

# ANALISIS RISIKO DEPRESI, TINGKAT *SLEEP HYGIENE* DAN PENYAKIT KRONIS DENGAN KEJADIAN INSOMNIA PADA LANSIA

*Risk Analysis of Depression, Sleep Hygiene Level and Chronic Disease with Insomnia in Elderly*

Nilam P.I Warni Sayekti<sup>1</sup>, Lucia Y. Hendrati<sup>2</sup>

<sup>1</sup>FKM UA, nilam-p-i-10@fkm.unair.ac.id

<sup>2</sup>Departemen Epidemiologi FKM UA, hendratilucia@yahoo.com

Alamat Korespondensi: Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, Surabaya, Jawa Timur, Indonesia

## ABSTRAK

Pesatnya kemajuan pembangunan di Indonesia berdampak pada meningkatnya usia harapan hidup sehingga meningkatkan jumlah lansia. Lansia merupakan tahap akhir kehidupan sehingga seringkali mengalami berbagai perubahan dan gangguan, salah satunya adalah gangguan tidur atau Insomnia. Prevalensi Insomnia pada lansia cukup tinggi, yaitu lebih dari 60% namun munculnya gangguan ini seringkali diabaikan. Penelitian ini dilakukan secara observasional analitik dengan desain penelitian *case control*. Lokasi penelitian di Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jombang dan dilakukan pada 40 orang lansia. Populasi penelitian dibagi menjadi 2, yaitu 20 orang populasi kasus dan 20 orang populasi kontrol. Variabel yang diteliti adalah depresi, penyakit kronis, *sleep hygiene* dan Insomnia. Sebagian besar lansia mengidap Insomnia awal dengan gejala *Difficulty Initiating Sleep* yang berat. *Early Morning Awakening* merupakan gejala yang paling sedikit dialami lansia. Depresi (OR = 22,667), penyakit kronis (OR = 6,926) dan *sleep hygiene* (OR = 11,000) menunjukkan adanya hubungan yang bermakna dengan Insomnia. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah faktor *perpetuating* (penyakit kronis) dan *precipitating* (*sleep hygiene*) berperan dalam munculnya Insomnia pada lansia. Saran yang diberikan adalah melakukan tindakan untuk mengontrol penyakit kronis dan perhatian yang lebih pada gangguan tidur yang dialami lansia. Selain itu perlu adanya tindakan untuk memperbaiki dan meningkatkan *sleep hygiene*.

**Kata kunci:** depresi, *sleep hygiene*, penyakit kronis, insomnia, lansia

## ABSTRACT

*The rapid progress of development in Indonesia have an impact on increasing life expectancy thus increasing the number of elderly. Elderly is the final stage of life so often experienced various changes and disturbances, one of which is a sleep disorder or Insomnia. The prevalence of insomnia in the elderly is quite high, more than 60% but the appearance of this disorder is often overlooked. This study was conducted observational case-control study design. Research sites in the Pelayanan Sosial Lanjut Usia Jombang and performed on 40 elderly people. The study population was divided into 2, 20 people population cases and 20 people population control. The variables studied were depression, chronic disease, sleep hygiene and Insomnia. Most of the elderly suffering from Subthreshold Insomnia with Difficulty Initiating Sleep symptoms are severe. Early Morning Awakening is the least symptom experienced by the elderly. Depression (OR = 22,667), chronic disease (OR = 6.926) and sleep hygiene (OR = 11,000) showed a significant association with Insomnia. The conclusion that can be drawn is perpetuating factors (chronic disease) and precipitating (sleep hygiene) plays a role in the emergence of insomnia in the elderly. The advice given is to take action to control chronic diseases and more attention on sleep disorders experienced by the elderly. In addition, the need for action to improve and enhance sleep hygiene.*

**Keywords:** depression, *sleep hygiene*, chronic disease, insomnia, elderly

## PENDAHULUAN

Meningkatnya usia harapan hidup Indonesia tentu berdampak pada bertambahnya jumlah penduduk tua di negeri ini. Hal ini menuntut pemerintah untuk memberikan perhatian lebih pada kaum lansia terutama yang berkaitan dengan masalah kesehatan. Lansia didefinisikan sebagai masa di mana seseorang mencapai kematangan ukuran dan

fungsi sel hingga menimbulkan kemunduran dari waktu ke waktu (Rosita, 2012).

WHO mengkategorikan lansia menjadi 3 yaitu Usia lanjut (60–74 tahun), Usia lanjut tua (75–90 tahun) dan Usia sangat tua (> 90 tahun). Lansia di Indonesia cenderung memiliki tingkat kesejahteraan dan kesehatan yang rendah. Tingkat kesejahteraan yang rendah ini tidak sebanding

dengan jumlah lansia yang terus bertambah (Adriani dan Wirjatmadi, 2012).

Berdasarkan sensus penduduk tahun 2010, proporsi lansia di Indonesia sebesar 7,59%. Artinya terdapat 18,04 juta jiwa lansia di Indonesia. Jumlah lansia perempuan adalah 9,75 juta, lebih banyak daripada lansia laki-laki yaitu 8,29 juta. Berdasarkan jenis tempat tinggal, lansia di pedesaan (10,36 juta), lebih banyak daripada di perkotaan (7,69 juta). Berdasarkan umurnya, sebagian besar lansia di Indonesia merupakan lansia muda yang berumur antara 60–69 tahun dengan jumlah 10,75 juta jiwa (Badan Pusat Statistik, 2011).

Dilihat dari tingkat pendidikannya, mayoritas lansia tidak pernah sekolah dan tidak tamat SD. Untuk angka melek huruf, lansia yang tinggal di pedesaan dengan buta aksara sebesar 32,58%. Jumlah ini 2 kali lebih besar dibandingkan dengan di perkotaan. Rendahnya pendidikan pada lansia terutama perempuan membuat angka buta aksara pada lansia perempuan 2 kali lebih besar daripada lansia laki-laki (41,73%). Kesulitan fungsional pada lansia juga relatif tinggi. Sebanyak 3,17 juta lansia kesulitan melihat dan 2,30 juta kesulitan mendengar. Lansia yang mengalami kesulitan berjalan 2,25 juta dan 1,68 juta pikun atau sulit berkomunikasi sedangkan yang sudah tidak mandiri sebanyak 1,31 juta (Badan Pusat Statistik, 2011).

Lansia sebagai fase terakhir kehidupan mengalami berbagai kemunduran dan perubahan baik secara biologis dan fisiologis, psikologis maupun sosial. Kemunduran biologis dan fisiologis dapat diketahui melalui penurunan fungsi panca indra dan fungsi imunologis yang berkurang sehingga mudah terserang penyakit. Kemunduran psikologis menimbulkan perasaan depresi, cemas dan sensitif karena merasa tidak diakui lagi oleh masyarakat. Kemunduran sosial berhubungan dengan pandangan masyarakat terhadap lansia yang negatif dan tidak mandiri dan tidak produktif (Najjah, 2009).

Berbagai perubahan dan kemunduran dialami oleh lansia merupakan hal yang natural akibat proses penuaan yang terjadi. Salah satu perubahan yang dialami lansia adalah pola tidur. Perubahan pola tidur seringkali membuat waktu tidur lansia berkurang. Pada kasus yang serius, akan muncul gejala Insomnia. Insomnia lebih sering terjadi pada Lansia (Ghaddafi, 2010).

Mekanisme proses tidur manusia terdiri dari dua fase yaitu fase NREM (*Non Rapid Eye Movement*) dan REM (*Rapid Eye Movement*). NREM merupakan fase awal yang terdiri dari

4 tahap. Tahap pertama berlangsung 3–5 menit. Pada tahap kedua bola mata tidak bergerak dan tidur lebih dalam. Tahap ketiga tidur lebih lelap dan terakhir masuk dalam fase paling dalam sehingga sulit dibangunkan. Fase NREM berlangsung selama 70–100 menit dilanjutkan dengan REM. Fase ini berlangsung selama 5–30 menit dan muncul kembali setiap 90 menit. Pada tidur normal, siklus NREM dan REM terjadi 4–7 kali setiap malam (Sadock dan Sadock, 2010).

Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering dialami oleh seluruh orang di dunia. Insomnia dapat didefinisikan sebagai gangguan maupun gejala. Insomnia sebagai gangguan merupakan keadaan di mana seseorang mengalami kesulitan tidur, kesulitan dalam mempertahankan tidur maupun kualitas tidur buruk dan disertai keadaan penyulit (Buysse, 2008).

Klasifikasi Insomnia berbeda berdasarkan etiologi, durasi dan tingkat keparahannya. Berdasarkan etiologinya, Insomnia diklasifikasikan menjadi 2 yaitu primer (*Insomnia disorder*) dan sekunder (*Comorbid Insomnia*). Insomnia primer tidak disebabkan buruknya kondisi psikologis atau medis. Penanganan dan terapi yang dipilih cukup sulit karena penyebabnya kurang jelas. Insomnia sekunder umumnya disebabkan karena kondisi mental dan medis yang buruk sehingga berpengaruh pada kualitas dan kuantitas tidur. Gangguan tidur lain atau konsumsi obat-obatan juga menjadi penyebab munculnya Insomnia sekunder (Ghaddafi, 2010).

Berdasarkan tingkat keparahannya, Insomnia dibedakan menjadi 3 kategori, yaitu *mild*, *moderate* dan *severe*. Insomnia dibedakan menjadi 2 berdasarkan durasinya yaitu Insomnia akut yang terjadi secara cepat dan sementara. Insomnia kronis lebih disebabkan karena faktor mental-psikologis dan kebiasaan tidur yang salah. Terdapat 3 gejala yang umum untuk menentukan diagnosis Insomnia, yaitu *Difficulty Initiating Sleep* (DIS), *Difficulty Maintaining Sleep* (DMS) dan *Early Morning Awakening* (EMA). Beberapa yang teori lain menyebutkan 1 gejala lain, yaitu NRS atau *Non-restorating Sleep* (Ghaddafi, 2010).

Spielman mengembangkan teori Insomnia melalui Model 3P Insomnia yang menjelaskan faktor-faktor penyebab gangguan tidur tersebut. Berdasarkan teori 3P, terdapat 3 faktor Insomnia, yaitu *predisposing*, *precipitating* dan *perpetuating*. Faktor *predisposing* terdiri atas karakteristik biologis, gaya hidup, karakteristik sosial dan kondisi psikologis. faktor *precipitating* meliputi peristiwa

traumatis yang pernah dialami, keberadaan penyakit kronis serta gangguan mental. Faktor *perpetuating* merupakan batas peralihan Insomnia akut dan kronis yang meliputi *sleep hygiene* dan *sleep believe* (Glovinsky dan Spielman, 2006).

*Sleep hygiene* merupakan salah satu faktor penting dalam munculnya kasus Insomnia. *Sleep hygiene* terdiri dari lingkungan tidur dan kebiasaan atau perilaku yang dilakukan sebelum tidur. Perubahan *sleep hygiene* ke arah yang lebih baik dapat meningkatkan kualitas dan kuantitas tidur (Nishinoue *et al*, 2012). Penerapan *sleep hygiene* yang salah justru akan menyebabkan seseorang mengalami Insomnia.

Insomnia berdampak pada kehidupan sosial penderita, psikologis dan fisik. Selain itu dampak ekonomi yang disebabkan Insomnia juga cukup berat, diantaranya adalah hilangnya produktivitas dan biaya pengobatan pada pelayanan kesehatan. Para ahli banyak meneliti tentang dampak Insomnia khusus pada lansia. Selain meningkatkan risiko penyakit generatif seperti Hipertensi dan Jantung, depresi dan stres ternyata juga merupakan manifestasi gangguan tidur ini (Ghaddafi, 2010). Insomnia juga meningkatkan risiko terjatuh pada lansia (Helbig *et al*, 2013) serta keinginan bunuh diri dan penyalahgunaan obat (Nadorff *et al*, 2013).

Insomnia diprediksi dapat meningkatkan keinginan dalam melakukan bunuh diri dengan hubungan yang signifikan. Insomnia ditengarai sebagai faktor penting dalam kondisi mental lansia yang memunculkan ide bunuh diri pada lansia (Nadorff *et al*, 2013). Sebuah studi menguji adanya hubungan antara kesulitan tidur dengan risiko terjatuh selama setahun terakhir. Hasilnya, ditemukan adanya hubungan antara kesulitan mempertahankan tidur dengan kasus terjatuh pada lansia yang berumur lebih dari 75 tahun. Selain itu, kesulitan mempertahankan tidur saat malam hari dan tidur berlebih di siang hari meningkatkan risiko terjatuh pada lansia (Helbig *et al*, 2013).

Keberadaan penyakit kronis selain bisa menjadi dampak jangka panjang dari Insomnia, namun juga dapat menjadi penyebab munculnya Insomnia. Beberapa penyakit yang seringkali berhubungan dengan Insomnia adalah Arthritis, Hipertensi, Kanker dan Diabetes (Hellstrom, 2013). Insomnia menunjukkan peningkatan pada lansia dengan disabilitas dan kondisi psikologis yang buruk (Ghaddafi, 2010).

Prevalensi Insomnia di Indonesia pada lansia cukup tinggi, yaitu sebesar 67%. Penuaan dapat

mengubah pola tidur seseorang. Pada usia sekitar 50 tahun, mulai terjadi penurunan gelombang tidur sehingga pada usia tua kuantitas tidur yang dalam pada seseorang akan berkurang (Cooke dan Ancoli-Israel *et al*, 2011). Kasus Insomnia seringkali diabaikan dan tidak terlalu diperhatikan. Hanya sebagian kecil saja penderita Insomnia yang melaporkannya pada pelayanan kesehatan padahal dampak yang ditimbulkannya cukup berat.

Terapi untuk penanganan Insomnia dibagi menjadi 2 jenis, yaitu terapi farmakologis dan non-farmakologis. Terapi farmakologis digunakan merupakan pengobatan utama dalam penanganan gejala Insomnia. Obat-obatan ini termasuk *sedative-hypnotic*, antihistamin, antidepresan, antipsikotik dan antikonvulsan. Namun terapi menggunakan obat tentu memiliki efek samping yang kurang menguntungkan, terutama pada lansia. Untuk itu, perlu langkah lain untuk mengatasi gejala Insomnia yaitu dengan terapi non-farmakologis (Gehrman dan Ancoli-Israel, 2010).

Terapi non farmakologis lebih menekankan pada perubahan perilaku yang berhubungan dengan tidur. Terapi ini dilakukan dengan CBT-I (*Cognitive Behavioral Teraphy for Insomnia*). CBT-I bertujuan untuk mengubah pola pikir dari hanya kuantitas tidur, menjadi kualitas tidur (Gehrman dan Ancoli-Israel, 2010).

Upaya pemerintah dalam meningkatkan kesejahteraan hidup para lansia adalah dengan menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan kesejahteraan untuk kaum lansia. Salah satunya adalah dengan penyelenggaraan pelayanan sosial dalam panti untuk lansia. Penyelenggaraan Pelayanan Sosial Lanjut Usia diatur dalam Peraturan Menteri Sosial No. 19 Tahun 2012.

PSLU Jombang merupakan salah satu panti werdha yang diselenggarakan pemerintah dalam rangka meningkatkan kesejahteraan lansia. Pada umumnya, lansia yang tinggal di panti mendapatkan pelayanan dan bimbingan yang baik. Namun berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di panti tersebut, ditemukan 69,2% lansia yang mengalami gangguan tidur.

