu, I merasa cukup puas dengan kondisi tidurnya saat ini (skor 2). Selain itu, ia juga merasa sedikit kesal dengan masalah tidurnya (skor 1). Kedua indikator ini menandakan bahwa masalah tidur I sudah mulai mengganggu.

I menganggap bahwa masalah tidurnya sedikit mengganggu kegiatan sehari-harinya (skor 1). Walaupun demikian, masalah tidur I cukup terlihat di mata orang lain (skor 0). Akan tetapi, saat dikonfirmasi ulang, I merasa bahwa sebagian besar orang tidak mengetahui masalah tidurnya dan hanya dirinyalah yang mengetahui hal tersebut.

Menurut alat ukur Skala Mengantuk Epworth, skor I sepertinya tidak terlalu tinggi (skor 7). Skor tersebut menunjukkan bahwa kualitas tidur I mungkin tidak terlalu terganggu. Ia mendapatkan tidur yang cukup berkualitas di malam hari, sehingga tidak terlalu mengantuk di siang hari.

4.3.4.5. Kesimpulan

Keluhan tidur I adalah bangun-bangun di malam hari dan bangun lebih cepat dari yang diinginkan. Saat tidurnya sedang bermasalah, I merasa mudah lelah. Keluhan ini juga tetap ada, walaupun I memiliki kesempatan dan kondisi yang cukup baik untuk tidur. Akan tetapi, keluhan tersebut tidak terlalu didukung oleh data dari *sleep diary*. *Sleep diary* menunjukkan bahwa rata-rata I hanya bangun sekali dalam semalam dan hanya bangun selama 15 menit dalam semalam. Selain itu, efektivitas tidurnya juga sudah sangat baik. Di sisi lain, pengukuran ISI menunjukkan bahwa masalah tidur I mencapai batas awal insomnia karena bangun-bangun di malam hari dan bangun lebih cepat dari yang diinginkan.

Keluhan yang didukung oleh pengukuran ISI, tetapi tidak didukung oleh *sleep diary* menunjukkan bahwa terdapat subjektivitas yang tinggi pada masalah tidur I. I merasa bahwa kondisi tidurnya tidak baik, walaupun pola tidurnya secara ‘objektif’ sudah memenuhi syarat tidur normal. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan kualitas tidur I secara subjektif untuk mengatasi keluhannya.

4.3.5. Partisipan lima

4.3.5.1. Data pribadi

Inisial: SP

Alamat: Depok

Usia: 64 tahun

Status pernikahan: Menikah

Pekerjaan: Pensiun

Tinggal bersama: Istri

Kondisi kesehatan: Diabetes, Hipertensi

4.3.5.2. Observasi umum

SP adalah seorang laki-laki lanjut usia dengan tinggi sekitar 170cm dan berat 65kg. Postur tubuhnya agak kurus dan agak membungkuk. Ia berkulit sawo matang. Ia hampir selalu mengenakan topi dan mengenakan celana panjang dan kaos berkerah. Rambutnya berwarna abu-abu.

Afek SP secara umum terlihat tidak ceria. Walaupun ada kalanya ia dapat tertawa bersama dan memberikan guyonan-guyonan, SP secara umum terlihat diam dan lebih murung dibandingkan peserta yang lain. Ia bahkan terlihat hampir menangis di saat diminta menceritakan masalah yang sedang dihadapinya.

SP terlihat antusias untuk mengikuti intervensi ini. Ia menekankan bahwa ia mau mengerjakan tugas-tugasnya dan latihan yang diberikan. Ia juga cukup cepat dalam mengerjakan kuesioner dan terlihat mengerjakannya dengan sungguh-sungguh. Kesungguhannya terlihat saat ia memberikan beberapa catatan kecil di kuesioner untuk membantunya dalam mengisi.

4.3.5.3. Autoanamnesa

SP mengeluh bahwa ia sering bangun-bangun di malam hari tanpa ia inginkan. Setelah bangun, tidak mudah baginya untuk bisa tidur kembali. Hal ini membuatnya mudah mengantuk di pagi hari karena kurang tidur. Walaupun masalah ini tidak terjadi setiap malam, ia merasa sangat terganggu dengan dampaknya di pagi-siang hari. Selain rasa lelah dan kantuk yang kuat, masalah tidur juga membuatnya menjadi sangat mudah marah. Ia dapat dengan mudah

marah karena hal-hal yang sangat kecil dan sepele bila malamnya tidak tidur dengan baik. Ia terkejut dengan dirinya sendiri, mengapa dapat mudah marah. SP ingin segera menemukan solusi untuk menyelesaikan masalah tidurnya.

SP merasa bahwa keluhannya mengenai tidur dipengaruhi oleh masalah pribadinya. Ia merasa masalah pribadinya sangat kompleks karena tidak memiliki pensiun. Semua keperluan sehari-hari SP dipenuhi oleh anaknya. Setiap bulan, anaknya memberikannya sekitar 2 juta untuk keperluan sehari-hari. Akan tetapi, jumlah tersebut hanya mencukupi untuk keperluan sehari-hari, sama sekali tidak cukup untuk biaya kesehatan. Hal ini seringkali menjadi beban pikirannya.

Setiap masalah yang muncul, terutama masalah yang terkait dengan kondisi keuangan, akan menjadi beban pikiran SP. Walaupun ia sudah dapat menerima bahwa penghasilannya akan ditanggung oleh anaknya, ia merasa kesulitan untuk meminta uang tambahan ke anaknya bila tidak cukup. Hal-hal yang bersifat mendadak seperti biaya kesehatan ke dokter dan obat seringkali membuat uang bulanan yang diberikan anaknya tidak cukup.

Semenjak muda, SP tidak pernah mengalami masalah tidur seperti ini. Menurutnya, masalah tidur ini berkembang setelah ia pensiun dan mulai terkena diabetes. Semenjak itu, masalah tidur ini perlahan-lahan berkembang menjadi semakin parah.

Kondisi kesehatan yang dimiliki oleh SP adalah diabetes dan hipertensi. Kedua hal ini berkaitan erat dengan tidur SP. Semenjak terkena diabetes, SP selalu bangun di malam hari untuk buang air kecil. Hal ini dapat terjadi beberapa kali dalam semalam.

Untuk mengatasi masalah tidurnya, SP sudah mencoba untuk menambah kegiatan. Ia selalu mengikuti senam diabetes di pagi hari dan aktif dalam kepengurusannya agar memiliki kegiatan di pagi hari. Hal ini dapat mengurangi mengantuk di pagi hari dan mengatur pola tidurnya. Akan tetapi, senam diabetes ini hanya beberapa kali seminggu. Oleh karena itu, masalah tidur SP masih tetap ada, walaupun sudah sedikit berkurang.

4.3.5.4. Pengukuran pra-intervensi

Sebelum intervensi, SP mengisi *sleep diary* dan dua kuesioner, ISI dan Skala Mengantuk Epworth.

Sleep diary menunjukkan pola tidur SP secara umum. SP rata-rata membutuhkan waktu 20 menit untuk tertidur, mengalami 28,75 menit waktu bangun setelah tidur, 2,75 kali bangun setelah tidur, waktu tidur 6,06 jam, efektivitas tidur 62%, tingkat kesegarannya sedang di pagi hari (skor 2,25), dan tingkat kualitas tidurnya sedang (skor 2,25). Dari seluruh data tersebut, waktu bangun setelah tidur, jumlah bangun setelah tidur, efektivitas tidur, kesegaran di pagi hari, dan kualitas tidur SP mengindikasikan adanya insomnia.

Menurut alat ukur ISI, skor SP tergolong batas awal insomnia (*sub-threshold*) (total skor 12). Masalah tidur utama yang dialami SP adalah susah tidur (skor 2=sedang) dan kesulitan untuk mempertahankan tidurnya (skor 2=sedang). Walaupun demikian, ia juga terkadang bangun lebih cepat dari biasanya (skor 1=sedikit).

Secara umum, SP merasa puas dengan kondisi tidurnya saat ini (skor 1). Akan tetapi, saat masalah tidurnya sedang muncul, SP merasa cukup kesal (skor 2). Kedua hal ini menunjukkan bahwa masalah tidur SP sudah mulai mengganggu dirinya.

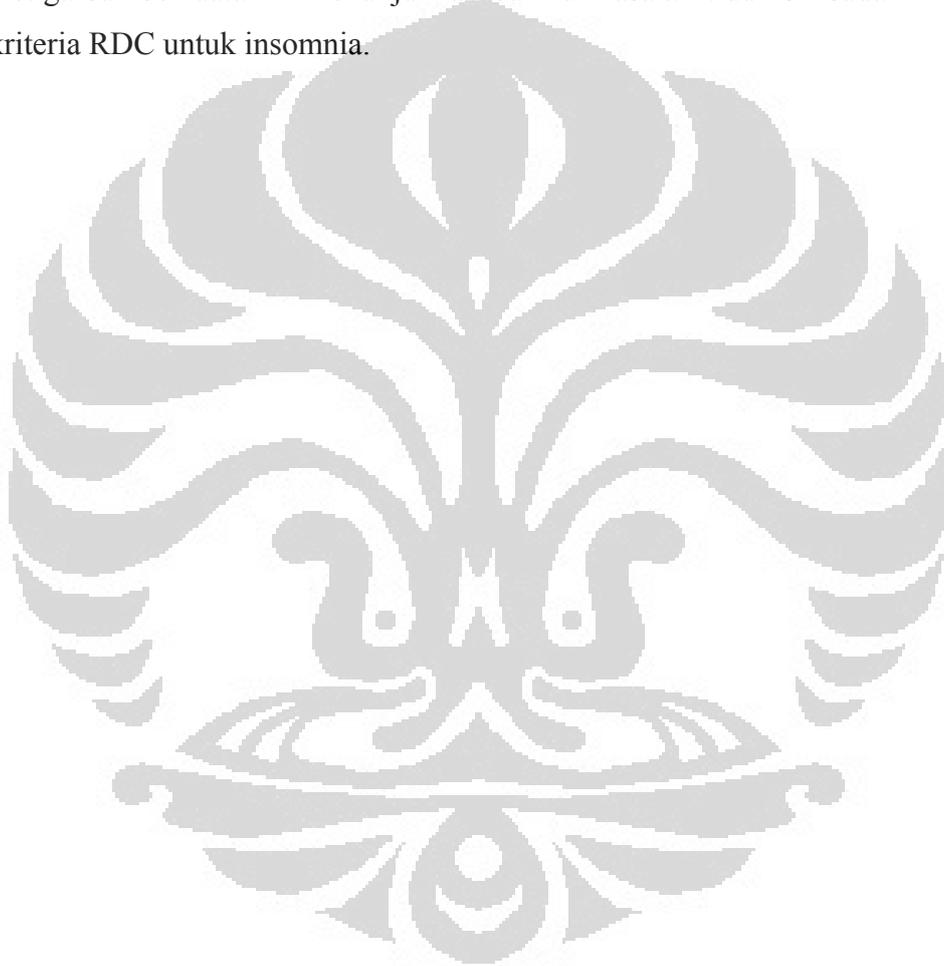
SP menganggap bahwa masalah tidurnya sudah cukup mengganggu kegiatan sehari-harinya (skor 2) dan hal ini cukup terlihat di mata orang lain (skor 2). Masalah tidur yang dialami SP sudah cukup mengganggu dan berdampak ke kegiatannya sehari-hari.

Menurut alat ukur Skala Mengantuk Epworth, skor SP cukup rendah (skor 5). Skor tersebut menunjukkan bahwa kualitas tidur SP cukup baik. Ia mendapatkan tidur yang cukup berkualitas di malam hari, sehingga secara umum tidak terlalu mengantuk di siang hari.

4.3.5.5. Kesimpulan

Keluhan tidur SP yang utama adalah bangun di malam hari tanpa diinginkannya. Saat masalah tidurnya kambuh, SP seharian menjadi mudah marah dan kegiatan sehari-harinya terganggu. Masalah tidur SP kerap terjadi, walaupun ia memiliki

kesempatan dan kondisi yang cukup baik untuk tidur. Keluhan bangun di malam hari didukung oleh data dari *sleep diary* yang menunjukkan bahwa ia rata-rata bangun 2,75 kali dalam semalam dan menghabiskan waktu 28,75 menit setiap malam. Data dari *sleep diary* menambahkan bahwa SP juga memiliki masalah dengan kualitas tidurnya yang ditunjukkan dari efektivitas tidurnya (62%), tingkat kesegaran di pagi hari, dan kenyamanan tidur. Selain itu, hasil pengukuran ISI menunjukkan bahwa masalah tidur SP sudah masuk kategori batas awal insomnia. Ketiga sumber data ini menunjukkan bahwa masalah tidur SP sudah memenuhi kriteria RDC untuk insomnia.



5. Hasil

Bab ini membahas mengenai hasil pelaksanaan intervensi, baik proses berjalannya intervensi maupun evaluasi setelah intervensi. Pembahasan dimulai dengan pelaksanaan dan proses intervensi. Hasil evaluasi intervensi dibahas secara individual (lihat halaman 105) maupun kelompok (lihat halaman 116). Hasil evaluasi intervensi, secara umum, menunjukkan adanya peningkatan kualitas tidur pada seluruh partisipan.

5.1. Pelaksanaan intervensi

Pelaksanaan intervensi berjalan secara rutin setiap minggu di hari Senin dan Kamis, kecuali sesi terakhir untuk evaluasi dilaksanakan pada hari Rabu karena adanya hari raya yang jatuh di hari Kamis. Tempat pelaksanaan intervensi adalah salah satu ruangan di Lantai 4, RS Grha Permata Ibu, Beji, Depok. Tempat pelaksanaan selalu sama dari awal pelaksanaan intervensi.

Ruangan pelaksanaan intervensi sebesar sekitar 5x5 meter. Di dalam ruangan tersebut, terdapat AC, toilet, meja, *flipchart*, 5 kursi dengan meja, dan 1 kursi tanpa meja. Tempat duduk (kursi dengan meja) disusun dalam bentuk setengah lingkaran, menghadap *flipchart*. Di sebelah *flipchart*, terdapat kursi tanpa meja untuk tempat duduk fasilitator.

Waktu pelaksanaan intervensi berjalan dengan rutin. Pada hampir setiap sesi, dibutuhkan waktu sekitar 15 menit untuk menunggu partisipan yang terlambat datang. Bila seorang partisipan telat lebih dari 15 menit, sesi tetap dimulai dan partisipan tersebut akan diberikan penjelasan singkat mengenai bagian apa saja yang tidak ia ikuti. Akan tetapi, bila terdapat partisipan yang telat lebih dari 30 menit, ia akan diberikan penjelasan lebih lanjut mengenai materi yang dibawakan di akhir sesi.

Saat membahas sesuatu dalam kelompok, pembahasan seringkali tidak fokus. Partisipan juga beberapa kali memulai topik pembicaraan yang tidak berhubungan dengan tidur. Fasilitator cukup sering menghentikan diskusi dan meminta partisipan untuk kembali ke topik pembahasan yang berkaitan. Saat fasilitator melakukannya, partisipan yang membawa topik meminta maaf dan

beberapa partisipan lain memberi apresiasi kepada fasilitator. Secara umum, SR adalah partisipan yang paling tidak senang saat diskusi keluar dari topik awal dan HYS adalah partisipan yang paling sering membawa topik di luar pembahasan.

Selain sering mengembalikan topik pembahasan ke topik awal, fasilitator juga sering menunda pembahasan suatu topik. Penundaan ini berhubungan dengan pembahasan yang seringkali berkaitan dengan rencana pertemuan selanjutnya. Fasilitator akan menjawab pertanyaan partisipan dengan singkat dan selebihnya, meminta partisipan untuk menyimpan dulu pertanyaannya karena akan dibahas dengan penuh pada sesi selanjutnya. Selain untuk menjaga fokus pertemuan, penundaan pembahasan dilakukan untuk meningkatkan motivasi partisipan agar tetap datang di pertemuan selanjutnya.

Saat kegiatan istirahat, fasilitator membagikan *snack* dan mempersilahkan partisipan untuk mengkonsumsinya di tempat. Pada awal sesi, I meminta izin untuk selalu tidak makan karena melakukan puasa Senin-Kamis. Selain I, partisipan lainnya selalu mengonsumsi *snack*.

5.2. Proses intervensi

Proses intervensi akan membahas mengenai bagaimana jalannya intervensi. Setiap sesi akan dibahas dari segi waktu berjalannya sesi, sasaran sesi, proses berlangsungnya setiap kegiatan dalam sesi, dan evaluasi sesi.

5.2.1. Sesi 1: Identifikasi masalah dan relaksasi

Hari/Tanggal: Kamis, 19 April 2012

Waktu: 08.30 – 11.15

Rencana kegiatan:

Perkenalan (15 menit)

Kontrak psikoterapi (10 menit)

Sharing (35 menit)

Istirahat (15 menit)

Lanjut *sharing* (30 menit)

Latihan relaksasi pernapasan (5 menit)

Latihan relaksasi progresif (25 menit)

Penutupan (15 menit)

Sasaran:

Partisipan saling mengenal anggota kelompok dan fasilitator kegiatan. Partisipan juga mengenal aturan-aturan yang berlaku di dalam kelompok terapi. Selain itu, partisipan diharapkan dapat menyadari bahwa ia tidak sendirian dalam menghadapi masalah tidur dan dapat mengekspresikan masalah tidurnya. Kemudian, partisipan juga diharapkan untuk mulai memahami konsep relaksasi dan metodenya.

Observasi umum:

Sepanjang kegiatan, NB dan I selalu mencatat apa yang terjadi dalam kegiatan. Selain itu, SP dan SR juga terlihat beberapa kali mencatat. Mereka berempat membawa buku catatan kosong, sepertinya khusus untuk mencatat dalam kegiatan ini.

Posisi duduk SR ada di sebelah kiri fasilitator karena mau dekat dengan AC. Di sisi lain, posisi duduk I ada di depan fasilitator karena ingin menghindari AC. NB duduk di sebelah SR karena memang datang berdua. SP duduk di antara I dan NB. HYS datang terakhir, ia duduk di paling kanan.

Suasana dalam kelompok masih belum mencair. Walaupun antar partisipan sudah terlihat akrab dengan banyak berbincang-bincang dan saling menanggapi, atmosfer dalam kelompok belum terasa akrab. Partisipan terlihat menjaga jarak dan perbincangan ataupun senda gurau cenderung formal. Perbincangan juga sering tidak fokus dan fasilitator beberapa kali harus mengembalikan ke topik pembicaraan. HYS sering membawa topik di luar hal yang sedang didiskusikan, sedangkan SP hampir tidak pernah membicarakan hal-hal di luar topik diskusi. Selain itu, HYS terlihat beberapa kali menguap saat sedang diskusi.

Proses berjalannya kegiatan:

Perkenalan (10 menit)

Pada hari pertama berjalannya sesi, HYS dan SP datang terlambat. Ketelatan HYS dan SP membuat waktu mulai berjalannya sesi diundur telat 30 menit. Selama

menunggu kedatangan HYS dan SP, partisipan lainnya yang datang terlebih dahulu sudah mulai saling berkenalan tanpa dipandu oleh fasilitator. SP datang terlebih dahulu, sekitar 10 menit kemudian HYS datang. Sebelum fasilitator memandu mulainya kegiatan perkenalan, seluruh partisipan sudah saling berkenalan dan berbincang-bincang. Oleh karena itu, kegiatan ini berlangsung lebih cepat dari waktu yang diperkirakan.

Pada kegiatan perkenalan, partisipan diminta untuk saling memperkenalkan diri, asal tempat tinggal, hobi, satu kata yang menggambarkan dirinya, dan harapannya mengikuti kegiatan. Saat pelaksanaan, seluruh partisipan kesulitan untuk mencari kata yang menggambarkan dirinya, sehingga fasilitator memutuskan untuk tidak perlu melakukan itu. Kemudian, saat ditanyakan mengenai harapannya mengikuti kegiatan, partisipan rata-rata menjawab ingin tahu mengenai kegiatan ini. Fasilitator menangkap bahwa partisipan masih belum memahami seperti apakah kegiatan ini, sehingga memutuskan untuk menanyakan lagi harapannya partisipan setelah kegiatan *sharing*.

Kontrak psikoterapi (5 menit)

Fasilitator menjelaskan kepada partisipan mengenai aturan yang berlaku dalam kelompok dan prinsip kerahasiaan. Saat menjelaskan, SP beberapa kali menyetujui fasilitator. Partisipan yang lain juga sepertinya setuju dan bahkan sepertinya sudah berasumsi sebelumnya, bahwa peraturannya akan demikian. NB menyatakan kalau ia memang berharap prinsip dan aturan yang berlaku dalam kelompok seperti itu dan memastikan kembali berlakunya prinsip dan aturan kelompok tersebut. Setelah itu, partisipan diminta untuk menandatangani lembar kontrak psikoterapi. HYS dan I bertanya mengenai nama dan alamat seperti apa yang perlu ditulis. Di luar hal itu, semua partisipan dapat memahami lembar kontrak dengan baik dan menandatangani.

Sharing (45 menit)

Sebelum memulai kegiatan *sharing*, fasilitator menjelaskan terlebih dahulu mengenai kegiatan terapi ini. Fasilitator menjelaskan bahwa kegiatan ini adalah terapi untuk masalah tidur, tujuan dari kegiatan ini adalah untuk meningkatkan

kualitas tidur. Kemudian, fasilitator mengajak partisipan untuk menceritakan keluhan tidur masing-masing. Awalnya partisipan terlihat bingung untuk bercerita, sehingga fasilitator menunjuk partisipan yang paling kiri (SR) untuk memulai. SR bercerita bahwa ia sudah memiliki masalah tidur semenjak muda, menurutnya masalah tidurnya berhubungan dengan keturunan karena orangtua dan saudara kandungnya juga memiliki masalah yang sama. Selanjutnya, NB bercerita bahwa keluhan tidurnya adalah bangun dengan terkejut di malam hari. Ia mengalami hal ini semenjak ditinggal oleh suaminya. Ia bingung apakah dirinya belum menerima meninggalnya suaminya dan belum bersikap ikhlas terhadap meninggal suaminya, padahal ia merasa sudah tidak bermasalah dengan hal itu. Kemudian, SP diminta untuk menceritakan mengenai keluhan tidurnya. Ia mulai bercerita dari konteks kehidupannya yang sulit karena tiadanya pensiun. Ia merasa kondisi ekonominya merupakan akar dari segala permasalahannya. Matanya berair saat bercerita mengenai kehidupannya. Setelah selesai bercerita, fasilitator mengarahkan kembali ke keluhan tidurnya. SP baru bercerita bahwa ia seringkali bangun di malam hari dan sulit tidur kembali. Kondisi ini cukup menggangukannya dan menjadi semakin parah semenjak pensiun. Setelah SP selesai bercerita, fasilitator menghentikan kegiatan untuk istirahat selama 15 menit dan membagikan *snack*.

Istirahat (15 menit)

Selama istirahat, fasilitator memberikan *snack*. Selagi mengkonsumsi *snack*, partisipan saling menggali cerita SR, NB, dan SP lebih lanjut. Secara umum, SR dipertanyakan oleh partisipan lainnya mengenai kebiasaannya menggunakan obat tidur. Kemudian, NB juga ditanya oleh partisipan lain mengenai penerimaannya terhadap suaminya. Saat membahas mengenai penerimaan NB terhadap kepergian suaminya, partisipan meminta fasilitator untuk menengahi diskusi. Fasilitator pun menjelaskan mengenai kasus-kasus masalah psikologis lainnya yang seringkali bisa selesai tanpa selesainya masalah tidur yang mengiringinya. Kasus NB mungkin serupa dengan hal tersebut. Setelah waktu istirahat berakhir, fasilitator menghentikan pembahasan dan melanjutkan kegiatan *sharing*.

Lanjut *sharing* (35 menit)

Fasilitator meminta I untuk bercerita mengenai keluhan tidurnya. I bercerita bahwa ia tidak memiliki keluhan tidur seperti partisipan yang lain. Satu-satunya masalah tidur yang ia miliki akhir-akhir ini adalah saat cucunya tiba-tiba meminta uang untuk membeli *laptop*. Ia menjadi stres dan susah tidur di malam hari. Akan tetapi, setelah masalah tersebut diatasi, tidurnya kembali normal. Saat diminta untuk menceritakan pola tidurnya, I menjelaskan bahwa ia juga sering bangun di malam hari dan bahkan hanya tidur 2-4 jam setiap malamnya. Walaupun demikian, I menekankan bahwa ia tidak bermasalah dengan pola tidur seperti itu. I mensiasatinya dengan sholat tahajud, sehingga tidak bermasalah dengan pola tidur tersebut. Setelah I, fasilitator meminta HYS untuk menceritakan masalah tidurnya. Serupa dengan I, HYS menjelaskan bahwa ia sebenarnya tidak memiliki keluhan tidur. Ia merasa bahwa kondisi tidurnya baik-baik saja dan sesuai dengan kemauannya. HYS menekankan bahwa ia dahulu pernah mempelajari ilmu hipnosis, sehingga kondisi tidurnya sebenarnya sesuai dengan apa yang diinginkannya. Ia menjelaskan bahwa ia setiap kali tidur hanya sekitar 2-3 jam, tetapi dilakukannya sepanjang hari. Setiap tengah malam, ia menjadwalkan dirinya untuk membuatkan susu untuk cucunya. Ia menjadwalkan dirinya karena memang ia bangun dari tidurnya setiap tengah malam. Setelah tidur kembali, ia bangun lagi sekitar jam 3 untuk sholat tahajud. Selesai sholat tahajud, ia tidur kembali dan bangun lagi sekitar jam 5 untuk sholat subuh ke masjid. Sepulang dari masjid, ia tidur kembali. Ia menekankan bahwa ia tidak mengeluhkan bangun-bangunnya di tengah malam karena ia lakukan dengan sengaja. Setelah waktu *sharing* habis, fasilitator menghentikan diskusi dan melanjutkan ke kegiatan selanjutnya.

