

*RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION WITH INSOMNIA IN  
ELDERLY IN THE TRESNA SOCIAL WERDHA GAU MABAJI GOWA*

**HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DENGAN INSOMNIA  
PADA LANSIA DIPANTI SOSIAL TRESNA  
WERDHA GAU MABAJI GOWA**



**Skripsi ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh  
Gelar Sarjana Kedokteran**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

**2019**

16/03/2021

1 cap  
Smb. Alumni

12/0038/DOK/2109  
NOV  
k'

**PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING**

**HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DENGAN INSOMNIA  
PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA  
WERDHA GAU MABAJI GOWA**

**NOVITASARI**

**10542 0634 15**

**Skripsi ini telah disetujui dan diperiksa oleh Pembimbing Skripsi  
Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar**

**Makassar, 04 Maret 2019**

**Menyetujui pembimbing,**



**dr. Rosdiana, Sp. OG., M. kes**

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DENGAN INSOMNIA  
PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA  
WERDHA GAU MABAJI GOWA

Makassar, 04 Maret 2019

Pembimbing,



dr. Rosdiana, Sp. OG., M. kes

**PANITIA SIDANG UJIAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

Skripsi dengan judul "**HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DENGAN  
INSOMNIA PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA  
WERDHA GAU MABAJI GOWA**" Telah diperiksa, disetujui, serta di  
pertahankan di hadapan Tim Penguji Skripsi Fakultas Kedokteran Universitas  
Muhammadiyah Makassar pada :

**Hari/Tanggal** : **Senin, 04 Maret 2019**  
**Waktu** : **14.00 WITA - selesai**  
**Tempat** : **Ruang Meu, Lt.2 FK Unismuh**

**Ketua Tim Penguji :**

  
dr. Rosdiana, Sp. OG., M. kes

**Anggota Tim Penguji:**

**Anggota I**

  
dr. Sumarni, Sp.JP

**Anggota II**

  
Dr. Alimuddin., M.Ag

## LEMBAR PENGESAHAN

### DATA MAHASISWA:

Nama Lengkap : Novitasari  
Tanggal Lahir : Samarinda, 01 Desember 1995  
Tahun Masuk : 2015  
Peminatan : Kedokteran Klinik  
Nama Pembimbing Akademik : dr. Samsani  
Nama Pembimbing Skripsi : dr. Rosdiana.,Sp.OG.,M.Kes

### JUDUL PENELITIAN:

**HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DENGAN INSOMNIA  
PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA  
WERDHA GAU MABAJI GOWA**

Menyatakan bahwa yang bersangkutan telah memenuhi persyaratan akademik dan administrasi untuk mengikuti ujian skripsi Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar

Makassar, 04 Maret 2019

Mengesahkan.



**Juliani Ibrahim, M.Sc., Ph.D**  
Koordinator Skripsi Unismuh

## PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya

Nama Lengkap : Novitasari  
Tanggal Lahir : Samarinda, 01 Desember 1995  
Tahun Masuk : 2015  
Peminatan : Kedokteran Klinik  
Nama Pembimbing Akademik : dr. Samsani  
Nama Pembimbing Skripsi : dr. Rosdiana, Sp. OG., M.Kes

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul :

**HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DENGAN INSOMNIA  
PADA LANSIA DI PANTI SOSIAL TRESNA  
WERDHA GAU MABAJI GOWA**

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikian surat pernyataan ini saya buat sebenar-benarnya.

Makassar, September 2018



Novitasari

NIM. 10542 0634 15

## RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Novitasari  
Tempat, Tanggal Lahir : Samarinda, 01 Desember 1995  
Agama : Islam  
Alamat : Jl. Hertasning  
Nomor Telepon/Hp : 085268777717  
Email : novitasfaisal@gmail.com



### RIWAYAT PENDIDIKAN

1. TK. Islam Al-Falah Samarinda (1999-2001)
2. SD Negeri 002 Samarinda (2001-2007)
3. SMP Negeri 2 Samarinda (2007-2010)
4. SMA Negeri 16 Samarinda (2010-2013)

### RIWAYAT ORGANISASI

1. Anggota Club Tari Medical Art Club Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar 2017 – 2018
2. Anggota Fundraising Asian Medical Students' Association Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar 2017 – 2018
3. Anggota Publication and Promotion Asian Medical Students' Association Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar 2018 – 2019
4. Anggota Departemen Pengembangan Sumber Daya Mahasiswa Badan Eksekutif Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar 2018-2019

MEDICAL FACULTY  
UNIVERSITY OF MUHAMMADIYAH MAKASSAR

UNDERGRADUATE THESIS, MARCH 04, 2019

"RELATIONSHIP BETWEEN DEPRESSION WITH INSOMNIA IN  
ELDERLY IN THE TRESNA SOCIAL WERDHA GAU MABAJI GOWA"

NOVITASARI (10542 0634 15)

Dr.ROSDIANA SAHABUDDIN

(x + 60 pages, 4 tables, 3images, attachment)

**ABSTRACT**

**BACKGROUND:** Elderly people (elderly) is the final stage of human growth and development which usually starts at 60 years of age and undergoes a good degenerative process physical and psychosocial. The next problem experienced by the elderly is the decline in health care, the withdrawal of physical and mental abilities, one of which can cause the elderly to experience depression that affects sleep quality such as insomnia.

**OBJECTIVE:** This study was to determine the relationship between depression and insomnia in the elderly at Tresna Werdha Social Institution Gau Mabaji Gowa

**METHOD:** This study used a descriptive correlative design with cross sectional approach. The sampling technique used *purposive sampling* as many as 65 elderly. Data collection uses interviews and questionnaires.

**RESULTS:** Based on the results of data analysis using Spearman-Rho correlation obtained a significance value of 0.003 which is smaller than  $\alpha = 0.05$  means that  $H_1$  is accepted, from this result it appears that there is a relationship between depression and insomnia in the elderly at the Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa.

**CONCLUSION:** There is a relationship between deperion with insomnia in the elderly at the Social Institution Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa

**KEY WORDS:** Depression, Insomnia, Elderly

**REFERENCE:** 30 (1992-2018)

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR**

**SKRIPSI, 04 MARET 2019**

**“HUBUNGAN ANTARA DEPRESI DENGAN INSOMNIA PADA LANSIA  
DI PANTI SOSIAL TRESNA WERDHA GAU MABAJI GOWA”**

**NOVITASARI ( 10542 0634 15)  
dr.ROSDIANA SAHABUDDIN  
(x + 60 halaman, 4 tabel, 3 gambar, lampiran)**

**ABSTRAK**

**LATAR BELAKANG :** Lansia usia (lansia) merupakan tahap akhir tumbuh kembang manusia yang biasanya dimulai usia 60 tahun dan mengalami proses degeneratif baik fisik dan psikososial. Permasalahan yang selanjutnya dialami lansia adalah menurunnya kondisi kesehatan, mundurnya kemampuan fisik dan mental yang salah satunya dapat mengakibatkan lansia mengalami depresi yang berdampak pada kualitas tidur seperti insomnia.

**TUJUAN :** Penelitian ini untuk mengetahui hubungan antara depresi dengan insomnia pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa

**METODE :** Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif korelatif dengan pendekatan cross sectional. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* sebanyak 65 lansia. Pengumpulan data menggunakan wawancara dan kuesioner.

**HASIL :** Berdasarkan hasil analisis data menggunakan korelasi Spearman-Rho diperoleh nilai signifikansi sebesar 0,003 yang lebih kecil dari  $\alpha = 0,05$  berarti  $H_1$  yang diterima, dari hasil ini terlihat bahwa ada hubungan antara depresi dengan insomnia pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa.

**KESIMPULAN :** Terdapat hubungan antara depresi dengan insomnia pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa

**KATA KUNCI :** Depresi, Insomnia, Lansia

**REFERENSI :** 30 (1992-2018)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah SWT, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi ini. Penulisan skripsi ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan skripsi ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan skripsi ini.

Untaian rasa terima kasih penulis haturkan terkhusus kepada kedua orang tua Ayah (H.Faisal) dan Ibu (Hj. Syamsiah) yang senantiasa memberikan semangat dan kasih sayang yang tiada terhingga, selalu memberikan dukungan dan semangat yang membuat saya bisa sampai ke titik ini untuk menyelesaikan pendidikan preklinik saya dengan baik.

Saya menyadari bahwa skripsi ini tidak akan terselesaikan dengan baik tanpa adanya bantuan, bimbingan dan dorongan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati saya mengucapkan banyak terima kasih kepada:

1. dr. H. Mahmud Gazrawie Ph.D, Sp. PA(K), selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Makassar
2. dr. Rosdiana Sahabuddin, M.Kes, SpOG selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan dan membantu saya dalam penyusunan skripsi ini
3. dr. Bramantyas Hapsari, M.Sc dan dr. Sumarni, Sp.JP selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan, nasehat, dan kritikan yang membangun dalam penyusunan skripsi ini.
4. Dr. Alimuddin, M.Ag, selaku dosen penguji dn pembimbing yang telah memberikan masukan dan saran tentang bagaimana pandangan islam yang berkaitan dengan dunia kedokteran.
5. Kepala PSTW dan Lansia di PSTW yang sudah sangat kooperatif dalam membantu saya memenuhi sampel yang dibutuhkan.