Penelitian ini membatasi permasalahan hanya pada faktor *precipitating* dan *perpetuating* saja. Faktor *precipitating* yang diteliti berupa penyakit kronis pada lansia sedangkan faktor *perpetuating* yang diteliti adalah *sleep hygiene*. Peneliti mengidentifikasi faktor-faktor tersebut kemudian menghubungkannya dengan kasus Insomnia yang

terjadi dan menganalisa besarnya risiko yang ditimbulkan.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi dan kemudian menganalisis risiko depresi, *sleep hygiene* dan keberadaan penyakit kronis pada lansia dengan kasus Insomnia. Manfaat yang bisa didapatkan adalah untuk pengembangan program kesehatan atau perawatan lansia yang tinggal di panti werdha.

## METODE

### Lokasi, Jenis dan Desain Penelitian, Populasi dan Variabel Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Pelayanan Sosial Lanjut Usia (PSLU) Jombang dan merupakan jenis penelitian observasional analitik dengan rancang bangun *case control*. Terdapat 2 populasi dalam penelitian ini, yaitu populasi kasus dan populasi kontrol. Populasi pada penelitian ini sebanyak 70 orang lansia yang menghuni PSLU Jombang dengan cara pengambilan sampel menggunakan metode *consecutive sampling*. Seluruh populasi digunakan sebagai sampel dan dipilih berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah lansia penghuni tetap, berumur 60-90 tahun, mampu berkomunikasi dengan baik dan bersedia menjadi responden. Kriteria eksklusi adalah lansia yang demensia dan tidak tinggal di panti selama penelitian berlangsung. Berdasarkan kriteria tersebut, didapatkan 46 orang lansia yang menjadi subjek penelitian. Dari 46 orang lansia, terbagi menjadi 2 kelompok, yaitu kasus dan kontrol. Kelompok kasus sebanyak 20 orang sedangkan kontrol 26 orang. Karena kontrol lebih banyak dibandingkan dengan kelompok kontrol, maka dilakukan pengacakan pada kelompok kontrol untuk mendapatkan 20 orang kontrol sehingga jumlahnya sebanding dengan kasus.

Populasi kasus adalah seluruh lansia di PSLU Jombang yang mengidap Insomnia. Jumlah populasi kasus sebanyak 20 orang lansia. Populasi kontrol adalah seluruh lansia di PSLU Jombang yang tidak mengidap Insomnia dengan jumlah sebanyak 20 orang pula.

Terdapat 2 variabel dalam penelitian ini, yaitu variabel *independent* dan *dependent*. Variabel *independent* dalam penelitian ini adalah depresi, *sleep hygiene* dan penyakit kronis sedangkan variabel *dependent* adalah Insomnia.

### Instrumen Penelitian dan Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan metode wawancara menggunakan kuesioner DASS-21 (*Depression, Anxiety and Stress Scale*) untuk mengukur tingkat depresi, SHI (*Sleep Hygiene Index*) yang mengukur tingkat *sleep hygiene* lansia dan ISI (*Insomnia Severity Index*) yang mengukur tingkat Insomnia. Keberadaan penyakit kronis didapatkan dari wawancara namun di-*cross check* dengan data sekunder klinik PSLU. Pengisian kuesioner dilakukan oleh peneliti, mengingat pada lansia terdapat keterbatasan indra penglihatan serta beberapa lansia tidak mampu membaca dan menulis.

DASS-21 merupakan kuesioner dengan 21 item pernyataan yang mengukur tingkat depresi, stres dan kecemasan. Terdapat 3 bagian dalam DASS-21, yaitu DASS-D untuk depresi, DASS-A untuk kecemasan dan DASS-S untuk stres. Setiap item memiliki 4 pilihan jawaban berdasarkan skala Likert 0-3. Bagian yang digunakan dalam penelitian adalah DASS-D yang terdiri dari 7 item pernyataan. Tingkat depresi ditentukan skor hasil penilaian dalam kuesioner, yaitu normal (0-4), ringan (5-6), sedang (7-10), berat (11-13) dan sangat berat ( $\geq 14$ ).

SHI adalah kuesioner yang digunakan untuk mengukur tingkat *sleep hygiene* seseorang. Kuesioner ini mencakup pengukuran baik pada perilaku atau kebiasaan tidur maupun lingkungan tidur. SHI terdiri dari 13 item berupa pernyataan yang masing-masing memiliki 5 pilihan jawaban berdasarkan skala Likert 1-5. Interpretasi skor dikategorikan menjadi 3, yaitu baik (13-30), sedang (31-40) dan buruk (41-75).

Kuesioner ISI digunakan untuk mengukur tingkat keparahan Insomnia yang diderita lansia. ISI terdiri dari total 7 item dengan 3 item dalam bentuk pernyataan yang menunjukkan adanya gejala Insomnia serta 4 pertanyaan yang menunjukkan adanya penurunan kualitas hidup akibat gangguan tidur. Masing-masing item memiliki pilihan jawaban berdasarkan skala Likert 0-4. Interpretasi skor yang didapatkan membantu peneliti untuk mengetahui tingkat keparahan Insomnia yang dialami lansia. Terdapat 4 kategori, yaitu bukan Insomnia (0-7), Insomnia Awal (8-14), Insomnia Klinis Sedang (15-21) serta Insomnia Klinis Berat (22-28).

Depresi yang dimaksud oleh peneliti adalah perasaan sedih, ketidakpuasan serta pesimisme yang dirasakan lansia. Penilaian dilakukan selama

2 minggu terakhir. Penyakit kronis didefinisikan sebagai penyakit yang pernah atau sedang dialami lansia dalam waktu yang cukup lama. *Sleep hygiene* didefinisikan sebagai kondisi lingkungan tidur dan kebiasaan tidur yang meningkatkan risiko Insomnia yang dinilai selama 2 minggu terakhir sedangkan Insomnia merupakan munculnya gejala DIS, DMS dan EMA hampir setiap malam serta gangguan aktivitas akibat kekurangan tidur yang dinilai dalam 2 minggu terakhir.

Peneliti melakukan studi pendahuluan untuk mengetahui prevalensi gangguan tidur yang dialami lansia di PSLU Jombang. Studi pendahuluan ini dilakukan menggunakan kuesioner *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) untuk lansia yang tidak menderita gangguan mental atau demensia. Sedangkan pada lansia yang mengalami demensia, gangguan mental atau tidak dapat berkomunikasi dengan baik data dan keterangan mengenai kualitas tidurnya didapatkan dari perawat PSLU yang bertugas.

Sebelum melakukan penelitian menggunakan kuesioner, peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada kedua kuesioner dengan tujuan mengetahui kelayakannya untuk dijadikan instrumen penelitian. Uji validitas dan reliabilitas dilakukan pada 20 orang lansia yang memiliki karakteristik hampir sama dengan populasi penelitian, yaitu di Pondok Pesantren Darush-Syifa Jombang.

Uji validitas dilakukan per item pertanyaan menggunakan Korelasi Pearson *Product Moment* ( $r$ ). Jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel maka variabel tersebut dapat dikatakan valid. Derajat kebebasan ( $df$ ) ditentukan dengan rumus  $df = n - 2$  sehingga  $df = 18$ . Dengan  $\alpha = 0,05$  didapatkan nilai  $r$  tabel = 0,444. Uji reliabilitas dilakukan dengan membandingkan nilai  $\alpha$ . Jika nilai Cronbach's Alpha  $\geq 0,6$  maka instrumen penelitian dianggap reliabel.

Hasil uji validitas DASS-21 bagian DASS-D didapatkan 7 pertanyaan valid dengan nilai Cronbach's Alpha 0,767. Pengujian validitas terhadap SHI didapatkan 13 pertanyaan valid dengan nilai Cronbach's Alpha 0,820. Pengujian validitas ISI menghasilkan 7 pertanyaan valid dengan nilai Cronbach's Alpha 0,788 sehingga ketiga kuesioner dinyatakan valid dan reliabel untuk mengukur tingkat *sleep hygiene* dan Insomnia pada lansia.