Latihan relaksasi pernapasan (15 menit)

Fasilitator membagikan lembar materi mengenai relaksasi yang berisi mengenai konsep relaksasi, instruksi relaksasi pernapasan, dan instruksi relaksasi progresif. Saat dibagikan, partisipan langsung membaca lembar materi tersebut dan terlihat tertarik. Setelah itu, fasilitator menjelaskan konsep relaksasi secara singkat dan

meminta partisipan untuk langsung mencoba salah satu tekniknya, yaitu relaksasi pernapasan. Partisipan diminta untuk berhenti membaca dan duduk dengan santai untuk mengikuti instruksi relaksasi pernapasan dari fasilitator. Sebelum memberikan instruksi, fasilitator meminta partisipan untuk menghitung denyut nadinya selama 10 detik dengan panduan dari fasilitator. Setelah selesai memberikan instruksi, fasilitator menanyakan bagaimana pengalaman mereka melakukan relaksasi pernapasan dengan singkat. SR dan NB merasa sangat tertarik dengan ide pernapasan perut karena sangat baru bagi mereka. Mereka merasa teknik ini sangat sulit dan tertantang untuk latihan agar mampu melakukan pernapasan perut. SP dan I menganggap bahwa kesulitan ini wajar karena baru pertama kali melakukannya. Di sisi lain, HYS merasa sudah biasa melakukan pernapasan perut karena mengikuti bela diri karate di masa mudanya mengharuskannya mampu melakukan pernapasan perut. HYS pun menunjukkan kepada SR dan NB bagaimana cara melakukan pernapasan perut. Fasilitator kembali harus menghentikan diskusi karena batasan waktu dan meminta partisipan untuk kembali duduk dengan posisi yang nyaman untuk menerima instruksi kegiatan selanjutnya.

Latihan relaksasi progresif (25 menit)

Fasilitator memutar CD relaksasi progresif dan meminta partisipan untuk mengikutinya. Partisipan terlihat kaku dan tidak mengikuti seluruh instruksi dengan tepat. Misalnya: saat diminta mengencangkan tangan kanan, SP dan NB mengencangkan kedua tangannya. HYS juga hampir tidak mengikuti seluruh instruksinya, ia cenderung tidak bergerak. Walaupun demikian, ia terkadang ikut mengencangkan dan mengendurkan tubuhnya dengan gerakannya sendiri. I dan SR juga terlihat tidak begitu dapat mengikuti instruksi dari CD. Kesulitan mengikuti gerakan tetap terjadi, walaupun fasilitator duduk di depan mereka dan mengikuti seluruh instruksi relaksasi dari CD sebagai contoh gerakan. Setelah CD selesai diputar, fasilitator meminta partisipan untuk kembali menghitung denyut nadinya. Seluruh partisipan tidak memiliki penurunan denyut nadi, bahkan NB dan SP mengalami sedikit peningkatan denyut nadi (seperti: meningkat 1 poin). I mengeluh bahwa instruksinya panjang dan tidak mudah diikuti. Selain itu, I

beserta partisipan lainnya menganggap bahwa suara CD-nya terlalu kecil dan tidak begitu terdengar. Fasilitator menawarkan untuk membacakan instruksi relaksasinya untuk sesi berikutnya dan ditanggapi dengan positif.

Penutupan (15 menit)

Fasilitator menjelaskan bahwa kegiatan hari ini sudah selesai dan merangkum kegiatan. Kemudian, fasilitator menjelaskan secara singkat mengenai kegiatan selanjutnya dan memberikan lembar jadwal kegiatan. Setelah itu, fasilitator memberikan lembar kerja *diary* relaksasi dan *sleep diary*. Fasilitator menjelaskan mengenai cara mengisi dan tujuan dari kedua lembar kerja tersebut. Terdapat beberapa pertanyaan mengenai *diary* relaksasi, terutama mengenai waktu latihan relaksasi, frekuensi latihan relaksasi, dan mengenai skala relaksasi. Selain itu, HYS terlihat kesulitan memahami kolom 'waktu' dan 'jam' melakukan relaksasi. Setelah tidak ada pertanyaan lagi mengenai tugas rumahnya, fasilitator mempersilahkan mereka pulang.

Evaluasi:

Kegiatan berjalan dengan cukup lancar dan dapat menjawab sasaran kegiatan. Partisipan sudah saling mengenal dan saling bertukar alamat/nomor telepon. Partisipan juga menyetujui aturan-aturan yang berlaku dalam kelompok. Kemudian, partisipan juga menyadari bahwa keluhan tidurnya dialami oleh semua orang. Konsep relaksasi sudah mulai dipahami dan teknik relaksasi sudah mulai dimengerti. Akan tetapi, partisipan terlihat masih belum terbiasa dan membutuhkan banyak latihan. Secara umum, kesulitan utama dalam pelaksanaan kegiatan terletak dalam manajemen waktu kegiatan dan menjaga agar diskusi tetap fokus.

5.2.2. Sesi 2: Psikoedukasi

Hari/Tanggal: Senin, 23 April 2012

Waktu: 08.00 – 10.30

Rencana kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (15 menit)

Psikoedukasi *mind/body* (15 menit)

Psikoedukasi CBT (25 menit)

Istirahat (15 menit)

Psikoedukasi tidur dan susah tidur (40 menit)

Pemberian tugas rumah (15 menit)

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Sasaran:

Partisipan menyadari pentingnya tugas rumah dan latihan relaksasi di rumah. Selanjutnya, partisipan memahami mengenai konsep *mind/body* dan cara bekerja terapi (CBT). Selain itu, partisipan juga memahami mengenai proses tidur, mengapa susah tidur dapat terjadi, dan pola hidup apa yang dapat membantu menangani susah tidur.

Observasi umum:

NB dan I sering mencatat mengenai apapun yang ada dalam kegiatan dalam buku catatannya. Selain itu, SP dan SR juga terlihat beberapa kali mencatat di lembar materi yang diberikan. Mereka seringkali mencatat hal-hal seputar tidur yang dibicarakan, tetapi tidak tertulis di materi.

Posisi duduk masih sama seperti pertemuan sebelumnya. SR ada di sebelah kiri fasilitator agar dekat dengan AC. I berada di depan fasilitator untuk menghindari AC. NB tetap duduk di sebelah SR, walaupun tidak datang berdua. HYS kali ini datang cukup cepat dan tetap duduk di sebelah kanan. SP datang agak terlambat (sekitar 15 menit) dan duduk di antara NB dan I, seperti pada sesi sebelumnya.

Fasilitator perlu sering menghentikan dan meluruskan kembali topik diskusi agar tidak melebar. HYS dan NB sering bertanya mengenai hal-hal yang di luar topik pembahasan. Di sisi lain, SR merasa bosan mendengarkan hal-hal di luar topik tidur. SR hanya ingin mendengarkan informasi dari fasilitator mengenai tidur. SR terlihat lebih sangat lesu dan tidak bertenaga pada pertemuan hari ini. Ia juga menjadi lebih tidak sabar dan dengan mudah mengekspresikan kebosannya saat topik diskusi mulai keluar dari topik tidur (seperti: melihat ke arah lain dan

tidak memperhatikan diskusi). Ia pun berpesan pada fasilitator agar lebih berani menghentikan diskusi dan meluruskan kembali ke topik diskusi.

Proses berjalannya kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Fasilitator membuka pertemuan dengan mengingatkan kembali partisipan mengenai kegiatan di sesi sebelumnya. Setelah itu, fasilitator menjelaskan kepada partisipan bahwa pertemuan akan dibuka dengan melakukan relaksasi, seperti yang sudah dilakukan di pertemuan sebelumnya. Kemudian, fasilitator meminta partisipan untuk mengambil posisi duduk yang nyaman untuk mengikuti instruksi relaksasi. Sebelum fasilitator membacakan instruksi relaksasi progresif, fasilitator meminta partisipan untuk menghitung denyut nadinya dalam hitungan 10 detik.

Partisipan terlihat sudah lebih mampu mengikuti instruksi dan gerakannya tidak kaku. Bila dibandingkan dengan pertemuan sebelumnya, partisipan kali ini dapat lebih konsisten menutup mata dan terus mengikuti instruksi. Walaupun demikian, HYS tetap tidak begitu mengikuti instruksi dan menggunakan caranya sendiri seperti pada pertemuan sebelumnya.

Setelah fasilitator selesai membacakan instruksi, fasilitator meminta partisipan untuk segera menemukan denyut nadinya dan menghitung denyut nadinya selama 10 detik. Setelah menghitung, NB, I, dan SP mengalami penurunan. SR merasa bingung karena denyut nadinya tidak turun, padahal sudah merasa jauh lebih rileks setiap kali relaksasi. SR mengatribusikan kondisi darah rendahnya yang menyebabkan tekanan darahnya tidak berhasil turun. Selain itu, NB sempat menguap saat relaksasi. I juga mengutarakan perasaan mengantuk setelah relaksasi. Fasilitator kembali menenangkan para partisipan yang tidak mengalami penurunan denyut nadi dengan normalisasi. Fasilitator menjelaskan bahwa relaksasi bukanlah hal yang mudah dan butuh banyak latihan, sehingga fasilitator juga tidak mengharapkan partisipan langsung menguasainya. Fasilitator menjelaskan bahwa sebagian besar orang baru benar-benar menguasainya di pertengahan intervensi, sehingga apa yang partisipan alami saat ini bukanlah sesuatu yang aneh dan bukan merupakan kegagalan mereka.

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (15 menit)

Setelah selesai membahas relaksasi, fasilitator menanyakan bagaimana tugas rumah mereka. Fasilitator meminta setiap partisipan menceritakan bagaimana pengalamannya mengerjakan tugas rumah mereka, dimulai dari diary relaksasi. Seluruh partisipan mengerjakan diary relaksasi kecuali HYS. HYS mengaku tidak sempat mengerjakannya karena sibuk, walaupun ia menekankan kalau ia tetap melakukan latihan relaksasi (hanya tidak mencatatnya). Partisipan yang mengerjakan diary relaksasi mengaku masih belum dapat merasa lebih rileks dan denyut nadinya juga tidak ada yang turun dengan melakukan relaksasi. SP dan I menjelaskan bahwa baru saat latihan pada pertemuan ini mereka merasa lebih rileks. Di rumah, partisipan yang mengerjakan diary relaksasi tidak dapat latihan dengan baik karena belum hapal dengan instruksinya.

Setelah partisipan tidak memiliki pertanyaan lagi untuk diary relaksasi, fasilitator menanyakan mengenai pengisian *sleep diary*. Semua partisipan tampaknya khawatir salah mengerjakan tugas ini. SP dan HYS belum mengerjakan tugas ini karena salah pengertian. Mereka mengira tugas ini baru dikerjakan di pertemuan ketiga karena judul pertemuan ketiga di lembar jadwal pertemuan yang mereka dapatkan. Melihat kondisi pemahaman yang kurang baik mengenai *sleep diary*, fasilitator meminta partisipan untuk mengisi sebuah kolom di *sleep diary* sesuai dengan pengalamannya semalam. Pengisian dilakukan dibawah panduan fasilitator untuk memastikan agar partisipan benar-benar paham. Partisipan paling bingung mengenai isian yang berhubungan dengan perbedaan antara tidur malam dan tidur siang, juga mengenai skala kesegaran dan kualitas tidur. Akan tetapi, setelah dipandu dan dijelaskan, partisipan dapat mengerjakannya tanpa kesulitan dan menganggapnya cukup mudah untuk dilakukan. Setelah fasilitator memastikan tidak ada pertanyaan lagi mengenai *sleep diary*, fasilitator melanjutkan ke kegiatan selanjutnya.

Psikoedukasi *mind/body* (15 menit)

Fasilitator membagikan lembar materi psikoedukasi *mind/body* dan menjelaskan mengenai konsep hubungan antara pikiran dan tubuh. Fasilitator memberikan beberapa contoh mengenai hubungan antara pikiran dan tubuh. SP mengaitkan

pengalamannya pribadi dengan salah satu contoh di lembar materi. Fasilitator juga menekankan bahwa salah satu contoh aplikasi dari konsep hubungan antara pikiran dan tubuh adalah susah tidur saat sedang ‘banyak pikiran’. Partisipan sepertinya tidak begitu tertarik untuk mendiskusikan konsep ini karena sudah mengetahui sebelumnya.

Psikoedukasi CBT (25 menit)

Fasilitator membagikan lembar materi CBT. Kemudian, fasilitator menggunakan *flipchart* untuk menjelaskan mengenai hubungan antara emosi, pikiran, dan perilaku melalui segitiga. Pada kegiatan ini, fasilitator juga menjelaskan beberapa prinsip utama CBT dan kaitannya dengan seluruh rancangan kegiatan. Partisipan menunjukkan ketertarikannya dalam kegiatan ini dengan banyak bertanya dan mendiskusikan berbagai hal. Dalam hal ini, fasilitator juga mendapatkan informasi bahwa seluruh partisipan (kecuali SR) belum pernah mengikuti sebuah terapi psikologi. I dan HYS sangat senang dengan informasi bahwa terapi yang akan dibawakan merupakan hasil penelitian yang telah diujicobakan di barat dan sedang dicoba untuk diaplikasikan dalam konteks Indonesia. HYS meyakinkan kepada peserta lainnya bahwa terapi yang berdasarkan penelitian seperti ini dapat dipercaya efektivitasnya. Setelah selesai diskusi, fasilitator mengakhiri kegiatan untuk istirahat.

Istirahat (15 menit)

Fasilitator membagikan *snack* kepada peserta. Selagi mengkonsumsi *snack*, terdapat diskusi mengenai terapi psikologis yang dipelopori oleh HYS dan SR. HYS menceritakan pengalamannya dengan hipnoterapi dan SR menceritakan pengalamannya pergi ke psikolog dahulu kala yang menggunakan terapi pendulum. Secara umum, partisipan antusias dengan pengalaman mendapatkan terapi psikologi berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan terbaru.

Psikoedukasi tidur dan susah tidur (40 menit)

Setelah selesai waktu istirahat, fasilitator membagikan lembar materi tidur dan susah tidur. Saat dibagikan lembar kerja tersebut, HYS dan SR masih belum

selesai mengonsumsi *snack* karena sepertinya terlalu banyak bercerita waktu istirahat. Fasilitator menenangkan mereka karena mereka hanya perlu mendengarkan penjelasan dari fasilitator dan bertanya bila tidak mengerti, belum ada materi yang butuh dikerjakan. Fasilitator menjelaskan mengenai proses tidur dan diskusi mengalir tanpa perlu dipandu. Partisipan terlihat sangat tertarik dengan informasi-informasi mengenai tidur. Partisipan juga banyak bertanya hal-hal yang di luar lembar materi, seperti mengenai tidur yang sehat dan dampaknya ke kesehatan secara umum. Materi-materi yang disampaikan oleh fasilitator secara lisan (tidak ada di lembar materi) selalu dicatat dengan detil oleh NB, SR, dan I. SP juga mencatat, walaupun tidak begitu detil.

Diskusi menjadi lebih hidup saat fasilitator membawakan materi mengenai pola hidup tidur sehat. Terdapat pertentangan dari partisipan mengenai beberapa tips pola hidup tidur sehat yang dianjurkan. Beberapa dari pertentangan tersebut diterima oleh fasilitator. Misalnya: I menjelaskan bahwa terbangun karena suara merupakan sesuatu yang baik. Kondisi keamanan Perumnas Depok tidak begitu baik, sehingga bahaya bila kamar tidur dibuat kedap suara agar tidak terbangun karena suara. I dengan keras menentang tips tersebut. Penentangan mengenai hal ini juga didukung oleh HYS dan NB. Fasilitator menanggapi dengan memaklumi kondisi lingkungan rumah, sehingga tidak seluruh tips harus dijalankan dengan dogmatis. Penyesuaian dengan konteks lingkungan tempat tinggal juga menjadi salah satu pertimbangan penting. Di sisi lain, fasilitator juga mencoba meyakinkan partisipan yang memiliki pertentangan terhadap tips pola hidup tidur sehat. Misalnya: NB dan SP menjelaskan bahwa kondisi tempat tidur mereka memang panas karena ingin menghemat iuran listrik (tidak menggunakan AC). Kemudian, fasilitator bertanya kepada mereka untuk mencari jalan lain agar tempat tidur tidak panas. Fasilitator menjelaskan dampak tempat tidur yang panas terhadap kualitas tidur, salah satu konsekuensinya adalah mudah bangun di malam hari dan sulit tidur kembali yang memang merupakan keluhan NB dan SP. Diskusi dengan NB dan SP tidak mencapai jalan keluar, tetapi mereka mengaku sudah memahami dampak tempat tidur yang panas. Mereka mengaku akan mencoba mencari jalan keluarnya di rumah. Setelah selesai mendiskusikan pola hidup tidur sehat, fasilitator memberikan tugas rumah.

Pemberian tugas rumah (15 menit)

Fasilitator meminta partisipan untuk melanjutkan *sleep diary* dan latihan relaksasi di rumah, tanpa perlu mencatat hasil latihan. Kemudian, fasilitator membagikan lembar kerja ceklis pola hidup tidur sehat dan meminta partisipan untuk mengisinya setiap hari seperti *sleep diary*. Tetapi, NB dan I langsung mulai mengisi ceklis tersebut setelah dibagikan. Fasilitator menghentikan NB dan I, kemudian menjelaskan kembali cara pengisiannya dan menekankan aspek hariannya. Setelah tidak ada pertanyaan mengenai tugas, fasilitator mulai menutup kegiatan.

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Fasilitator merangkum kegiatan hari ini dan memastikan kembali apakah masih ada pertanyaan mengenai materi yang baru saja disampaikan. Setelah tidak ada pertanyaan, fasilitator menjelaskan secara singkat mengenai pertemuan selanjutnya dan menekankan pentingnya melengkapi *sleep diary* karena akan dibahas pada pertemuan selanjutnya.

Evaluasi:

Kegiatan berjalan dengan lancar dan berhasil menjawab sasaran kegiatan. Partisipan menjadi semakin saling mengenal dan suasana dalam kelompok juga semakin mencair. Partisipan mulai menyadari pentingnya mengerjakan tugas rumah dan latihan relaksasi. Efek kelompok juga mulai terasa, HYS terlihat malu karena tidak mengerjakan tugasnya. Selain itu, partisipan juga dapat memahami konsep *mind/body*, terapi CBT, dan materi mengenai tidur dengan baik. Partisipan juga terlihat antusias ingin mencoba tips pola hidup tidur sehat yang diberikan.

5.2.3. Sesi 3: *Sleep diary*

Hari/Tanggal: Kamis, 26 April 2012

Waktu: 08.00 – 10.10

Rencana kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (15 menit)

Pemberian materi pengantar mengenai *sleep diary* (40 menit)

Istirahat (15 menit)

Diskusi mengenai hasil dari *sleep diary* (40 menit)

Pemberian tugas rumah (15 menit)

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Sasaran:

Partisipan menyadari pentingnya mengerjakan tugas rumah. Selain itu, partisipan menyadari pentingnya memantau pola tidur sehari-hari menggunakan *sleep diary*. Hasil pemantauan pola tidur dari *sleep diary* diharapkan dapat membuat partisipan sadar mengenai pola tidurnya secara umum.

Observasi umum:

Selama membahas atau diskusi materi, NB, I, dan SR sering mencatat. Mereka beberapa kali diingatkan untuk tidak perlu mencatat, saat materi yang dibahas memang tertulis di lembar materi. Mereka terlihat antusias saat sedang membahas materi.

Posisi duduk berubah dari pertemuan sebelumnya karena SP dan HYS tidak dapat hadir. Posisi SR dan I masih tetap sama, menyesuaikan dengan posisi AC di ruangan. NB tetap duduk di sebelah SR.

Jumlah partisipan yang sedikit membuat fasilitator tidak perlu menghentikan dan meluruskan kembali topik diskusi. Diskusi menjadi mendalam dan dapat sangat menyesuaikan dengan keinginan masing-masing partisipan. Fasilitator juga mendapatkan kesempatan untuk memimpin sesi yang lebih memperhatikan kebutuhan individu.

Proses berjalannya kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Fasilitator membuka pertemuan dengan mengingatkan kembali partisipan mengenai kegiatan di sesi sebelumnya. Setelah itu, fasilitator menyatakan akan membacakan instruksi relaksasi untuk membuka pertemuan. Partisipan diminta untuk mengambil posisi duduk yang nyaman untuk mengikuti instruksi relaksasi.

Sebelum instruksi relaksasi progresif dibacakan, fasilitator meminta partisipan untuk menghitung denyut nadinya dalam hitungan 10 detik.

Selama relaksasi, partisipan terlihat sudah mampu mengikuti instruksi. Partisipan sudah konsisten menutup mata dan terlihat sudah terbiasa dengan instruksi. Setelah itu, fasilitator meminta partisipan untuk menghitung kembali denyut nadinya. NB dan I merasa lebih rileks dan mengalami penurunan denyut nadi. SR tetap tidak mengalami penurunan denyut nadi, walaupun merasa makin terbiasa dengan metode relaksasi dan merasa lebih rileks.

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (30 menit)

Fasilitator membahas materi sebelumnya dengan singkat dan menawarkan untuk membahas ulang materi. Partisipan merasa sudah memahami seluruh materi dan tidak perlu dibahas ulang. Selanjutnya, fasilitator menggali pengalaman partisipan mengerjakan tugas rumah, terutama mengenai pola hidup tidur sehat. I merasa bahwa saran untuk tidak tidur siang tidak dapat ia lakukan. Ia sudah terbiasa untuk selalu tidur siang, sehingga tiadanya tidur siang membuatnya tidak dapat beraktivitas dan membuatnya mudah marah, murung, dan tidak aktif. Pola hidup tidur sehat yang baru I laksanakan adalah untuk bangun dan keluar dari tempat tidur, bila tidak dapat tidur selama 15 menit. I belum merasakan adanya perbedaan pola tidur. Kemudian, SR juga mengikuti tips pola hidup tidur sehat dengan keluar dari tempat tidur, bila tidak dapat tidur selama 15 menit dan mengurangi asupan kafein (teh hijau) setelah makan siang. Ia dianjurkan oleh dokternya untuk sering minum teh hijau demi kesehatannya. Setelah mengikuti pola hidup tidur sehat, SR memindahkan waktu minum teh hijau ke pagi dan siang hari. Sama dengan I, SR juga belum merasakan adanya perbedaan pola tidur. Berbeda dengan mereka, NB merasa sudah ada peningkatan dalam pola tidurnya. NB merasa bahwa jumlah bangun di malam harinya sudah berkurang drastis, dari 4-5 kali bangun dalam semalam menjadi hanya 2-3 kali bangun saja. NB mengikuti saran pola hidup tidur sehat dengan membuat tempat tidurnya menjadi lebih nyaman. Ia membuat tempat tidurnya lebih sejuk dengan membuka jendela atau kadang menyalakan AC. Selain pola hidup tidur sehat, partisipan mengaku mendapatkan banyak manfaat dari latihan relaksasi. Mereka semua merasa menjadi lebih cepat

tertidur di malam hari berkat latihan relaksasi. Kegiatan ini memakan waktu lebih lama dari yang fasilitator perkirakan karena fasilitator menekankan pentingnya untuk menegaskan kepada partisipan mengenai tugas rumah. Setelah tidak ada pertanyaan mengenai tugas rumah, fasilitator melanjutkan ke kegiatan berikutnya.

Pemberian materi pengantar mengenai *sleep diary* (15 menit)

Fasilitator menjelaskan dengan rinci mengenai tujuan dari *sleep diary*. Partisipan menyatakan bahwa mereka paham dengan penjelasan fasilitator dan tidak memiliki pertanyaan. Akan tetapi, fasilitator merasa bahwa partisipan masih belum ikut merasakan pentingnya pencatatan *sleep diary* mereka selama ini. Fasilitator merasa bahwa mereka baru akan benar-benar memahami pentingnya catatan mereka selama ini setelah diberikan lembar kerja untuk mencatat hasil *sleep diary* mereka. Untuk itu, fasilitator mengakhiri kegiatan dan melanjutkan ke istirahat.

Istirahat (15 menit)

Fasilitator membagikan *snack* dan mempersilahkan partisipan untuk mengkonsumsinya. Selama istirahat, partisipan banyak bertanya kepada fasilitator mengenai hal-hal diluar topik intervensi. NB menanyakan mengenai tempat tinggal fasilitator, I bertanya mengenai program psikolog jaman sekarang, dan SR bertanya mengenai program S2 psikolog. Setelah waktu istirahat habis, fasilitator meminta partisipan untuk kembali fokus dan melanjutkan ke kegiatan selanjutnya.

Diskusi mengenai hasil dari *sleep diary* (30 menit)

Fasilitator menjelaskan bahwa terdapat banyak informasi menarik yang dapat disimpulkan dari catatan *sleep diary*. Fasilitator secara singkat menjelaskan mengenai beberapa konsep, seperti: efisiensi tidur (total waktu berada di ranjang / waktu tidur), waktu yang dibutuhkan untuk tertidur, dan lainnya. Saat menjelaskan, SR dan NB sibuk mencatat penjelasan fasilitator. Fasilitator kemudian berinisiatif untuk langsung membagikan lembar kerja Pola Tidurku yang memiliki beberapa kolom isian. Kolom isian tersebut dapat diisi menggunakan informasi dari *sleep diary*. Fasilitator menekankan bahwa

terkadang orang tidak selalu menyadari pola tidurnya dengan tepat. Partisipan menyetujui pernyataan fasilitator, tetapi tidak terlihat benar-benar memahami maksud fasilitator. Untuk itu fasilitator memutuskan untuk mengerjakan lembar kerja tersebut dahulu dan biarkan partisipan menyadarinya sendiri.

Fasilitator memandu pengisian setiap kolom satu per satu. Terdapat kecenderungan I untuk lebih cepat memahami instruksi dan melanjutkan ke kolom selanjutnya. Akan tetapi, I beberapa kali salah mengisi. SR agak kesulitan dalam mengisi dan banyak dipandu oleh fasilitator. Data dari *sleep diary* SR memang agak rumit karena jumlah bangun di malam hari yang besar. Fasilitator agak kesulitan untuk memandu mereka mengisi setiap kolom satu per satu dan meminta mereka untuk saling menunggu. Setelah paham, mereka selalu melanjutkan dan tidak mau menunggu partisipan yang lain.