6. Teman-teman Angkatan 2015 “Sinoatrial” yang senantiasa saling mengingatkan dan menyemangati dalam menyelesaikan penelitian ini dan juga sebagai teman sejawat yang saling mendukung satu sama lain.
7. Teman-teman yang telah bersama mengikuti ujian skripsi yaitu Dwi Utami Abd. Latif, Suci Ramadhani dan Harbiah yang telah bersama dalam suka dan duka untuk menyelesaikan skripsi ini.
8. Sahabat-sahabat saya yaitu Anniza Fitrah M, Arni Safri, Aulia Faradina, Rasdiana FB Matong, Dinda Fuadila Al-Humaira, A. St. Haniyah dan Naila Nurizza yang sudah sama-sama berjuang dan saling mengingatkan untuk bisa menyelesaikan skripsi ini.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga skripsi ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, 26 Februari 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

PERNYATAAN PERSETUJUAN PEMBIMBING

PERNYATAAN PENGESAHAN

PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

ABSTRACT ..... i

ABSTRAK ..... iii

KATA PENGANTAR ..... v

DAFTAR ISI ..... vii

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang ..... 1

1.2 Rumusan Masalah ..... 6

1.3 Tujuan Penelitian ..... 6

1.4 Manfaat Penelitian ..... 6

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tidur ..... 8

2.1.1 Definisi ..... 8

2.1.2 Tipe Tidur ..... 9

2.2 Depresi ..... 12

2.2.1 Definisi ..... 12

2.2.2	Epidemiologi .....	13
2.2.3	Etiologi .....	14
2.2.4	Faktor Resiko .....	17
2.2.5	Gejala Klinis .....	18
2.2.6	Klasifikasi depresi .....	20
2.2.7	Diagnosis dan Skrining .....	22
2.3	Insomnia .....	24
2.3.1	Definisi .....	24
2.3.2	Faktor-Faktor Mempengaruhi Insomnia .....	25
2.3.3	Klasifikasi Insomnia .....	26
2.3.4	Etiologi .....	27
2.3.5	Tanda dan Gejala .....	28
2.3.6	Penanganan .....	28
2.4	Lanjut Usia (Lansia) .....	30
2.4.1	Definisi .....	30
2.4.2	Batasan Umur Lanjut Usia .....	33
2.4.3	Klasifikasi Lansia .....	33
2.4.4	Perubahan Terjadi Pada Lansia .....	33
2.5	Hubungan Antara Depresi dan Insomnia Pada Lansia .....	36

**BAB III KERANGKA KONSEP**

3.1	Kerangka Teori .....	37
3.2	Kerangka Konsep .....	38
3.3	Definisi Operasional .....	39

3.4 Hipotesis .....	40
---------------------	----

## BAB IV METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Objek Penelitian .....	41
4.1.1 Populasi .....	41
4.1.2 Sampel .....	41
a. Kriteria Inklusi .....	41
b. Kriteria Eksklusi .....	41
4.1.3 Waktu dan Tempat Penelitian .....	41
4.2 Metode Penelitian .....	42
4.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	42
4.3.1 Besar Sampel .....	42
4.3.2 Metode Sampling .....	43
4.4 Teknik Pengumpulan Data .....	44
4.4.1 Jenis dan Sumber Data .....	44
4.4.2 Manajemen Pengolahan Data .....	44
4.5 Teknik Analisis Data .....	45
4.6 Alur Penelitian .....	46
4.7 Etika Penelitian .....	46

## BAB V HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Populasi atau Sampel .....	47
5.2 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	47
5.3 Deskripsi Karakteristik Responden .....	49

5.4 Hasil Analisis.....	50
5.4.1 Analisis Univariat .....	50
5.4.2 Analisis Bivariat .....	51

**BAB VI PEMBAHASAN**

6.1 Hubungan antara Depresi dengan Insomnia Pada Lansia.....	53
--	----

**BAB VII PENUTUP**

7.1 Kesimpulan.....	56
7.2 Keterbatasan Meneliti.....	56
7.3 Saran.....	57

DAFTAR PUSTAKA.....	60
---------------------	----

**LAMPIRAN**



## DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi Berdasarkan Karakteristik Responden .....	49
Tabel 5.2	Pengkategorian Tingkat Depresi .....	50
Tabel 5.3	Pengkategorian Tingkat Insomnia .....	51
Tabel 5.4	Hubungan Antara Depresi Dengan Insomnia Pada Lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa .....	52



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Teori .....	37
Gambar 3.2 Kerangka Konsep .....	38
Gambar 3.3 Definisi Operasional .....	39



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Setiap orang yang berhubungan dengan lanjut usia adalah orang yang berusia 56 tahun ke atas, tidak mempunyai penghasilan dan tidak berdaya mencari nafkah untuk keperluan pokok bagi kehidupannya sehari-hari.

Pada usia 55 – 65 tahun merupakan kelompok umur yang mencapai tahap praenisiium. Pada tahap ini tubuh akan mengalami berbagai penurunan daya tahan tubuh / kesehatan dan berbagai tekanan psikologis. Dengan demikian akan timbul perubahan – perubahan dalam hidupnya. Demikian juga batasan lanjut usia yang tercantum dalam Undang – Undang Nomor 4 tahun 1965 tentang pemberian bantuan penghidupan orang jompo, bahwa yang berhak mendapatkan bantuan adalah mereka yang berusia 56 tahun ke atas. Dengan demikian dalam undang – undang tersebut menyatakan bahwa lanjut usia adalah yang berumur 56 tahun ke atas. Namun demikian masih terdapat perbedaan dalam menetapkan batasan usia seseorang untuk dapat dikelompokkan ke dalam penduduk lanjut usia. Dalam penelitian ini digunakan batasan umur 56 tahun untuk menyatakan orang lanjut usia.<sup>3</sup>

Menurut departemen kesehatan Negara Republik Indonesia tahun 2009 masa lanjut usia di bagi menjadi tiga :<sup>4</sup>

1. Masa lansia awal : 46 – 55 tahun
2. Masa lansia akhir : 56 – 65 tahun
3. Masa manula : > 65 tahun

Lebih dari 80 % penduduk lanjut usia menderita penyakit fisik yang mengganggu fungsi mandiri. Sejumlah 30 % penderita yang menderita penyakit fisik tersebut menderita kondisi komorbid psikiatrik, terutama depresi dan cemas. Sebagian besar lanjut usia yang menderita penyakit fisik dan gangguan mental tersebut menderita gangguan tidur atau biasa disebut dengan insomnia.<sup>2</sup>

Indonesia adalah termasuk negara yang memasuki era penduduk berstruktur lanjut usia. Berdasarkan hasil sensus penduduk usia harapan hidup Indonesia tahun 1971 adalah 47,7 tahun. Menjelang tahun 1980 mempunyai usia harapan hidup lebih panjang yakni 52,2 tahun, meningkat lagi menjadi 59,8 tahun untuk bayi yang dilahirkan menjelang tahun 1990, dan bagi bayi yang dilahirkan tahun 2000 usia harapan hidupnya mencapai usia 65,5 tahun. Tahun 2010 usia harapan hidup Indonesia menjadi 69 tahun, dan pada tahun 2025 jumlah penduduk di Indonesia diperkirakan mencapai 273,65 juta jiwa dengan angka harapan mencapai 69 tahun.<sup>5</sup> Badan Pusat Statistik pada tahun 2015 menunjukkan data lansia di Sulawesi Selatan sebanyak 2.015.572 orang atau 23,65 % dari keseluruhan penduduk 8.520.304 jiwa, dengan jumlah lansia perempuan menurut pembagian departemen kesehatan sebanyak 1.090.771 orang lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk lansia pada laki-laki yaitu 924.801 orang.

Di Provinsi Sulawesi Selatan penduduk lansia di atas 65 tahun perempuan mencapai 287.848 orang dan jumlah penduduk lansia di atas 65 tahun laki-laki mencapai 209.119 orang.<sup>6</sup>

Depresi merupakan salah satu penyebab terjadinya insomnia pada lansia. Depresi menyebabkan orang menjadi sedih, susah tidur dan merasa lelah saat bangun dari tidur. Selain depresi, faktor yang dapat mempengaruhi pada lansia adalah stress atau kecemasan, kematian pasangan hidup, penggunaan obat yang meningkat dan kondisi sakit fisik yang menimbulkan gangguan aktifitas sehari-hari, baik aktifitas jasmani, rohani, maupun sosial.<sup>2</sup>

Keluhan-keluhan seputar masalah tidur menduduki peringkat tinggi diantara masalah-masalah yang berhubungan dengan lansia. Walaupun beberapa keluhan mengenai kualitas tidur dapat berhubungan dengan proses penuaan alami, tetapi biasanya juga sebagai kombinasi dari perubahan karena faktor resiko pada usia lanjut. Penyebab insomnia bervariasi dan mencakup masalah medis kronis atau akut, kebiasaan jam tidur atau rutinitas tidur yang buruk, stres, dan lingkungan yang mengubah irama hidup. Apabila insomnia diduga disebabkan oleh masalah mental atau fisik, maka harus diperlakukan sebagai gangguan mental atau fisik. Apabila insomnia diduga disebabkan oleh faktor lingkungan, maka harus mengubah faktor tersebut dan memberikan perawatan yang responsif terhadap insomnia. Keluhan ini biasanya dikarenakan persoalan medik atau kondisi psikologis, misalnya akibat stres dan depresi, sakit fisik, atau

pengaruh gaya hidup seperti seringkali minum kopi, alkohol dan merokok.