## **Pengolahan dan Analisis Data serta Etika Penelitian**

Proses pengolahan data dilakukan setelah seluruh data terkumpul. Proses *editing, coding, entry* dan *cleaning* dilakukan sebelum kemudian data dianalisis. Analisis dalam penelitian ini dilakukan secara univariat untuk mendeskripsikan karakter masing-masing variabel dan analisis bivariat untuk menganalisis hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat. Analisis bivariat dilakukan menggunakan tabulasi silang dan *risk estimate*.

Besarnya risiko *sleep hygiene* dan penyakit kronis dalam menyebabkan Insomnia ditunjukkan dengan nilai OR. Jika  $OR > 1$  maka dapat dikatakan terdapat hubungan antara variabel *dependent* dan *Independent* dan faktor tersebut merupakan faktor risiko Insomnia.

Sebelum melakukan serangkaian kegiatan penelitian, peneliti mengajukan uji etik pada Komisi Etik Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Lembar *informed consent* diberikan pada seluruh lansia yang menjadi responden penelitian. Sebelum melakukan wawancara dengan kuesioner, peneliti terlebih dahulu membacakan dan menjelaskan *informed consent*. Lansia yang bersedia menjadi responden diminta menandatangani *informed consent* atau membubuhkan cap jempol bagi mereka yang tidak mampu baca tulis. *Informed consent* kemudian ditandatangani oleh peneliti dan saksi dari pihak PSLU.

Peneliti bertanggung jawab menjaga kerahasiaan atas segala informasi yang telah diberikan lansia sebagai responden. Data yang diperoleh hanya dapat diakses oleh peneliti dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja.

Responden diberikan waktu untuk mempertimbangkan keikutsertaannya dalam penelitian dan bertanya apa pun mengenai penelitian. Dengan adanya hal ini maka responden dapat memilih untuk memberikan atau tidak memberikan informasi yang dibutuhkan oleh peneliti.

Kesepakatan dilakukan dengan lansia dalam menentukan jadwal pengambilan data sehingga tidak mengganggu kegiatan sehari-hari. Proses pengambilan data dan wawancara dapat diteruskan esok hari jika lansia tidak bersedia menyelesaikannya saat itu juga. Peneliti dengan memberikan perlakuan yang sama pada seluruh lansia yang menjadi responden.

**HASIL**

**Karakteristik Responden**

Responden penelitian terdiri dari 40 orang lansia yang menghuni 5 wisma di PSLU Jombang, yaitu Wisma Melati, Mawar, Bugenvil, Anggrek dan Kenangan (*Intensive Care*). Wisma kenangan merupakan wisma yang dikhususkan untuk lansia yang tidak mandiri dalam melakukan aktivitasnya.

Responden penelitian dikategorikan menjadi 2 kelompok umur, yaitu 60–74 tahun dan 75–90 tahun. Jumlah responden perempuan adalah 30 orang. Sebagian besar responden perempuan (25 orang) berada pada usia lanjut yaitu 60–74 tahun. Sisanya (5 orang) merupakan usia lanjut tua (*old*). Jumlah lansia laki-laki sebanyak 10 orang. Sama halnya dengan lansia perempuan, paling banyak lansia laki-laki berada pada kategori *elderly* atau lanjut usia (9 orang) dan 1 orang dikategorikan *old*.

Tingkat depresi pada lansia didapatkan berdasarkan *skoring* kuisioner DASS-21 bagian depresi (DASS-D). Distribusi lansia berdasarkan tingkat depresi yang diderita ditunjukkan oleh Tabel 1.

**Tabel 1.** Distribusi Lansia Berdasarkan Tingkat Depresi Insomnia di PSLU Jombang Tahun 2014

Tingkat Depresi	Jumlah	Persentase
Normal	19	47,5
Ringan	12	30
Sedang	6	15
Berat	1	2,5
Sangat Berat	1	2,5
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Berdasarkan Tabel 1, sebagian besar lansia tidak memiliki depresi. Depresi berada pada tingkat normal (47,5%). Lansia dengan depresi paling banyak berada pada tingkat ringan (30%). Terdapat lansia yang bahkan memiliki depresi dengan tingkat berat dan sangat berat, namun hanya sebagian kecil saja (2,5%).

Penyakit kronis yang diderita lansia yang menjadi responden dikategorikan menjadi ada dan tidak ada penyakit kronis. Distribusi lansia berdasarkan keberadaan penyakit kronis dapat dilihat pada Tabel 2.

Mayoritas lansia memiliki penyakit kronis (65%) sedangkan sisanya tidak (35%). Penyakit kronis yang paling sering diderita berdasarkan hasil

wawancara dan *cross check* dengan data kesehatan lansia adalah Arthritis dan Hipertensi.

Berdasarkan data klinik diketahui bahwa sebagian kecil lansia tidak rutin mengikuti posyandu lansia atau memeriksakan kesehatannya pada perawat dan dokter yang bertanggung jawab. Mereka hanya meminta obat berdasarkan keluhan yang mereka rasakan, tanpa mau memeriksa kondisi kesehatan mereka.

**Tabel 2.** Distribusi Lansia Berdasarkan Penyakit Kronis di PSLU Jombang Tahun 2014

Penyakit Kronis	Jumlah	Persentase
Ada	26	65
Tidak Ada	14	35
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

*Sleep hygiene* mencakup lingkungan tidur dan perilaku atau kebiasaan tidur. Tingkat *sleep hygiene* lansia di PSLU Jombang dikategorikan menjadi 3, yaitu baik, sedang dan buruk. Distribusi lansia berdasarkan tingkat *sleep hygiene*-nya dapat dilihat pada Tabel 3.

**Tabel 3.** Distribusi Lansia Berdasarkan Tingkat Sleep Hygiene di PSLU Jombang Tahun 2014

Tingkat Insomnia	Jumlah	Persentase
Baik	27	67,5
Sedang	11	27,5
Buruk	2	5
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Tingkat *sleep hygiene* didapatkan berdasarkan *skoring* hasil kuisioner SHI. Berdasarkan tingkat *sleep hygiene* yang dimiliki, sebagian besar lansia dikategorikan baik (67,5%). Walaupun mayoritas *sleep hygiene* lansia baik, namun masih ada lansia yang memiliki *sleep hygiene* yang buruk walaupun jumlahnya relatif kecil (5%).

Berdasarkan wisma yang ditempati lansia, yang paling banyak memiliki *sleep hygiene* kurang baik adalah Wisma Kenangan (*Intensive Care*). Dari 3 orang responden wisma tersebut, 2 diantaranya *sleep hygiene* kurang baik. Selain itu, masing-masing 1 orang lansia di wisma Melati dan Mawar memiliki *sleep hygiene* yang tergolong buruk.

Tingkat keparahan Insomnia yang diderita lansia dikategorikan menjadi 4, yaitu Bukan Insomnia, Insomnia Awal, Insomnia Sedang dan Insomnia

Berat. Distribusi lansia berdasarkan tingkat keparahan Insomnia yang diderita ditunjukkan Tabel 4.

**Tabel 4.** Distribusi Lansia Berdasarkan Tingkat Keparahannya Insomnia di PSLU Jombang Tahun 2014

Tingkat Insomnia	Jumlah	Persentase
Bukan Insomnia	20	50
Awal	17	42,5
Sedang	2	5
Berat	1	2,5
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa separuh responden tidak mengalami Insomnia (50%). Responden dengan Insomnia paling banyak mengidap Insomnia awal (42,5%) dan hanya sedikit sekali yang menderita Insomnia berat (2,5%).

Gejala Insomnia yang paling sering dialami lansia adalah DIS (*Difficulty Maintaining Sleep*) dengan tingkat keparahan sedang (11 kasus). Gejala kedua terbanyak adalah DMS (*Difficulty Maintaining Sleep*) dengan tingkat ringan sebanyak 12 kasus sedangkan EMA (*Early Morning Awakening*) merupakan gejala yang paling jarang ditemui pada lansia. Sebagian besar lansia tidak menunjukkan gejala EMA (30 orang).