Setelah selesai mengisi lembar kerja tersebut, seluruh partisipan merasa terkejut dengan hasilnya. I terkejut karena ternyata sehari-harinya ia dapat tidur hingga 8 jam, padahal ia merasa hanya tidur sekitar 5 jam. NB juga baru menyadari bahwa setiap malam, ia menghabiskan waktu yang cukup banyak di luar tempat tidurnya. Selain masalah bangun dengan terkejut, NB juga memiliki efektivitas tidur yang rendah. NB menjadi lebih paham mengenai dinamika masalah tidurnya. SR juga terkejut karena rata-rata sebenarnya ia sudah mendapatkan target tidurnya, yaitu 5 jam. Akan tetapi, tidur tersebut tersebar di malam hari, terputus-putus. Setelah masing-masing partisipan memahami mengenai pola tidurnya, partisipan menjadi paham mengenai aspek masalah tidur yang perlu ditingkatkan. Partisipan kemudian mendesak fasilitator untuk menjelaskan cara meningkatkan efektivitas tidur. Fasilitator memberikan penjelasan singkat, tetapi menekankan bahwa penjelasan yang mendalam akan dilakukan di pertemuan selanjutnya. Setelah tidak ada lagi pertanyaan, fasilitator melanjutkan ke kegiatan berikutnya.

Pemberian tugas rumah (15 menit)

Fasilitator mengingatkan kembali untuk latihan relaksasi dan mengerjakan ceklis pola hidup tidur sehat. Partisipan juga dibagikan lembar *sleep diary* yang baru

untuk memantau kondisi tidur mereka. Partisipan sudah memahami seluruh tugasnya dan tidak melontarkan pertanyaan.

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Fasilitator merangkum materi kegiatan dan secara singkat menjelaskan mengenai pertemuan selanjutnya. Partisipan tidak memiliki pertanyaan.

Evaluasi:

Kegiatan berjalan dengan lancar dan menjawab sasaran kegiatan. Partisipan semakin menyadari pentingnya mengerjakan tugas rumah dan terus melakukan latihan relaksasi. Hasil pemantauan pola tidur dari *sleep diary* juga memunculkan *insight* bagi para partisipan.

5.2.4. Sesi 4: *Sleep diary* dan program rencana tidur

Hari/Tanggal: Senin, 30 April 2012

Waktu: 08.00 – 10.00 (dan 10.00 – 10.45 untuk HYS dan SP)

Rencana kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (15 menit)

Membahas prinsip program rencana tidur (40 menit)

Istirahat (15 menit)

Praktek cara pengisian lembar kerja program rencana tidur (40 menit)

Pemberian tugas rumah (15 menit)

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Sasaran:

Partisipan memahami pentingnya mengerjakan tugas rumah. Selanjutnya, partisipan juga memahami dan dapat melakukan kegiatan program rencana tidur.

Observasi umum:

Selama membahas materi, I sering mencatat. NB dan SR terkadang membuat catatan pribadi di lembar materi. Mereka terlihat antusias saat sedang membahas

mengenai bagaimana caranya mereka mendapatkan tidur yang lebih sehat, sesuai dengan kebutuhan masing-masing.

Posisi duduk sedikit berubah dari pertemuan sebelumnya karena kehadiran SP dan HYS. Posisi SR masih tetap sama, di paling kiri. Posisi I pindah ke sebelah kanan. Ia ingin pindah tempat duduk agar tidak bosan. SP kali ini duduk di sebelah SR. Kemudian, NB duduk di sebelah SP dan HYS duduk di sebelah NB.

Ketidakhadiran SP dan HYS pada pertemuan sebelumnya sedikit membuat fasilitator kesulitan membawakan materi karena materi pertemuan ini sangat berkaitan dengan pertemuan sebelumnya. Beberapa kali, fasilitator meminta ijin kepada partisipan lainnya untuk mengulang materi dengan singkat agar SP dan HYS dapat mengikuti materi di pertemuan ini.

Proses berjalannya kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (40 menit)

Fasilitator membuka pertemuan dengan menanyakan bagaimana tidur mereka setelah melewati satu minggu penuh mengikuti terapi. Seluruh partisipan mengaku merasakan manfaat dari terapi. NB merasa bahwa kemajuannya sudah sangat baik. Tidur NB semalam adalah tidur paling baiknya semenjak ditinggal suaminya, ia bangun tetapi tidak harus sampai keluar dari tempat tidurnya. Ia dapat tidur lagi dengan mudah. SR merasa menjadi jauh lebih mudah untuk tidur, terutama dengan relaksasi dan setiap 15 menit harus keluar dari tempat tidur. Ia menenangkan dirinya dengan duduk-duduk di teras depan rumahnya, menikmati angin sejuk. Setelah itu, ia menjadi lebih mudah tidur. SP merasa tidurnya menjadi lebih nyenyak. Tetapi, manfaat utama yang didapat SP bukanlah mengenai tidurnya, melainkan menjadi lebih segar sehari-harinya dan kualitas hidupnya meningkat secara umum. I juga merasa tidurnya menjadi lebih nyenyak. Di sisi lain, HYS merasa manfaatnya mengikuti terapi adalah mendapatkan pengetahuan dan informasi baru. Ia tidak merasakan perubahan-perubahan seperti partisipan lainnya.

Setelah itu, fasilitator mengingatkan kembali partisipan mengenai materi sesi sebelumnya. Dalam kesempatan ini, fasilitator mengulang kembali materi sesi

sebelumnya dengan lebih lengkap dari biasanya karena SP dan HYS tidak datang. SP dan HYS diberikan lembar kerja Pola Tidurku agar mendapatkan gambaran mengenai informasi yang dapat ditarik dari *sleep diary*. Setelah itu, fasilitator menggali pengalaman SR, I, dan NB mengenai Pola Tidurku. Hal ini ditujukan untuk menambah gambaran mengenai materi pertemuan sebelumnya pada SP dan HYS, tanpa menunjukkan bahwa fasilitator menghabiskan waktu pertemuan hanya untuk SP dan HYS. Kemudian, fasilitator menyadari bahwa waktu sudah cukup banyak dihabiskan dalam membahas pertemuan sebelumnya dan memutuskan untuk membuka sesi dengan relaksasi.

Fasilitator meminta partisipan untuk mengambil posisi duduk yang nyaman. Sebelum instruksi relaksasi dibacakan, fasilitator meminta partisipan untuk menghitung denyut nadinya dalam hitungan 10 detik. Fasilitator mencatat denyut nadi masing-masing partisipan: SR (12 denyut), SP (15 denyut), NB (14 denyut), I (14 denyut), dan HYS (12 denyut).

Selama relaksasi, partisipan terlihat sudah terbiasa mengikuti instruksi. Setelah selesai relaksasi, fasilitator meminta partisipan untuk menghitung kembali denyut nadinya dan fasilitator mencatatnya. Denyut nadi SR turun menjadi 11 denyut, SP menjadi 14 denyut, NB naik menjadi 16 denyut, I turun menjadi 13 denyut, dan HYS tetap di 12 denyut. NB dan HYS merasa heran kenapa denyut nadinya tidak turun padahal sudah rajin latihan. Fasilitator menerangkan bahwa kegiatan ini hanya merupakan contoh dan bagian dari pelaksanaan saja, yang penting adalah partisipan dapat merilekskan diri di rumah. HYS setuju dengan penjelasan fasilitator karena ia dapat merasa jauh lebih rileks di rumah dengan duduk di sofa yang nyaman. Ia merasa kursi di tempat intervensi kurang mengakomodir bentuk badannya yang besar. NB juga setuju dengan penjelasan fasilitator dan menjelaskan bahwa mungkin denyut nadinya kali ini tidak turun karena sedang memikirkan mengenai masalah di lingkungan rumahnya. NB menceritakan dengan singkat mengenai masalah di lingkungan rumahnya dan ditanggapi oleh HYS, SR, dan I. Seluruh partisipan secara subjektif merasa jauh lebih rileks setelah melakukan relaksasi. I dan NB menyatakan bahwa setiap kali melakukan relaksasi jadi mengantuk. SP menceritakan bagaimana senangnya ia sekarang mampu melakukan relaksasi dengan baik dan secara umum menjadi

lebih tenang. Ia merasa bahwa kemampuan relaksasi ini sangat berpengaruh pada kegiatannya sehari-hari sekarang. SR merasa bahwa relaksasi sangat membantunya untuk bisa tidur. HYS belum merasa terbantu dengan metode relaksasi yang diberikan, ia lebih senang dengan metodenya sendiri.

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (10 menit)

Fasilitator tidak membahas materi sebelumnya karena sudah dilakukan di awal pertemuan. Selanjutnya, fasilitator menanyakan pengalaman partisipan mengerjakan tugas rumah, terutama mengenai pola hidup tidur sehat. Seluruh partisipan mengaku masih terus mencoba agar dapat menaati aturan yang diberikan. SR mengaku melanggar satu hari karena minum teh di sore hari. Ia lupa dengan aturannya. NB masih agak sulit menaati peraturan 15 menit tidak bisa tidur, kemudian pergi dari tempat tidur. I mengaku sudah dapat mengikuti seluruh aturannya, kecuali tidur siang. SP mencoba mengikuti seluruh aturannya, tetapi masih beberapa kali menonton televisi di kamarnya. HYS juga mengaku mencoba mengikuti aturannya, tetapi tidak dapat menjelaskan aturan mana yang ia ikuti. Fasilitator menduga HYS tidak mengerjakan tugas rumahnya. Setelah selesai membahas tugas rumah, fasilitator melanjutkan ke kegiatan berikutnya.

Membahas prinsip program rencana tidur (20 menit)

Fasilitator kembali sedikit mengulas mengenai konsep-konsep yang ada di Pola Tidurku. Kemudian, fasilitator mengaitkan konsep-konsep tersebut dengan prinsip dasar dari program rencana tidur. Setelah itu, fasilitator jelaskan bagaimana program rencana tidur dapat memperbaiki kualitas tidur mereka. Saat fasilitator menjelaskan mengenai sulitnya teknik ini dan bagaimana teknik ini dapat meningkatkan kualitas tidur mereka, semua partisipan tampak serius mendengarkan. Terjadi tanya jawab yang cukup serius antara partisipan dengan fasilitator mengenai teknik ini. Partisipan sepertinya sangat tertarik dengan teknik ini. Setelah sepertinya partisipan sudah memahami dan menerima prinsip teknik program rencana tidur, fasilitator memutuskan untuk istirahat dulu.

Istirahat (10 menit)

Fasilitator membagikan *snack* dan mempersilahkan partisipan untuk mengkonsumsinya. Selagi mengkonsumsi *snack*, partisipan banyak bertanya kepada fasilitator mengenai program rencana tidur dan bagaimana cara kerjanya. Fasilitator menjelaskan sisi biologis (kedokteran) dari teknik tersebut dan partisipan antusias menggali informasi tersebut. SR, NB, dan I mencatat istilah-istilah biologis yang digunakan fasilitator. Fasilitator menjelaskan bahwa pengetahuan tersebut tidak diperlukan untuk melaksanakan terapi. Akan tetapi, NB dan HYS mengekspresikan ketertarikannya dan pentingnya mendapatkan pengetahuan sebanyak-banyaknya mengenai teknik yang diberikan. Mereka sangat antusias dengan berbagai hal yang dapat membuatnya menjadi lebih sehat. Diskusi mengenai program rencana tidur di istirahat membuat fasilitator untuk meneruskan dan memelihara diskusi hingga masuk ke kegiatan selanjutnya.

Praktek cara pengisian lembar kerja program rencana tidur (25 menit)

Saat memasuki kegiatan ini, partisipan masih mengkonsumsi *snack* dan diskusi mengenai prinsip program rencana tidur masih berlangsung. Setelah partisipan selesai mengkonsumsi *snack*, fasilitator membagikan lembar program rencana tidur. Fasilitator menjelaskan satu per satu kolom yang ada di lembar tersebut dan mengaitkannya dengan prinsip yang telah didiskusikan sebelumnya. Fasilitator memandu partisipan untuk mengisi lembar tersebut dan meminta mereka benar-benar mempertimbangkannya karena jadwal yang mereka isi sekarang harus ditaati mulai malam ini. Fasilitator menekankan pentingnya untuk memiliki target jam tidur yang rendah agar kemungkinan keberhasilannya tinggi. Partisipan cenderung mengisi apa yang ia inginkan, sehingga kemungkinan keberhasilannya rendah. Oleh karena itu, fasilitator harus menanyakan kembali ke masing-masing partisipan apakah mereka benar-benar serius dapat memastikan berjalannya jadwal yang mereka baru saja tulis. Fasilitator memberikan contoh jadwal tidur dengan kemungkinan keberhasilan yang rendah dan jadwal tidur dengan kemungkinan keberhasilan yang tinggi. Fasilitator juga mengulang sedikit hasil diskusi yang baru saja dilakukan. Setelah itu, seluruh partisipan (kecuali I) meminta lembar baru karena ingin memperbaiki jadwal mereka. Saat

memperbaiki, SP menyatakan kalau ia ingin mengisinya dengan rapih agar dapat ditempel di tempat tidurnya. Fasilitator menambahkan bahwa memang tujuan dari format lembar program rencana tidur adalah agar dapat ditempel di tempat tidur untuk menjadi pengingat. Partisipan lain menyetujui pentingnya hal tersebut untuk mencegah lupa. Setelah selesai mengisi, fasilitator menjelaskan kembali bagaimana program ini berjalan dan bagaimana caranya meningkatkan jam tidur perlahan-lahan.

Pemberian tugas rumah (10 menit)

Fasilitator mengingatkan partisipan untuk tetap mengerjakan tugas rumah yang sudah diberikan, yaitu latihan relaksasi, *sleep diary*, dan ceklis pola hidup tidur sehat. Selain itu, fasilitator juga meminta partisipan untuk mencoba mengikuti program rencana tidur yang baru saja dibuat.

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Fasilitator merangkum kegiatan hari ini. Kemudian, mengingatkan bahwa kesulitan mengenai mengikuti program rencana tidur akan dibahas di pertemuan selanjutnya. Materi pertemuan selanjutnya juga dibahas dengan singkat untuk memberikan gambaran pada partisipan.

Sesi pengganti untuk HYS dan SP (45 menit)

Fasilitator langsung memberikan lembar kerja Pola Tidurku dan menjelaskan masing-masing konsep di dalamnya. Fasilitator meminta partisipan untuk mengisinya berdasarkan *sleep diary* yang telah mereka isi. Fasilitator memberikan panduan penuh kepada masing-masing partisipan, sehingga pengisian berlangsung lebih cepat daripada di pertemuan sebelumnya. Setelah selesai mengisi, fasilitator menjelaskan kepada mereka mengenai setiap konsep tersebut. Fasilitator juga mengaitkannya dengan materi program rencana tidur. Partisipan tidak banyak bertanya karena sebagian besar materi sudah dibahas kembali secara tidak langsung di pertemuan ini.

HYS sangat terkejut dengan hasil lembar kerja Pola Tidurku karena jumlah jam tidurnya sangat panjang, bila dijumlahkan semuanya jam tidur HYS

berlangsung sekitar 12 jam. HYS selama ini merasa ia hanya tidur sedikit karena sudah menjadi lansia, ternyata tidurnya panjang. Fasilitator menjelaskan bahwa tidur HYS memang sedikit dan tidak efektif karena terputus-putus. Fasilitator menawarkan HYS untuk mencoba tidur dengan lebih panjang agar dapat mengurangi jumlah jam di tempat tidurnya. SP juga merasa terkejut dengan nilai efektivitas tidur yang rendah. Ia menjadi paham bahwa masalah tidurnya selama ini terkait dengan efektivitas tidur. Setelah tidak ada pertanyaan mengenai Pola Tidurku, fasilitator menutup kegiatan.

Evaluasi:

Partisipan sudah paham mengenai pentingnya mengerjakan tugas rumah. Selanjutnya, partisipan juga sudah memahami prinsip program rencana tidur dan dapat mengikuti jadwal yang dibuatnya. Selain itu, sebagian besar partisipan sudah menguasai teknik relaksasi dan dapat menggunakannya dengan baik. Partisipan juga menunjukkan bahwa mereka mulai merasakan manfaat mengikuti terapi ini, terutama partisipan NB. Fasilitator dapat melakukan *mid-test* di pertemuan selanjutnya untuk benar-benar mengukur perkembangan mereka.

5.2.5. Sesi 5: Pendekatan kognitif: identifikasi pemikiran negatif

Hari/Tanggal: Kamis, 3 Mei 2012

Waktu: 08.00 – 10.30

Rencana kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (15 menit)

Mengidentifikasi pola pikir negatif (30 menit)

Istirahat (15 menit)

Teknik A-B-C (50 menit)

Pemberian tugas rumah (15 menit)

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Sasaran:

Partisipan tetap semangat mengerjakan tugas rumah. Partisipan memahami adanya pola pikir negatif dan bagaimana pola pikir tersebut mempengaruhi

kehidupan sehari-hari mereka. Selanjutnya, partisipan dapat mengidentifikasi pola pikirnya sendiri dengan teknik A-B-C.

Observasi umum:

Beberapa partisipan mencatat di lembar materi. Akan tetapi, selama membahas materi atau diskusi, partisipan cenderung aktif berdiskusi. Berbeda dengan pertemuan sebelumnya, partisipan tidak banyak mencatat. NB dan SP tidak membawa buku catatan pribadinya. I tetap membawa buku catatan pribadinya untuk mencatat tanggal dan waktu pertemuan, serta isi materi.

Posisi duduk kembali menjadi seperti posisi duduk di pertemuan pertama. Posisi SR ada di paling kiri. Kemudian, di sebelahnyanya adalah NB. Di sebelah kanan NB adalah SP dan selanjutnya, I. HYS duduk di paling kanan.

Afek partisipan pada pertemuan ini secara umum lebih ceria. Mereka terlihat lebih bertenaga dibandingkan pertemuan-pertemuan sebelumnya. Perubahan afek paling besar terlihat di NB dan SR yang menjadi jauh lebih sering senyum.

Proses berjalannya kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Fasilitator membuka pertemuan dengan bertanya mengenai tidur partisipan semenjak pertemuan terakhir. Seluruh partisipan mengaku belum ada tidur yang tidak enak semenjak pertemuan terakhir. Mereka merasa sangat senang karena kondisi tidurnya sedang berada di tingkat yang paling baik.

Setelah itu, fasilitator membagikan kuesioner untuk diisi. Fasilitator menjelaskan bahwa sepertinya partisipan sudah mengalami banyak kemajuan dan ingin dipantau menggunakan kuesioner. Kemudian, fasilitator memberikan instruksi dan memandu pengisian. Tidak ada pertanyaan mengenai pengisian kuesioner.

Setelah semuanya selesai mengisi, fasilitator meminta partisipan untuk mengambil posisi duduk yang nyaman. Kemudian, fasilitator meminta partisipan menghitung denyut nadinya dalam hitungan 10 detik. Fasilitator

mencatat denyut nadi masing-masing partisipan: SR (11 denyut), SP (15 denyut), NB (15 denyut), I (15 denyut), dan HYS (14 denyut).

Selama relaksasi, partisipan terlihat sudah dapat melakukannya dengan biasa. Setelah selesai relaksasi, fasilitator meminta partisipan untuk menghitung kembali denyut nadinya dan fasilitator mencatatnya. Denyut nadi SR turun menjadi 10 denyut, SP menjadi 13 denyut, NB turun menjadi 13 denyut, I turun menjadi 12 denyut, dan HYS tetap di 14 denyut. HYS merasa heran kenapa denyut nadinya tidak turun dan mencoba menghitung sendiri denyut nadinya dua kali lagi. Kemudian, fasilitator menjelaskan bahwa tidak apa denyut nadinya tidak turun karena yang penting adalah perasaan rileksnya.

Fasilitator menduga bahwa partisipan sudah menguasai teknik relaksasi dengan baik. Oleh karena itu, fasilitator bertanya kepada partisipan mengenai bagian-bagian dalam relaksasi. Setiap partisipan ternyata sudah memiliki cara relaksasinya sendiri, memodifikasi teknik relaksasi progresif. I melakukan relaksasi setiap kali merasa tegang atau tidak enak. SP sering mengulang bagian mengencangkan dada dengan menarik napas dada yang dalam. SR terus melakukan relaksasi setiap sore atau malam, tetapi masih belum mampu melakukan napas perut. NB tidak melakukan relaksasi bagian mata karena merasa aneh dan tidak nyaman, tetapi sisanya selalu ia lakukan. HYS mengaku tidak sempat latihan karena sibuk sekali.

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (15 menit)

Setelah selesai membahas mengenai relaksasi, fasilitator menanyakan bagaimana tugas program rencana tidur mereka. I berhasil mengikuti rencana program tanpa masalah. SP dan SR kesulitan untuk bangun tepat waktu. SR telat tidur malam karena seru berbincang-bincang dengan saudaranya yang datang dan SP juga telat tidur malam karena seru menonton berita. Setelah itu, mereka bangun menjadi lebih siang. NB juga sempat telat bangun sekitar 30 menit dalam salah satu hari. Di sisi lain, HYS tidak ada masalah dengan tugas mengikuti rencana program tidur karena memang sudah menjadi rutinitasnya. Saat fasilitator menawarkan untuk menambah jam tidurnya dengan perlahan (15 menit) agar dapat memiliki tidur yang penuh, HYS menolak dengan alasan tidak mau mengubah rutinitasnya.

Setelah itu, fasilitator menanyakan mengenai pengisian *sleep diary* dan ceklis pola hidup tidur sehat partisipan. Tidak ada pertanyaan mengenai hal-hal tersebut.

Mengidentifikasi pola pikir negatif (30 menit)

Fasilitator membagikan lembar materi restrukturisasi pikiran. Kemudian, fasilitator menjelaskan mengenai pola pikir negatif dan kaitannya dengan kehidupan sehari-hari. Fasilitator menggali pengalaman partisipan mengenai pola pikir negatif. Partisipan kemudian menceritakan mengenai pengalamannya berprasangka buruk kepada seseorang, tetapi akhirnya benar. Fasilitator menangkap bahwa sepertinya partisipan belum memahami konsep pola pikir yang tidak membantu. Setelah dijelaskan ulang dan dibawa ke konteks tidur, partisipan sepertinya menjadi lebih paham. Fasilitator memberikan beberapa contoh pola pikir negatif yang sering muncul untuk mengganggu tidur. SP dapat mengaitkan pengalaman dirinya ke salah satu contoh yang diberikan oleh fasilitator. Ia memang sering menunda tidur untuk menyelesaikan pekerjaan dan khawatir pekerjaannya tidak selesai. Setelah diberikan contoh oleh SP, beberapa partisipan lain mulai paham dan dapat memberikan contoh dari pengalaman pribadinya. HYS menyayangkan bahwa pengetahuan seperti ini baru diberikan sekarang karena ia sudah tidak mengalami lagi pemikiran negatif di masa lansia sekarang. Ia sering mengalami hal-hal yang didiskusikan waktu ia masih bekerja dulu. I dan NB juga menyetujui pandangan HYS. Setelah selesai mendiskusikan mengenai pola pikir negatif, fasilitator memutuskan untuk memulai istirahat dan menjelaskan bahwa cara kita mengidentifikasi pola pikir negatif akan dibahas setelah istirahat.

Istirahat (15 menit)

Fasilitator membagikan *snack* dan mempersilahkan partisipan untuk mengkonsumsinya. Selama istirahat, fasilitator dan partisipan membahas topik di luar terapi. Partisipan memberikan pertanyaan-pertanyaan pribadi mengenai fasilitator. Fasilitator pun menjawabnya dan terjadi perbincangan santai bersama. Setelah waktu istirahat habis, fasilitator meminta jin untuk melanjutkan ke

kegiatan berikutnya. Partisipan pun dengan senang hati menyetujui keputusan fasilitator.

Teknik A-B-C (50 menit)

Fasilitator membagikan lembar materi A-B-C dan memberikan penjelasan mengenainya. Partisipan terlihat kesulitan memahami mengenai kaitan antara A-B-C dan pola pikir negatif. Selain itu, partisipan kesulitan untuk mencari B. Diskusi mengenai teknik A-B-C dan kaitannya dengan pola pikir negatif berlangsung cukup lama. Setelah tidak ada lagi pertanyaan dari partisipan, fasilitator mengajak partisipan untuk bersama-sama membuat A-B-C di *flipchart* sebagai contoh. NB bersedia menceritakan pengalamannya sebagai contoh A-B-C. Saat ini, ia sedang kesal dengan tetangganya yang memelihara bebek. Setelah fasilitator memandu partisipan untuk membuat A-B-C berdasarkan contoh NB, fasilitator meminta contoh lagi. SP dan SR bersedia menceritakan pengalamannya untuk dijadikan contoh. Setelah selesai mengerjakan contoh tersebut, partisipan sepertinya sudah menjadi lebih paham.

Pemberian tugas rumah (15 menit)

Setelah memahami A-B-C, partisipan diminta untuk menggunakan A-B-C setiap kali merasa tidak nyaman dan menuliskannya di lembar kerja. Fasilitator hanya meminta mereka mengerjakan paling tidak satu agar terlatih berpikir dengan konsep A-B-C dan dapat mengidentifikasi emosi mereka. Selain itu, fasilitator juga mengingatkan mereka agar tetap latihan relaksasi, mengikuti pola hidup tidur sehat, dan mengikuti program rencana tidur. Tidak ada pertanyaan mengenai tugas rumah.

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Fasilitator menutup pertemuan dengan merangkum materi yang dipelajari hari ini dan memberikan gambaran mengenai materi di pertemuan selanjutnya. Fasilitator juga menjelaskan hubungan antara materi pertemuan ini dengan pertemuan selanjutnya.

Evaluasi:

Partisipan masih semangat mengerjakan tugas rumah dan antusias mencoba tugas rumah yang baru. Partisipan dapat dengan cepat memahami adanya pola pikir negatif. Akan tetapi, membutuhkan waktu yang cukup lama untuk benar-benar memahami bagaimana pola pikir tersebut mempengaruhi kehidupan sehari-hari mereka. Di sisi lain, partisipan dapat dengan cukup cepat menguasai teknik A-B-C karena dapat memahami perasaannya sendiri.