Insomnia biasanya timbul sebagai gejala suatu gangguan lain yang mendasarinya, seperti kecemasan dan depresi atau gangguan emosi lain yang terjadi dalam hidup manusia. Insomnia yang ringan tidak perlu diberi obat, tetapi cukup dengan penjaminan kembali. Insomnia yang berat biasanya merupakan gejala gangguan yang lain atau dapat merupakan faktor penyebab (misalnya kelemahan badan, tremor, berkurangnya konsentrasi) atau faktor pencetus karena stres yang ditimbulkannya (seperti gejala-gejala skizofrenia) mungkin timbul lagi atau kecemasan. Insomnia pada pagi-pagi sekali (penderita tertidur biasa, tetapi terbangun pukul 02 atau 03 lalu tidak dapat tidur lagi. Biasanya merupakan gejala depresi endogenik. Kesukaran untuk memulai tidur biasanya terdapat pada nerosa (depresi atau cemas). Terdapat juga pasien yang takut tertidur karena takut mimpi buruk.<sup>8</sup>

Sebagian besar lansia berisiko tinggi mengalami gangguan tidur akibat berbagai faktor proses patologis terkait usia dapat menyebabkan perubahan pola tidur. Gangguan tidur tersebut disebabkan oleh beban pikiran yaitu adanya kekhawatiran yang dirasakan oleh lansia terhadap keluarganya. Lansia yang mengalami keluhan beban pikiran disebabkan memikirkan keluarga yang ditinggalkan karena keadaan ekonomi keluarga yang masih kurang mencukupi. Selain itu terdapat 35% lansia yang menderita sakit fisik tersebut menderita kondisi psikiatrik, terutama depresi dan kecemasan. Sebagian besar lansia yang menderita penyakit

dan gangguan mental tersebut mengalami gangguan tidur.<sup>8</sup>

Berdasarkan ini, maka siapa saja yang telah melewati usia 40 tahun hingga akhir hayatnya, ia telah berada dalam fase terakhir kehidupannya. Kehidupan manusia akan berakhir umumnya pada kisaran usia 60 hingga 70 tahun.

عَنْ أَبِي هُرَيْرَةَ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ قَالَ قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ: «أَعْمَارُ أُمَّتِي مَا بَيْنَ سِتِّينَ وَسِتِّينَ وَأَقْلَهُمْ مَنْ يَجُوزُ ذَلِكَ

*Dari Abu Hurairah Radhiyallahu anhu, bahwa sesungguhnya Rasûlullâh Shallallahu 'alaihi wa sallam bersabda: "Usia umatku (umat Islam) antara 60 hingga 70 tahun. Dan sedikit dari mereka yang melewatinya". [HR. At-Tirmidzi dan Ibnu Mâjah. ShahihulJâmi' 1073]*

Saat fase ini mulai datang, kekuatan fisik sedikit demi sedikit menyusut, ketajaman mata mulai berkurang sehingga dibutuhkan alat bantu untuk melihat, daya ingat menurun dan kulit mengendur serta guratan-guratan tanda penuaan pun muncul. Rambut-rambut putih sedikit demi sedikit menghiasai kepalanya. Penyakit-penyakit degeneratif pun banyak muncul pada fase ini.<sup>28</sup>

Panti Sosial Trsna Wredha Gau Mabaji Gowa merupakan tempat tinggal para lansia di Provinsi Sulawesi Selatan, oleh karena itu penulis ingin mengetahui seberapa besar lansia pada panti tersebut yang mengalami depresi sehingga mengakibatkan insomnia. Sehingga penulis tertarik ingin meneliti tentang hubungan depresi dan insomnia pada lansia

di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas, adapun yang menjadi rumusan masalah adalah “Apakah ada hubungan antara depresi dengan insomnia pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa?”.

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara depresi dengan insomnia pada lansia dipanti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui apakah lansia yang terindikasi depresi mengalami insomnia
- b. Untuk mengetahui apakah lansia yang tidak terindikasi depresi mengalami insomnia.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1. Bagi Panti Sosial

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi berkaitan dengan depresi dengan insomnia pada lansia sehingga di harapkan dapat mengambil kebijakan untuk mengatasi masalah tersebut.

### 2. Bagi Perawat Lansia

Diharapkan dapat dijadikan bahan masukan bagi perawat lansia agar meningkatkan pengetahuan tentang depresi untuk menghindari terjadinya depresi pada lansia. Dan menambah pengetahuan tentang

kualitas tidur lansia agar tidak ada lansia yang insomnia.

**3. Bagi penulis**

Diharapkan penulis dapat menerapkan ilmu pada lansia betapa bahaya depresi dan kualitas tidur agar tidak terjadi insomnia.



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Tidur

##### 2.1.1 Definisi

Tidur didefinisikan sebagai keadaan di mana terjadi penurunan atau kehilangan kesadaran secara alami yang ditandai dengan menurunnya aktivitas motorik dan sensorik, seseorang masih dapat dibangunkan dengan pemberian rangsang sensorik atau rangsangan lainnya. Ada beberapa tahap dalam tidur dari tidur yang ringan sampai tidur yang sangat dalam, penelitian tidur juga membagi tidur menjadi dua tipe yang berbeda, dan memiliki kualitas yang berbeda.<sup>10</sup>

Tidur merupakan sebuah siklus. Setiap orang memiliki siklus tidur yang berbeda-beda. Setiap makhluk memiliki irama kehidupan yang sesuai dengan masa rotasi bola dunia yang dikenal dengan nama irama sirkadia. Irama sirkadia atau yang sering disebut dengan irama 24 jam. Irama sirkadia mempengaruhi pola fungsi fisiologi utama dan pola perilaku, seperti perubahan suhu, denyut jantung, fluktuasi tekanan darah, sekresi hormon, dan suasana hati. Tidur merupakan kegiatan susunan saraf pusat ketika seseorang sedang tidur bukan berarti bahwa susunan saraf pusatnya tidak aktif bukan berarti bahwa susunan saraf pusatnya tidak aktif melainkan sedang bekerja. Pola tidur seseorang dari segi kuantitas bisa dinilai dari jumlah tidurnya, sedangkan dari kualitas dilihat dari seberapa dalam tidur seseorang.<sup>11</sup>

### 2.1.2 Tipe Tidur

Terdapat dua macam tipe tidur<sup>12</sup> :

1. Fase Rapid Eye Movement (REM)
2. Fase Non Rapid Eye Movement (NREM)

Fase NREM dapat diartikan sebagai tidur gelombang lambat. Pada fase ini terdiri dari 4 tahapan, masing-masing memperlihatkan gelombang EEG yang semakin pelan dengan amplitudo lebih besar, maka dari itu dikatakan tidur "gelombang lambat".<sup>12</sup>

#### a. Tidur Tahap Pertama

Fase ini merupakan antara fase terjaga dan fase awal tidur. Fase ini didapatkan kelopak mata tertutup, tonus otot berkurang dan tampak gerakan bola mata kekanan dan kekiri. Fase ini hanya berlangsung 3-5 menit dan mudah sekali dibangunkan. Gambaran EEG biasanya terdiri dari gelombang campuran alfa, betha dan kadang gelombang theta dengan amplitudo yang rendah. Tidak didapatkan adanya gelombang sleep spindle dan kompleks K.

#### b. Tidur Tahap Kedua

Pada fase ini didapatkan bola mata berhenti bergerak, tonus otot masih berkurang, tidur lebih dalam dari pada fase pertama. Gambaran EEG terdiri dari gelombang theta simetris. Terlihat adanya gelombang sleep spindle, gelombang verteks dan komplek

c. Tidur tahap tiga

Fase ini tidur lebih dalam dari fase sebelumnya. Gambaran EEG terdapat lebih banyak gelombang delta simetris antara 25%-50% serta tampak gelombang sleep spindle

d. Tidur Tahap Empat

Merupakan tidur yang dalam serta sukar dibangunkan. Gambaran EEG didominasi oleh gelombang delta sampai 50% tampak gelombang sleep spindle

Fase tidur NREM, ini biasanya berlangsung antara 70 menit sampai 100 menit, setelah itu akan masuk ke fase REM. Pada waktu REM jam pertama prosesnya berlangsung lebih cepat dan menjadi lebih instan dan panjang saat menjelang pagi atau bangun. Pola tidur REM ditandai adanya gerakan bola mata yang cepat, tonus otot yang sangat rendah, apabila dibangunkan hampir semua organ akan dapat menceritakan mimpinya, denyut nadi bertambah dan pada laki-laki terjadi eraksi penis, tonus otot menunjukkan relaksasi yang dalam. Pola tidur REM berubah sepanjang kehidupan seseorang seperti periode neonatal bahwa tidur REM mewakili 50% dari waktu total tidur. Periode neonatal ini pada EEG-nya masuk ke fase REM tanpa melalui stadium 1 sampai 4. Pada usia 4 bulan pola berubah sehingga persentasi total tidur REM berkurang sampai 40% hal ini sesuai dengan kematangan sel-sel otak, kemudian akan masuk keperiode awal tidur yang

didahului oleh fase NREM kemudian fase REM pada dewasa muda dengan distribusi fase tidur sebagai berikut: <sup>12</sup>

- a. NREM (75%) yaitu stadium 1: 5%; stadium 2 : 45%; stadium 3 : 12%; stadium 4 : 13%
- b. REM; 25 %.

#### **Cara Tidur Rasulullah Saw**

Untuk mendapatkan tidur yang sehat dan nyaman, maka dianjurkan untuk meneladani bagaimana cara tidur Nabi Muhammad Saw. tidur Nabi Muhammad Saw. tidur yang sangat baik bagi kesehatan, setiap posisi dan waktu yang beliau pilih untuk tidur sangat bermanfaat bagi kesehatan bahkan jauh sebelum ilmu kedokteran berkembang seperti sekarang. Berikut ini merupakan cara tidur Nabi Muhammad Saw.<sup>29</sup>

Tempat tidur Nabi Muhammad Saw: Terkadang Nabi Muhammad Saw. tidur di atas kasur, kulit yang sudah disamak, tikar, tanah, dipan, dan terkadang di atas kain hitam (Al-Jauziyah, 2000: 9).<sup>29</sup>

Waktu tidur Nabi Muhammad Saw Rasulullah Saw biasa tidur pada awal malam dan bangun pada akhir malam, tapi terkadang juga tidak tidur pada awal malam karena melayani kemaslahatan orang-orang muslim. Mata beliau tidur tapi hati beliau tidak tidur. Imam al-Ghazali berkata: "Ketahuilah bahwa waktu malam dan siang berjumlah dua puluh empat jam. Janganlah

tidurmu lebih delapan jam, hal itu sudah cukup banyak. Sekiranya anda hidup enam puluh tahun, maka dua puluh tahun atau sepertiga dari usiamu telah anda hilangkan.”