**Risiko Depresi terhadap Kasus Insomnia**

Depresi merupakan salah satu faktor *predisposing* yang menyebabkan Insomnia. Berbagai penelitian menyebutkan hubungan erat antara depresi dengan Insomnia, terutama pada lansia. Besarnya risiko depresi dalam menimbulkan Insomnia ditunjukkan dengan nilai OR (*odd ratio*).

Interpretasi nilai OR = 1 berarti tidak ada hubungan antara *exposure* dengan *outcome*. Faktor tersebut bukan merupakan risiko maupun protektif terhadap Insomnia. Nilai OR > 1 berarti terdapat hubungan antara *exposure* dengan *outcome* dan *exposure* merupakan faktor risiko *outcome*. Nilai OR < 1 berarti *exposure* adalah faktor protektif terhadap munculnya *outcome*.

Tabel 5 menunjukkan tabulasi silang antara depresi dengan Insomnia pada lansia di PSLU Jombang.

Berdasarkan depresi yang diderita, responden dibedakan menjadi kategori depresi dan tidak depresi. Tabel 5 menunjukkan bahwa sebagian besar lansia yang mengalami Insomnia memiliki depresi pada tingkat tertentu (85%). Pada lansia yang tidak Insomnia sebagian besar adalah lansia yang tidak

mengalami depresi sama sekali selama 2 minggu terakhir (80%).

Nilai OR = 22,667 menunjukkan bahwa depresi memiliki hubungan dengan Insomnia dan merupakan faktor risiko karena nilai OR > 1. Hal ini berarti lansia dengan depresi berisiko 22,667 kali untuk terkena Insomnia daripada lansia yang tidak depresi.

**Tabel 5.** Tabulasi Silang Depresi dengan Insomnia pada Lansia di PSLU Jombang Tahun 2014

Depresi	Insomnia				OR
	Insomnia		Tidak Insomnia		
	n	%	n	%	
Depresi	17	85	4	20	22,667
Tidak Depresi	3	15	16	80	
<b>Jumlah</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	

**Risiko Tingkat Sleep Hygiene terhadap Kasus Insomnia**

*Sleep hygiene* termasuk faktor *perpetuating* berdasarkan model 3P Spielman. Untuk mengetahui risiko tingkat *sleep hygiene* dalam menyebabkan Insomnia, dilakukan analisis dengan tabulasi silang.

Tabulasi silang *sleep hygiene* dengan Insomnia seperti yang ditunjukkan Tabel 6.

**Tabel 6.** Tabulasi Silang Tingkat Sleep Hygiene dengan Insomnia pada Lansia di PSLU Jombang Tahun 2014

Sleep Hygiene	Insomnia				OR
	Insomnia		Tidak Insomnia		
	n	%	n	%	
Kurang Baik	11	55	2	10	11,000
Baik	9	45	18	90	
<b>Jumlah</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	

Tabel 6 menunjukkan bahwa mayoritas lansia yang Insomnia memiliki *sleep hygiene* yang kurang baik (55%). Sebagian besar lansia yang tidak Insomnia memiliki *sleep hygiene* yang baik (90%). Nilai OR = 11,000.

Tingkat *sleep hygiene* berhubungan dengan kasus Insomnia yang diderita lansia. Nilai OR = 11,000 menunjukkan bahwa *sleep hygiene* yang kurang baik merupakan faktor risiko terjadinya Insomnia karena nilai OR yang > 1.

Dari hasil tersebut, dapat disimpulkan bahwa lansia dengan *sleep hygiene* kurang baik berisiko terkena Insomnia sebesar 11 kali dibandingkan dengan lansia dengan *sleep hygiene* yang baik.

**Risiko Penyakit Kronis terhadap Kasus Insomnia**

Berdasarkan model 3P Spielman, penyakit kronis merupakan faktor *precipitating* Insomnia. Tabulasi silang antara penyakit kronis yang diderita lansia dengan kasus Insomnia seperti yang ditunjukkan Tabel 7.

**Tabel 7.** Tabulasi Silang Penyakit Kronis dengan Insomnia pada Lansia di PSLU Jombang Tahun 2014

Penyakit Kronis	Insomnia				OR
	Insomnia		Tidak Insomnia		
	n	%	n	%	
Ada	17	85	9	45	6,926
Tidak Ada	3	15	11	55	
<b>Jumlah</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	

Tabel 7 menunjukkan bahwa sebagian besar lansia dengan Insomnia memiliki penyakit kronis (85%) sedangkan lansia yang tidak Insomnia sebagian besar adalah mereka yang tidak memiliki penyakit kronis (55%) dengan nilai OR = 6,926.

Hal ini berarti terdapat hubungan antara penyakit kronis dengan kasus Insomnia pada lansia di PSLU Jombang. Nilai OR = 6,926 menunjukkan bahwa keberadaan penyakit kronis ini dapat menjadi suatu faktor risiko dalam terjadinya Insomnia pada lansia.

Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa lansia dengan penyakit kronis berisiko 6,926 kali untuk terkena Insomnia dibandingkan dengan lansia yang tidak memiliki penyakit kronis.

**PEMBAHASAN**

**Kasus Insomnia pada Lansia**

Data penelitian menunjukkan bahwa mayoritas kasus Insomnia pada lansia di PSLU Jombang merupakan Insomnia tingkat awal. Pada Insomnia awal, sebagian besar gejala yang dialami masih berada pada tingkat keparahan ringan hingga sedang. Selain itu gangguan tidur yang dirasakan tidak terlalu mengganggu aktivitas sehari-hari dan

tidak berdampak pada menurunnya konsentrasi atau gangguan suasana hati sehingga skor berdasarkan *Insomnia Severity Index* menghasilkan nilai antara 8 hingga 14 dan termasuk Insomnia awal.

Berdasarkan gejalanya, DIS merupakan gejala Insomnia yang paling sering dialami lansia. Hal ini kemungkinan disebabkan karena faktor psikologis yang dialami, misalnya depresi, stres atau kecemasan yang dirasakan lansia. Hal ini kemungkinan yang membuat lansia sulit untuk memulai tidur sehingga merasa gelisah di malam hari.

Gejala DMS mayoritas disebabkan karena sebagian besar lansia merasa ingin buang air kecil di tengah malam. Kondisi ini disebut *urge* Inkontinensia urine, walaupun tidak semua lansia mengalami hal tersebut. Beberapa diantaranya merasa suhu kamar kurang nyaman, misalnya terlalu panas atau bahkan terlalu dingin sehingga membuatnya harus terbangun saat tidur. Selain itu, Rasa nyeri yang dialami akibat penyakit yang diderita kemungkinan juga menjadi penyebab sulitnya mempertahankan tidur di malam hari pada lansia.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian *case control* yang menyebutkan bahwa mayoritas lansia dengan frekuensi terbangun di malam harinya meningkat disebabkan karena kondisi medis yang menyebabkan lansia harus buang kecil tiap malam sehingga menyebabkan terpotongnya durasi tidur (Gooneratne *et al*, 2011).

EMA merupakan gejala yang paling sedikit dialami lansia karena umumnya lansia penghuni panti sudah terbiasa dengan jadwal yang telah ditetapkan pihak panti setiap harinya. rata-rata lansia bangun pada pukul 04.00 untuk menunaikan solat subuh sehingga jarang sekali lansia yang merasa bangun terlalu pagi. Beberapa lansia yang bangun sebelum pukul 04.00 seringkali merasa bangun terlalu pagi dan kuantitas tidurnya kurang.

Kasus Insomnia pada lansia lebih tinggi daripada golongan umur lain, yaitu 12–39%. Hidup yang tidak aktif, sama halnya dengan penyakit fisik dan mental berhubungan secara signifikan dengan Insomnia, di mana hidup yang kurang aktif ini biasa terjadi pada lansia (Hellstrom, 2013).

Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Yokoyama di Jepang pada lansia dengan usia ≥ 65 tahun mendapatkan hasil bahwa DMS merupakan gejala Insomnia dengan prevalensi paling tinggi, yaitu 22,9% sedangkan DIS merupakan gejala paling sedikit dengan prevalensi 11,1%. (Yokoyama, *et al*, 2010).