5.2.6. Sesi 6: Pendekatan kognitif: mencari alternatif pemikiran negatif

Hari/Tanggal: Senin, 7 Mei 2012

Waktu: 08.00 – 10.30

Rencana kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (15 menit)

Restrukturisasi kognitif dengan menemukan alternatif (60 menit)

Istirahat (15 menit)

Melanjutkan restrukturisasi kognitif: mengevaluasi pemikiran dan emosi (20 menit)

Pemberian tugas rumah (15 menit)

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Sasaran:

Partisipan tetap semangat mengerjakan tugas rumah. Partisipan memahami bahwa pola pikir mereka dapat diubah dengan melihat suatu kejadian dari sudut pandang lain. Selanjutnya, partisipan dapat mencari pemikiran alternatif untuk memperbaiki emosinya dengan teknik A-B-C-D-E.

Observasi umum:

Tidak seperti pertemuan-pertemuan sebelumnya, partisipan kali ini hampir tidak mencatat. Sikap mereka juga cenderung lebih serius daripada pertemuan-pertemuan sebelumnya. Mereka lebih banyak berdiskusi dan mengekspresikan pendapatnya. Partisipan pada pertemuan kali ini lebih aktif dalam berdiskusi. Mereka sering terlihat berpikir.

Posisi duduk masih sama dengan posisi duduk di pertemuan sebelumnya. SR duduk di kursi paling kiri agar dekat dengan AC. Kemudian, di sebelah kanannya adalah NB, SP, I, dan HYS secara berurutan.

Suasana pertemuan cenderung lebih santai daripada pertemuan sebelumnya, walaupun diskusi berlangsung dengan sangat serius. Fasilitator menduga partisipan sudah semakin saling mengenal dengan bertemu di luar kelompok terapi. Partisipan terlihat semakin akrab dengan satu sama lain. I juga bercerita ke partisipan lain mengenai mengingatkan HYS untuk mengerjakan tugas.

Proses berjalannya kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Fasilitator membuka pertemuan dengan menanyakan kondisi tidur partisipan semenjak pertemuan terakhir. SR menyatakan bahwa tidurnya sudah membaik, ia dapat tidur dengan lebih nyenyak. Ia ingin dapat mengurangi penggunaan obat tidurnya. Fasilitator memberikan penguatan kepada SR untuk terus menjalankan tugas yang diberikan agar perlahan-lahan dapat berhenti menggunakan obat tidur. NB menjelaskan bahwa kemarin ia sakit '*masuk angin*' hingga pusing dan muntah-muntah. Sakit tersebut membuatnya tidak bisa tidur, sehingga saat ini juga masih merasa lesu. Sebelum sakit, NB merasa tidurnya menjadi jauh lebih enak karena bangun dengan terkejutnya sudah hilang. NB merasa bahwa ia sudah tidak memiliki keluhan lagi. I juga merasa tidurnya menjadi lebih baik. Setelah membatasi minum di sore hari, ia tidak lagi bangun untuk buang air kecil di malam hari. Ia sudah bisa tidur penuh tanpa bangun di malam hari. Selanjutnya, SP merasa tidurnya menjadi lebih nyenyak dan lebih mudah tidur kembali bila bangun di malam hari. Di sisi lain, HYS tidak merasa ada perubahan apapun. Ia menceritakan bahwa setiap hari Jumat, tidurnya terganggu karena harus mengikuti kegiatan agamanya (*tahajud, yassin*). Kemudian, HYS membawa topik diskusi keluar topik dan fasilitator meminta partisipan untuk berhenti karena sudah tidak berhubungan dengan tidur.

Setelah itu, partisipan diminta duduk yang nyaman untuk melakukan relaksasi. Fasilitator mengajak partisipan menghitung denyut nadinya dalam 10

detik. Kemudian, fasilitator mencatatnya: SR (11 denyut), SP (14 denyut), NB (13 denyut), I (14 denyut), dan HYS (12 denyut).

Partisipan terlihat sudah fasih melakukan relaksasi. Setelah relaksasi, fasilitator partisipan diminta untuk menghitung kembali denyut nadinya. Denyut nadi SR turun menjadi 10 denyut, SP menjadi 13 denyut, NB turun menjadi 12 denyut, I turun menjadi 11 denyut, dan HYS turun ke 11 denyut. Awalnya, HYS denyut nadinya tidak berubah (12 denyut), baru turun setelah dihitung kembali. Fasilitator menduga bahwa HYS merasa tertekan karena seluruh partisipan dalam kelompok mengalami penurunan denyut nadi, sedangkan ia tidak mampu. Untuk itu, fasilitator menenangkan HYS dengan memintanya agar tetap latihan relaksasi dan tidak ada tuntutan mengenai denyut nadi harus turun. Fasilitator menjelaskan bahwa penurunan denyut nadi adalah salah satu indikator seseorang menjadi lebih rileks.

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (15 menit)

Setelah selesai membahas relaksasi, fasilitator menanyakan mengenai hambatan yang ditemui dalam mengerjakan tugas rumah pola hidup tidur sehat, program rencana tidur, dan teknik A-B-C. I menceritakan bahwa ia berusaha keras untuk mengikuti seluruh tugas rumah tersebut karena tidak mudah. Kesulitan utama untuknya adalah mengenai tidur dengan lampu tidak menyala (pola hidup tidur sehat) dan menjaga agar dapat bangun dan tidur tepat waktu (program rencana tidur). Ia membutuhkan waktu yang lama hingga akhirnya sekarang sudah dapat membiasakan diri dengan tugas-tugas tersebut. Semua partisipan mengerjakan tugas rumah teknik A-B-C dengan benar dan tidak menemui kesulitan.

Restrukturisasi kognitif dengan menemukan alternatif (60 menit)

Fasilitator menjelaskan materi restrukturisasi kognitif A-B-C-D-E dan manfaatnya di kehidupan sehari-hari, terutama terkait dengan masalah tidur. Setelah menjelaskan konsepnya, fasilitator menjelaskan bahwa pembahasan D dan E akan dibagi dua. Pembahasan mengenai E akan dilakukan setelah istirahat. Fasilitator juga menjelaskan bahwa tidak tertutup kemungkinan untuk bolak-balik membahas

keduanya. Setelah menjawab beberapa pertanyaan, fasilitator lanjut membahas D dengan lebih dalam.

Dalam membahas D, fasilitator kesulitan untuk membuat partisipan paham mengenai perbedaan antara pemikiran alternatif dengan pemikiran optimistis. SR merasa bahwa inti dari teknik ini adalah harus berpikir optimis. Pemikiran SR membuat ragu partisipan lainnya dan meminta penjelasan dari fasilitator mengenai perbedaannya. Fasilitator menjelaskan bahwa berpikir dengan optimis, seringkali tidak realistis dan tidak benar-benar dipikirkan. Teknik ini memastikan bahwa pemikiran alternatif yang ditemukan memang realistis. I menyetujui pemikiran fasilitator dan mencoba untuk menjelaskannya ke SR menggunakan bahasanya sendiri.

Fasilitator memberikan sebuah cerita dan partisipan diminta untuk bersama-sama dengan fasilitator menemukan A-B-C dan kemudian, D dari cerita tersebut di *flipchart*. Setelah itu, fasilitator meminta partisipan untuk menceritakan pengalaman negatif yang baru saja mereka alami sebagai contoh. NB menceritakan kembali pengalamannya dengan tetangganya yang memelihara bebek. Fasilitator bersama partisipan mengidentifikasi A-B-C dari pengalaman NB. Kemudian, bersama-sama mencari D dari pengalaman NB. Partisipan dapat dengan cepat mencari A-B-C, tetapi membutuhkan diskusi yang cukup lama untuk menemukan D. Setelah menyelesaikan contoh dari NB, fasilitator meminta partisipan untuk memberikan contoh lagi karena fasilitator menduga mereka belum paham. Kemudian, fasilitator lakukan hal yang sama menggunakan contoh dari SR, SP, dan HYS. Selama mengerjakan A-B-C-D bersama, partisipan sepertinya sudah dapat memahami dengan baik konsepnya, tetapi kesulitan mencari D. SR berkomentar bahwa mencari D itu sulit sekali. I juga setuju dengan komentar SR karena bukan hanya bersikap positif, tetapi harus sesuatu yang realistis juga. Mereka merasa tertantang dengan teknik ini karena sulit, tetapi dapat membuat emosi mereka menjadi lebih baik. Setelah waktunya selesai, fasilitator memutuskan untuk istirahat dengan tetap berdiskusi.

Istirahat (15 menit)

Fasilitator membagi *snack* dan mempersilahkan partisipan untuk mengkonsumsinya. Partisipan mengonsumsi *snack* dengan tetap berdiskusi tentang A-B-C-D. Topik diskusi adalah prinsip A-B-C-D dan cara melakukannya.

Melanjutkan restrukturisasi kognitif: mengevaluasi pemikiran dan emosi (20 menit)

Setelah waktu istirahat selesai, fasilitator melanjutkan pembahasan materi. Fasilitator menjelaskan bagaimana D dinilai efektivitasnya menggunakan E. Fasilitator menggunakan contoh yang telah ditulis di *flipchart* sebelumnya sebagai contoh dari E. Fasilitator bertanya kepada NB, SR, SP, dan HYS mengenai perasaannya setelah memandang situasi (A) dengan pemikiran alternatif yang baru (D). Kemudian, fasilitator menuliskannya di *flipchart*.

Partisipan sepertinya dapat menangkap konsep E dengan cepat karena memang sama saja dengan konsep C. Setelah selesai membahas konsep E, beberapa partisipan kembali menanyakan bagaimana caranya mencari D. Fasilitator menduga sepertinya partisipan masih belum percaya diri untuk mencari D dan menggunakan konsep A-B-C-D-E untuk mengatasi masalah sehari-hari. Untuk itu, fasilitator meminta partisipan untuk mencoba dulu di rumah dan praktekkan pada masalah sehari-hari.

Pemberian tugas rumah (15 menit)

Fasilitator memberikan tugas rumah untuk mencoba mempraktekkan konsep A-B-C-D-E pada masalah sehari-hari dan tuliskan di lembar kerja. Fasilitator menenangkan partisipan dengan berjanji akan membahasnya dengan detil di pertemuan selanjutnya, bila masih sulit untuk dilakukan. Kemudian, fasilitator mengingatkan untuk tetap latihan relaksasi, mengikuti pola hidup tidur sehat, mengerjakan *sleep diary*, dan mengikuti jadwal program rencana tidur.

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Fasilitator merangkum materi pertemuan dan sekali lagi memastikan tidak ada pertanyaan dari partisipan mengenai tugas rumah atau materi. Setelah itu,

fasilitator menjelaskan secara singkat mengenai pertemuan selanjutnya. Fasilitator juga mengingatkan bahwa pertemuan terakhir bukan hari Kamis, melainkan hari Rabu karena adanya hari raya nasional di hari Kamis. Kemudian, terdapat jeda satu minggu antara pertemuan ketujuh dan kedelapan, bukan dua minggu sekali seperti biasa.

Evaluasi:

Partisipan tetap semangat mengerjakan tugas rumah. Partisipan memahami bahwa pola pikir mereka dapat diubah dengan melihat suatu kejadian dari sudut pandang lain. Selanjutnya, partisipan dapat mencari pemikiran alternatif untuk memperbaiki emosinya dengan teknik A-B-C-D-E. Konsep teknik A-B-C-D-E ternyata tidak terlalu sulit untuk dipahami oleh partisipan, tidak sesuai dengan perkiraan fasilitator. Fasilitator juga sebaiknya lebih banyak mengalokasikan waktu untuk praktek dan diskusi mengenai ‘pemikiran alternatif’ karena konsep lainnya (A, B, C, dan E) dapat dipahami dengan cepat.

5.2.7. Sesi 7: Teknik pemecahan masalah

Hari/Tanggal: Kamis, 10 Mei 2012

Waktu: 08.00 – 10.30

Rencana kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (15 menit)

Pendahuluan mengenai teknik pemecahan masalah (10 menit)

Identifikasi masalah dan harapan (40 menit)

Istirahat (15 menit)

Identifikasi solusi (15 menit)

Evaluasi pilihan solusi (15 menit)

Evaluasi rintangan (10 menit)

Pemberian tugas rumah (5 menit)

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Sasaran:

Partisipan tetap semangat mengerjakan tugas rumah. Partisipan memahami manfaatnya teknik pemecahan masalah secara terstruktur dan tertulis. Selanjutnya, partisipan dapat mengerjakan teknik pemecahan masalah dan menggunakannya dengan tepat di kehidupan sehari-hari.

Observasi umum:

Seperti pada pertemuan sebelumnya, partisipan di pertemuan ini hampir tidak mencatat. Pertemuan kali ini lebih banyak dihabiskan dalam diskusi dan bertukar pikiran. Selain itu, sikap mereka lebih santai daripada pertemuan-pertemuan sebelumnya.

Posisi duduk kali ini sedikit berbeda dengan posisi duduk di pertemuan sebelumnya. SR tetap duduk di kursi paling kiri agar dekat dengan AC. Kemudian, di sebelah kanannya adalah HYS, NB, I, dan SP secara berurutan.

Sepanjang pertemuan, materi diskusi dapat melebar ke permasalahan masing-masing partisipan dan bersifat pribadi. Suasana dalam kelompok terasa hangat dan masing-masing partisipan dapat mengekspresikan pendapat pribadinya. Dalam diskusi, fasilitator merasa partisipan sudah saling terbuka dan semakin saling mengenal.

Proses berjalannya kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Seperti pada pertemuan sebelumnya, fasilitator membuka pertemuan dengan menanyakan kondisi tidur setiap partisipan semenjak pertemuan terakhir. Setiap partisipan menjawab belum ada kondisi tidur yang tidak nyaman semenjak pertemuan terakhir. Mereka merasa bersyukur karena sudah lama tidak mengalami tidur yang tidak nyaman. Akan tetapi, I, NB, dan SR sedang tidak sehat karena flu. NB dan SR juga meminta izin agar dapat pulang lebih cepat (jam 10) untuk pergi ke dokter. Oleh karena itu, fasilitator memutuskan untuk mempercepat pertemuan dengan meringkas materi yang akan diberikan dan meminta izin untuk lebih tegas menyikapi diskusi topik di luar materi.

Setelah itu, fasilitator mengajak partisipan menghitung denyut nadinya dalam 10 detik karena akan mulai melakukan relaksasi. Kemudian, fasilitator mencatatnya: SR (12 denyut), SP (15 denyut), NB (14 denyut), I (13 denyut), dan HYS (13 denyut). Selanjutnya, fasilitator membacakan instruksi relaksasi. Setelah itu, fasilitator meminta partisipan untuk menghitung kembali denyut nadinya. Denyut nadi SR turun menjadi 11 denyut, SP menjadi 14 denyut, NB turun menjadi 13 denyut, I turun menjadi 12 denyut, dan HYS turun ke 12 denyut. Seluruh partisipan mengalami penurunan denyut nadi setelah relaksasi. Sebelumnya, hanya HYS yang tidak mengalami penurunan denyut nadi. Walaupun denyut nadinya turun, HYS tidak merasakan adanya perubahan sesuatu. Ia tetap merasa rileks dan tenang, seperti sebelumnya.

Membahas materi sebelumnya dan tugas rumah (15 menit)

Setelah relaksasi, fasilitator menanyakan bagaimana pengerjaan tugas rumah A-B-C-D-E. Hanya SR yang tidak sempat mengerjakan tugas rumahnya. SR kali ini sedang sibuk mempersiapkan acara keluarga di rumahnya, sehingga sulit membagi waktu untuk mengerjakan tugasnya. Akan tetapi, SR meyakinkan fasilitator bahwa ia sebenarnya sudah memahami materi tersebut dan akan ia kerjakan setelah acara keluarganya selesai. Hasil tugas A-B-C-D-E NB, I, SP, dan HYS dinilai fasilitator bagus sekali, menunjukkan bahwa mereka benar-benar memahaminya. Mereka merasa senang dengan teknik ini karena membuat mereka menjadi lebih sabar. NB merasa menjadi orang yang lebih tenang setelah mempraktekkan teknik ini. Selain itu, fasilitator juga menanyakan bagaimana dengan latihan relaksasi, pola hidup tidur sehat, dan program rencana tidur. Partisipan mengaku sudah semakin mahir untuk mengikuti seluruh tugas tersebut. NB menjelaskan bahwa di awal pertemuan ia merasa tidak biasa untuk mengerjakan tugas-tugas tersebut, tetapi sekarang sudah biasa dan menjadi bagian dari kegiatan sehari-harinya. Penjelasan ini disetujui oleh partisipan lainnya.

Pendahuluan mengenai teknik pemecahan masalah (10 menit)

Fasilitator membagikan lembar materi teknik pemecahan masalah dan memberikan penjelasan. Partisipan sepertinya dapat menangkap penjelasan

fasilitator mengenai materi dengan cepat. Akan tetapi, fasilitator menduga partisipan masih belum benar-benar mengerti kapan menggunakannya. Fasilitator menggunakan contoh A-B-C-D-E dari SP pada pertemuan sebelumnya untuk menunjukkan bagaimana memikirkan mengenai masalah dapat membuat susah tidur. Setelah itu, fasilitator mengajak masing-masing partisipan untuk mencari masalah tertentu yang dapat dijadikan contoh untuk penerapan teknik pemecahan masalah.

Identifikasi masalah dan harapan (40 menit)

Fasilitator meminta izin pada NB untuk menjadikan masalahnya sebagai contoh dan NB tidak berkeberatan. Partisipan sepertinya penasaran dengan penerapan teknik ini. Fasilitator memandu tahap identifikasi masalah dan harapan untuk masalah yang diceritakan NB. Setelah menyelesaikan bersama, fasilitator meminta partisipan untuk mengerjakannya sendiri untuk masalahnya masing-masing. Selama partisipan mengerjakan, fasilitator bertanya ke masing-masing partisipan mengenai kesulitan yang ditemui. Fasilitator membantu SR untuk mengerjakan miliknya. Kemudian, saat fasilitator bertanya ke SP, fasilitator menemukan masalah yang sama dengan SR. Setelah itu, fasilitator memutuskan untuk menggunakan masalah SP sebagai contoh kedua agar partisipan menjadi lebih paham. Kesulitan utama partisipan terletak di mengidentifikasi masalahnya dan harapannya secara spesifik dan tajam. Setelah selesai membahas contoh SP, fasilitator melanjutkan ke istirahat.

Istirahat (15 menit)

Fasilitator membagikan *snack* dan mempersilahkan partisipan untuk mengkonsumsinya. Istirahat berlangsung dengan diskusi mengenai identifikasi masalah dan harapan. Partisipan merasa penasaran dan tertantang untuk dapat melakukan identifikasi masalah dengan baik. Contohnya adalah bagaimana NB menyadari bahwa masalah dia dengan bebek tetangganya berujung ke bagaimana caranya mencegah agar anak-anak yang bermain di lapangan depan rumahnya tidak sakit karena kotoran bebek. Ia tidak bermasalah dengan adanya bebek tersebut, tetapi tidak mau ada anak yang sakit. *Insight* seperti ini masih terus

digali kepada setiap partisipan untuk masalahnya masing-masing dengan metode identifikasi masalah. Setelah waktu istirahat selesai, fasilitator meminta ijin kepada partisipan untuk melanjutkan ke materi dengan diskusi.

Identifikasi solusi (15 menit)

Fasilitator menjelaskan tahap identifikasi solusi kepada partisipan. Fasilitator menekankan pentingnya untuk tidak melakukan evaluasi terlebih dahulu mengenai kemungkinan solusi, seluruh kemungkinan solusi lebih baik ditulis dahulu. Fasilitator membuka diskusi mengenai solusi yang mungkin dapat digunakan pada masalah NR dan SP. Setelah selesai membahasnya, fasilitator meminta partisipan untuk melakukan identifikasi solusi untuk masing-masing masalah partisipan. Kegiatan ini berlangsung cukup cepat.

Evaluasi pilihan solusi (5 menit)

Setelah masing-masing partisipan memiliki dua atau lebih solusi, fasilitator meminta partisipan untuk mengevaluasi setiap solusi tersebut. Kemudian, pilihlah solusi yang dianggap paling menguntungkan. Kegiatan ini berlangsung lebih cepat dari yang diperkirakan karena sepertinya masalah yang dipilih oleh partisipan cukup sederhana, sehingga solusi-solusinya pun jelas dan sederhana.

Evaluasi rintangan (10 menit)

Fasilitator meminta partisipan untuk menyebutkan rintangan-rintangan apa saja yang mungkin ditemui dalam menempuh solusi yang dipilih. Hal ini diawali dengan masalah NB dan SP yang menjadi contoh, kemudian fasilitator meminta partisipan untuk mengerjakannya sendiri. Kegiatan ini berlangsung dengan cukup cepat karena tidak ada banyak rintangan pada solusi-solusi yang dipilih.

Tahap ini merupakan tahap terakhir dari teknik pemecahan masalah. Partisipan merasa bahwa teknik ini dapat berguna karena caranya yang sangat sistematis dalam menghadapi masalah. Fasilitator merasa bahwa partisipan sudah paham dengan tekniknya.

Pemberian tugas rumah (15 menit)

Fasilitator mengingatkan untuk melakukan latihan relaksasi dan mengikuti program rencana tidur. Selain itu, fasilitator memberikan partisipan lembar *sleep diary* dan ceklis pola hidup tidur sehat yang baru sebagai bagian dari asesmen akhir. Fasilitator juga meminta partisipan untuk mengerjakan lembar kerja teknik pemecahan masalah sebagai bagian dari tugas rumah, bila menemui masalah yang sulit diselesaikan. Hasil tugas partisipan akan dibahas pada pertemuan selanjutnya.

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)

Fasilitator merangkum materi kegiatan hari ini dan memberikan gambaran singkat mengenai pertemuan selanjutnya (pertemuan terakhir). Selanjutnya, fasilitator mengingatkan partisipan mengenai jadwal pertemuan terakhir yang lain dari biasanya. Hal ini dikarenakan partisipan terlihat masih bingung mengenai jadwal pertemuan terakhir. SR masih mengkonfirmasi pada fasilitator mengenai ada atau tidaknya pertemuan hari Senin. Setelah tidak ada pertanyaan, fasilitator mengakhiri pertemuan.

Evaluasi:

Partisipan masih semangat untuk mengerjakan tugas rumah. Bahkan HYS lebih semangat daripada biasanya, ia sepertinya menyukai materi A-B-C-D-E dan teknik pemecahan masalah. Sasaran pertemuan untuk materi teknik pemecahan masalah juga tercapai. Partisipan memahami keunggulan dari pemecahan masalah secara sistematis dan tertulis. Partisipan juga sudah memahami bagaimana cara mengerjakannya.

5.2.8. Sesi 8: Evaluasi

Hari/Tanggal: Rabu, 16 Mei 2012

Waktu: 08.30 – 11.00

Rencana kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Sharing (30 menit)

Feedback pada peserta (15 menit)

Istirahat (15 menit)

Post-test (40 menit)

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (15 menit)

Sasaran:

Partisipan memahami pentingnya untuk tetap mengerjakan tugas-tugas yang diberikan, bila masalah tidurnya kembali muncul. Partisipan memahami seluruh teknik yang telah diajarkan. Selain itu, peneliti menggali saran dari partisipan mengenai jalannya kegiatan dari awal hingga akhir. Masalah tidur partisipan juga dievaluasi kembali untuk terakhir kalinya.

Observasi umum:

Pertemuan kali ini jauh lebih santai dari pertemuan sebelumnya. Akan tetapi, diskusi yang keluar dari topik pembahasan hampir tidak ada. Diskusi berlangsung lancar dengan partisipan saling menanggapi komentar masing-masing. Seluruh partisipan bergantian berbicara dengan porsi bicara yang cukup setara sepanjang pertemuan.

Posisi duduk pada pertemuan ini sama dengan posisi duduk di pertemuan awal. SR duduk di kursi paling kiri untuk dekat dengan AC. Selanjutnya, pada sebelah kanannya adalah NB, SP, I, dan HYS secara berurutan.

Suasana dalam kelompok terasa lebih hangat dari pertemuan-pertemuan sebelumnya. Afek partisipan juga lebih ceria. Fasilitator juga menangkap lebih banyak perbincangan informal antar partisipan sebelum dan sesudah pertemuan.

Proses berjalannya kegiatan:

Pembukaan dan relaksasi (20 menit)

Fasilitator membuka pertemuan dengan menanyakan bagaimana kondisi tidur setiap partisipan setelah tidak bertemu selama seminggu penuh. Setiap partisipan menjawab bahwa kondisi tidurnya semakin baik. NB mengaku bahwa sekarang ia sudah tidak lagi memiliki masalah tidur seperti sebelumnya. SP juga merasa masalah tidurnya sudah hilang. I dan HYS juga merasa kondisi tidurnya sudah

lebih baik. SR merasa ada peningkatan untuk kondisi tidurnya, tetapi masalah tidurnya masih ada. Ia masih sulit untuk tidur dan merasa tidurnya kurang nyaman.

Setelah itu, fasilitator meminta partisipan untuk menghitung denyut nadinya dalam 10 detik untuk memulai latihan relaksasi. Fasilitator mencatatnya: SR (11 denyut), SP (14 denyut), NB (12 denyut), I (13 denyut), dan HYS (13 denyut). Kemudian, fasilitator membacakan instruksi relaksasi. Selanjutnya, fasilitator meminta partisipan untuk menghitung kembali denyut nadinya. Denyut nadi SR turun menjadi 11 denyut, SP menjadi 13 denyut, NB turun menjadi 11 denyut, I turun menjadi 12 denyut, dan HYS turun ke 12 denyut. Seperti pertemuan sebelumnya, seluruh partisipan mengalami penurunan denyut nadi setelah relaksasi. Keberhasilan menurunkan denyut nadi dengan konsisten ini menunjukkan bahwa kemungkinan besar partisipan sudah menguasai metode relaksasi dengan baik.

Sharing (30 menit)

Fasilitator menggali pengalaman partisipan selama mengikuti terapi. Partisipan merasa senang dengan terapi ini. NB dan SP terutama merasa terbantu dengan terapi ini. I merasa bahwa dirinya mengalami banyak perkembangan diri melalui teknik-teknik yang diajarkan. SR merasa tidurnya sudah semakin nyaman. Penggunaan obat tidurnya juga sudah semakin jarang. Sebelum intervensi, SR dapat menggunakan obat tidur hingga lebih dari 3 kali seminggu. Penggunaan obat tidur seperti itu dapat memenuhi kriteria ketergantungan obat tidur. Setelah intervensi, SR sudah dapat menggunakan obat tidur hingga hanya 2 kali seminggu (hasil *sleep diary* terakhir). Selain itu, HYS merasa mendapatkan pengetahuan baru melalui terapi ini, sehingga dapat menghadapi masalah sehari-hari dengan lebih baik.