## 2.2 Depresi

### 2.2.1 Definisi

Depresi adalah gangguan mental umum yang dikarakteristikan dengan perasaan tertekan, kehilangan minat terhadap sesuatu, tidak ada energi, perasaan bersalah, adanya gangguan pada tidur atau selera makan serta konsentrasi yang buruk. Depresi adalah gangguan mood yang ditandai dengan hilangnya perasaan kendali dan pengalaman subjektif dikarenakan adanya penderitaan yang berat. CDC berpendapat bahwa depresi adalah gangguan mental yang biasanya ditandai dengan adanya penurunan mood, hilangnya minat, gangguan tidur, gangguan nafsu makan, perasaan bersalah, sulit konsentrasi dan rasa tidak berdaya pendapat oleh kaplan. Sedangkan Hawari berpendapat, depresi adalah gangguan mood yang ditandai dengan adanya kesedihan yang mendalam sehingga harapan untuk hidup hilang tetapi tidak terjadi gangguan dalam menilai kepribadian dan realita.<sup>13</sup>

Menurut Maramis, depresi digolongkan sebagai gangguan afek dan emosi. Afek adalah nada perasaan yang menyenangkan maupun tidak menyenangkan yang menyertai suatu pikiran dan biasanya berlangsung lama serta kurang disertai oleh komponen fisiologi seperti kekecewaan dan kebanggaan. Sedangkan emosi merupakan manifestasi

dari afek yang keluar dan disertai oleh banyak komponen fisiologis, biasanya berlangsung relatif tidak lama, misalnya kecemasan, ketakutan, depresi dan kegembiraan.<sup>14</sup>

Depresi adalah gangguan alam perasaan yang sedih disertai gejala penyerta meliputi perubahan pola tidur, psikomotor, kelelahan, nafsu makan, konsentrasi, rasa putus asa dan keinginan bunuh diri.<sup>15</sup>

Depresi dapat terjadi pada keadaan normal sebagai bagian dalam perjalanan proses kematangan dari emosi sehingga definisi depresi adalah sebagai berikut:

- a) pada keadaan normal depresi merupakan gangguan kemurungan (patah semangat, kesedihan) yang ditandai dengan perasaan, menurunnya kegiatan, tidak pas, dan pesimisme menghadapi masa yang akan datang.
- b) pada kasus patologis, merupakan ketidakmauan ekstrim untuk bereaksi terhadap rangsangan disertai menurunnya nilai diri, delusi ketidakpuasan, putus asa dan tidak mampu.<sup>16</sup>

### 2.2.2 Epidemiologi

Populasi lansia di dunia khususnya negara berkembang mengalami peningkatan signifikan yaitu sebesar 287 juta pada tahun 2013 (United Nation, 2013). Jumlah penduduk lansia di Indonesia juga mengalami peningkatan. Pada tahun 2010 persentase jumlah penduduk lansia sebesar 9,77% dan diprediksi akan terus meningkat hingga 11,34% pada tahun 2020. Peningkatan jumlah lansia menjadi tantangan

dalam menghadapi peningkatan angka kesakitan lansia seperti yang terjadi pada tahun 2012 sebesar 26,93%. CDC menemukan bahwa prevalensi depresi tertinggi terjadi pada kelompok usia 40-59 tahun (9,45%), diikuti oleh kelompok usia 18-39 tahun (8%), dan kelompok usia 12-17 tahun (6,3%). Sedangkan di Indonesia, prevalensi depresinya cukup tinggi, yaitu sekitar 17,8%. Berdasarkan penelitian Henry Hadianto, prevalensi depresi mahasiswa kedokteran di Universitas Tanjungpura yaitu 30,8%. Pada usia remaja, tampak perbandingan yang signifikan antara wanita dan pria dengan perbandingan (2:1).<sup>13</sup>

Badan Pusat Statistik pada tahun 2015 menunjukkan data lansia di Sulawesi Selatan sebanyak 2.015.572 orang atau 23,65 % dari keseluruhan penduduk 8.520.304 jiwa, dengan jumlah lansia perempuan menurut pembagian departemen kesehatan sebanyak 1.090.771 orang lebih banyak dibandingkan jumlah penduduk lansia pada laki-laki yaitu 924.801 orang. Di Provinsi Sulawesi Selatan penduduk lansia di atas 65 tahun perempuan mencapai 287.848 orang dan jumlah penduduk lansia di atas 65 tahun laki-laki mencapai 209.119 orang.<sup>6</sup>

### 2.2.3 Etiologi

Menurut etiologi dibagi depresi dibagi mejadi, yaitu faktor biologi, faktor genetik, dan faktor psikososial.

#### a. Faktor Biologi

Terdapat abnormalitas kadar monoamine neurotransmitter (norepinefrin, dopamine, dan serotonin) pada pasien dengan

## b. Faktor Genetik

Pada depresi terdapat faktor turunan. Pada sepasang orang kembar, jika salah satu dari mereka mengalami depresi maka 70% kemungkinan saudara kembarnya akan mengalami depresi. Untuk individu dengan riwayat keluarga depresi (orang tua, saudara, atau kakek dan nenek) akan memiliki kemungkinan terkena depresi. Pada anak yang diadopsi dari keluarga yang memiliki riwayat depresi ada kemungkinan terkena depresi tiga kali lebih besar dibandingkan anak kandung dari keluarga yang mengadopsi.<sup>13</sup>

## c. Faktor Psikososial

Manusia adalah makhluk sosial, jika manusia mengalami kerusakan di dalam sebuah hubungan dengan sesama ataupun masalah seperti ditinggalkan oleh keluarganya, kekerasan di dalam keluarganya dan penyiksaan oleh teman dapat menyebabkan orang tersebut untuk terkena depresi.<sup>13</sup>

Depresi merupakan salah satu gangguan mental yang berkaitan dengan gangguan di neurotransmitter sistem limbic. Sebagai perbandingan, kelainan psikiatrik melibatkan aktivitas yang abnormal pada jalur neurotransmitter spesifik tanpa adanya lesi di otak, sedangkan kelainan neurologik berkaitan dengan lesi spesifik di otak dan mungkin disertai oleh kelainan neurotransmisi. Contoh kelainan neurologik antara lain adalah PP dan penyakit Alzheimer.<sup>17</sup>

Defisiensi fungsional serotonin, norepinefrin, atau keduanya diperkirakan berperan dalam depresi, suatu penyakit yang ditandai oleh suasana hati yang negative disertai oleh hilangnya minat, ketidakmampuan merasakan kesenangan, dan kecenderungan bunuh diri. Serotonin dan norepinefrin pada sinaps di daerah limbic otak terlibat dalam kesenangan dan motivasi, yang mengisyaratkan bahwa kesedihan yang berlebihan dan hilangnya minat pada pasien depresi berkaitan paling sedikit dengan gangguan daerah ini oleh defisiensi atau penurunan efektivitas neurotransmitter ini. Peristiwa-peristiwa yang dirasakan penuh stress dapat memicu depresi, tetapi hubungan yang mendasarinya belum diketahui.<sup>17</sup>

#### 2.2.4 Faktor Resiko

Ada beberapa faktor risiko yang bisa meningkat kemungkinan seseorang untuk menjadi depresi, yaitu :

##### a. Jenis Kelamin

Wanita lebih sering menalami depresi dibandingkan dengan pria. Ini dikarenakan oleh beberapa hal, yaitu karena pengaruh kadar hormonal pada wanita dan pria yang berbeda. Menurut APA (American Psychological Association) depresi pada wanita lebih sering karena banyaknya jumlah stress yang dihadapi oleh wanita.<sup>13</sup>

b. Usia

Pada usia lansia lebih sering terjadi dengan rata-rata onsetnya pada usia 60 tahun keatas.<sup>13</sup>

c. Faktor Sosial Ekonomi dan Budaya

Perubahan sosial ekonomi dan budaya seperti perang, konflik internal, kekerasan dan meningkatnya angka kriminalitas, tidak mampu memenuhi kebutuhan sehari-hari dapat meningkatkan risiko seseorang terkena depresi.<sup>13</sup>

d. Status pernikahan

Pada umumnya, gangguan depresi berat terjadi paling sering pada orang yang tidak memiliki hubungan interpersonal yang erat atau yang bercerai atau berpisah.<sup>13</sup>

### 2.2.5 Gejala Klinis

Tidak semua gejala dapat ditemukan pada penderita depresi, namun pada penderita depresi biasanya ditemukan gejala yang bisa menyebabkan aktivitas sehari-hari terganggu, tetapi pada beberapa orang akan merasa tidak senang tanpa tahu penyebabnya. Gejala-gejala depresi yaitu :

- a. Kesedihan, tidak memiliki harapan dan perasaan yang hampa.
- b. Mudah marah dan meledak-ledak, mudah frustrasi akibat permasalahan kecil.
- c. Kehilangan rasa ketertarikan terhadap hampir semua kegiatan seperti olahraga, hobi, dan kegiatan seksual.

- d. Gangguan tidur seperti insomnia dan hipersomnia.
- e. Merasa lelah dan tidak memiliki energi untuk melakukan aktivitas.
- f. Gangguan nafsu makan yang ditandai dengan penurunan berat badan. Tapi beberapa orang dapat terjadi kebalikannya.
- g. Kecemasan yang berlebihan.
- h. Menurunnya kecepatan berpikir, berbicara dan gerak tubuh.
- i. Memiliki rasa bersalah atas kesalahan yang bukan tanggung jawabnya dan merasa dirinya tidak berarti.
- j. Kesusahan dalam berkonsentrasi, membuat keputusan dan mengingat sesuatu.
- k. Memiliki kecenderungan untuk melakukan percobaan bunuh diri, atau bahkan sampai bunuh diri.
- l. Mengalami kelainan fisik yang tidak bisa dijelaskan, seperti nyeri kepala atau sakit punggung.