### Faktor *Predisposing* dan Insomnia

Faktor *predisposing* merupakan faktor yang ada dalam diri suatu individu yang membuatnya berisiko terhadap Insomnia. Beberapa faktor *predisposing* yang menjadi penyebab Insomnia antara lain demografi, kondisi psikologis di mana salah satunya adalah depresi, dukungan sosial serta gaya hidup. Depresi merupakan faktor *predisposing* yang diteliti dalam penelitian ini.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa depresi merupakan faktor risiko Insomnia yang cukup besar. Lansia yang mengalami Insomnia sebagian besar adalah lansia yang merasakan depresi. Depresi yang paling sering dialami responden adalah tingkat ringan. Pada tingkat ringan, responden merasakan gejala-gejala depresi dengan frekuensi yang cukup jarang.

Nilai OR = 22,667 menunjukkan bahwa depresi merupakan faktor risiko terjadinya Insomnia pada lansia. Hal ini kemungkinan disebabkan karena faktor depresi membuat sulitnya seseorang untuk memulai tidur karena memikirkan suatu permasalahan dalam hidupnya. Munculnya depresi, kecemasan dan stres dapat memicu sulitnya memulai tidur di malam hari. Selain itu, kesulitan dalam mempertahankan tidur bisa jadi merupakan salah satu gejala yang disebabkan adanya depresi.

Kondisi depresi pada seseorang membuat perasaan menjadi gelisah. Jika hal ini terjadi, maka kuantitas tidur akan berkurang, di mana hal ini dapat mempengaruhi kualitas tidur. Kualitas tidur yang buruk berhubungan dengan menurunnya produktivitas dalam kehidupan sehari-hari.

Kondisi depresi ini kemungkinan bisa disebabkan karena pada umumnya lansia yang tinggal di panti merupakan mereka yang tidak memiliki keluarga atau terlantar. Beberapa lansia memang memiliki keinginan tersendiri untuk tinggal di panti. Namun berdasarkan hasil wawancara serta data yang didapatkan dari pihak panti, sebagian besar alasan mereka tinggal adalah karena tidak ada yang dapat mengurus kebutuhan mereka. Keadaan sosial ini bisa mengarahkan lansia pada kondisi depresi. Selain itu, lansia yang tinggal di panti harus mematuhi jadwal yang telah ditentukan, tidak seperti ketika mereka berada di komunitas.

Depresi yang dirasakan kemungkinan juga disebabkan karena kejenuhan, rasa rindu pada keluarga serta lamanya tinggal di panti. Penelitian ini membuktikan bahwa depresi yang dialami lansia berhubungan dengan kasus Insomnia dengan tingkat risiko yang cukup besar.

Berbagai penelitian mendukung pernyataan bahwa depresi merupakan faktor risiko Insomnia. Studi di Jepang menunjukkan prevalensi depresi pada lansia  $\geq 65$  tahun sebesar 18,3%. Gejala Insomnia paling tinggi adalah DMS. Tingkat depresi berhubungan dengan tingkat keparahan Insomnia yang diderita para lansia tersebut. Lansia dengan depresi menunjukkan adanya gejala DIS setelah 3 tahun penelitian. Penelitian tersebut menunjukkan adanya hubungan timbal balik antara depresi dengan Insomnia. Hal-hal yang berhubungan dengan depresi diantaranya adalah stres psikologis dan adanya penyakit yang diderita (Yokoyama *et al*, 2010).

Silvanasari dalam penelitian pada lansia juga menemukan adanya perbedaan kualitas tidur pada lansia yang tidak memiliki depresi dengan lansia yang memiliki depresi tingkat ringan. Tingkat gangguan tidur yang dialami lansia dengan depresi ringan lebih tinggi daripada lansia yang tidak merasakan depresi (Silvanasari, 2012).

Adanya depresi berhubungan dengan frekuensi terbangun dan kesulitan tidur di malam hari. Penelitian lain menyebutkan bahwa depresi menurunkan efisiensi tidur. Silvanasari juga menemukan bahwa lansia dengan depresi membutuhkan waktu lebih dari 3 jam untuk memulai tidur sehingga merasa mengantuk di kala siang hari.

Upaya penanggulangan gangguan tidur pada lansia akibat depresi dapat dilakukan secara nonfarmakologis dengan berbagai metode yang ada. Untuk itu perlu penanganan terhadap gejala depresi yang dilakukan sehingga terapi gangguan tidur menjadi lebih efektif.

### Faktor *Precipitating* dan Insomnia

Faktor *precipitating* adalah peristiwa-peristiwa tertentu yang mendorong timbulnya Insomnia. Faktor *precipitating* yang menjadi penyebab Insomnia diantaranya adalah gangguan mental, adanya peristiwa traumatis yang dialami serta keberadaan penyakit kronis. Penelitian ini hanya melihat hubungan penyakit kronis dengan kasus Insomnia yang terjadi.

Berdasarkan data penelitian, sebagian besar lansia yang mengalami Insomnia merupakan lansia yang mengidap penyakit kronis selama bertahun-tahun sedangkan lansia yang tidak mengalami Insomnia sebagian besar adalah mereka yang tidak memiliki penyakit kronis. Banyak penelitian yang menyebutkan hubungan antara Insomnia dengan

penyakit kronis tertentu. Penyakit seperti Hipertensi, Arthritis, Diabetes dan penyakit generatif lainnya dapat menjadi faktor risiko Insomnia, namun juga bisa menjadi dampak atas timbulnya gangguan tidur tersebut.

Manusia pada usia tua lebih berisiko terhadap berbagai penyakit kronis. Semakin parah kondisi penyakit yang diderita, maka Insomnia yang dirasakan juga akan semakin berat. Hal inilah yang kemungkinan membuat prevalensi penyakit kronis pada lansia di PSLU Jombang cukup tinggi. Banyaknya lansia Insomnia yang menderita penyakit kronis kemungkinan disebabkan karena rasa nyeri yang dialami dalam waktu yang cukup lama menimbulkan ketidaknyamanan sehingga membuat lansia sulit memulai tidurnya.

Nilai OR = 6,926 menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara penyakit kronis dengan munculnya kasus Insomnia. Risiko lansia dengan penyakit kronis untuk terkena Insomnia 6,926 kali lebih besar jika dibandingkan dengan lansia yang tidak memiliki penyakit kronis. Penelitian lain mendapatkan hasil yang serupa bahwa lansia yang menderita penyakit lebih cenderung memiliki kualitas tidur yang kurang baik (Silvanasari, 2012). Hal ini menunjukkan bahwa Insomnia merupakan dampak dari adanya penyakit kronis pada lansia.

Keberadaan penyakit fisik maupun mental memiliki hubungan dengan munculnya gejala yang mengarah pada Insomnia. Menurunnya kualitas tidur dapat berpengaruh terhadap metabolisme tubuh sehingga seseorang dengan Insomnia dapat terserang berbagai penyakit. Banyak peneliti yang telah menemukan peningkatan risiko terjatuh, gangguan kognitif dan rendahnya fungsi fisik pada lansia yang menderita Insomnia. Penyakit seperti Arthritis, Kanker dan penyakit kardiovaskuler diketahui berhubungan dengan menurunnya kualitas tidur lansia. Hal inilah yang menyebabkan lansia dengan penyakit kronis lebih berisiko terhadap Insomnia (Hellstrom, 2013).

Tidak jauh berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan Jaussent, bahwa ia menemukan tingginya prevalensi Insomnia pada lansia yang menderita penyakit kardio-cerebrovaskuler. Berdasarkan studi kohort tersebut, Insomnia bukan merupakan faktor yang mendahului penyakit kardio-cerebrovaskuler, namun merupakan dampak atau konsekuensi dari adanya penyakit tersebut. Penyakit kardio-cerebrovaskuler meningkatkan risiko lansia untuk mengalami gejala Insomnia yaitu DMS hingga 25%. Risiko *excessive daytime sleepiness* juga meningkat

dengan keberadaan penyakit ini (Jaussent *et al*, 2013).