Teknik yang paling disukai partisipan adalah relaksasi. Mereka sepakat bahwa relaksasi merupakan teknik yang dianggap paling membantu. Selain relaksasi, I menyukai teknik pemecahan masalah. I merasa bahwa teknik ini akan sangat bermanfaat baginya nanti, bila ia menemukan masalah yang berat. Ia sangat percaya dengan metode-metode yang sistematis. Kemudian, NB merasa

teknik A-B-C-D-E merupakan salah satu teknik yang paling membantunya. Ia merasa teknik ini mengubah dirinya menjadi seseorang yang sabar dan tenang. Saat NB mengekspresikan hal itu, SR menunjukkan ketidaksetujuannya karena sulit sekali mencari D. NB memaklumi pendapat SR dan menyemangatnya untuk tetap berusaha melakukannya karena keberhasilan melakukan A-B-C-D-E akan sangat bermanfaat. HYS menyetujui pendapat NB. Ia menganggap teknik A-B-C-D-E sangat berguna untuk membuat orang menjadi lebih tenang dan sabar.

Selain itu, fasilitator juga menggali kritik mereka terhadap fasilitator, materi, dan perjalanan kegiatan. SR dan NB merasa bahwa fasilitator kurang bersikap tegas untuk menyikapi diskusi yang melebar dari topik pembicaraan. SR merasa bahwa waktu pertemuan habis dengan pembahasan hal-hal di luar materi. Ia merasa bahwa seharusnya ia bisa lebih banyak mendapatkan pengetahuan dari fasilitator daripada membahas hal-hal di luar materi. Selain kritik tersebut, fasilitator tidak lagi mendapatkan kritik lainnya. Fasilitator mengalami kesulitan dalam menggali kritik. Fasilitator tetapi tidak berhasil mendapatkan kritik tambahan, bahkan setelah fasilitator memberikan syarat paling tidak dua kritik. Mereka membutuhkan waktu terlalu lama untuk memikirkan kritik satu lagi, hingga fasilitator memutuskan untuk melanjutkan ke topik yang lain.

Mereka merasa bahwa materi tidak terlalu padat dan porsi bicara fasilitator juga sudah cukup baik. Kritik terhadap materi diberikan oleh I yang menganggap bahwa anjuran pola hidup tidur sehat perlu lebih disesuaikan dengan kondisi kehidupan di Perumnas Depok. Kondisi keamanan di Perumnas Depok membuat beberapa anjuran (seperti mematikan lampu dan membuat ruangan tidur terlindung dari suara-suara) tidak sesuai. Selain itu, partisipan merasa materi yang diberikan sangat baik dan bermanfaat bagi mereka.

Feedback pada peserta (15 menit)

Setelah selesai mendapatkan kritik, fasilitator memberikan motivasi pada partisipan. Berdasarkan hasil perkembangan tugas-tugas mereka dan pemantauan selama pertemuan, fasilitator memberikan saran pada masing-masing partisipan. HYS adalah satu-satunya partisipan yang mengomentari hasil saran fasilitator. HYS merasa bahwa ia kesulitan untuk mengerjakan tugas rumah karena sibuk,

bukan karena tidak bisa. HYS meyakinkan fasilitator bahwa ia tetap akan menyelesaikan tugasnya, bila sempat.

Istirahat (20 menit)

Fasilitator membagikan *snack* kepada partisipan. Kemudian, mempersilahkan partisipan untuk mengkonsumsinya. I kali ini mengkonsumsi *snack* bersama karena tidak puasa. Selama istirahat, fasilitator dan partisipan berbincang-bincang santai membahas topik di luar materi. Topik yang dibahas adalah mengenai politik dan isu terkini mengenai ‘koboy TNI’.

Post-test (35 menit)

Setelah partisipan selesai mengkonsumsi, fasilitator memberikan partisipan lembar kuesioner untuk diisi sebagai evaluasi akhir. Sementara partisipan mengisi kuesioner, fasilitator menghitung beberapa indikator tidur dari *sleep diary* yang baru saja mereka isi untuk dituliskan dalam lembar evaluasi partisipan. SP paling cepat menyelesaikan pengisian kuesionernya. Kemudian, diikuti oleh SR, NB, I, dan HYS. Fasilitator menghitung pengisian kuesioner mereka saat partisipan yang lain sedang mengisi, sehingga menghemat waktu. Setelah lembar evaluasi partisipan lengkap, fasilitator memberikannya kepada masing-masing partisipan. Kemudian, fasilitator menanyakan kepada mereka, apakah ada informasi yang kurang sesuai dengan diri mereka. Semua partisipan menyetujui hasil evaluasi yang diberikan oleh fasilitator.

Penutupan dan pembuatan kesimpulan (15 menit)

Fasilitator menutup pertemuan dengan merangkum hasil kegiatan dan memberikan motivasi kepada partisipan untuk tetap mengerjakan tugas hariannya agar masalah tidurnya tidak kembali. Selanjutnya, fasilitator mengucapkan terima kasih dan menjelaskan bahwa ini adalah pertemuan terakhir.

Evaluasi:

Fasilitator telah menjelaskan kepada partisipan pentingnya untuk tetap mengerjakan tugas-tugas yang diberikan agar mencegah masalah tidurnya kembali

muncul. Selain itu, partisipan juga tampaknya memahami seluruh teknik yang telah diajarkan. Fasilitator kesulitan menggali kritik dari partisipan. Hal ini mungkin disebabkan oleh sikap normatif partisipan, seperti halnya memberi kritik kepada seseorang secara langsung tidak sesuai dengan budaya partisipan. Selain itu, partisipan juga telah memahami kemajuan kondisi tidurnya dan menyadari manfaat dari teknik-teknik yang diajarkan.

5.3. Evaluasi intervensi

Evaluasi intervensi akan dibahas melalui dua bagian, yaitu hasil evaluasi intervensi individual dan kelompok. Pembahasan hasil evaluasi intervensi secara individual akan meliputi hasil wawancara dan pengukuran. Setelah itu, hasil evaluasi intervensi secara kelompok akan dibahas melalui analisis statistik.

5.3.1. Evaluasi intervensi individual

Evaluasi intervensi individual akan membahas dengan detail mengenai efek intervensi pada masing-masing partisipan. Gambaran umum hasil pengukuran kuesioner dan *sleep diary* pada masing-masing partisipan akan diberikan terlebih dahulu, sebelum membahas masing-masing partisipan. Efek intervensi pada masing-masing partisipan dilihat melalui hasil wawancara keluhan sebelum dan sesudah intervensi, pengukuran kuesioner ISI (*Insomnia Severity Index*), kuesioner Skala Mengantuk Epworth, hasil *sleep diary*, ketaatan pada intervensi (*adherence*), dan keseriusan mengikuti intervensi.

5.3.1.1. Gambaran umum hasil evaluasi intervensi individual

Secara umum, terdapat perubahan skor pada seluruh indikator di masing-masing partisipan. Terdapat partisipan yang mengalami penurunan skor di berbagai pengukuran dan ada juga partisipan yang cenderung stabil. Gambaran umum hasil evaluasi dapat dilihat di Tabel 5.1 untuk hasil pengukuran kuesioner (dengan *mid-test*) dan Tabel 5.2 untuk hasil *sleep diary*. Data pengukuran kuesioner ISI juga diberikan dalam bentuk grafik (Gambar 5.1) agar dapat melihat pergerakan skor dengan lebih mudah. Hasil pengukuran kuesioner meliputi Skala Mengantuk Epworth untuk menjadi indikator kualitas tidur klien dan ISI untuk mengukur

tingkat gangguan insomnia. Ceklis pola hidup tidur sehat bukan merupakan alat ukur seperti Skala Mengantuk Epworth dan ISI. Ceklis pola hidup tidur sehat dibentuk untuk mengetahui pola hidup klien yang berkaitan dengan tidur. Skor ceklis pola hidup tidur sehat menunjukkan jumlah pola hidup tidak sehat yang dialami oleh tidur.

Tabel 5.1 Gambaran umum hasil evaluasi intervensi individual (kuesioner)

Partisipan	Skala Mengantuk Epworth			Insomnia Severity Index			Ceklis pola hidup tidur sehat	
	<i>Pre-test</i>	<i>Mid-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Mid-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>
HYS	9	14	14	9	11	10	9	7
SR	6	11	11	15	13	11	4	3
NB	13	8	6	12	10	3	10	8
I	7	8	6	11	7	6	11	7
SP	5	7	8	12	6	4	6	4

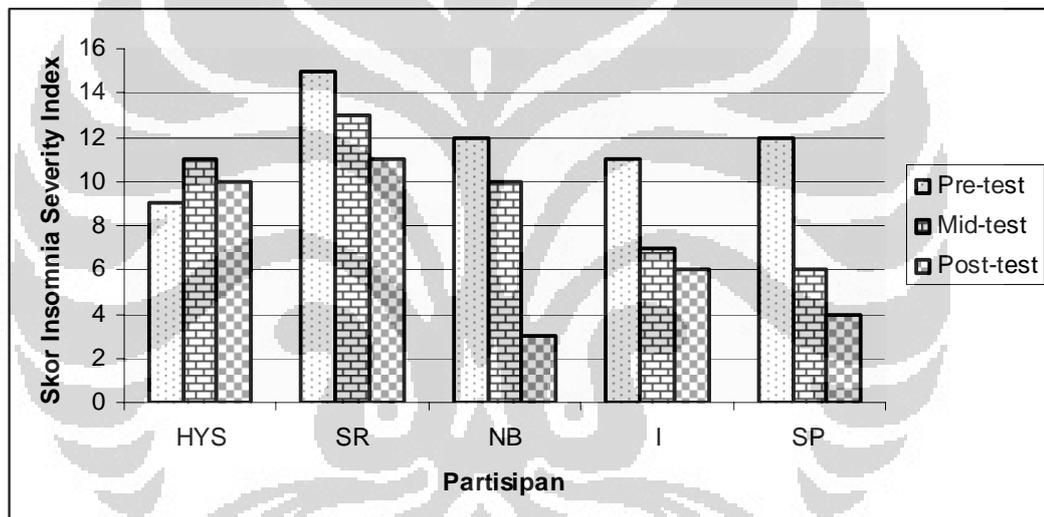
Tabel 5.2 Gambaran umum hasil evaluasi intervensi individual (*sleep diary*)

Partisipan	Waktu yang dibutuhkan untuk tertidur (menit)		Jumlah bangun		Waktu bangun setelah tidur (menit)		Jumlah tidur (jam)	
	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>
HYS	5,25	10,00	7,75	5,33	218,75	131,67	6,30	5,58
SR	77,50	36,00	1,25	1,80	170,00	47,00	5,25	4,10
NB	57,50	15,00	2,25	1,00	32,50	40,00	5,25	6,00
I	13,75	17,50	1,00	0,00	15,00	0,00	5,75	5,04
SP	20,00	11,67	2,75	1,33	28,75	9,17	6,06	4,72

Tabel 5.2 Gambaran umum hasil evaluasi intervensi individual (*sleep diary*) (lanjutan)

Partisipan	Efektivitas tidur		Tingkat kesegaran		Kualitas tidur	
	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>	<i>Pre-test</i>	<i>Post-test</i>
HYS	50,00%	68,94%	3,00	2,83	3,00	2,83
SR	45,00%	76,71%	2,00	3,00	1,75	2,80
NB	71,00%	86,75%	4,00	4,00	4,00	4,00
I	95,80%	94,46%	3,25	3,83	3,50	3,67
SP	62,50%	92,85%	2,25	2,67	2,25	2,50

Gambar 5.1 Grafik gambaran umum hasil evaluasi kuesioner ISI



5.3.1.2. Partisipan satu

Pada wawancara awal intervensi, HYS bersikap defensif terhadap kondisi tidurnya. Ia menceritakan pola tidurnya dengan nada yang positif. Walaupun demikian, ia beberapa kali menyetujui keluhan tidur partisipan lain. Keluhan tidur tersebut adalah bangun di malam hari tanpa diinginkan, lebih sulit tidur di malam hari daripada siang hari, dan perubahan pola tidur semenjak semenjak usia semakin tua. Kemudian, pada akhir intervensi, HYS menceritakan bahwa ia tidak merasakan banyak perubahan pada kondisi tidurnya. Ia hanya merasa menjadi lebih mudah tertidur dengan metode relaksasi. HYS merasa intervensi tidak

berhasil mengubah pola tidurnya. Tiadanya perubahan yang diceritakan oleh HYS dikonfirmasi oleh indikator efektivitas intervensi lainnya.

Hasil pengukuran kuesioner ISI menunjukkan HYS memiliki batas awal insomnia (*sub-threshold*) di awal intervensi. Setelah berjalannya intervensi, HYS masih tetap berada dalam kategori tersebut. Bahkan, terdapat sedikit peningkatan skor ISI. Hasil pengukuran ini sejalan dengan hasil wawancara yang menunjukkan tiadanya perubahan kondisi tidur.

Kemudian, hasil pengukuran kuesioner Skala Mengantuk Epworth menunjukkan bahwa HYS memiliki skor mengantuk yang melebihi batas normal (skor di atas 11). Pada awal intervensi (*pre-test*), skor HYS masih dalam batas normal (skor 9). Tetapi, skornya meningkat setelah diberikan intervensi (baik pada *mid-test* maupun *post-test*) hingga melebihi batas normal (skor 14). Peningkatan skor ini sulit dijelaskan karena skor mengantuk merupakan indikator gangguan pada kualitas tidur. Gangguan pada kualitas tidur dapat berupa *sleep apnea* atau *periodic limb movement disorder*. Berdasarkan wawancara, HYS mengaku tidak memiliki kedua hal tersebut. Akan tetapi, diagnosis pasti mengenai gangguan tersebut hanya dapat dilakukan bila HYS menjalani tidur di sebuah klinik tidur dengan asesmen polisomnografi. Selain kemungkinan adanya gangguan kualitas tidur, penjelasan lainnya adalah adanya variabel external tertentu yang dapat membuatnya mengalami penurunan kualitas tidur. Penurunan kualitas tidur ini juga dicerminkan oleh adanya sedikit penurunan pada tingkat kesegaran dan kualitas tidur dari *sleep diary*.

Indikator kondisi tidur HYS dari *sleep diary* memiliki hasil yang beragam. Waktu yang dibutuhkan untuk tertidur, jumlah tidur, tingkat kesegaran, dan kualitas tidur menunjukkan adanya penurunan kondisi tidur. Di sisi lain, jumlah bangun, waktu bangun setelah tidur, dan efektivitas tidur menunjukkan peningkatan kondisi tidur. Dua kelompok indikator yang berlawanan tersebut menunjukkan bahwa kondisi tidur HYS cenderung stabil. Terdapat peningkatan dan penurunan pada aspek-aspek kondisi tidurnya.

Ketaatan subjek pada intervensi dapat dilihat dari skor pola hidup tidur sehat, tugas yang dikerjakan, dan absensi. Pola hidup tidur sehat adalah kebiasaan-kebiasaan yang berkaitan dengan kualitas tidur. Sebelum diberikan

informasi mengenai pola hidup tidur yang sehat, HYS mengaku memiliki 9 jenis pola hidup yang berdampak negatif pada kesehatan tidur. Pada akhir intervensi, jumlah pola hidup tidur tersebut HYS turun menjadi 7. Hal ini dapat menjadi salah satu indikator ketaatannya pada program yang dibawakan. Selain itu, HYS juga beberapa kali tidak menaati fasilitator untuk mengerjakan tugas rumah. HYS sering tidak melakukan latihan relaksasi dan tidak mengikuti program rencana tidur. Kemudian, HYS juga pernah tidak masuk pada kelas terapi mengenai *sleep diary* dan program rencana tidur (sesi 4).

HYS tidak mengalami perubahan pola tidur setelah mengikuti intervensi ini. Intervensi tidak dapat meningkatkan kondisi tidur HYS. Hal ini terkait dengan ketaatan subjek yang cukup rendah dalam melaksanakan tugas-tugas intervensi. Tingkat ketaatan yang rendah membuat subjek tidak dapat menguasai teknik-teknik yang diberikan, sedangkan CBT bersandar pada penguasaan klien terhadap berbagai teknik dan melakukannya untuk dirinya sendiri. Oleh karena itu, intervensi ini tidak efektif dalam meningkatkan kondisi tidur HYS.

5.3.1.3. Partisipan dua

Pada wawancara awal intervensi, SR sangat terbuka mengenai masalah tidurnya. Ia dapat menceritakan masalah tidurnya dengan bangga. SR menganggap masalah tidurnya sudah ada sejak muda dan berhubungan dengan faktor keturunan. Masalah tidur SR adalah susah untuk tidur, bangun di malam hari tanpa diinginkan, bangun lebih pagi dari yang diinginkan, dan tidur malam yang tidak mencapai 5 jam. Pada akhir intervensi, SR merasakan adanya peningkatan kondisi tidurnya. Walaupun demikian, ia merasa masalah tidurnya masih ada. Ia masih memiliki keluhan susah tidur dan bangun di malam hari. Ia sepertinya tidak menyadari bahwa ia memiliki peningkatan yang cukup besar, bila dilihat dari indikator kuesioner ISI dan *sleep diary*.

Hasil pengukuran kuesioner ISI menunjukkan SR memiliki insomnia sedang di awal intervensi (skor 15). Kemudian di pertengahan intervensi, terdapat penurunan, walaupun tetap berada di kategori insomnia sedang (skor 13). Pada akhir intervensi, skor SR mengalami penurunan lebih lanjut ke kategori batas awal insomnia (*sub-threshold*) dengan skor 11. Penurunan skor SR berlangsung

perlahan-lahan, tetapi konsisten. Penurunan yang perlahan ini mungkin merefleksikan insomnia yang sudah berat dan membutuhkan waktu yang lebih lama agar pengukuran dapat menunjukkan penurunan skor ISI yang cukup besar. Selain itu, hasil pengukuran ini sejalan dengan hasil *sleep diary*.

Hasil alat ukur Skala Mengantuk Epworth menunjukkan bahwa SR memiliki skor mengantuk pada batas aman (skor 6) di awal terapi. Tetapi, skornya meningkat setelah diberikan intervensi hingga sampai pada batas normal pada perempuan (skor 11). Peningkatan skor masih ada dalam batas yang aman, sehingga tidak ada interpretasi yang berarti.

Indikator kondisi tidur dari *sleep diary* menunjukkan SR mengalami peningkatan kondisi tidur secara umum. SR mengalami penurunan yang besar pada waktu yang dibutuhkan untuk tertidur dari 77,50 menit ke 36,00 menit. Waktu bangun setelah tidur juga mengalami penurunan yang besar, dari 170,00 ke 47,00 menit. Efektivitas tidur SR juga meningkat dari 45,00% ke 76,71%. Tingkat kesegarannya meningkat dari 2,00 ke 3,00 dan kualitas tidurnya meningkat dari 1,75 ke 2,80. Di sisi lain, jumlah bangun SR meningkat sedikit dari 1,25 ke 1,80. Kemudian, jumlah tidurnya juga menurun dari 5,25 ke 4,10 jam. Menurunnya jumlah tidur berkaitan dengan teknik program rencana tidur yang diikuti olehnya, yaitu menurunkan jumlah tidur untuk meningkatkan efektivitas dan kualitas tidur.

Selanjutnya, ketaatan subjek akan dilihat dari skor pola hidup tidur sehat, tugas yang dikerjakan, dan absensi. Pola hidup tidur sehat adalah kebiasaan-kebiasaan sehari-hari yang berkaitan dengan kualitas tidur. Sebelum diberikan informasi mengenai pola hidup tidur yang sehat, SR memiliki 4 jenis pola hidup yang berdampak negatif pada kesehatan tidur. Pada akhir intervensi, jumlah pola hidup tidur tersebut turun menjadi 3. Penurunan tersebut menunjukkan bahwa SR sudah mengikuti materi yang diberikan pada intervensi. SR hampir selalu mengerjakan tugas yang diberikan, hanya teknik A-B-C-D-E. Ia dengan rajin melakukan latihan relaksasi dan mengikuti program rencana tidur. SR selalu serius mengikuti intervensi. Keseriusannya ditunjukkan dengan seringnya ia mencatat materi yang didiskusikan. Selain itu, SR tidak pernah absen pada pertemuan.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa SR tidak merasa intervensi yang diberikan berhasil menyelesaikan masalah tidurnya. Walaupun demikian, ia mengakui masalah tidurnya sudah berkurang. Hal ini didukung oleh hasil pengukuran yang menunjukkan bahwa kondisi tidurnya sudah jauh meningkat, tetapi masalah tidurnya masih ada. Selain itu, hasil pengukuran kuesioner ISI menunjukkan adanya kemajuan perlahan, sehingga mungkin kondisi tidur SR akan mengalami kemajuan terus secara perlahan setelah pengukuran terakhir. Intervensi berhasil menurunkan tingkat insomnia SR, tetapi belum berhasil menghilangkannya.

5.3.1.4. Partisipan tiga

Pada wawancara awal intervensi, NB mengeluhkan hanya satu masalah tidur. Ia mengeluhkan kalau ia hampir setiap malam bangun dengan keadaan terkejut, kemudian sulit untuk tidur kembali. Ia tidak senang dengan bangun-bangun di malam hari. Pada pertengahan intervensi, SR mengaku bahwa bangun dengan keadaan terkejutnya sudah hilang dan tidak memiliki keluhan tidur lagi. Ia merasa kondisi tidurnya sudah cukup baik. Setelah itu, SR terus-menerus mengalami peningkatan kondisi tidur. Sebelum mengikuti intervensi, SR mengaku dapat bangun 4-5 kali dalam semalam. Pada pertengahan intervensi, SR mengaku sudah hanya bangun 2-3 kali dalam semalam. Kemudian, di akhir intervensi, SR mengaku hanya bangun sekali dalam semalam, tetapi bisa langsung tidur lagi (tidak perlu bangun dari tempat tidur). SR merasa intervensi ini sangat membantu meningkatkan kondisi tidurnya.

Hasil pengukuran kuesioner ISI menunjukkan NB memiliki insomnia batas awal pada awal intervensi (skor 12). Setelah berjalannya intervensi, skor ISI NB mengalami sedikit penurunan ke skor 10. Pada akhir intervensi, terdapat penurunan yang jauh ke kategori tidur sehat dengan skor 3. Penurunan skor ISI NB berlangsung perlahan-lahan di awal intervensi, tetapi turun drastis setelah pertengahan intervensi. Hasil pengukuran ISI sejalan dengan hasil *sleep diary*.

Hasil alat ukur Skala Mengantuk Epworth menunjukkan bahwa NB memiliki skor mengantuk di atas batas normal (skor 13) di awal intervensi. Skor di atas batas normal dapat mengindikasikan adanya gangguan kualitas tidur.

Tetapi, setelah mengikuti intervensi, terjadi penurunan dengan konsisten. Pada pertengahan intervensi, skor NB adalah 8. Kemudian, pada akhir intervensi, skor NB adalah 6. Kedua pengukuran yang konsisten ini menunjukkan bahwa sebenarnya NB tidak memiliki gangguan tidur.

Indikator kondisi tidur yang diperoleh dari *sleep diary* menunjukkan peningkatan kondisi tidur secara umum. NB mengalami penurunan yang besar pada waktu yang dibutuhkan untuk tertidur dari 57,50 menit ke 15,00 menit. Jumlah banggunya menurun dari rata-rata 2,25 ke 1,00. Kemudian, waktu bangun setelah tidur mengalami sedikit peningkatan, dari 32,50 ke 40,00 menit. Ia juga mengalami peningkatan jumlah jam tidur dari 5,25 ke 6,00. Selanjutnya, efektivitas tidur NB juga meningkat dari 71,00% ke 86,75%. Tingkat kesegarannya dan kualitas tidurnya memiliki skor yang tetap dari awal hingga akhir intervensi (skor 4).

Ketaatan subjek dilihat dari skor pola hidup tidur sehat, tugas yang dikerjakan, dan absensi. Pola hidup tidur sehat adalah kebiasaan sehari-hari yang berkaitan dengan kualitas tidur. Sebelum diberikan informasi mengenai pola hidup tidur yang sehat, NB memiliki 10 jenis pola hidup yang berdampak negatif pada kesehatan tidur. Pada akhir intervensi, jumlah pola hidup tidur tersebut turun menjadi 8. Penurunan tersebut menunjukkan bahwa NB mengikuti materi yang diberikan pada intervensi. NB selalu mengerjakan tugas yang diberikan. Ia dengan rajin melakukan latihan relaksasi dan mengikuti program rencana tidur. NB adalah salah satu peserta yang paling serius mengikuti intervensi. Ia sering sekali mencatat materi-materi yang didiskusikan. Selain itu, NB tidak pernah absen pertemuan.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa NB merasa intervensi sangat membantu kondisi tidurnya. Ia senang sekali dengan teknik-teknik yang diajarkan dan rajin melakukannya di rumah. Setelah mengikuti intervensi, NB merasa keluhan tidurnya hilang dan ia tidak pernah merasa tidurnya sebaik ini sebelumnya. Intervensi berhasil menyelesaikan masalah insomnia SR. Keberhasilan ini dapat diatribusikan kepada tingkat kerajinan dan keseriusan SR yang tinggi, serta masalah insomnia SR yang belum parah.

5.3.1.5. Partisipan empat

Pada awal intervensi, I menjelaskan bahwa ia tidak memiliki keluhan mengenai tidur. Ia memiliki sikap yang cukup defensif terhadap masalah tidurnya. Walaupun tidak mengeluhkan kondisi tidurnya, I memiliki kondisi tidur yang buruk. I sering bangun di malam hari dan bangun lebih pagi dari yang diinginkan. Ia juga merasa mudah lelah di siang hari. Oleh karena itu, I tetap memenuhi RDC insomnia. Setelah intervensi, I merasa bahwa tidurnya menjadi jauh lebih enak. Ia merasa lebih mudah tertidur di malam hari dan tidurnya lebih menyegarkan. Ia senang sekali karena sekarang jarang bangun di malam hari. Perubahan ini juga dapat dilihat dari kuesioner ISI dan *sleep diary*.