Gejala yang paling sering terjadi pada remaja depresi adalah kesedihan, mudah marah, berpikir negatif, merasa tidak berguna, absensi kuliah atau sekolah yang buruk, sering salah paham atau terlalu sensitif, menggunakan narkoba dan alkohol, makan atau tidur yang berlebih, melukai diri sendiri, penurunan ketertarikan dengan aktivitas hobi dan olahraga, menjauhkan diri dari lingkungan sosial.<sup>13</sup>

Pada lansia gejala depresi dapat dibagi menjadi beberapa garis besar yaitu :<sup>16</sup>

- a. Gangguan emosi: Perasaan sedih atau murung, ansietas, ikatan emosi

- berkurang, iritabilitas, menarik diri dari hubungan interpersonal, preokupasi dengan kematian.
- b. Gangguan kognitif: Distorsi kognitif seperti mengeritik diri sendiri, rasa bersalah, kepercayaan diri turun, pesimis, persaan tak berharga, dan putus asa. Penurunan fungsi kognitif seperti bingung, konsentrasi buruk, perhatian kurang, daya ingat menurun, dan sering ragu-ragu. Keluhan somatik: Sakit kepala, keluhan saluran pencernaan, keluhan haid, dan lain-lain.
- c. Gangguan psikomotor: Retardasi psikomotor, gerakan lambat, pembicaraan lambat, malas, dan merasa tidak bertenaga atau lesu.
- d. Gangguan vegetatif: Tidak bisa tidur atau terlalu banyak tidur, tidak ada nafsu makan atau terlalu banyak makan, penurunan berat badan atau penambahan berat badan, gangguan fungsi seksual.
- e. Jika depresi memburuk akan mengarah ke bunuh diri, dengan tingkat kematian mencapai 850.000 jiwa tiap tahun.

### 2.2.6 Klasifikasi Depresi

Berikut ini klasifikasi depresi menurut Hardjoesanto, yaitu :<sup>13</sup>

a. Gangguan Depresi Mayor

Gangguan ini adalah depresi yang paling sering terjadi tanpa episode manic dan atau hipomanic, namun memiliki gejala-gejala seperti perubahan nafsu makan, berat badan, anergi, pola tidur, perasaan bersalah dan pikiran untuk mati atau bunuh diri. Lama gejala yang dialami palinh tidak sudah berlangsung 2 minggu.

b. Gangguan Depresi Minor

Gangguan ini biasanya disebut dengan istilah “blue days”, dimana terdapat episode mood depresi tapi intensitasnya rendah dan terjadi paling tidak selama 2 minggu dan ada minimal satu gejala namun kurang dari lima gejala berikut yaitu gangguan tidur, perubahan nafsu makan, agitasi, kesulitan dalam berkonsentrasi, kelelahan, kurang energy, kurang percaya diri, dan merasa bersalah.

c. Gangguan Distimia

Depresi ini adalah depresi yang ringan tetapi terjadi dalam jangka waktu yang lama (kronik). Seseorang bisa dikatakan memiliki distimia bila telah memiliki gejala yang sama dengan depresi mayor. Terjadi paling tidak selama 2 tahun atau lebih. Jika dibandingkan dengan depresi mayor, distimia ini lebih berat akan tetapi individu dengan gangguan ini masih bisa berinteraksi dan beraktivitas sehari-hari.

d. Gangguan Depresi Psikotik

Gangguan ini adalah gangguan depresi berat yang telah ditandai dengan adanya gejala-gejala seperti halusinasi dan delusi (gangguan menilai realita).

e. Gangguan Depresi Musiman

Disebut sebagai depresi musiman dikarenakan hanya muncul disaat musim dingin.

### 2.2.7 Diagnosis dan Skrining

DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi ke 5) dan PPDGJ-III (Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa edisi ke-3) dapat digunakan untuk mendiagnosis depresi. Tetapi untuk alat diagnosis di Indonesia menggunakan PPDGJ-III yang mengacu pada ICD-10 (*International Classification Diagnostic 10*).

Kriteria dan derajat depresi berdasarkan PPDGJ-III, yaitu:

a. Gejala utama (Derajat ringan, sedang dan berat):

- 1) Afek depresi
- 2) Anhedonia
- 3) Anerggi

b. Gejala lainnya:

- 1) Kurangnya perhatian dan konsentrasi
- 2) Kurangnya kepercayaan diri dan harga diri
- 3) Merasa bersalah dan tidak berguna
- 4) Pesimis dan memandang masa depan dengan suram
- 5) Nafsu makan berkurang atau bertambah
- 6) Berpikiran tentang bunuh diri bahkan sampai memiliki gagasan untuk membahayakan diri sendiri.

Berdasarkan PPDGJ III episode depresi memiliki tiga variasi dalam pedoman diagnostic sebagai berikut :<sup>13</sup>

a. Depresi Ringan

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala depresi.
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lain.
- 3) Tidak boleh ada gejala berat diantaranya.
- 4) Lamanya episode sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
- 5) Mengalami sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan social yang dilakukan.

b. Depresi Sedang

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala depresi.
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 3 (sebaiknya 4) dari gejala lain.
- 3) Lamanya seluruh episode berlangsung sekitar 2 minggu.
- 4) Mengalami kesulitan nyata pekerjaan untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga.

c. Depresi Berat

- 1) Tanpa gejala psikotik
  - a) Semua 3 gejala utama depresi harus ada.
  - b) Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lain, dan beberapa diantaranya harus berorientasi berat.
  - c) Bila ada gejala penting (seperti agitasi atau retardasi) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejala secara terinci.

2) Dengan gejala psikotik

Episode depresi berat tanpa gejala psikotik yang memenuhi kriteria.

Selain instrument untuk diagnosis, terdapat juga instrumen untuk skrining depresi salah satunya adalah skala depresi geriatrik (*Geriatric Depretion Scale 15-item*) dan *Beck Depression Inventory – II* (BDI-II). Dimana dalam skrining ini membuat kita lebih mudah untuk menentukan derajat dari depresinya.<sup>17</sup>

## 2.3 Insomnia

### 2.3.1 Definisi

Insomnia menjadi masalah umum di masyarakat. Tidur yang nyenyak membantu kita memulihkan energi dan fungsi kognitif. Insomnia merupakan jenis penyakit gangguan tidur. Menurut DSM-IV dari *American Psychiatric Association*, dua kriteria utama dalam mendiagnosis gangguan tidur:

- a. Gangguan tidur terjadi selama lebih dari 1 bulan
- b. Gangguan tidur menimbulkan rasa gelisah, kelelahan, dan kekhawatiran atau menurunkan fungsi dan peran kerja. Di sisi lain, ICD-10 dari Organisasi Kesehatan Dunia mendefinisikan insomnia sebagai berikut:

- 1) Kesulitan untuk tertidur dan saat tidur serta kualitas tidur yang tidak memadai

### 2.3.3 Klasifikasi Insomnia

Internasional insomnia masuk dalam 3 sistem diagnostik yaitu *International code of diagnosis (ICD) 10*, *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) IV* dan *International Classification of Sleep Disorders (ICSD)*.<sup>21</sup>

Dalam ICD 10, insomnia dibagi menjadi dua yaitu :<sup>21</sup>

#### a. Organik

Gangguan tidur yang disebabkan dari faktor organik seperti narkolepsi dan katapleksi

#### b. Non Organik

##### 1) Dyssomnias

Gangguan lama, kualitas tidur dan waktu tidur, seperti insomnia dan hipersomnia.

##### 2) Parasomnias

Terjadi periode abnormal yang muncul selama tidur contohnya mimpi buruk dan tidur sambil berjalan.

Dalam ICD 10 tidak dibedakan antara insomnia primer dan insomnia sekunder. Insomnia didalam ICD 10 merupakan insomnia kronik yang sudah diderita kira-kira 1 bulan dan sudah menyebabkan gangguan fungsi dan sosial.

Dalam DSM IV, gangguan tidur atau insomnia dibagi menjadi empat tipe adalah :<sup>20</sup>

#### a. Gangguan tidur yang berkolerasi dengan gangguan mental lain.

- b. Gangguan tidur yang disebabkan oleh kondisi medis umum
- c. Gangguan tidur yang diinduksi oleh bahan-bahan atau keadaan tertentu.
- d. Gangguan tidur primer yaitu gangguan tidur yang tidak berhubungan sama sekali dengan kondisi mental, penyakit, ataupun obat-obatan.