Lansia penderita Arthritis yang melaporkan kondisi Insomnia sebanyak 31% dan sebanyak 66% lansia dengan penyakit kronis mengalami gejala Insomnia. Sebanyak 33% lansia dengan Diabetes Mellitus mengeluhkan sulitnya mempertahankan tidur (Pandi-Perumal *et al*, 2010).

Hubungan antara Arthritis dengan Insomnia juga diteliti oleh Louie bahwa seorang lansia dengan Arthritis diprediksi akan mengeluhkan adanya Insomnia dengan risiko 2,92 kali dibandingkan mereka yang tidak Arthritis. Hal ini berkenaan dengan nyeri sendi yang dirasakan sehingga muncul hubungan signifikan antara Arthritis dengan Insomnia. Dengan adanya nyeri sendi, risiko seseorang untuk terkena Insomnia meningkat sejalan dengan umurnya (Louie *et al*, 2011).

### Faktor *Perpetuating* dan Insomnia

Faktor *perpetuating* meliputi sikap dan perilaku individu yang membuatnya terkena Insomnia. Faktor *perpetuating* yang menjadi penyebab Insomnia adalah *sleep hygiene* dan *sleep believe*. Pada penelitian ini variabel yang dilihat hubungannya dengan kasus Insomnia adalah *sleep hygiene*. *Sleep hygiene* merupakan aktivitas yang dapat membuat seseorang memiliki tidur yang lebih sehat jika dilakukan dengan baik. Variabel ini meninjau tidak hanya dari aspek perilaku atau kebiasaan tidur saja, melainkan juga lingkungan tidur.

Berdasarkan wisma yang ditinggali, *Intensive Care* merupakan wisma dengan lansia terbanyak yang memiliki *sleep hygiene* kurang baik dengan tingkat sedang. Hal ini kemungkinan lebih dominannya lingkungan tidur yang kurang nyaman bagi lansia. Pada wisma Melati dan Mawar, beberapa lansia bahkan memiliki *sleep hygiene* yang buruk. Hal ini kemungkinan karena faktor perilaku yang lebih dominan, di samping faktor lingkungan tidur.

Sebagian besar lansia Insomnia adalah mereka yang memiliki *sleep hygiene* kurang baik. Lansia yang tidak Insomnia mayoritas adalah mereka yang memiliki *sleep hygiene* baik. Nilai OR = 11,000 menunjukkan hubungan antara Insomnia dengan *sleep hygiene*. Nilai OR = 11 menunjukkan bahwa lansia yang memiliki *sleep hygiene* kurang baik berisiko 11 kali lebih besar untuk terkena Insomnia daripada mereka yang memiliki *sleep hygiene* baik.

Karena penerapan *sleep hygiene* yang buruk dapat berpengaruh pada kualitas tidur, maka penanganan yang tepat adalah dengan memodifikasi

*sleep hygiene* agar berubah ke tingkat yang lebih baik. Penerapan modifikasi *sleep hygiene* pada individu lebih efektif dibandingkan dengan penerapan secara kolektif atau grup. Selain itu, *sleep hygiene* akan lebih baik jika dikombinasikan dengan terapi perilaku yang lain (Nishinoue *et al*, 2012).

Pengetahuan terhadap *sleep hygiene* yang baik perlu ditingkatkan dalam rangka meningkatkan kualitas tidur lansia. Pengetahuan ini memang tidak berpengaruh kuat terhadap Insomnia, namun penerapan *sleep hygiene* yang tidak adekuat memiliki hubungan signifikan dengan buruknya kualitas tidur (Suen *et al*, 2010).

Penerapan *sleep hygiene* dibagi dalam 3 kegiatan, yaitu perilaku, lingkungan dan aktivitas sebelum tidur. Ketiga kegiatan tersebut harus dilaksanakan secara simultan dan konsisten untuk mendapatkan hasil maksimal. Perilaku yang tidak sehat dan kebiasaan tidur yang salah dapat memperparah kondisi Insomnia. Hal-hal yang dapat dilakukan untuk memperbaiki *sleep hygiene* dari segi perilaku dan kebiasaan tidur adalah menentukan waktu bangun dan waktu tidur, menghindari tidur sejenak, menghindari alkohol 4–6 jam sebelum tidur, menghindari konsumsi kafein 4–6 jam sebelum tidur, menghindari makanan berat, manis atau pedas sebelum tidur serta olahraga teratur (Nishinoue *et al*, 2012).

Kondisi lingkungan tidur secara langsung dapat mempengaruhi aktivitas tidur dan meningkatkan kejadian Insomnia. Berikut beberapa hal yang direkomendasikan dalam *sleep hygiene* untuk pengelolaan Insomnia antara lain menggunakan tempat tidur yang nyaman dengan cara yang benar, mengkondisikan suhu dan ventilasi serta menghindari kebisingan dan cahaya terang. Beberapa hal yang dapat dilakukan sebelum tidur untuk meningkatkan kualitas tidur adalah melakukan gerakan relaksasi, mengonsumsi susu dan protein, melupakan permasalahan sebelum tidur serta melakukan kebiasaan tertentu sebelum tidur (Nishinoue *et al*, 2012).

Penelitian yang dilakukan Drake menyebutkan bahwa 400 mg kafein yang dikonsumsi bahkan 6 jam sebelum tidur masih akan mengurangi kuantitas tidur sebanyak kurang lebih 1 jam (Drake *et al*, 2013). Olahraga teratur juga merupakan salah satu aspek penting dalam *sleep hygiene*. Sebuah penelitian eksperimen memberikan intervensi berupa aktivitas fisik dan penerapan *sleep hygiene* yang baik pada lansia selama 16 minggu dan hasilnya

terdapat peningkatan kualitas tidur secara signifikan, perbaikan suasana hati serta meningkatnya kualitas hidup (Reid *et al*, 2010).

Penggunaan tempat tidur untuk kegiatan yang tidak sesuai dengan tidur misalnya menonton TV atau makan akan menurunkan kuantitas tidur. Aktivitas selain tidur yang dilakukan di atas tempat tidur akan mempengaruhi kerja otak sehingga selalu merasa bahwa tempat tidur tidak berhubungan dengan aktivitas tidur. Hal ini meningkatkan kesulitan untuk memulai tidur.

## SIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Simpulan yang dapat diambil berdasarkan penelitian ini adalah mayoritas responden adalah lansia *elderly* (60–74 tahun) dengan jenis kelamin perempuan. Sebagian besar memiliki penyakit kronis dan pada umumnya tingkat *sleep hygiene* lansia di PSLU Jombang tergolong baik.

Tingkat depresi yang paling banyak diderita lansia adalah ringan. Namun jika dibandingkan dengan seluruh responden, sebagian besar lansia tidak mengalami depresi (normal). Depresi menunjukkan hubungan dengan Insomnia dan merupakan faktor risik gangguan tidur ini di mana lansia yang menderita depresi menunjukkan 22,667 kali risiko untuk terkena Insomnia dibandingkan dengan lansia yang tidak depresi.

Sebagian kecil lansia memiliki *sleep hygiene* yang buruk. Hal ini tidak berhubungan dengan lingkungan tidur saja, namun juga perilaku yang diterapkan lansia. *Sleep hygiene* menghasilkan hubungan bermakna dan merupakan faktor risiko Insomnia. Risiko terkena Insomnia bagi lansia dengan *sleep hygiene* buruk 11 kali lebih besar dibandingkan pada lansia dengan *sleep hygiene* yang baik.

Penyakit kronis yang paling banyak adalah Arthritis dan Hipertensi. Penyakit kronis menunjukkan hubungan dengan Insomnia dan merupakan faktor risiko Insomnia di mana lansia dengan penyakit kronis berisiko > 6 kali untuk terkena Insomnia daripada mereka yang tidak sakit.