Selanjutnya, hasil pengukuran kuesioner ISI menunjukkan I memiliki insomnia batas awal pada awal intervensi (skor 11). Setelah berjalannya intervensi, skor ISI I mengalami penurunan drastis ke skor 7. Skor ini menunjukkan bahwa I sudah memiliki tidur yang sehat, tidak lagi insomnia. Kemudian, pada akhir intervensi, terdapat penurunan lagi sedikit (skor 6). Perubahan kondisi tidur yang ditunjukkan oleh skor ISI sejalan dengan hasil *sleep diary*.

Selain itu, hasil alat ukur Skala Mengantuk Epworth menunjukkan bahwa I memiliki skor mengantuk yang normal (skor 7) di awal intervensi. Skor Skala Mengantuk Epworth I cenderung menetap selama intervensi. Ia memiliki skor 8 saat *mid-test* dan skor 6 di *post-test*. Hal ini menunjukkan dengan konsisten bahwa I tidak memiliki gangguan kualitas tidur.

Hasil pemantauan *sleep diary* I menunjukkan adanya peningkatan kondisi tidur secara umum. I mengalami sedikit peningkatan pada waktu yang dibutuhkan untuk tertidur dari 13,75 menit ke 17,50 menit. Jumlah banggunya menurun dari rata-rata 1 ke 0 (tidak sama sekali). Kemudian, waktu bangun setelah tidur mengalami penurunan, dari 15,00 menit ke 0 (tidak sama sekali). Di sisi lain, ia mengalami sedikit penurunan jumlah jam tidur dari 5,75 ke 5,04. Selanjutnya, efektivitas tidurnya juga sedikit menurun dari 95,80% ke 94,46%. Akan tetapi, tingkat kesegarannya dan kualitas tidurnya memiliki sedikit peningkatan. Tingkat kesegaran I mengalami peningkatan dari 3,25 ke 3,83. Kemudian, kualitas tidur I mengalami peningkatan dari 3,50 ke 3,67. Hasil *sleep diary* menunjukkan adanya

peningkatan kondisi tidur drastis yang diindikasikan oleh hilangnya bangun di malam hari. Penurunan kecil pada jumlah jam tidur dan efektivitas dapat diatribusikan kepada variasi tidur normal sehari-hari karena keduanya masih dalam batasan normal.

Ketaatan I dapat dilihat dari skor pola hidup tidur sehat, tugas yang dikerjakan, dan absensi. Pola hidup tidur sehat adalah kegiatan harian yang berkaitan dengan kualitas tidur. Sebelum diberikan informasi mengenai pola hidup tidur yang sehat, I memiliki 11 jenis pola hidup yang berdampak negatif pada kesehatan tidur. Pada akhir intervensi, jumlah pola hidup tidur tersebut turun menjadi 7. Penurunan tersebut menunjukkan bahwa I menaati tugas rumah yang diberikan. Selama intervensi, I selalu mengerjakan tugas yang diberikan dengan rajin. Ia selalu melakukan latihan relaksasi dan dapat dengan baik mengikuti program rencana tidur. I merupakan salah satu peserta yang serius mengikuti intervensi. Ia hampir selalu mencatat materi-materi yang didiskusikan. Selain itu, I tidak pernah absen pertemuan.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa I menganggap kondisi tidurnya sangat membaik berkat intervensi. Ia merasa bersyukur mengetahui teknik-teknik yang diajarkan dan senang melakukannya di rumah. Ia paling senang melakukan latihan relaksasi. Hasil *sleep diary* pada *post-test* menunjukkan bahwa keluhan I pada awal intervensi mengenai bangun di malam hari sudah hilang. Intervensi dapat dianggap berhasil menyelesaikan masalah insomnia I. Keberhasilan ini tentu tidak terlepas dari tingkat kerajinan dan keseriusan yang tinggi, serta masalah insomnia yang belum parah.

5.3.1.6. Partisipan lima

SP menceritakan masalah tidurnya dengan terbuka dan cukup detil di awal intervensi. Masalah tidur SP adalah bangun di malam hari tanpa diinginkan. Masalah ini mengiringi konsekuensi yang muncul di siang hari. Saat kondisi tidurnya sedang buruk, SP menjadi seseorang yang mudah marah dan merasa lemas seharian. Ia merasa kesal dengan kondisi tersebut karena mengganggu orang lain dan juga mengganggu rutinitas sehari-harinya. SP merasa cukup kesal dengan masalah tidurnya. Setelah intervensi, SP merasa kondisi tidurnya menjadi

jauh lebih baik. Ia lebih mudah tertidur di malam hari dan tidurnya lebih menyegarkan. Walaupun bangun di malam harinya tidak hilang, ia merasa tidak menjadi masalah lagi karena dapat dengan segera tertidur. Ia memang selalu bangun di malam hari untuk buang air kecil karena menderita diabetes. Menruutnya, hal ini tidak menjadi masalah selama ia dapat dengan segera melanjutkan tidurnya. Kondisi tidur yang membaik juga ditunjukkan oleh hasil kuesioner ISI dan *sleep diary*.

Hasil pengukuran kuesioner ISI menunjukkan insomnia batas awal pada awal intervensi (skor 12). Setelah berjalannya intervensi, terdapat penurunan drastis ke skor 6. Skor ini menunjukkan bahwa SP sudah memiliki tidur yang sehat, sudah tidak insomnia. Selanjutnya, pada akhir intervensi, terdapat penurunan sedikit ke skor 4. Penurunan yang konsisten seperti ini dapat mengindikasikan perbaikan kondisi tidur yang cenderung menetap. Perubahan kondisi tidur yang ditunjukkan oleh kuesioner ISI sejalan dengan hasil *sleep diary*.

Selain itu, hasil alat ukur Skala Mengantuk Epworth menunjukkan bahwa SP memiliki skor mengantuk yang normal (skor 5) di awal intervensi. Skor tersebut cenderung menetap selama intervensi. Terdapat sedikit peningkatan ke skor 7 saat *mid-test* dan skor 8 di *post-test*. Walaupun demikian, skor tersebut masih dalam batas normal. Skor yang cenderung tetap menunjukkan dengan konsisten bahwa SP tidak memiliki gangguan kualitas tidur.

Hasil *sleep diary* menunjukkan peningkatan kondisi tidur secara umum. SP mengalami penurunan yang besar pada waktu yang dibutuhkan untuk tertidur dari 20,00 menit ke 11,67 menit. Jumlah bangunnya juga menurun besar dari rata-rata 2,75 ke 1,33. Kemudian, waktu bangun setelah tidur mengalami penurunan yang cukup besar dari 28,75 ke 9,17 menit. Di sisi lain, SP mengalami sedikit penurunan jumlah jam tidur dari 6,06 ke 4,72. Selanjutnya, efektivitas tidurnya juga meningkat besar dari 62,50% ke 92,85%. Kemudian, tingkat kesegarannya dan kualitas tidurnya juga memiliki sedikit peningkatan. Tingkat kesegaran SP mengalami peningkatan dari 2,25 ke 2,67 dan kualitas tidurnya meningkat dari 2,25 ke 2,50. Hasil *sleep diary* menunjukkan adanya perbaikan kondisi tidur yang cukup besar. Peningkatan tersebut diindikasikan oleh rendahnya waktu bangun

setelah tidur. Penurunan jumlah jam tidur merupakan hasil dari program rencana tidur yang masih ada di tahap awal. Perlahan-lahan jumlah jam tidur dapat ditingkatkan, bila subjek menginginkannya.

Skor pola hidup tidur sehat, tugas yang dikerjakan, dan absensi dapat menunjukkan ketaatan SP. Pola hidup tidur sehat adalah kegiatan harian yang berkaitan dengan kualitas tidur. Sebelum diberikan informasi mengenai pola hidup tidur yang sehat, SP memiliki 6 macam pola hidup yang berdampak negatif pada kesehatan tidur. Pada akhir intervensi, jumlah pola hidup tidur tersebut turun menjadi 4. Penurunan tersebut menunjukkan bahwa SP mengikuti instruksi yang diberikan pada intervensi. Selama intervensi, SP selalu mengerjakan tugas yang diberikan dengan rajin. Ia dengan serius melakukan latihan relaksasi dan benar-benar mengikuti program rencana tidur. Selain itu, SP pernah absen sekali.

Hasil wawancara menunjukkan bahwa SP menganggap bahwa masalah tidurnya hilang setelah intervensi. Ia sangat senang dengan hasil intervensi. Hasil pengukuran kuesioner ISI dan *sleep diary* juga mengkonfirmasi pendapat SP. Oleh karena itu, intervensi dapat dianggap berhasil menyelesaikan masalah insomnia SP. Keberhasilan intervensi mungkin disebabkan oleh tingkat kerajinan dan keseriusan yang tinggi, serta masalah insomnia yang belum parah.

5.3.2. Evaluasi intervensi kelompok

Evaluasi intervensi secara kelompok akan dilakukan dengan mempertimbangkan hasil perbedaan skor rata-rata partisipan penelitian antar pengukuran. Hasil pengukuran kuesioner Skala Mengantuk Epworth, kuesioner ISI, dan *sleep diary* menjadi indikator keberhasilan intervensi utama. Pengukuran kuesioner Skala Mengantuk Epworth dan ISI akan dianalisis menggunakan *Profile Analysis* untuk mempertimbangkan ketiga pengukuran sekaligus. Selanjutnya, indikator yang ditarik dari *sleep diary* akan dianalisis menggunakan analisis *Paired Sample T-Test*.

Profile Analysis adalah pendekatan *multivariate* pada *ANOVA Repeated Measure* (Tabachnick & Fidell, 2007). *ANOVA Repeated Measure* yang bersifat *univariate* tidak digunakan karena tidak dapat memenuhi asumsi homogenitas varians (misalnya: pengukuran pertama memiliki korelasi yang sama pada

pengukuran kedua ataupun ketiga). Tabachnick dan Fidell (2007) menjelaskan bahwa asumsi homogenitas varians dari *ANOVA Repeated Measure* hampir tidak mungkin dipenuhi dalam penelitian, sehingga pendekatan alternatifnya (*multivariate*) lebih sering digunakan. Asumsi *Profile Analysis* yang harus dipenuhi untuk melakukan analisis pada satu DV adalah jumlah sampel harus melebihi jumlah DV pada kelompok penelitian terkecil (sampel harus lebih dari 1 partisipan). Asumsi lainnya (*multivariate normality, homogeneity of variance-covariance matrices, linearity, absence of multicollinearity dan singularity*) tidak perlu dipertimbangkan karena jumlah DV hanya satu. Selanjutnya, dilakukan analisis statistik *post-hoc* menggunakan metode *Tukey Least Significant Difference* (LSD) pada seluruh pengukuran. Analisis *post-hoc* Bonferonni tidak digunakan karena tidak mungkin untuk dilakukan kepada pengukuran yang berhubungan (Tabachnick & Fidell, 2007). Setiap pengukuran menggunakan kuesioner yang sama, sehingga terdapat hubungan yang kuat pada antar pengukuran.

Hasil pengukuran *sleep diary* akan dianalisis menggunakan *Paired Sample T-Test*. Analisis *Paired Sample T-Test* digunakan untuk mengetahui perbedaan nilai rata-rata antar dua pengukuran (Gravetter & Wallnau, 2004). Analisis *Paired Sample T-Test* tradisional memiliki asumsi distribusi normal dan sampel yang memadai (Gravetter & Wallnau, 2004). Akan tetapi, penelitian ini tidak dapat memenuhi asumsi tersebut. Tidak memenuhi distribusi normal dapat dianggap sebagai sesuatu yang sering terjadi pada penelitian di psikologi. Micceri (1989) mengekspresikannya dengan sarkasme, menemukan sampel penelitian psikologi dengan distribusi normal sama langkanya dengan menemukan hewan *unicorn* di alam bebas.

Metode *resampling bootstrap* adalah metode analisis statistik yang dapat mengatasi masalah asumsi distribusi normal dan sampel kecil (Efron, 1979). *Bootstrap* adalah prosedur *resampling* statistik yang digunakan untuk membuat distribusi berdasarkan data empirik dan distribusi tersebut dapat digunakan untuk analisis statistik deskriptif ataupun inferensial (seperti: korelasi, *t-test*, ANOVA, dan lainnya) (Zienteik & Thompson, 2007). *Bootstrap* bersandar pada prinsip *plug-in, confidence intervals*, dan teori Bayes (Efron, 2003).

Prosedur *bootstrap* menjadi tersedia seiring dengan perkembangan teknologi, sehingga *personal computers* (PC) dengan kecepatan tinggi dapat dimiliki oleh banyak orang (Wright, London, & Field, 2011). Howell (2007) menyatakan bahwa analisis menggunakan *bootstrap* akan menggantikan seluruh analisis statistik dalam disiplin ilmu psikologi. Sudah terdapat berbagai peneliti yang berargumen dengan kuat untuk menggunakan analisis statistik *bootstrap* pada penelitian psikologi (Thompson, 1999; Killeen, 2005).

Wright, London, dan Field (2011) menjelaskan bahwa *bootstrap* sangat cocok untuk penelitian eksperimen psikopatologi klinis dimana distribusi populasi klinis seringkali tidak normal. Walaupun belum seluruh penelitian psikologi menggunakan metode *bootstrap*, sudah terdapat beberapa penelitian yang menggunakannya. *Bootstrap* sudah dimanfaatkan dalam penelitian psikologi untuk mengatasi masalah distribusi yang tidak normal dan sampel kecil (misalnya: Jeon, Hamid, Mauer, & Lewis, 2010; Kley, Tuschen-Caffier, & Heinrichs, 2011).

Penelitian ini mengikuti beberapa penelitian lain (seperti pada Jeon, dkk., 2010; Kley, Tuschen-Caffier, & Heinrichs, 2011; Carvalho & Hopko, 2011) yang menggunakan replikasi $k=5000$ dengan *Bias-Corrected and accelerated* (BCa) *confidence intervals* 95%. BCa dianggap akan menghasilkan *confidence intervals* yang lebih akurat daripada prosedur *percentile* (Efron, 2003). Replikasi (k) adalah jumlah sampel *bootstrap* yang ditarik. Setiap sampel *bootstrap* memiliki skor rata-rata dan skor standar deviasi sendiri. Skor rata-rata pada setiap sampel *bootstrap* dapat digunakan untuk membentuk skor rata-rata yang lebih akurat, standar deviasi, dan *standard error of the mean* (Wright, London, & Field, 2011). Selain itu, *confidence intervals* 95% dapat dianalogikan ke pengujian signifikansi 0,05 (Carvalho & Hopko, 2011).

5.3.2.1 Gambaran umum evaluasi intervensi kelompok

Gambaran umum hasil evaluasi intervensi kelompok menunjukkan skor rata-rata dari setiap pengukuran dan variabel (lihat tabel 5.3). Skor standar deviasi diberikan dalam tanda kurung.

Tabel 5.3 Gambaran umum hasil evaluasi intervensi kelompok

Pengukuran	Pre-test	Mid-test	Post-test
Skala Mengantuk Epworth	8.00 (3,16)	9.60 (2,88)	9.00 (3,46)
<i>Insomnia Severity Index</i> (ISI)	11.80 (2,17)	9.40 (2,88)	6.80 (3,56)
Waktu yang dibutuhkan untuk tertidur (menit)	34.80 (31,12)	-	18.03 (10,46)
Jumlah bangun	3.00 (2,75)	-	1.89 (2,03)
Waktu bangun setelah tidur (menit)	93.00 (94,36)	-	45.57 (52,08)
Jumlah tidur (jam)	5.72 (0,47)	-	5.09 (0,74)
Efektivitas tidur	64.86% (0,20)	-	83.94% (0,11)
Tingkat kesegaran	2.90 (0,80)	-	3.27 (0,61)
Kualitas tidur	2.90 (0,91)	-	3.16 (0,64)

5.3.2.2 Evaluasi pengukuran kuesioner Skala Mengantuk Epworth dan ISI

Evaluasi pengukuran kuesioner Skala Mengantuk Epworth dan ISI menggunakan metode *Profile Analysis*. Analisis pada kedua kuesioner dilakukan secara terpisah. Ketiga pengukuran (*pre-test*, *mid-test*, *post-test*) ditransformasikan menjadi tiga variabel. Interpretasi hasil melalui beberapa tahap. Pertama, hasil tes Mauchly dilakukan untuk uji *sphericity*. Kedua, hasil uji F pada *within-subject* tanpa ataupun dengan koreksi, tergantung pada hasil tes Mauchly. Bila hasil uji F signifikan, akan dilanjutkan ke tahap tiga dan empat. Ketiga, dilakukan analisis *post-hoc* dengan Tukey LSD. Keempat, dilakukan penghitungan *effect size* melalui *Cohen's d* dan r^2 .

Terdapat tiga pengukuran kuesioner Skala Mengantuk Epworth. Pengukuran pertama menghasilkan skor rata-rata sebesar 8,00 (SD=3,16). Kemudian, pengukuran kedua menghasilkan skor rata-rata sebesar 9,60 (SD=2,88). Terakhir, pengukuran ketiga menghasilkan skor rata-rata sebesar 9,00 (SD=3,46). Perbedaan antar skor rata-rata pada ketiga pengukuran tersebut akan dilakukan melalui *Profile Analysis*. Tes Mauchly menunjukkan adanya pelanggaran asumsi *sphericity*, $X^2(5) = 6,91$ ($p < 0,05$). Untuk itu, dilakukan koreksi dengan menggunakan Greenhouse-Geisser ($E=0,52$). Hasil uji F dengan

koreksi Greenhouse-Geisser menunjukkan tidak adanya perbedaan yang signifikan antar skor pengukuran ($F(1,05, 4,21)=0,19; p>0,05$).

Selanjutnya, terdapat tiga pengukuran pada kuesioner ISI. Pengukuran pertama menghasilkan skor rata-rata sebesar 11,80 ($SD=2,17$). Kemudian, pengukuran kedua menghasilkan skor rata-rata sebesar 9,40 ($SD=2,88$). Terakhir, pengukuran ketiga menghasilkan skor rata-rata sebesar 6,80 ($SD=3,56$). *Profile Analysis* akan digunakan untuk menguji perbedaan skor rata-rata pada ketiga pengukuran tersebut. Tes Mauchly menunjukkan tidak adanya pelanggaran asumsi *sphericity*, $X^2(5) = 1,03$ ($p>0,05$). Tidak adanya pelanggaran asumsi *sphericity* membuat hasil uji F tidak memerlukan koreksi. Hasil uji F tanpa koreksi menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan pada ketiga pengukuran ($F(2, 8)=6,13; p<0,05$). Perbedaan yang signifikan tersebut ditelaah lebih lanjut menggunakan Tukey LSD. Hasil uji Tukey LSD menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara skor pengukuran pertama dengan pengukuran ketiga ($t(4)=2,84; p<0,05$). Penghitungan *Cohen's d* menunjukkan bahwa intervensi memiliki *effect size* sebesar 1,27. Menurut Cohen (1988), skor di atas 0,8 dapat dianggap memiliki efek yang besar. Selanjutnya, hasil penghitungan r^2 menunjukkan *effect size* sebesar 66,84%. Hal ini menunjukkan bahwa 66,84% variasi skor pengukuran ISI dipengaruhi oleh intervensi. Kedua indikator *effect size* tersebut menunjukkan bahwa intervensi memiliki dampak yang besar pada skor ISI.

5.3.2.3 Evaluasi hasil *sleep diary*

Hasil *sleep diary* akan dievaluasi menggunakan *Paired Sample T-Test* dengan metode *bootstrap*. Indikator yang akan dievaluasi adalah waktu yang dibutuhkan untuk tertidur (menit), jumlah bangun, waktu bangun setelah tidur (menit), jumlah tidur (jam), efektivitas tidur, tingkat kesegaran, dan kualitas tidur. Hasil analisis statistik dapat dilihat di Tabel 5.4.

Tabel 5.4 Hasil evaluasi *sleep diary* intervensi kelompok

Pengukuran	Perbedaan mean	BCa 95% Confidence Interval		Effect Size (Cohen's d)
		Lower	Upper	
Waktu yang dibutuhkan untuk tertidur (menit)	16,76 (23,61)	-1,93	35,47	0,63
Jumlah bangun	1,11 (1,11)	0,12	1,99	1
Waktu bangun setelah tidur (menit)	47,43 (55,06)	6,91	94,22	0,86
Jumlah tidur (jam)	0,63 (0,82)	0,05	1,10	0,77
Efektivitas tidur	-19,08% (0,13)*	-0,31	-0,05	1,47
Tingkat kesegaran	-0,37 (0,47)	-0,80	0,05	0,79
Kualitas tidur	-0,26 (0,47)	-0,81	0,10	0,55

Perhitungan dilakukan berdasarkan 5000 sampel. *= $p < 0,05$

Pengukuran dari *sleep diary* yang menunjukkan perbedaan yang signifikan hanya efektivitas tidur ($p < 0,05$). Indikator lain menunjukkan adanya perbaikan kondisi tidur (baik penurunan maupun peningkatan), tetapi tidak cukup besar untuk mencapai signifikansi statistik karena jumlah sampel yang kecil. Walaupun demikian, signifikansi statistik tidak dapat menunjukkan besarnya efek intervensi. *Effect size* menunjukkan seberapa besar efek intervensi pada variabel yang diukur. American Psychological Association (2010) mengharuskan peneliti untuk melaporkan *effect size* karena skor signifikansi tidak dapat menilai efektivitas intervensi. Cohen (1988) membuat panduan untuk menilai besarnya suatu effect size, yaitu kecil ($d < 0,2$), sedang ($d < 0,8$), dan besar ($d > 0,8$).

Berdasarkan panduan tersebut, intervensi memiliki efek yang sedang dan besar pada indikator-indikator dari *sleep diary*. Intervensi memiliki efek sedang ($d = 0,63$) pada waktu yang dibutuhkan untuk tertidur, efek besar untuk menurunkan jumlah bangun ($d = 1$), efek besar untuk menurunkan waktu bangun setelah tidur ($d = 0,86$), efek sedang dalam menurunkan jumlah tidur ($d = 0,77$), efek besar pada peningkatan efektivitas tidur ($d = 1,47$), efek sedang pada tingkat kesegaran ($d = 0,79$), dan efek sedang dalam meningkatkan kualitas tidur ($d = 0,55$).

5.3.3. Evaluasi partisipan berdasarkan panduan klinis

Selain melakukan penelaahan terhadap penurunan simtom insomnia, penelaahan terhadap efek intervensi yang mencapai *clinical significance* juga penting untuk dilakukan. Analisis ini akan mengkaji partisipan berdasarkan panduan klinis yang umum dipakai sebagai batasan ada-tidaknya simtom insomnia (seperti: RDC untuk insomnia). Tabel 5.5 akan menunjukkan jumlah partisipan yang mencapai penurunan *clinical significance*. Selain itu, tabel tersebut juga akan menunjukkan jumlah partisipan yang dari awal memang tidak memiliki gangguan pada indikator tertentu. Pada pengukuran ISI, pencapaian *clinical significance* akan ditunjukkan dengan pencapaian pada kategori ‘tidak ada insomnia’ (skor 0-8). Kemudian, waktu yang dibutuhkan untuk tertidur dan waktu bangun setelah tidur perlu turun ke kategori kurang dari 30 menit. Selanjutnya, jam tidur perlu mencapai 6,5 jam atau efisiensi tidur mencapai 85%. Gangguan pada kegiatan sehari-hari sebaiknya menurun ke skor 1 atau 0 pada kedua item 5 dan 7. Panduan ini berdasarkan hasil penelusuran literatur Morin dan Espie (2004).

Tabel 5.5 Hasil evaluasi partisipan berdasarkan panduan klinis

Pengukuran	Jumlah partisipan yang berubah	Jumlah partisipan yang sudah mencapai indikator sejak <i>pre-test</i>
<i>Insomnia Severity Index</i>	3 (60%)	0
Waktu yang dibutuhkan untuk tertidur (di bawah 30 menit)	1 (20%)	3 (60%)
Waktu bangun setelah tidur (di bawah 30 menit)	1 (20%)	1 (20%)
Jumlah tidur (6,5 jam)	0	0
Efektivitas tidur mencapai 85%	3 (60%)	1 (20%)
Tidak ada gangguan pada kegiatan sehari-hari	2 (40%)	0

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa efektivitas intervensi dalam menghilangkan simtom insomnia paling besar 60% dari pesertanya. Berdasarkan panduan dari Morin dan Espie (2004), dapat dikatakan bahwa secara umum, 60% partisipan memiliki peningkatan kualitas tidur yang mencapai *clinical significance*.

5.3.4. Evaluasi partisipan terhadap intervensi

Partisipan diminta memberikan umpan balik terhadap intervensi melalui wawancara dan kuesioner. Kuesioner digunakan untuk mengevaluasi kepuasan partisipan terhadap intervensi (*Client Satisfaction Questionnaire: CSQ-8*, Larsen, dkk., 1979), tingkat kegunaan setiap teknik, dan teknik yang paling disukai, maupun yang paling tidak disukai. Evaluasi dengan mengukur tingkat kegunaan setiap teknik dan menanyakan teknik yang paling disukai (dan paling tidak disukai) mengikuti metode yang digunakan Rybarczyk, dkk. (2001) dalam melakukan evaluasi intervensi klinis. Tingkat kegunaan diukur dengan skala Likert 5-poin (1: Tidak berguna, 2: Agak berguna, 3: Cukup berguna, 4: Berguna, 5: Sangat berguna). Hasil kuesioner setiap individu dan nilai rata-ratanya akan ditunjukkan pada tabel 5.6.