#### 2.3.4 Etiologi

Dari sisi etiologi, ada 2 macam insomnia, yaitu:<sup>18</sup>

##### a. Insomnia Primer

Insomnia primer ini terjadi hyperarousal state dimana terjadi aktivitas *ascending reticular activating system* yang berlebihan. Seseorang bisa tidur tetapi tidak merasakan tidur. Insomnia primer juga tidak berhubungan pada kondisi kejiwaan, masalah neurologi, masalah medis lainnya, ataupun penggunaan obat-obat tertentu. Ini telah ditunjukkan bagi gangguan tidur yang muncul begitu saja tanpa ada latar belakang suatu kondisi yang spesifik, yang biasanya akibat dari ketidakmampuan untuk menyesuaikan diri dengan pola tidur yang baik.<sup>18</sup>

##### b. Insomnia Sekunder

Insomnia sekunder merupakan gangguan tidur yang disebabkan karena gangguan irama sirkadian, kejiwaan, masalah neurologi atau masalah medis lainnya, atau reaksi obat. Insomnia ini sangat sering terjadi pada orang tua. Insomnia ini bisa terjadi karena psikoneurotik dan penyakit organik. Pada orang dengan insomnia karena

psikoneurosis, sering didapatkan keluhan-keluhan non organik seperti sakit kepala, kembung, badan pegal yang mengganggu tidur. Keadaan ini akan lebih parah jika orang tersebut mengalami ketegangan karena persoalan hidup. Pada insomnia sekunder karena penyakit organik, pasien tidak bisa tidur atau kontinuitas tidurnya terganggu karena nyeri organik, misalnya penderita arthritis yang mudah terbangun karena nyeri yang timbul karena perubahan sikap tubuh.<sup>18</sup>

### 2.3.5 Tanda dan Gejala

1. Kesulitan dalam memulai tidur
2. Bangun terlalu pagi
3. Tidak merasa puas dengan tidur
4. Tidak merasakan kebugaran karena merasa lelah saat bangun dari
5. Menyebabkan gangguan pada hubungan sosial, pekerjaan atau performa yang jelek di lingkungan
6. Gangguan mood, lebih mudah marah
7. Menyebabkan ngantuk di siang hari
8. Sering mengalami kesalahan
9. Sulit untuk berkonsentrasi
10. Menyebabkan nyeri kepala

### 2.3.6 Penanganan

#### a. *Sleepy Hygine*

*Sleepy hygine* merupakan salah satu komponen dari terapi perilaku pada insomnia untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas

**c. *Relaxation Therapy***

*Relaxation therapy* ini merupakan relaksasi otot progresif, latihan pernafasan dalam serta meditasi. Relaksasi otot progresif ini dapat melatih seseorang dengan mengendalikan dan mengenali ketegangan untuk melakukan serangkaian latihan, seseorang diminta untuk menghirup dan menghembuskan nafas dengan dalam secara perlahan-lahan.<sup>22</sup>

**d. *Stimulus Control Therapy***

*Stimulus control therapy* ini mempunyai beberapa langkah sederhana yang dapat membantu seseorang yang mempunyai gejala insomnia, dengan cara pergi ke tempat tidur jika merasa mengantuk, hindari membaca buku, makan dan menonton TV di tempat tidur. Jika tidak dapat tertidur selama 30 menit setelah berbaring, segera bangun dan pergi ke ruangan lain dan melakukan teknik relaksasi, mengatur jam alarm untuk bangun pada waktu tertentu setiap pagi, dan hindari bangun kesiangan.<sup>22</sup>

**2.4 Lanjut Usia (Lansia)**

**2.4.1 Definisi**

Proses menua (aging) adalah proses alami yang dihadapi setiap manusia. Dalam proses ini, tahap yang paling krusial adalah tahap lansia (lanjut usia). Dalam tahap ini, pada diri manusia secara alami terjadi penurunan atau perubahan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Keadaan itu cenderung

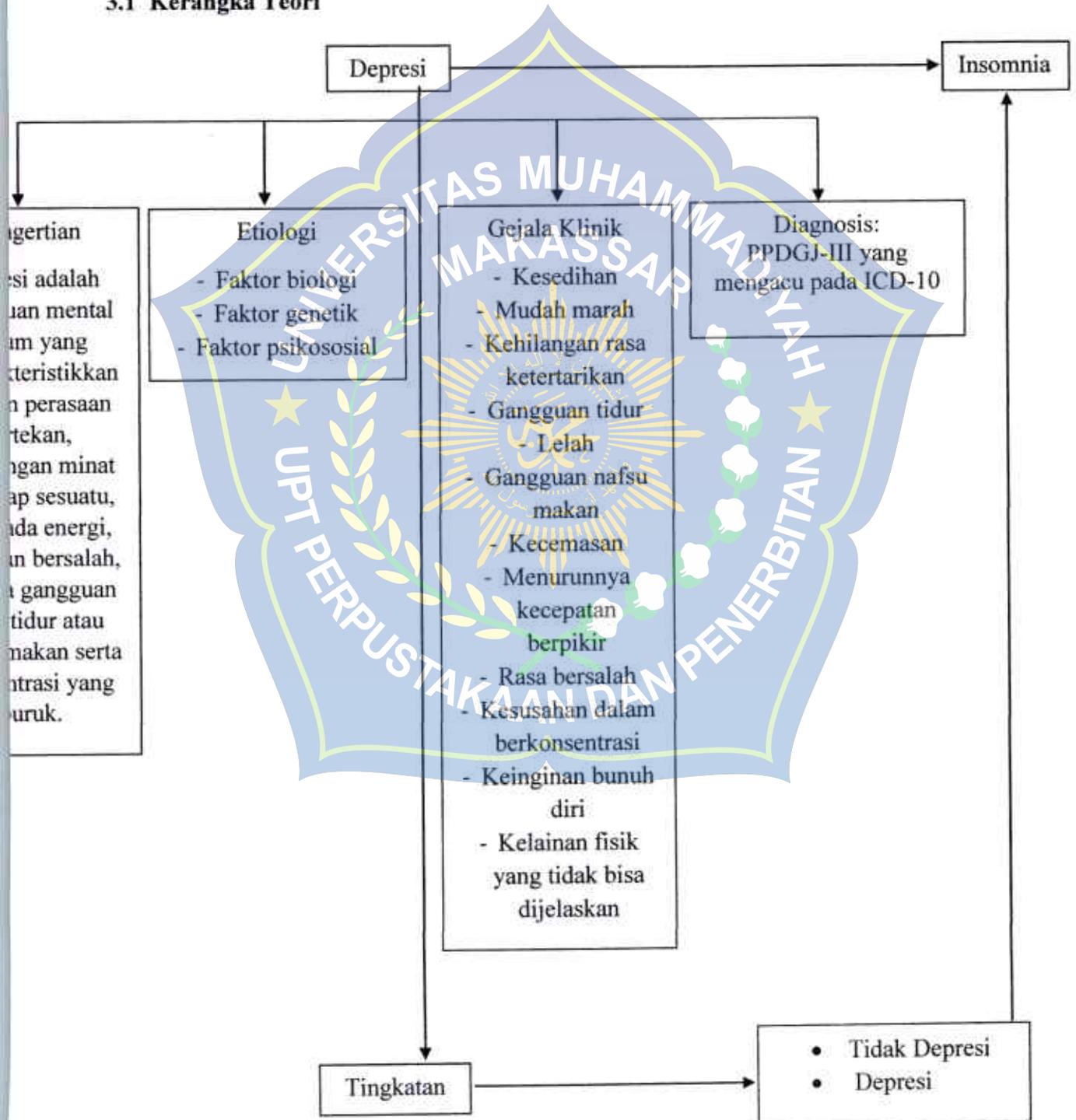
### C. Hubungan Antara Depresi dan Insomnia Pada Usia Lanjut

Lansia yang tinggal di panti werdha mempunyai kemungkinan sulit menerima dan beradaptasi sehingga mereka merasa stress. Pada faktor sosial penyebab depresi pada lansia disebabkan kehilangan keluarga dan kegiatan sehari-hari, faktor luar juga dapat terpengaruh contohnya kurangnya dukungan sosial, dukungan keluarga dan komunikasi untuk usia lanjut. Beberapa lansia mengaku bahwa mereka sulit untuk tidur dikarenakan keadaan lingkungan seperti suara gaduh dari penghuni panti lain yang tinggal satu wisma dengan mereka, dan sebagian lansia lainnya mengaku bahwa mereka tidak mengetahui secara pasti apa yang menyebabkan mereka sulit tidur. Menurut Amir, lansia dengan keluhan insomnia harus diperkirakan adanya depresi atau ansietas. Insomnia dan mengantuk disiang hari adalah faktor resiko depresi. Sebaliknya depresi dapat pula mengalami gangguan kontinuitas tidur, episode tidur REM nya lebih awal daripada orang normal. Akibatnya, lansia dapat terbangun lebih awal, tidak merasa segar dipagi hari, dan mengantuk disiang hari. Depresi adalah masalah yang sering terdapat pada lanjut usia. Karena lansia mengalami penurunan faal tubuh dan mempengaruhi kerja dari neurotransmitter, dan juga struktur neokortikal dorsal mengalami hypometabolik dan struktur limbik ventral mengalami hipermetabolik. Selain itu jalur frontostriatal pada otak memediasi antisipasi yang mengarah ke efek yang positif, dan abnormalitasnya bisa menghasilkan satu ketidaksanggupan untuk mendorong antisipasi yang mana akan mempredisposisikan keadaan depresi.