### Saran

Saran yang dapat diberikan peneliti adalah diperlukan tindakan sebagai pengendalian gangguan psikologis terutama depresi misalnya dengan terapi relaksasi sederhana yang dilakukan seminggu sekali

sehingga dapat meningkatkan kualitas tidur dan *sleep hygiene* lansia

Bagi lansia yang menderita penyakit kronis, disarankan melakukan tindakan untuk menjaga kondisi kesehatannya karena rasa nyeri dan sakit dapat mempengaruhi kualitas tidur. Tindakan ini bisa dengan menjaga diet rendah garam pada penderita Hipertensi, penggunaan selimut pada malam hari pada penderita gangguan pernapasan dan konsumsi obat sesuai dengan penyakit yang diderita. Lansia diharapkan melakukan pemeriksaan kesehatannya minimal 1 bulan sekali.

Bagi klinik dalam panti diharapkan dapat memberikan pelayanan yang baik guna mengontrol penyakit kronis serta memberikan perhatian lebih pada gangguan tidur yang dialami lansia dengan memberikan terapi *farmacological* maupun *non farmacological*. Terapi *farmacological* dilakukan pada lansia dengan gangguan tidur yang sangat berat sesuai dengan kebutuhan. Terapi *non-farmacological* dapat dilakukan pada lansia yang mengalami Insomnia awal hingga sedang dengan modifikasi perilaku dan lingkungan tidur (perbaikan *sleep hygiene*) atau metode lain seperti *Cognitive Behavioral Terapy*.

Perlu ada perbaikan *sleep hygiene* yang mencakup kenyamanan lingkungan tidur dan perbaikan perilaku atau kebiasaan tidur. Upaya awal dalam perbaikan *sleep hygiene* dapat berupa edukasi tentang ritual tidur yang benar dan pengkondisian ruang tidur yang sesuai. Edukasi dilakukan dengan penyuluhan tentang kualitas tidur dan *sleep hygiene* yang baik pada lansia atau menyelipkan penerapan *sleep hygiene* pada program-program yang telah ada di panti.

## REFERENSI

- Adriani, M., dan B. Wirjatmadi. 2012. *Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan*. Edisi Pertama. Kencana. Jakarta: 394–419.
- Badan Pusat Statistik. 2011. *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2010*. Jakarta; Subdirektorat Statistik Pendidikan dan Kesejahteraan Sosial: 37–43.
- Buyse, D.J. 2008. Chronic Insomnia. *Journal Psychiatry*, 165: 678–686.
- Chen, Q., L.L. Hayman, R.H. Shmerling, J.F. Bean, S.G. Leveille. 2011. Characteristics of Chronic Pain Associated with Sleep Difficulty in the Older Population: The Mobilize Boston Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58: 1385–1392.
- Cooke, J. R., S. Ancoli-Israel. 2011. Normal and Abnormal Sleep in the Elderly. *Handbook of Clinical Neurology*, 98:653–665.
- Drake, C., T. Roehrs, J. Shambroom, T. Roth. 2013. Caffein Effect on Sleep Taken 0, 3 or 6 Hours before Going to Bed. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 9: 1195–1200.
- Gehrman, P. dan S. Ancoli-Israel. 2010. Insomnia in the Elderly. Dalam *Insomnia Diagnosis and Treatment*. Editor M.J. Sateia dan D.J. Buysse. Informa Health. New York: 90–91.
- Ghaddafi, M. 2010. Tatalaksana Insomnia dengan Farmakologi atau Non-Farmakologi. *E-Jurnal Medika Udayana*, 4: 1–17.
- Glovinsky, P. dan A.J. Spielman. 2006. *The Insomnia Answer: A Personalized Program to Identifying and Overcoming The Three Types of Insomnia*. Penguin Group. New York: 55–58.
- Gooneratne, N.S., S.L. Bellamy, F. Pack, B. Staley, S.S. Rodin, D.F. Dinges, A.I. Pack. 2011. Case-Control Study of Subjective and Objective Differences in Sleep Patterns in Older Adults with Insomnia Symptom. *Journal of Sleep Research*, 20: 434–444.
- Helbig, A.K., A. Doring, M. Heier, R.T. Emeny, A-K. Zimmermann, C.S. Autenrieth, K-H. Ladwig, E. Grill, C. Meisinger. 2013. Association between Sleep Disturbance and Falls among the Elderly: Results from the German Cooperative Health Research in the Region of Augsburg-Age Study. *Sleep Medicine*, 14: 1356–1363.
- Hellstrom, A. 2013. Insomnia Syptoms in Elderly Persons. *Disertasi*. Lund University Faculty of Medicine. Sweden: 22–23.
- Jaussent, I., J.P. Empana, M.L. Ancelin, A. Besset, C. Helmer, C. Tzourio, K. Rotchie, J. Bouyer, Y. Dauvilliers. 2013. Insomnia, Daytime Sleepiness and Cardio-Cerebrovascular Disease in the Elderly: A 6 Years Prospective Study. *PloS ONE*, 8: 1–8.
- Louie, G.H., M.G. Tektonidou, A.J. Caban-Martinez, M.M. Ward. 2011. Sleep Disturbance in Adults with Arthritis: Prevalence, Mediator and Subgroups at Greatest Risk. Data from 2007 National Health Interview Survey. *Arthritis Care and Research*, 63: 247–260.
- Nadorff, M.R., A. Fiske, J.A. Sperry, R. Petts, J.J. Gregg. 2013. Insomnia Symptoms, Nightmare and Suicidal Ideation in Older Adults. *The Journal of Gerontology*, 68: 145–152.

- Najjah, D.P. 2009. Konsep Home pada Panti Sosial Tresna Werdha. *Skripsi*. Jakarta; Universitas Indonesia: 14.
- Nishinoue, N., T. Takano, A. Kaku, R. Eto, N. Kato, Y. Ono dan K. Tanaka. 2012. Effects of Sleep Hygiene Education and Behavioral Therapy on Sleep Quality of White-collar Worker: A Randomized Controlled Trial. *Industrial Health*, 50: 123–131.
- Pandi-Perumal, S.R., J.M. Monti, A.A. Monjan. 2010. *Principles and Practice of Geriatric Sleep Medicine*. Cambridge University Press. Cambridge: 126–127.
- Reid, K.J., K.G. Baron, B. Lu, E. Naylor, L. Wolfe, P.C. Zee. 2010. Aerobic Exercise Improve Self-reported Sleep and Quality of Life in Older Adults with Insomnia. *Sleep Medicine*, 11: 934–940.
- Rosita. 2012. Stressor Sosial Biologi pada Lansia Panti Werdha Usia dan Lansia Tinggal Bersama Keluarga. *Bio Kultur*, 1: 43–52.
- Sadock, B.J. dan V.A. Sadock. 2010. *Handbook of Clinical Psychiatry*. Edisi Kelima. Lippincot Williams and Wilkins. Philadelphia: 278–280.
- Silvanasari, I.A. 2012. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Tidur yang Buruk pada Lansia di Desa Wonojati Kecamatan Jenggawah Kabupaten Jember. *Skripsi*. Jember; Universitas Jember: 41–42.
- Suen, L.K.P., W.W.S. Tam, K.L. Hon. 2010. Association of Sleep Hygiene-Related Factors and Quality Among University Student in Hongkong. *Hongkong Medical Journal*, 16: 160–165.
- Tsou, M.T. 2014. The Association between Metabolic Syndrome and Sleep Symptoms and Sleep Hygiene in The Elderly in Northern Taiwan. *Advances in Aging Research*, 3: 18–24.
- Yokoyama, E., Y. Kaneita, Y. Saito, M. Uchiyama, Y. Matsuzaki, T. Tamaki, T. Munezawa dan T. Ohida. 2010. Association between Depression and Insomnia Subtypes: A Longitudinal Study on the Elderly in Japan. *Sleep*, 33: 1693–1702.