Tabel 5.6 Hasil evaluasi partisipan (kegunaan dan CSQ) terhadap intervensi

Partisipan	Psikoedukasi										CSQ
	Relaksasi	Psikoedukasi mengenai hubungan tubuh-pikiran	Psikoedukasi mengenai <i>Cognitive behavioral therapy</i> (CBT)	Psikoedukasi mengenai Tidur	Pola hidup tidur sehat	Program rencana tidur	Teknik A-B-C-D-E	Teknik pemecahan masalah	Pola tidurku		
HYS	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	23
SR	5	3	4	3	4	4	5	5	3	25	
NB	4	4	5	5	5	5	5	5	4	28	
I	5	5	5	5	5	5	5	5	5	30	
SP	4	5	5	4	4	4	4	4	4	27	
Rata-rata (M=4,58 (0,21))	4.60 (0,55)	4.40 (0,89)	4.80 (0,45)	4.40 (0,89)	4.60 (0,55)	4.60 (0,55)	4.80 (0,45)	4.80 (0,45)	4.20 (0,84)	26,6 (2,70)	

Tabel 5.7 Hasil evaluasi partisipan (favorit/tidak favorit) terhadap intervensi

Partisipan	Relaksasi	Psikoedukasi			Pola hidup tidur sehat	Program rencana tidur	Teknik A-B-C-D-E	Teknik pemecahan masalah	Pola tidurku
		Psikoedukasi mengenai hubungan tubuh-pikiran	Psikoedukasi mengenai <i>Cognitive behavioral therapy</i> (CBT)	Psikoedukasi mengenai Tidur					
HYS	-	-	X	-	-	-	-	√	-
SR	√	-	-	-	-	-	-	-	X
NB	√	X	-	-	-	-	-	-	-
I	-	-	√	-	-	-	-	-	X
SP	-	√	-	-	-	-	-	-	X
Paling disukai	2	1	1	0	0	0	0	1	0
Paling tidak disukai	0	1	1	0	0	0	0	0	3

Hasil evaluasi partisipan menunjukkan bahwa partisipan secara umum, merasa puas terhadap intervensi. Secara umum, intervensi yang diberikan juga dianggap berguna bagi mereka. Rata-rata skor kegunaan pada seluruh intervensi adalah 4,58 (Berguna). Teknik yang dianggap paling bermanfaat adalah Psikoedukasi mengenai *Cognitive behavioral therapy* dengan skor rata-rata 4,80 (0,45), Teknik A-B-C-D-E dengan skor rata-rata 4,80 (0,45), dan Teknik pemecahan masalah dengan skor rata-rata 4,80 (0,45). Hal ini tidak sejalan dengan teknik yang paling disukai partisipan, yaitu Relaksasi (2). Di sisi lain, teknik yang dianggap paling tidak bermanfaat adalah Pola Tidurku dengan skor rata-rata 4,20 (0,84). Hal ini juga sesuai dengan anggapan teknik yang paling tidak disukai (3).

Hasil wawancara pada seluruh partisipan juga menunjukkan bahwa mereka merasa puas dengan intervensi. Akan tetapi, HYS merasa bahwa intervensi ini merepotkan dan tidak begitu bermanfaat bagi dirinya, selain menambah pengetahuannya. Ia senang dengan intervensi karena memberikannya banyak pengetahuan baru yang ilmiah. I, SR, SP, dan NB merasa bahwa tidurnya membaik setelah mengikuti intervensi, sehingga merasa puas sekali dengan intervensi. NB merasa senang sekali dengan intervensi ini karena keluhan tidurnya akhirnya bisa hilang.

Selain mengutarakan kepuasan mereka, wawancara juga menggali kritik partisipan terhadap intervensi. Fasilitator dianggap kurang tegas oleh partisipan. Partisipan merasa bahwa waktu intervensi menjadi tidak efektif karena fasilitator kurang tegas dalam memotong pembicaraan partisipan yang menjauh dari topik. Akan tetapi, HYS tidak setuju dengan kritik tersebut dan merasa jalannya intervensi sudah ideal. Partisipan merasa proporsi waktu bicara antara fasilitator dan partisipan sudah baik. Selain kritik terhadap fasilitator, terdapat juga kritik terhadap materi. Menurut I, materi harus disesuaikan dengan kondisi yang dialami mereka, yaitu tinggal di Perumnas Depok. Tempat tinggal mereka memiliki tingkat keamanan yang tidak begitu baik, sehingga menghilangkan suara dan lampu dari tempat tidur dapat menurunkan tingkat keamanan tempat tinggal.

Selain itu, partisipan juga merasa kecewa karena tidak mengetahui adanya intervensi psikologis sebelumnya. Mereka mengetahui profesi psikologi dan fungsinya, tetapi tidak tahu bahwa psikolog bisa mengatasi masalah tidur juga. Anggapan sebelumnya mengenai psikolog adalah 'dokter gila'. Sebelum mengikuti intervensi ini, partisipan akan menahan derita yang disebabkan oleh masalahnya karena tidak tahu bagaimana mencari solusinya. Selain itu, mereka juga akan mencoba nasehat-nasehat dari orang yang dikenalnya. Bila masih tidak berhasil juga, mereka akan mencari solusi ke orang pintar atau ahli agama.

Partisipan juga memberi masukan kepada fasilitator bahwa intervensi yang diadakan secara kelompok merupakan ide yang sangat baik. Mereka merasa bahwa intervensi secara kelompok akan lebih cocok daripada individual. Partisipan mengatribusikan hal ini kepada budaya kolektif Indonesia yang senang berkumpul. Mereka menceritakan bagaimana terbentuknya rasa saling membantu dan saling mengingatkan untuk mengerjakan tugas rumah selama intervensi.

6. Diskusi

Bagian diskusi membahas mengenai interpretasi hasil intervensi, keterbatasan penelitian, dan manfaat hasil penelitian.

6.1 Interpretasi hasil intervensi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa CBT (*Cognitive behavior therapy*) multi-komponen efektif dalam menurunkan insomnia pada lansia di Depok. Efektivitas intervensi ditunjukkan melalui beberapa tolok ukur. Tolok ukur efektivitas utama adalah skor ISI (*Insomnia Severity Index*). Hasil analisis statistik *Profile Analysis* menunjukkan intervensi memiliki dampak yang signifikan secara statistik. Analisis selanjutnya menggunakan Tukey LSD menjelaskan bahwa penurunan yang signifikan secara statistik terjadi pada pengukuran pertama dan ketiga (terakhir). Selain signifikan secara statistik, intervensi juga memiliki efek yang besar terhadap penurunan skor ISI. Efek yang besar ditunjukkan dari perhitungan *Cohen's d* dan r^2 . Hasil pengukuran kedua tidak memiliki perbedaan yang signifikan secara statistik pada pengukuran pertama maupun ketiga, walaupun sudah terdapat penurunan. Data ini menunjukkan bahwa intervensi selama dua minggu dan empat pertemuan sudah dapat menurunkan insomnia partisipan, tetapi belum cukup besar. Penurunan skor ISI baru cukup besar setelah partisipan melewati intervensi selama lima minggu dengan 8 pertemuan.

Selain kuesioner ISI, indikator dari *sleep diary* juga menjadi tolok ukur efektivitas intervensi. Indikator tersebut adalah waktu yang dibutuhkan untuk tertidur, jumlah bangun di malam hari, waktu bangun di malam hari, jumlah jam tidur, efektivitas tidur, tingkat kesegaran, dan kualitas tidur. Dari seluruh indikator tersebut, hanya efektivitas tidur yang menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan secara statistik. Walaupun demikian, hasil perhitungan *effect size* melalui *Cohen's d* menunjukkan bahwa intervensi memiliki efek yang kuat pada indikator dari *sleep diary*. Intervensi memiliki efek sedang dalam menurunkan waktu yang dibutuhkan untuk tertidur, menurunkan jumlah tidur, meningkatkan tingkat kesegaran, dan meningkatkan kualitas tidur. Efek besar ditunjukkan dalam

menurunkan jumlah bangun, menurunkan waktu bangun setelah tidur, dan meningkatkan efektivitas tidur.

Perbedaan efek sedang dan besar yang ditemukan pada analisis *Cohen's d* belum tentu menunjukkan efektivitas intervensi yang berbeda-beda. Bila diperhatikan lebih lanjut, terdapat pola yang melatarbelakangi perbedaan tersebut. Masalah tidur utama lansia adalah bangun-bangun di malam hari dan bangun terlalu pagi (Morgan, 2008). Masalah tidur utama partisipan penelitian pun merupakan kedua hal tersebut. Bangun-bangun di malam hari dan bangun terlalu pagi ditunjukkan oleh indikator jumlah bangun, waktu bangun setelah tidur, dan efektivitas tidur. Ketiga indikator tersebut dapat memiliki efek besar karena memang merupakan masalah utama partisipan penelitian, sedangkan indikator lainnya (seperti: waktu yang dibutuhkan untuk tidur) bukan merupakan keluhan utama partisipan. Oleh karena itu, perbedaan efek sedang dan besar pada berbagai indikator tidur sepertinya lebih disebabkan oleh karakteristik partisipan (*sampling error*).

Salah satu alasan utama mengapa lansia terjebak dalam insomnia bangun-bangun di malam hari dan bangun terlalu pagi adalah menghilangnya kesibukan yang seringkali mereka gantikan dengan tidur di siang hari. Setelah tidur siang, mereka akan menjadi lebih sulit untuk tidur malam. Saat sulit tidur malam, mereka akan terus-menerus mencoba untuk tidur di tempat tidur dan secara tidak sengaja, melakukan *conditioning* susah tidur dengan tempat tidur mereka. Selanjutnya, mereka juga cenderung menggantikan jam tidur dengan bangun lebih siang. Kelompok usia selain lansia tidak dapat jatuh ke siklus ini karena mereka memiliki tanggung jawab yang mengharuskan mereka untuk tetap bangun di jam yang sama dan harus terjaga terus-menerus selama siang hari. Mereka memiliki waktu tidur yang diatur oleh kesibukan dan tanggung jawab sehari-hari. Tidak seperti lansia yang mengatur semua kegiatannya sendiri, sehingga kelalaiannya tidak mendatangkan hukuman eksternal dan pada akhirnya dapat menjebakanya ke siklus masalah tidur. Hal ini dapat menjelaskan mengapa insomnia bangun-bangun di malam hari dan bangun terlalu pagi paling banyak terjadi di kelompok usia lansia.

Selain efektif berdasarkan hasil pengukuran, intervensi juga dianggap efektif secara subjektif oleh partisipan. Penilaian subjektif partisipan penting dalam penanganan insomnia karena insomnia merupakan gangguan yang sifatnya sangat subjektif, apalagi dalam konteks lansia (Morin & Espie, 2004). Oleh karena itu, salah satu penilaian keberhasilan suatu intervensi harus memasukkan unsur subjektivitas dari partisipan.

Hasil wawancara dan evaluasi partisipan terhadap intervensi menunjukkan bahwa mereka merasa puas dan terbantu dengan intervensi yang diberikan. SP dan NB merasa bahwa keluhan tidurnya sudah hilang dan kondisi tidurnya semakin baik. I juga merasa bahwa tidurnya sudah jauh membaik. SR merasa bahwa kondisi tidurnya sudah membaik, walaupun masalah tidurnya dianggap belum hilang. Ia merasa terbantu dengan intervensi karena menjadi jauh lebih mudah untuk tidur saat bangun di malam hari. Dampak episode insomnia pada kegiatan sehari-hari juga sudah berkurang. Di sisi lain, HYS tidak merasa terbantu dengan intervensi. Walaupun demikian, secara umum partisipan menganggap bahwa intervensi dapat menghilangkan keluhan tidur mereka.

Hasil penelitian mereplikasi penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa CBT efektif untuk menangani insomnia. Terdapat banyak penelitian sebelumnya di Amerika yang menunjukkan efektivitas CBT dalam menangani insomnia (Morin, Annie, Guay, Ivers, Savard, Merette, Bastien, & Baillargeon, 2009; Edinger, dkk., 2004). Siebern dan Manber (2011) bahkan menyarankan CBT sebagai pertolongan pertama pada insomnia. Walaupun sudah terdapat banyak penelitian di Amerika yang menunjukkan efektivitas CBT pada insomnia, CBT belum tentu dapat dengan efektif menangani insomnia di Indonesia. Penelitian psikologis yang telah dilakukan di Amerika seringkali tidak dapat direplikasi di Indonesia karena masalah budaya (seperti: Jaya, Hanum, & Lubis, 2011). Oleh karena itu, hasil penelitian yang mengkonfirmasi penelitian sebelumnya yang dilakukan di Amerika merupakan suatu penemuan yang menarik. Penemuan ini dapat menunjukkan bahwa pada aspek-aspek tertentu, budaya tidak mempengaruhi hasil penelitian. Insomnia dan CBT mungkin merupakan suatu variabel psikologis yang tidak begitu dipengaruhi oleh budaya dan dapat berlaku secara umum.

Selanjutnya, hasil evaluasi individual menunjukkan bahwa terdapat pengaruh perbedaan individual (*individual differences*) pada efek intervensi. HYS adalah satu-satunya partisipan yang tidak mengalami perbaikan kondisi tidur. Ia juga partisipan yang paling tidak puas terhadap intervensi (skor terendah pada *Client Satisfaction Questionnaire*) dan merasa intervensi tidak begitu bermanfaat baginya (hasil wawancara). Selain itu, HYS juga partisipan yang paling tidak serius mengikuti intervensi, paling sedikit mengerjakan tugas rumah, dan paling tua diantara partisipan lainnya. Tugas rumah adalah salah satu bagian inti dari CBT (Laidlaw, dkk., 2003). Ketidakinginan HYS mengerjakan tugas rumah disebabkan oleh ketidakinginannya untuk berubah. Penolakan HYS untuk berubah merupakan salah satu bentuk *resistance* terhadap terapi yang sering muncul pada lansia (Laidlaw, dkk., 2003). Saat menemui masalah ini, fasilitator seharusnya menggali alasan mengapa HYS tidak mengerjakan tugas rumahnya dan faktor-faktor yang menghambatnya mengerjakan tugas rumah. Kemudian, fasilitator memberikannya motivasi dan memperlambat laju intervensi agar ia terpicu untuk mengerjakan tugas rumah. Akan tetapi, konteks terapi dalam kelompok membuat waktu sangat terbatas, sehingga fasilitator tidak memiliki waktu untuk memberikan banyak perhatian kepada masing-masing partisipan.

Selain masalah *resistance*, tingkat keparahan masalah insomnia juga dapat menjadi salah satu hambatan efektivitas intervensi. SR memiliki penurunan skor ISI yang paling sedikit dibandingkan partisipan lainnya. Ia juga memiliki masalah insomnia paling berat. Walaupun penurunan skor ISI-nya paling sedikit, indikator perbaikan kondisi tidur dari *sleep diary* bukanlah yang paling sedikit. Waktu yang dibutuhkan untuk tidur turun lebih dari 50% dan jumlah waktu bangun setelah tidur turun lebih dari 70%. Walaupun penurunannya besar, SR masih mengeluhkan kondisi tidurnya. Akan tetapi, penurunan terjadi secara konsisten. Oleh karena itu, intervensi tetap dapat dianggap efektif pada kasus insomnia berat, tetapi membutuhkan waktu yang lebih lama.

Partisipan I adalah salah satu kasus yang menarik. I memiliki sikap yang defensif terhadap masalah tidurnya, sama dengan HYS. Akan tetapi, berbeda dengan HYS, I rajin mengerjakan tugas rumahnya. Ia memahami bahwa tugas rumah dapat memperbaiki kondisi tidurnya yang kemudian dapat meningkatkan

kesehatan fisiknya. Didorong oleh motivasi untuk menjaga kesehatan, I rajin mengerjakan tugas rumahnya. Dengan rajin mengerjakan tugas rumah, I mengalami perbaikan kondisi tidur yang cukup besar. Kasus I menunjukkan bahwa sepertinya partisipan tidak harus mengakui masalah tidurnya secara eksplisit untuk mendapatkan manfaat dari CBT.

Berbeda dengan I dan HYS, partisipan NB dan SP memiliki keluhan tidur yang jelas dari awal intervensi dan ingin mengatasinya. Mereka rajin mengerjakan tugas rumah dan serius mengikuti intervensi. Walaupun demikian, SP pernah absen sekali dan kemudian, digantikan di pertemuan selanjutnya. Kedua partisipan memiliki peningkatan kondisi tidur terbaik dari seluruh partisipan. Hal ini dapat diatribusikan pada rajinnya mengerjakan tugas rumah dan menyadari masalah tidurnya dengan jelas.

Penelaahan hasil intervensi secara individual menunjukkan bahwa terdapat tiga faktor penting yang perlu dipertimbangkan dalam melaksanakan intervensi. Pertama, mewaspadaikan dan mengatasi *resistance* yang muncul. Kegagalan partisipan mengerjakan tugas rumah akan berakibat ke kegagalan intervensi itu sendiri. Fasilitator mungkin perlu memberikan waktu lebih di luar sesi untuk mengatasi *resistance*. Kedua, tingkat keparahan insomnia. Terdapat perbedaan perkembangan kondisi tidur partisipan yang mengalami insomnia berat dan ringan. Partisipan yang mengalami insomnia ringan akan lebih cepat menerima manfaat dari intervensi daripada partisipan dengan insomnia berat. Ketiga, pengerjaan tugas rumah. Seluruh partisipan yang rajin mengerjakan tugas rumah dan mengikuti instruksi fasilitator mengalami perbaikan kondisi tidur yang cukup besar.

Hasil intervensi yang lebih efektif pada penderita insomnia ringan daripada insomnia berat menunjukkan pentingnya penanganan dini dan pencegahan. Doghramji (2010) menyimpulkan dari hasil penelusurannya bahwa penanganan dini dan pencegahan sangatlah penting untuk insomnia, terutama bagi penderita lanjut usia. Konsekuensi fisik dan psikologis dari kekurangan tidur seringkali diabaikan oleh penderitanya, tetapi sebenarnya dapat menjadi konsekuensi yang mengancam keselamatan jiwa (Doghramji, 2010). Penurunan konsentrasi dan rasa mengantuk yang sering mengiringi episode insomnia dapat

menjadi berbahaya pada konteks tertentu, seperti saat beraktivitas keluar rumah. Aktivitas transportasi seperti mengendarai kendaraan atau menyeberang jalan membutuhkan konsentrasi yang tinggi agar menjaga keselamatan jiwa. Partisipan SP dan SR menunjukkan bagaimana suatu episode insomnia dapat mengganggu kegiatan sehari-harinya, seluruh rencana kegiatan hari itu harus dibatalkan karena episode insomnia.

Hasil evaluasi partisipan terhadap intervensi juga menunjukkan bahwa intervensi dianggap efektif oleh partisipan. Morin dan Espie (2004) menyatakan bahwa kepercayaan klien terhadap intervensi merupakan faktor penting yang harus dibangun oleh fasilitator dari awal intervensi. Tingkat kepuasan partisipan yang tinggi menunjukkan bahwa fasilitator berhasil membangun kepercayaan partisipan terhadap intervensi dan mau mengikuti instruksi dari fasilitator.

Selain itu, partisipan juga mengungkapkan bahwa materi intervensi sudah cocok dan senang dengan pemberian intervensi secara kelompok. Hal ini sudah diperkirakan sebelumnya karena Indonesia memiliki budaya yang lebih kolektif (Goodwin & Giles, 2003) daripada budaya Amerika (Gouvenia & Ros, 2000). Efek terapeutik dari intervensi kelompok juga membantu dalam mengatasi resistance, terutama dalam mengerjakan tugas. Partisipan menjadi termotivasi untuk mengerjakan tugas karena melihat teman-teman lainnya menyelesaikan tugasnya. Efek ini terlihat pada HYS di sesi kedua. Ia terlihat malu karena tidak menyelesaikan tugasnya. Kemudian, ia mengerjakan seluruh tugasnya pada sesi-sesi selanjutnya. Dengan demikian, saran Morin dan Espie (2004) bahwa CBT untuk insomnia individual lebih baik daripada kelompok untuk insomnia belum tentu berlaku untuk di Indonesia.

6.2 Keterbatasan penelitian

Keterbatasan penelitian terkait dengan terbatasnya jumlah sampel penelitian dan desain penelitian. Sampel penelitian yang tidak besar membuat hasil penelitian tidak mencapai signifikansi statistik pada seluruh indikator efektivitas intervensi. Selain itu, generalisasi hasil penelitian juga terbatas karena karakteristik sampel. Karakteristik sampel penelitian adalah lansia dengan usia antara 64 – 75 dengan pendidikan SMA dan Perguruan Tinggi. Hasil penelitian belum tentu dapat

diaplikasikan ke orang Indonesia dengan usia yang lebih muda atau lebih tua (seperti kategori usia *old-old*). Generalisasi penelitian mungkin terbatas pada lansia Indonesia yang berada pada kategori usia *young-old* dan berpendidikan minimal SMA.

Desain penelitian tanpa kelompok kontrol membuat hasil penelitian ini lemah terhadap error penelitian, seperti: efek *placebo* dan efek regresi. Efek *placebo* adalah efek yang muncul akibat partisipan merasa mendapatkan sesuatu yang akan mengubahnya (Kumar, 1999). Desain penelitian ini tidak memiliki kelompok kontrol, sehingga perubahan skor pada *post-test* dapat disebabkan oleh efek *placebo*. Selain efek *placebo*, terdapat efek regresi yang juga mempengaruhi hasil penelitian. Efek regresi adalah kecenderungan pada setiap pengukuran untuk turun atau naik ke skor rata-rata, sehingga hasil pengukuran pada *pre-test* cenderung tinggi dan pengukuran pada *post-test* cenderung rendah (Kerlinger & Lee, 2000). Efek regresi juga dapat mempengaruhi hasil penelitian karena tidak adanya kelompok pembanding. Walaupun demikian, kedua efek ini cukup dapat diatasi dengan menunjukkan bahwa adanya tolok ukur yang tidak berubah, yaitu Skala Mengantuk Epworth.

6.3 Manfaat hasil penelitian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi CBT yang berlangsung selama 8 sesi (5 minggu) secara kelompok dapat dengan efektif menurunkan insomnia lansia. Penelitian ini menunjukkan bahwa intervensi yang tergolong pendek dapat menurunkan insomnia pada lansia. Hasil penelitian ini penting dalam upaya memberikan pelayanan psikologis yang efektif, cepat, dan ekonomis.

Intervensi psikologis seringkali yang membutuhkan banyak sesi seringkali tidak dapat diikuti oleh klien di Indonesia karena masalah ekonomi. Klien di Indonesia yang datang ke psikolog umumnya membayar dengan uangnya sendiri. Oleh karena itu, intervensi psikologis yang ekonomis menjadi penting untuk keberhasilan intervensi.

Selain itu, hasil penelitian juga memiliki implikasi penting untuk psikologi klinis dalam budaya Indonesia. Hasil penelitian menunjukkan bahwa CBT yang efektif untuk menangani insomnia di barat, ternyata berlaku juga untuk di

Indonesia. Hasil penelitian ini menjadi salah satu bukti yang menunjukkan bahwa terdapat penemuan di barat yang dapat digeneralisasi untuk di Indonesia. Generalisasi ini mungkin terjadi karena besarnya komponen biologis pada masalah insomnia dan CBT, sehingga tidak terlalu dipengaruhi oleh faktor budaya.

Di sisi lain, penelitian juga secara tidak langsung menjadi sosialisasi profesi psikologi. Partisipan penelitian mengaku tidak mengetahui bahwa psikolog dapat mengatasi masalah tidur. Ketidaktahuan ini sepertinya tidak hanya pada partisipan penelitian, melainkan pada masyarakat secara umum. Siregar (2011) membuat buku kesehatan populer mengenai insomnia. Buku tersebut sempat menjadi salah satu buku terlaris di sebuah toko buku ternama. Di dalam buku tersebut, terdapat ulasan mengenai terapi non-farmakologis (non-obat), seperti: *Cognitive behavior therapy (CBT)*, *Sleep restriction Therapy*, *Stimulus control Therapy*, *Relaxation Therapy*, *Cognitive Therapy*, dan *Imagery Training*. Dalam membahas terapi tersebut, Siregar (2011) tidak menyebutkan dimana seseorang bisa mendapatkan terapi tersebut, walaupun terapi tersebut merupakan bidang pekerjaan psikolog. Ia hanya menyatakan bahwa dokter akan menyarankan penderita insomnia kronis untuk menjalankan terapi non-farmakologis tersebut.

7. Kesimpulan dan Saran

7.1 Kesimpulan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi CBT (*Cognitive behavioral therapy*) secara kelompok efektif menurunkan insomnia pada lansia di Depok. Efektivitas intervensi ditunjukkan melalui alat ukur psikologis, *sleep diary*, dan wawancara. Partisipan merasa bahwa intervensi efektif menurunkan keluhan insomnia mereka. Intervensi mulai menunjukkan efektivitasnya semenjak diberikan, tetapi baru benar-benar efektif setelah partisipan melalui seluruh sesi.

Selain itu, efektivitas intervensi terkait dengan *resistance*, tingkat keparahan insomnia, dan ketaatan partisipan untuk mengerjakan tugas rumah. *Resistance* dan ketaatan partisipan adalah dua faktor yang saling terkait dan mendasar untuk keberhasilan intervensi. Kemudian, insomnia berat membutuhkan waktu intervensi yang lebih lama daripada insomnia ringan. Untuk itu, penanganan dini dan pencegahan penting dalam menghadapi insomnia.

7.2 Saran

Saran yang dapat dibentuk berdasarkan hasil penelitian terbagi menjadi saran untuk penelitian selanjutnya dan saran praktis.

7.2.1 Saran untuk penelitian selanjutnya

Penelitian selanjutnya dapat menutupi kekurangan penelitian ini dengan memperbaiki desain penelitian dan lebih waspada terhadap *resistance*. Desain penelitian dengan melibatkan kelompok kontrol yang diberikan pengukuran yang sama akan meningkatkan validitas hasil penelitian. Kemudian, jumlah sampel perlu ditambah untuk mencapai signifikansi statistik yang dibutuhkan. Selain itu, *resistance* untuk mengerjakan tugas rumah harus segera ditangani di awal intervensi dan bila perlu, mengambil waktu di luar sesi intervensi untuk menangani partisipan yang sulit.