### BAB III

### KERANGKA KONSEP

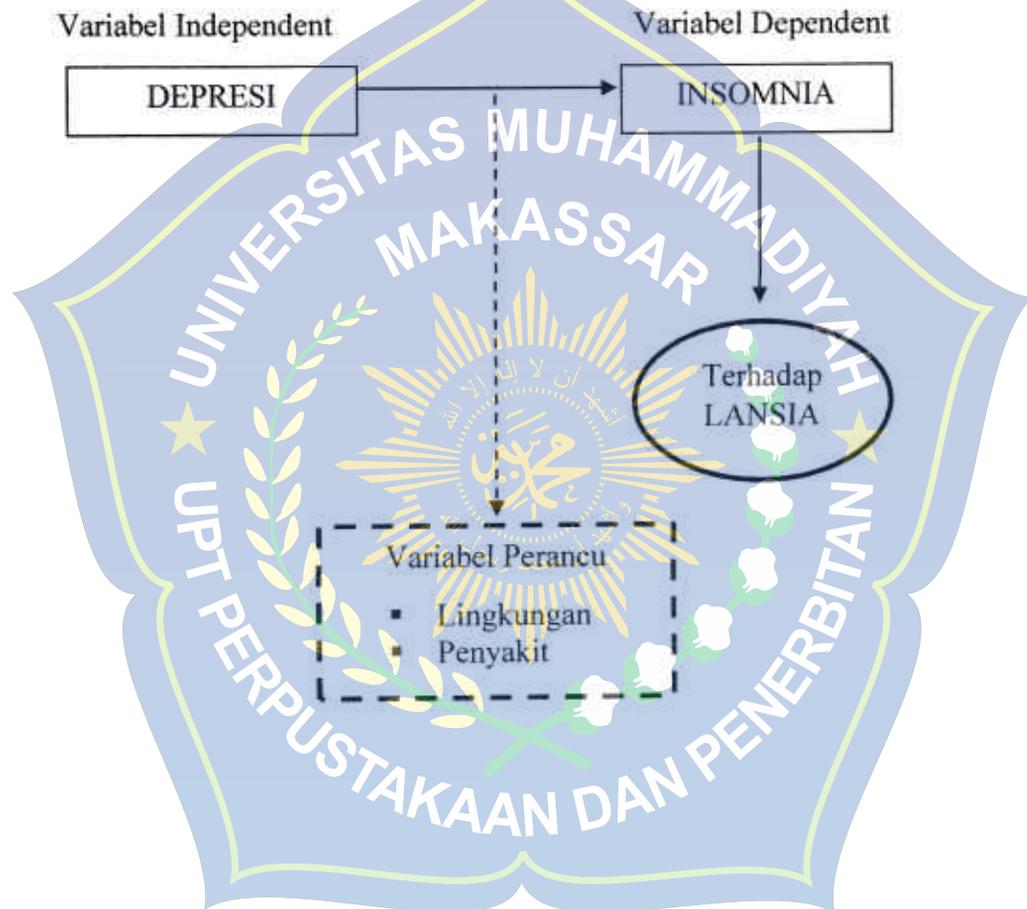
#### 3.1 Kerangka Teori



### 3.2 Kerangka Konsep

Pada penelitian ini terdiri dari variabel bebas (independent) yaitu depresi dan variabel terikat (dependent) yaitu insomnia terhadap lansia.

Kerangka konsep dalam penelitian ini digambarkan sebagai berikut :



## BAB IV

### METODE PENELITIAN

#### 4.1 Obyek Penelitian

##### 4.1.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini yaitu 110 orang Lansia dipanti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa.

##### 4.1.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini ada Lansia dipanti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi

###### a. Kriteria Inklusi

- a) Lansia dipanti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa yang bersedia menjadi responden.
- b) Hadir pada saat penelitian dilakukan

###### b. Kriteria Eksklusi

- a) Lansia yang dalam keadaan sakit berat
- b) Lansia yang berumur < 60thn
- c) Lansia yang tidak mau mengisi kuisinoner

##### 4.1.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji Gowa, Sulawesi Selatan pada bulan desember 2018 – februari 2019.

$$P = \frac{P_1 + P_2}{2} = \frac{0,814 + 0,614}{2} = \frac{1,428}{2} = 0,714$$

$$Q_1 = (1 - P_1) = 1 - 0,814 = 0,186$$

$$Q_2 = (1 - P_2) = 1 - 0,614 = 0,386$$

$$Q = (1 - P) = 1 - 0,714 = 0,286$$

$$\begin{aligned} n_1 = n_2 &= \left( \frac{1,645\sqrt{2} \times 0,714 \times 0,286 + 0,842 \sqrt{(0,814 \times 0,186) + (0,614 \times 0,386)}}{(0,2)} \right)^2 \\ &= \frac{(1,05 + 0,52)^2}{(0,2)^2} \\ &= \frac{(1,57)^2}{(0,2)^2} \\ &= \frac{2,4649}{0,04} = 61,6 \rightarrow 62 \text{ responden} \end{aligned}$$

#### 4.3.2 Metode Sampling

Teknik pengambilan sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah *nonprobability sampling* dengan metode *purposive sampling* (sampel pertimbangan). *Purposive sampling* yaitu satuan sampling yang dipilih berdasarkan pertimbangan tertentu dengan tujuan untuk memperoleh satuan sampling yang memiliki karakteristik yang dikehendaki.

## 4.4 Teknik Pengambilan Data

### 4.4.1 Jenis dan Sumber data

Cara pengambilan data dalam penelitian ini menggunakan data primer berupa kuisioner.

### 4.4.2 Manajemen Pengelohan data

Setelah data terkumpul, maka langkah selanjutnya adalah pengolahan data. Pengolahan data dilakukan secara manual. Tujuan pengolahan data adalah menyederhanakan seluruh data yang terkumpul dan menyajikannya dalam susunan yang lebih baik dan rapi. Pengelohan data manual ini melalui 4 tahapan :

#### a. *Editing*

*Editing* bertujuan untuk meneliti kembali jawaban yang kurang lengkap menjadi lengkap. Editing dilakukan ditempat penelitian sehingga bila terjadi kekurangan atau ketidaksengajaan kesalahan pengisian dapat segera dilengkapi atau disempurnakan. Editing dilakukan dengan cara memeriksa kelengkapan data, memperjelas serta melakukan pengolahan terhadap data yang dikumpulkan.

#### b. *Coding*

Pada tahapan ini dilakukan kode pada jawaban pertanyaan dalam kuisioner. Kegunaan koding adalah untuk mempermudah pada saat analisis data dan juga mempercepat pada entry data.

#### c. *Scoring*

Memberikan nilai terhadap variabel-variabel dengan

## BAB V

### HASIL PENELITIAN

#### 5.1 Gambaran Umum Populasi atau Sampel

Telah dilakukan penelitian tentang hubungan tingkat depresi dengan insomnia pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha "Gau Mabaji" Gowa. Pengambilan data untuk penelitian ini telah dilakukan pada bulan Desember 2018 - Februari 2019 di Panti Sosial Tresna Werdha "Gau Mabaji" Gowa. Penelitian ini dilakukan dengan cara pengisian kuisioner oleh responden dan wawancara. Sebanyak 65 lansia Panti Sosial Tresna Werdha "Gau Mabaji" Gowa telah bersedia menjadi responden.

#### 5.2 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Provinsi Sulawesi Selatan merupakan salah satu provinsi yang berada di Negara Indonesia yang beribukota di Makassar. Terletak antara  $0^{\circ}12 - 8^{\circ}$  Lintang Selatan dan  $116^{\circ}48 - 122^{\circ}36$  Bujur Timur, yang berbatasan dengan Provinsi Sulawesi Barat di sebelah utara, Teluk Bone dan Sulawesi Tenggara di sebelah timur, batas sebelah barat dan timur masing-masing adalah Selat Makassar dan Laut Flores. Ada beberapa Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji, merupakan milik negara, yang dikelola oleh Kementerian sosial dibiayai oleh dana APBN, dan panti ini merupakan panti jompo yang melayani kebutuhan secara nasional, karena di Indonesia hanya ada 3 panti sosial dari kementerian sosial yaitu ada di Sulawesi selatan, Kendari dan Jawa Barat. Satu diantara sebagai tempat

lokasi penelitian ini yaitu Panti Sosial Tresna Werdha "Gau Mabaji" Gowa.

Pada tahun 1977, untuk lebih memudahkan penanganan serta meningkatkan kualitas dan jangkauan pelayanan terutama kepada para lanjut usia, maka dibangun Panti Sosial Tresna Werdha Gau Mabaji. Panti Sosial Tresna Werdha "Gau Mabaji" yang dalam bahasa Makassar memiliki arti "Perbuatan yang Baik" adalah Unit Pelayanan Teknis (UPT) di lingkungan Departemen Sosial RI yang bertanggung jawab dibawah Direktorat Jendral Pelayanan dan Rehabilitasi Sosial sehari-hari secara fungsional dibina oleh Direktorat Pelayanan Sosial Lanjut Usia sesuai dengan bidang tugasnya. PSTW Gau Mabaji Gowa memiliki 37 orang pegawai negeri sipil yang terdiri dari 18 orang perempuan dan 19 orang pria, dan terdiri dari 18 orang tenaga honorer.

Panti Sosial Tresna Werdha "Gau Mabaji" Gowa yang terletak di Jalan Malino No.KM. 29 Samaya Desa Romangloe, Kecamatan Bontomarannu, Makassar, Sulawesi Selatan 92119, terus berupaya meningkatkan pelayanan prima kepada lanjut usia. Penghuni lanjut usia ada 110 orang, saat ini para lansia berusia 60-85 tahun dan mereka hidup beraktivitas di panti sampai akhir hidupnya. PSTW Mabaji Gau Gowa satu-satunya di seluruh Indonesia yang memakai fasilitas mandi air hangat, jadi tidak ada lansia yang tidak mandi dalam 1 hari, mereka semua harum dan bersih. Asrama laki- laki dan perempuan dipisahkan, untuk lansia laki-laki sebanyak 45 orang dan perempuan sebanyak 65 orang. Ruangannya laki-

laki ada 4 ruangan, dan ruangan perempuan ada 8 ruangan, semuanya ada 12 ruangan untuk lansia. Terdapat kegiatan-kegiatan yang bermanfaat untuk lansia seperti bimbingan yang diberikan kepada lansia yaitu bimbingan fisik, bimbingan mental, bimbingan sosial, bimbingan keterampilan dan olahraga lansia.

### 5.3 Deskripsi Karakteristik Responden

Sampel dalam penelitian ini terdiri dari 65 orang lansia yang diambil dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Karakteristik usia dari 65 sampel yang diambil adalah rata-rata berusia di atas 60 tahun, hal ini sesuai dengan karakteristik lansia menurut WHO dan Depkes RI 2013. Namun, untuk penjabaran usia dari setiap sampel tidak dapat dipenuhi, hal ini dikarenakan banyak lansia yang sudah lupa dengan tahun lahirnya.<sup>1</sup>

**Tabel 5.1 Distribusi Berdasarkan Karakteristik Responden**

No.	Variabel	Frequency	Percent(%)
A	Umur		
	63-70	40	62%
	71-76	25	38%
B	Jenis Kelamin		
	Perempuan	31	48%
	Laki-Laki	34	52%
C	Status pernikahan		
	Sudah Menikah	56	86,20%
	Belum Menikah	9	13,80%
D	Riwayat Pekerjaan		
	IRT	31	47,70%
	Petani	29	44,60%
	Wiraswasta	4	6,20%
	Supir	1	1,50%
	Total	65	100%

## BAB VI

### PEMBAHASAN

Penelitian dilakukan untuk mengetahui apakah terdapat hubungan antara depresi dengan insomnia pada lansia di Panti Sosial Tresna Werdha Mabaji Gowa. Jumlah subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sehingga dijadikan sampel penelitian, yaitu sebanyak 65 responden. Hasil penelitian yang diperoleh akan dibahas sebagai berikut.

#### 6.1 Hubungan antara depresi dengan insomnia pada lansia

Untuk kategori tingkatan depresi menurut *Geriatric Depression Scale 15* (GDS-15) dikolaps menjadi dua kategori yaitu depresi dan tidak depresi.

Berdasarkan tabel V.2, ditemukan bahwa lansia yang depresi adalah sebanyak 4 orang dengan presentase 6,2%. Sedangkan untuk lansia yang tidak memiliki indikasi depresi adalah sebanyak 61 orang dengan presentase 93,8%. Karena berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa Lansia yang tinggal di panti sosial mengatakan bahwa tinggal di panti sosial membuat mereka merasa kehidupannya terjamin. Dan beberapa mengatakan, menetap di panti sosial membuat mereka tidak lagi merepotkan keluarganya. Dan dari hasil penelitian 4 orang yang terindikasi depresi karena mereka dalam tahap penyusuaian dengan lingkungan barunya.

Hasil tabel V.3, ditemukan bahwa tidak ada lansia yang memiliki insomnia berat. Lansia yang memiliki tingkat insomnia sedang adalah sebanyak 5 orang dengan presentase 7,7%. Lansia yang memiliki tingkat

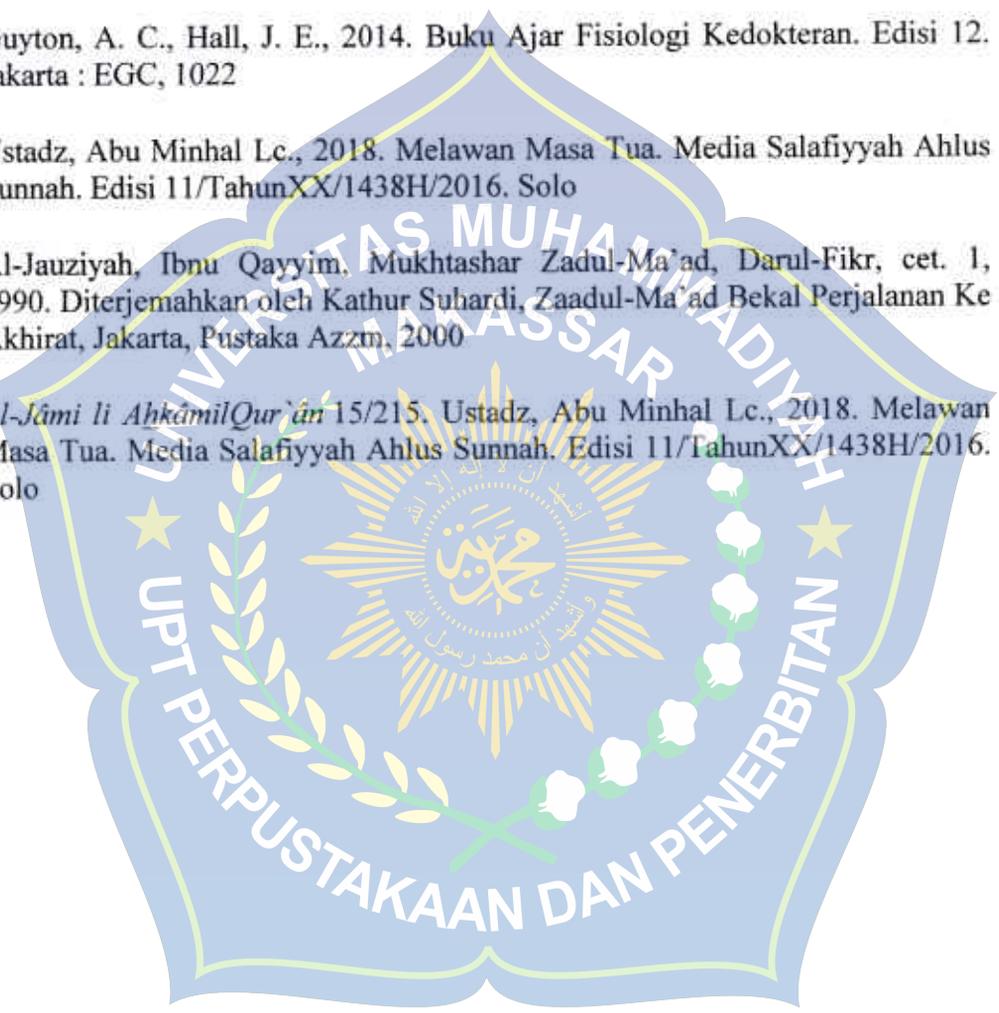
53

- 2) Prayitno. 2002. *Penduduk Lanjut Usia Tinjauan Teori, Masalah dan Implikasi Kebijakan*. Jurnal Masyarakat Kebudayaan dan Politik. di akses tanggal 24 September 2018
- 3) Republik Indonesia. 1992. Undang-Undang No. 4 Tahun 1965 tentang Pemberian bantuan penghidupan orang jompo. Lembaran Negara RI Tahun 1965. Sekretariat Negara. Jakarta.
- 4) Depkes RI. 2009. *Visi Pembangunan Indonesia Sehat 2009*. DEPKES RI. Jakarta.
- 5) Bappenas, 2011. "*Angka Harapan Hidup*". di akses tanggal 24 September 2018. <http://bappenas.go.id>
- 6) Badan Pusat Statistik Provinsi Sulawesi Selatan, 2015. <https://sulsel.bps.go.id/dynamictable/2016/08/09/135/jumlah-penduduk-menurut-kelompok-umur-dan-jenis-kelamin-di-provinsi-sulawesi-selatan-2015-.html> di akses tanggal 24 September 2018.
- 7) Maramis, W.F. 2005. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press. di akses tanggal 24 September 2018.
- 8) Patrick, Charlotte Kirk. Steijn, Roxanne. *How Much Of An Effect Does Social Media Have On Insomnia and Depression*. Research Paper Based On Lectures At The Medlink or Workshop Conferences. Nottingham University. 2014.
- 9) Sherwood, Lauralee, 2011. *Fisiologi Manusia: Dari Sel ke Sistem*. EGC. Jakarta, Indonesia. Hal. 181-184.
- 10) Gunanthil Ni Made Widi Mas, Diniari Ni Ketut Sri. *E-Journal Medika, Prevalensi Dan Gambaran Gangguan Tidur Berdasarkan Karakteristik Mahasiswa Semester I Program Studi Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*. Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana Bagian Ilmu Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Udayana. Vol. 5 No.4, April, 2016.
- 11) Radhakrishnan, Kurupath. *EEG in Clinical Praticce*. India: Manipai Universal Press. 2018.
- 12) Hardjoesanto, Andreas Yohan. (2017). *Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Tingkat Sugestibilitas Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Tahun*

58

<http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/46080/3/Chapter%20II.pdf> (di akses 21 september 2018)

- 26) Jazmi , Maola sabila. 2016. Faktor terjadi lansia. Program Studi Ilmu kesehatan, Fakultas Kesehatan Universitas Muhammadiyah Purwokerto. 2016
- 27) Guyton, A. C., Hall, J. E., 2014. Buku Ajar Fisiologi Kedokteran. Edisi 12. Jakarta : EGC, 1022
- 28) Ustadz, Abu Minhal Lc., 2018. Melawan Masa Tua. Media Salafiyah Ahlus Sunnah. Edisi 11/TahunXX/1438H/2016. Solo
- 29) Al-Jauziyah, Ibnu Qayyim, Mukhtashar Zadul-Ma'ad, Darul-Fikr, cet. 1, 1990. Diterjemahkan oleh Kathur Suhardi, Zaadul-Ma'ad Bekal Perjalanan Ke Akhirat, Jakarta, Pustaka Azzm, 2000
- 30) *Al-Jâmi li Ahkâmil Qur`ân* 15/215. Ustadz, Abu Minhal Lc., 2018. Melawan Masa Tua. Media Salafiyah Ahlus Sunnah. Edisi 11/TahunXX/1438H/2016. Solo



Sama sekali tidak khawatir	Sedikit	Cukup	Sangat	Luar biasa khawatir
0	1	2	3	4

7. Menurut anda, seberapa berpengaruh masalah tidur anda saat ini pada kegiatan sehari-hari ( seperti mengantuk di siang hari, perasaan, kemampuan untuk mengerjakan pekerjaan atau pekerjaan rumah harian, konsentrasi, ingatan, dan lainnya ) ?

Sama sekali tidak berpengaruh	Sedikit	Cukup	Sangat	Luar biasa berpengaruh
0	1	2	3	4

Tambahkan skor untuk semua tujuh item (pertanyaan 1+2+3+4+5+6+7) = \_\_\_\_\_  
 Skor total anda.

**Total kategori skor**

1. 0 – 7 = Tidak ada insomnia yang signifikan secara klinis
2. 8 -14 = Subthreshold insomnia
3. 15 -21 = Insomnia klinis (tingkat keparahan sedang)
4. 22 – 28 = Insomnia klinis (berat)

## Hasil Analisis SPSS

### Correlations

			Tingkat Depresi	Insomnia
Spearman's rho	Tingkat Depresi	Correlation Coefficient	1.000	.366**
		Sig. (2-tailed)		.003
		N	65	65
Insomnia		Correlation Coefficient	.366**	1.000
		Sig. (2-tailed)	.003	
		N	65	65

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