Selain itu, penelitian selanjutnya dapat menggunakan tolok ukur yang lebih objektif dalam menilai efektivitas intervensi. Alat medis seperti polisomnografi atau *actigraphy* dapat digunakan untuk mengukur kualitas tidur

secara objektif. Dampak pada kehidupan sehari-hari juga dapat diukur untuk menunjukkan efektivitas intervensi. Pengukuran subjektif dampak kehidupan sehari-hari dapat berupa alat ukur psikologis untuk mengukur keluhan dampak insomnia klien yang berbeda-beda, misalnya: konsentrasi menurun, mudah marah, dan sebagainya. Pengukuran objektif juga dapat dilakukan untuk hal yang serupa, seperti tekanan darah.

Selanjutnya, hasil penelitian akan menjadi lebih kuat bila dapat menggunakan kelompok kontrol sebagai pembanding. Penggunaan kelompok kontrol dapat mengatasi masalah efek *placebo* dan regresi yang menurunkan validitas hasil penelitian ini. Kelompok kontrol dapat berupa kelompok yang menunggu giliran untuk mendapatkan intervensi selanjutnya atau kelompok yang mendapatkan intervensi pengganti.

7.2.2 Saran praktis

Hasil penelitian membawa beberapa implikasi praktis, terutama dalam praktek psikolog klinis. Pertama, hasil penelitian menunjukkan bahwa intervensi CBT kelompok dapat dengan efektif menurunkan insomnia pada lansia. Untuk itu, psikolog klinis praktek dapat menggunakan intervensi yang digunakan dalam penelitian ini untuk menangani insomnia pada lansia. Selain itu, intervensi ini telah diuji efektivitasnya dan penggunaannya merupakan bentuk dari *evidence based practice*. Keunggulan intervensi ini adalah efektif, cepat (hanya 5 minggu dengan 8 pertemuan selama 2,5 jam), dan ekonomis (dilaksanakan secara berkelompok). Kedua, terdapat kasus dalam penelitian yang menunjukkan bahwa pengakuan mengenai masalahnya secara eksplisit oleh partisipan tidak dibutuhkan untuk menerima manfaat dari CBT. Dalam praktek psikolog klinis, partisipan mungkin tidak perlu didesak untuk mengakui dan menerima diagnosis insomnia dalam upaya menanganinya. Ketiga, psikolog klinis praktek harus mewaspadai *resistance* dari awal intervensi dan berupaya keras untuk menanganinya. Kegagalan dalam menangani *resistance* dapat berarti kegagalan intervensi itu sendiri. Keempat, tugas rumah merupakan unsur yang mendasar dalam intervensi CBT, sehingga keberhasilan intervensi sangat tergantung pada keberhasilan partisipan dalam mengerjakan tugas rumah.

Daftar Pustaka

- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *The International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and Coding Manual* (2nd ed.). Westchester, Ill: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition-Text Revision): DSM-IV-TR*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2011). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7th ed.). USA: Prentice Hall International, Inc.
- Bauml, J., Frobose, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with Schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(S1), 1-9.
- Bernstein, D. A., Borkovec, T. D., & Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: a guidebook for helping professionals*. Westport: Praeger.
- Black, B. S. (1994). Growing older: the young-old years. *West Virginia University Extension Service*. Diakses pada tanggal 4 Maret 2012, dari <http://www.wvu.edu/~exten/infores/pubs/fypubs/wl428.pdf>
- Bonasir, R. (2010). Berapa usia pensiun yang ideal?. *Laporan khusus BBC Indonesia*. Diakses pada tanggal 10 Juni 2012, dari http://www.bbc.co.uk/indonesia/laporan_khusus/2010/09/100901_pensiunusia.shtml
- Carney, C. E. (2003). *The effects of an evening structured problem-solving procedure in undergraduate college students with insomnia*. Louisiana State University, Louisiana.
- Carvalho, J. P., & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 154-162.
- Cockburn, J. (2008). Stroke. In B. Woods & L. Care (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (6th ed.). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 243-264.
- Davies, S. (2006). Psychological trauma in late life: conceptualization, assessment and treatment. In B. Woods & L. Care (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (6th ed.). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- DeViva, J. C., Zayfert, C., Pigeon, W. R., & Mellman, T. A. (2005). Treatment of residual insomnia after CBT for PTSD: case studies. *Journal of Traumatic Stress*, 18(2), 155-159.
- Doghramji, K. (2006). The epidemiology and diagnosis of insomnia. *The American Journal of Managed Care*, 12, S214-S220.

- Downs, M., Clare, L., & Anderson, E. (2006). Dementia as a biopsychosocial condition: implications for practice and research. In B. Woods & L. Care (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (6th ed.). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Edinger, J. D., Bonnet, M. H., Bootzin, R. R., Doghramji, K., Dorsey, C. M., Espie, C. A., dkk. (2004). Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: Report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep*, 27(8), 1567-1596.
- Edinger, J. D., & Means, M. K. (2005). Cognitive-behavioral therapy for primary insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 539-558.
- Efron, B. (1979). *Bootstrap methods: Another look at the jackknife*. *Annals of Statistics*, 7, 1-26.
- Efron, B. (2003). Second thoughts on the *bootstrap*. *Statistical Science*, 18(2), 135-140.
- Foley, D. J., Monjan, A. A., Brown, S. L., Simonsick, E. M., Wallace, R. B., & Blazer, D. G. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep: Journal of Sleep Research & Sleep Medicine*, 18, 425-432.
- Goodwin, R., & Giles, S. (2003). Social support provision and cultural values in Indonesia and Britain. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 34(10), 1-6.
- Gouvenia, V. V., & Ros, M. (2000). Hofstede and Schwartz's models for classifying individualism at the cultural level: their relation to macro-social and macro-economic variables. *Psychotema*, 12, 25-33.
- Gravetter, F. J., & Wallnau, L. B. (2004). *Statistics for the behavioral sciences* (6th ed.). Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Greenhoot, A. F. (2003). Design and analysis of experimental and quasi-experimental investigations. Dalam M. C. Roberts & S. S. Hardi (Eds.), *Handbook of Research Methods in Clinical Psychology*. Oxford: Blackwell.
- Hapsari, T. (2009). Depok Berpeluang Menjadi Kota Ramah Lansia. *Tempointeraktif.com*. Diakses pada tanggal 4 Maret 2012, dari <http://www.tempointeraktif.com/share/?act=TmV3cw==&type=UHJpb>
- Hazlett-Stevens, H., & Craske, M. G. (2009). Breathing retraining and diaphragmatic breathing techniques. Dalam W. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 166-172). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Howell, D. C. (2007). *Statistical methods for psychology* (6th ed.). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Hoyer, W. J., & Roodin, P. A. (2003). *Adult development and aging* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Jaya, E. S., Hanum, L., & Lubis, D. U. (2011). Indigenous psychological well-being for the elderly measurement. Dalam U. Kim, Supriyadi, D. H. Tobing, L. K. P. A. Susilowati, A. A. S. S. Dewi, & I P. G. Darma (Eds.) *Proceedings of the 2nd Indigenous and Cultural Psychology Conference* (pp. 187-200). Denpasar, Indonesia: Udayana University Press.
- Jeon, S. T., Hamid, J., Maurer, D., & Lewis, T. L. (2010). Developmental changes during childhood in single-letter acuity and its crowding by surrounding contours. *Journal of Experimental Child Psychology*, 107, 423-437.

- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep, 14*, 540-545.
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2000). *Foundations of behavioral research* (6th ed.). Singapore: Thomson Learning.
- Kementrian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Menegpp). (2009). Penduduk Lanjut Usia. Diakses pada tanggal 9 November 2010, dari http://www.menegpp.go.id/aplikasidata/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=310&Itemid=114
- Kesejahteraan Lanjut Usia, Dewan Perwakilan Rakyat, No. 13, Pasal 1, ayat 2, (1998).
- Killeen, P. R. (2005). An alternative to null-hypothesis significance tests. *Psychological Science, 16*(5), 345-353.
- Kley, H., Tuschen-Caffier, B., & Heinrichs, N. (2011). Safety behaviors, self-focused attention and negative thinking in children with social anxiety disorder, socially anxious and non-anxious children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*, 548-555.
- Knight, B. G., Kaskie, B., Shurgot, G. R., & Dave, J. (2006). Improving mental health of older adults. Dalam J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (6th ed.). London: Elsevier Academic Press.
- Kumar, R. (1999). *Research methodology: A step-by-step guide to beginner*. London: Sage.
- Laidlaw, K. (2008). Cognitive behaviour therapy with older people. Dalam B. Woods & L. Care (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (2nd ed.). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Gallagher-Thompson, D., & Dick-Siskin, L. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.
- Lesmana, J. M. (2009). *Teori-teori kognitif dan cognitive behavior therapy*. Depok: Fakultas Psikologi Universitas Indonesia.
- McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Teri, L., & Vitiello, M. V. (2007). Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging, 22*(1), 18-27.
- Micceri, T. (1989). The unicorn, the normal curve, and other improbable creatures. *Psychological Bulletin, 105*, 156-166.
- Morgan, K. (2008). Sleep and insomnia in later life. Dalam B. Woods & L. Care (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (2nd ed.). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford.
- Morin, C. M., Annie, V., Guay, B., Ivers, H., Savard, J., Merette, C., et al. (2009). *Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: A randomized controlled trial*. *Journal of American Medical Association, 301*(19), 2005-2015.

- Morin, C. M., Belleville, G., Belanger, L., & Ivers, H. (2011). The *Insomnia Severity Index*: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep*, *34*(5), 601-608.
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2004). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Morris, R. G. (2006). The neuropsychology of dementia: Alzheimer's disease and other neurodegenerative disorders. In B. Woods & L. Care (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (6th ed.). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Nordhus, I. H. (2006). Manifestations of depression and anxiety in older adults. In B. Woods & L. Care (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (6th ed.). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: Developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, *27*, 1255-1273.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). *Human development USA*: McGraw-Hill.
- Roth, T. (2009). Comorbid insomnia: Current directions and future challenges. *The American Journal of Managed Care*, *15*(1).
- Rybarczyk, B., DeMarco, G., DeLaCruz, M., Lapidos, S., & Fortner, B. (2001). A classroom mind-body wellness intervention for older adults with chronic illness: Comparing immediate and one year benefits. *Behavioral Medicine*, *27*(15-27).
- Rybarczyk, B., Stepanski, E. J., Fogg, L., Lopez, M., Barry, P., & Davis, A. (2005). A placebo-controlled test of cognitive-behavioral therapy for comorbid insomnia in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology and Aging*, *73*, 1164-1174.
- Santrock, J. W. (2006). *Life-span development* (10th ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Siebern, A. T., & Manber, R. (2011). New developments in *cognitive behavioral therapy* as the first-line treatment of insomnia. *Psychology Research and Behavior Management*, *4*, 21-28.
- Singleton, S., Bumpstead, R., O'Brien, M., dkk. (2000). *Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households*. London: The Stationery Office.
- Siregar, M. H. (2011). *Mengenali sebab-sebab, akibat-akibat, dan cara terapi insomnia*. Jogjakarta: FlashBooks.
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., et al. (2006). *Cognitive behavioral therapy* vs Zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, *295*(24), 2851-2858.
- Soewondo, S. (2012). *Panduan dan instruksi latihan relaksasi progresif [CD]*. Depok: Lembaga Pengembangan Sarana Pengukuran dan Pendidikan Psikologi Universitas Indonesia.
- Spiegler, M. D., & Guevremont, D. C. (2010). *Contemporary behavior therapy* (5th ed.). Belmont: Wadsworth.

- Stepanski, E. J., & Rybarczyk, B. (2006). Emerging research on the treatment and etiology of secondary or comorbid insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 10(1), 7-18.
- Stice, E., & Ragan, J. (2002). A preliminary controlled evaluation of an eating disturbance psychoeducational intervention for college students. *International Journal of Eating Disorder*, 31, 159-171.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics 5th ed.* Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Thompson, B. (1999). If statistical significance tests are broken/misused, what practices should supplement or replace them? *Theory & Psychology*, 9(2), 165-181.
- Tseng, W. S. (2004). Culture and psychotherapy: Asian perspectives. *Journal of Mental Health*, 13(2), 151-161.
- Tseng, W. S. (1999). Culture and psychotherapy: review and practical guidelines. *Transcultural Psychiatry* 36(2), 131-179.
- Usia pensiun normal dan batas usia pensiun maksimum bagi peserta peraturan dana pensiun, Peraturan Menteri Tenaga Kerja, No. 02, Pasal 1, (1993).
- Vitiello, M. V. (2009). Recent advances in understanding sleep and sleep disturbances in older adults: Growing older does not mean sleeping poorly. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 316-320.
- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2007). *An introduction to cognitive behavior therapy: Skills and applications.* London: Sage Publications Ltd.
- Woods, B. (2006). Suicide and attempted suicide in later life. In B. Woods & L. Care (Eds.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (6th ed.). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.* Geneva: World Health Organization.
- Wright, D. B., London, K., & Field, A. P. (2011). Using *bootstrap* estimation and the plug-in principle for clinical psychology data. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2(2), 252-270.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.). New York: Basic Books.
- Zienteik, L. R., & Thompson, B. (2007). Applying the *bootstrap* to the multivariate case: *Bootstrap* component/factor analysis. *Behavior Research Methods*, 39(2), 318-325.



LAMPIRAN 1 : Lembar Persetujuan Partisipan

LEMBAR PERSETUJUAN KLIEN

Kepada Bapak/Ibu yang saya hormati,

Saya selaku mahasiswa S2 Profesi Psikologi Klinis Dewasa dari Universitas Indonesia mengadakan penelitian "**Intervensi kelompok *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) multi-komponen pada Lanjut Usia di Depok untuk mengatasi gangguan tidur**" yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis Bapak/Ibu.

Dalam terapi ini, Bapak/Ibu dimohon untuk berpartisipasi secara sukarela, aktif, dan datang tepat waktu saat mengikuti seluruh pertemuan yang diadakan. Pertemuan sesi terapi berjumlah 8 (delapan) kali, yang diadakan bulan April sampai Mei 2012.

Bapak/Ibu selaku peserta terapi dan juga saya selaku pemberi terapi diwajibkan untuk menjaga kerahasiaan mengenai hal-hal yang dibicarakan dalam terapi. Maka, Bapak/Ibu dapat membicarakan masalah dengan bebas. Data yang saya peroleh dari penelitian ini akan saya gunakan hanya untuk kepentingan penelitian saja, dan segala bentuk publikasi tidak akan mencantumkan identitas Bapak/Ibu.

Bila Bapak/Ibu tidak bersedia untuk mengikuti terapi yang akan saya lakukan, tidak akan ada konsekuensi negatif yang akan Bapak/Ibu terima. Bila Bapak/Ibu bersedia mengikuti terapi yang akan saya lakukan, mohon mengisi identitas diri dan juga tanda tangan pada bagian di bawah ini.

Tanggal :

Nama :

Alamat :

Tanda Tangan

Nama peneliti :

Tanda Tangan

Akhir kata, saya ucapkan terima kasih untuk kesediaan dari Bapak/Ibu.

LAMPIRAN 2 : Contoh Alat ukur *Insomnia Severity Index* (ISI)

Skala Insomnia

Untuk setiap pertanyaan, mohon beri TANDA CENTANG pada kolom yang sesuai dengan kondisi Bapak/Ibu.

Mohon nilai tingkat **SEBERAPA PARAH** masalah tidur yang sedang Bapak/Ibu alami SAAT INI (seperti: 1 MINGGU TERAKHIR).

No.	Masalah Tidur	Tidak Ada	Sedikit	Sedang	Parah	Sangat Parah
1.	Kesulitan untuk tidur					
2.	Sulit untuk mempertahankan tidur					
3.	Terbangun lebih cepat dari biasanya					

4. Seberapa PUAS/TIDAK PUASKah Bapak/Ibu dengan kebiasaan tidur SAAT INI?

Sangat Puas	Puas	Cukup Puas	Tidak Puas	Sangat Tidak Puas

[Alat ukur lengkap ada pada peneliti, silahkan menghubungi edojaya@hotmail.com]

LAMPIRAN 3 : Contoh Alat ukur Skala Mengantuk Epworth

Skala mengantuk Epworth

Nama: _____ Tanggal: _____

Usia: _____ Jenis Kelamin: L / P

Seberapa munginkah Bapak/Ibu mengantuk atau tertidur pada situasi-situasi berikut, bukan hanya merasa lelah?

Pengisian mengacu pada kehidupan Bapak/Ibu akhir-akhir ini.

Bila Bapak/Ibu belum pernah melakukan hal-hal berikut akhir-akhir ini, cobalah untuk membayangkan saat Bapak/Ibu melakukannya.

Gunakanlah pilihan jawaban berikut untuk mencontreng (✓) **angka yang paling sesuai** dengan situasi berikut:

- 0 = **Tidak akan pernah** tertidur
- 1 = **Kecil kemungkinan** dapat tertidur
- 2 = **Mungkin** akan tertidur
- 3 = **Besar kemungkinan** akan tertidur

Sangatlah penting Bapak/Ibu menjawab pertanyaan berikut sebisa mungkin.

Situasi	Kemungkinan tertidur			
	0	1	2	3
Duduk dan membaca				
Menonton TV				
Duduk diam di tempat publik (seperti dalam rapat, teater, pengajian)				
Sebagai penumpang di mobil selama sejam lebih tanpa berhenti				

[Alat ukur lengkap ada pada peneliti, silahkan menghubungi edojaya@hotmail.com]

LAMPIRAN 4 : Contoh Kuesioner Evaluasi Program

Kuesioner evaluasi program

Mohon bantu kami untuk melakukan evaluasi terhadap program yang diberikan. Nilailah tingkat kegunaan setiap materi yang diberikan menggunakan skala 1 – 5 berikut ini:

- 1: Tidak berguna
- 2: Agak berguna
- 3: Cukup berguna
- 4: Berguna
- 5: Sangat berguna

Kemudian, beri tanda \checkmark untuk satu materi yang Bapak/Ibu paling sukai dan tanda X untuk satu materi yang Bapak/Ibu paling tidak sukai.

Materi	Tingkat kegunaan					Favorit (\checkmark) / Tidak favorit (X)
	1	2	3	4	5	
Relaksasi						
Psikoedukasi mengenai hubungan tubuh-pikiran						
Psikoedukasi mengenai Cognitive Behavioral Therapy (CBT)						

[Alat ukur lengkap ada pada peneliti, silahkan menghubungi edojaya@hotmail.com]

LAMPIRAN 5 : Contoh Kuesioner Client Satisfaction Questionnaire

Kuesioner Kepuasan Peserta

Nama: _____

Mohon bantu kami untuk meningkatkan kualitas program dengan menjawab beberapa pertanyaan mengenai pelayanan yang telah Bapak/Ibu terima. Kami tertarik pada opini Bapak/Ibu sejujurnya, baik positif maupun negatif. Mohon jawab seluruh pertanyaannya. Kami terbuka akan semua komentar dan masukan Bapak/Ibu. Terima kasih banyak; kami sangat berterima kasih atas bantuan Bapak/Ibu.

Lingkarilah jawaban Bapak/Ibu:

1. Bagaimana Bapak/Ibu menilai kualitas program yang Bapak/Ibu terima?

Sangat baik	Baik	Biasa saja	Buruk
-------------	------	------------	-------
2. Apakah Bapak/Ibu mendapatkan program yang diinginkan?

Tidak sama sekali	Tidak terlalu	Iya, secara umum	Iya, pelayanannya tepat sekali
-------------------	---------------	------------------	--------------------------------

[Alat ukur lengkap ada pada peneliti, silahkan menghubungi edojaya@hotmail.com]

LAMPIRAN 6 : Contoh Kuesioner Pola Hidup Tidur Sehat (*Sleep Hygiene*)

Apakah Bapak / Ibu pernah mengalami hal berikut (sekitar **seminggu** ini)?

Centang bila 'ya':

	Terbangun karena suara
	Gerah di tempat tidur
	Merasa panas di tempat tidur
	Merasa <i>sumpek</i> di tempat tidur
	Cahaya di tempat tidur cukup terang
	Merasa kualitas kasur dan bantal kurang nyaman
	Minum kopi, teh, soda setelah makan siang
	Merokok
	Minum minuman beralkohol setelah makan siang
	Lapar sebelum tidur
	Olah raga di sore atau malam hari

[Alat ukur lengkap ada pada peneliti, silahkan menghubungi edojoya@hotmail.com]

LAMPIRAN 7 : Contoh *Sleep Diary*

Diary Tidur

Nama: _____

Tanggal awal: Kamis, 10 Mei 2012

	Kamis	Jumat	Sabtu	Minggu	Senin	Selasa	Rabu
	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6	Hari 7
Tidur Siang (√ / X)							
1. Waktu mulai tidur siang							
2. Waktu bangun tidur siang							
<i>Diisi saat mulai tidur malam</i>							
1. Waktu mulai berbaring di ranjang							
2. Jumlah pil tidur yang digunakan							

[Alat ukur lengkap ada pada peneliti, silahkan menghubungi edojaya@hotmail.com]

LAMPIRAN 8 : Contoh Materi dan Lembar Kerja

Sesi 4: *Sleep diary* dan program rencana tidur

Program Rencana Tidur

Jumlah waktu di tempat tidur: _____ jam
Jam mulai tidur:
Jam bangun tidur:
<u>TIPS Keberhasilan Program Rencana Tidur:</u>
1. Hanya berbaring di tempat tidur saat mengantuk.
2. Tahan mengikuti program selama 7 malam/minggu.
3. Kuatkan hubungan antara tidur dan tempat tidur: <ul style="list-style-type: none">- Bila tidak tidur dalam sekitar 15 menit, bangun dan keluar dari ruangan tidur. Hanya kembali bila sudah mengantuk.- Tidak menggunakan tempat tidur untuk apapun kecuali tidur.

[Materi lengkap ada pada peneliti, silahkan menghubungi edojaya@hotmail.com]

LAMPIRAN 9 : Contoh Modul

RANCANGAN PROGRAM INTERVENSI UNTUK INSOMNIA

SESI	AGENDA	TUJUAN	METODE	DESKRIPSI KEGIATAN	ALAT DAN BAHAN
Sesi 4: Sleep diary dan program rencana tidur (150 menit)	1. Pembukaan dan relaksasi (20 menit)	<ul style="list-style-type: none"> Membuka sesi Membawa peserta ke dalam keadaan rileks agar lebih siap mengikuti sesi. 	<ul style="list-style-type: none"> Praktek 	<ul style="list-style-type: none"> Peneliti membuka sesi. Peneliti memberikan instruksi relaksasi untuk diikuti oleh para peserta. 	<ul style="list-style-type: none"> CD Relaksasi progresif CD <i>player</i> <i>Speaker</i>
	2. Melakukan <i>review</i> sesi sebelumnya dan membahas tugas rumah (15 menit)	<ul style="list-style-type: none"> Mengingat kembali hasil pertemuan sebelumnya untuk disambungkan dengan topik yang akan dibahas pada sesi ini. Membahas mengenai tugas rumah sesi sebelumnya, yaitu latihan relaksasi, <i>sleep diary</i>, dan ceklis pola hidup tidur sehat. 	<ul style="list-style-type: none"> Diskusi 	<ul style="list-style-type: none"> Peneliti meminta peserta menjelaskan hasil pengerjaan tugas rumah mereka. Peneliti membimbing peserta yang masih salah atau mengalami kesulitan dalam mengerjakan tugas rumah-nya. Peneliti mengkaitkan tugas rumah peserta ke topik sesi hari ini, yaitu pembahasan lanjutan mengenai <i>sleep diary</i> dan rencana aktivitas. 	<ul style="list-style-type: none"> Lembar tugas peserta yang sudah dikerjakan Alat tulis <i>Flip chart</i> Spidol besar
	3. Membahas prinsip program rencana tidur (40 menit)	<ul style="list-style-type: none"> Para peserta memiliki pemahaman mengenai tujuan dari program rencana tidur. 	<ul style="list-style-type: none"> Ceramah Diskusi Tanya-jawab 	<ul style="list-style-type: none"> Peneliti menjelaskan mengenai cara bekerja program rencana tidur. Peneliti menjelaskan tujuan program rencana tidur. Peneliti menjelaskan manfaat dan kesulitan yang umum ditemui dalam mengikuti program rencana tidur. 	<ul style="list-style-type: none"> Lembar kerja <i>sleep diary</i> yang sudah diisi Lembar kerja program rencana tidur Alat tulis <i>Flipchart</i> Spidol besar

SESI	AGENDA	TUJUAN	METODE	DESKRIPSI KEGIATAN	ALAT DAN BAHAN
	4. Istirahat (15 menit)				<ul style="list-style-type: none"> • <i>Snack</i>
	5. Praktek cara pengisian lembar kerja program rencana tidur (40 menit)	<ul style="list-style-type: none"> • Para peserta mempraktekkan cara mengisi lembar program rencana tidur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kerja mandiri • Tanya-jawab 	<ul style="list-style-type: none"> • Para peserta diminta mengisi lembar program rencana tidur masing-masing dengan bimbingan dari peneliti. • Peserta diminta untuk mengisi lembar program rencana tidur dengan memperkirakan kebiasaan tidurnya, sehingga mudah untuk diikuti. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lembar kerja program rencana tidur • Alat tulis • <i>Flip chart</i> • Spidol besar
	6. Pemberian tugas rumah (15 menit)	<ul style="list-style-type: none"> • Para peserta tetap didorong untuk melakukan relaksasi dan <i>sleep diary</i>, ditambah dengan melaksanakan rencana aktivitas sebagai tugas di rumah. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah • Tanya-jawab 	<ul style="list-style-type: none"> • Peneliti membagikan lembar kerja relaksasi, <i>sleep diary</i>, dan rencana aktivitas. • Peneliti menjelaskan secara singkat mengenai cara pengisian, tujuan dan kaitannya dengan sesi selanjutnya. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lembar kerja <i>sleep diary</i> dan rencana aktivitas • <i>Flipchart</i> • Spidol besar
	7. Penutupan dan pembuatan kesimpulan (5 menit)	<ul style="list-style-type: none"> • Mengakhiri kegiatan dan menegaskan kembali mengenai poin-poin pembelajaran dari kegiatan yang telah dilakukan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ceramah 	<ul style="list-style-type: none"> • Peneliti membuat kesimpulan mengenai poin-poin pembelajaran dari kegiatan yang telah dilakukan. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Flipchart</i> • Spidol besar

[Modul lengkap ada pada peneliti, silahkan menghubungi edojaya@hotmail.com]