

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Lansia

1. Definisi

Usia tua merupakan periode penutup dalam rentang hidup seseorang, yaitu suatu periode dimana seseorang telah beranjak jauh dari periode terdahulu yang lebih menyenangkan atau beranjak dari waktu yang penuh dengan manfaat (Hurlock, 1994).

Menua adalah perubahan progresif pada organisme yang telah mencapai kemasakan intrinsik dan bersifat ireversibel serta menunjukkan adanya kemunduran sejalan waktu (Setya Budhi, Tony. *Cit.* Sriyanti, 1999).

Menurut Undang-Undang RI nomor 13 tahun 1998, Dep Kes (2001) yang dimaksud dengan lansia adalah seorang laki-laki atau perempuan yang berusia 60 tahun atau lebih, baik yang secara fisik masih berkemampuan (potensial) maupun karena sesuatu hal tidak lagi mampu berperan aktif dalam pembangunan (tidak potensial).

2. Batasan Lansia

a. Batas-Batas Usia

- 1) Batasan usia menurut WHO meliputi :
 - a) Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia 45 sampai 59 tahun
 - b) Lanjut usia (*elderly*), antara 60 sampai 74 tahun
 - c) Lanjut usia tua (*old*), antara 75 sampai 90 tahun

- d) Usia sangat tua (*very old*), di atas 90 tahun
- 2) UU No. 13 tahun 1998 tentang kesejahteraan lansia yang berbunyi sebagai berikut: lansia adalah seseorang yang mencapai usia 60 tahun ke atas.
3. Perubahan-perubahan yang terjadi pada lansia menurut Hurlock (1999) adalah
- a. Perubahan-perubahan Fisik
- 1). Sel
 - a) Lebih sedikit jumlahnya.
 - b) Lebih besar ukurannya.
 - c) Berkurangnya jumlah cairan tubuh dan berkurangnya cairan intraseluler.
 - d) Menurunnya proporsi protein di otak, otot, ginjal, darah, dan hati.
 - e) Jumlah sel otak menurun.
 - f) Terganggunya mekanisme perbaikan sel.
 - g) Otak menjadi atrofis beratnya berkurang 5-10%.
 - 2). Sistem Persarafan
 - a) Berat otak menurun 10-20% (setiap orang berkurang sel saraf otaknya dalam setiap harinya).
 - b) Cepatnya menurun hubungan persarafan.
 - c) Lambat dalam respon dan waktu untuk bereaksi, khususnya dengan stres.

d) Mengecilnya saraf panca indra. Berkurangnya penglihatan, hilangnya pendengaran, mengecilnya saraf pencium dan perasa, lebih sensitif terhadap perubahan suhu dengan rendahnya ketahanan terhadap dingin.

e) Kurang sensitif terhadap sentuhan.

3). Sistem Pendengaran

a) *Presbiakusis* (gangguan dalam pendengaran). Hilangnya kemampuan pendengaran pada telinga dalam, terutama terhadap bunyi suara atau nada-nada yang tinggi, suara yang tidak jelas, sulit mengerti kata-kata, 50% terjadi pada usia di atas umur 65 tahun.

b) *Otosklerosis* akibat atrofi membran timpani .

c) Terjadinya pengumpulan serumen dapat mengeras karena meningkatnya keratin.

d) Pendengaran bertambah menurun pada lansia yang mengalami ketegangan jiwa/stres.

4). Sistem Penglihatan

a) Timbul sklerosis dan hilangnya respon terhadap sinar.

b) Kornea lebih berbentuk sferis (bola).

c) Kekeruhan pada lensa menyebabkan katarak.

d) Meningkatnya ambang, pengamatan sinar, daya adaptasi terhadap kegelapan lebih lambat dan susah melihat dalam cahaya gelap.

- e) Hilangnya daya akomodasi.
- f) Menurunnya lapangan pandang, berkurang luas pandangannya.
- g) Menurunnya daya membedakan warna biru atau hijau.

5). Sistem Kardiovaskuler

- a) Elastisitas dinding aorta menurun.
- b) Katup jantung menebal dan menjadi kaku.
- c) Kemampuan jantung memompa darah menurun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya.
- d) Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenisasi. Perubahan posisi dari tidur ke duduk atau dari duduk ke berdiri bisa menyebabkan tekanan darah menurun, mengakibatkan pusing mendadak.
- e) Tekanan darah tinggi akibat meningkatnya resistensi pembuluh darah perifer.

6). Sistem Pengaturan Temperatur Tubuh

- a) Temperatur tubuh menurun (hipotermi) secara fisiologis akibat metabolisme yang menurun.
- b) Keterbatasan refleks menggigil dan tidak dapat memproduksi panas akibatnya aktivitas otot menurun.

7). Sistem Respirasi

- a) Otot-otot pernafasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku.
- b) Menurunnya aktivitas dari silia.

- c) Paru-paru kehilangan elastisitas, menarik nafas lebih berat, kapasitas pernafasan maksimum menurun, dan kedalaman bernafas menurun.
- d) Alveoli ukurannya melebar dari biasa dan jumlahnya berkurang.
- e) Kemampuan untuk batuk berkurang.
- f) Kemampuan kekuatan otot pernafasan akan menurun seiring dengan penambahan usia.

8). Sistem Gastrointestinal

- a) Kehilangan gigi akibat *Periodontal disease*, kesehatan gigi yang buruk dan gizi yang buruk.
- b) Indera pengecap menurun, hilangnya sensitivitas saraf pengecap di lidah terhadap rasa manis, asin, asam, dan pahit.
- c) *Esophagus* melebar.
- d) Rasa lapar menurun, asam lambung menurun.
- e) Peristaltik lemah dan biasanya timbul konstipasi.
- f) Daya absorpsi melemah.

9). Sistem Reproduksi

- a) Menciutnya *ovarium* dan *uterus*.
- b) Atrofi payudara.
- c) Pada laki-laki *testis* masih dapat memproduksi *spermatozoa* meskipun adanya penurunan secara berangsur-angsur.
- d) Kehidupan seksual dapat diupayakan sampai masa lansia asal kondisi kesehatan baik.

- e) Selaput lendir *vagina* menurun.

10). Sistem Perkemihan

- a) *Nefron* menjadi atrofi dan aliran darah ke ginjal menurun sampai 50%.
- b) Otot-otot *vesika urinaria* menjadi lemah, frekuensi buang air kecil meningkat dan terkadang menyebabkan retensi urin pada pria.

11). Sistem Endokrin

- a) Produksi semua hormon menurun.
- b) Menurunnya aktivitas tiroid, menurunnya BMR (*Basal Metabolic Rate*), dan menurunnya daya pertukaran zat.
- c) Menurunnya produksi *aldosteron*.
- d) Menurunnya sekresi hormon kelamin misalnya, *progesteron*, *estrogen*, dan *testosteron*.

12). Sistem Kulit (Sistem Integumen)

- a) Kulit mengerut atau keriput akibat kehilangan jaringan lemak.
- b) Permukaan kulit kasar dan bersisik karena kehilangan proses keratinisasi, serta perubahan ukuran dan bentuk-bentuk sel epidermis.
- c) Kulit kepala dan rambut menipis berwarna kelabu.
- d) Rambut dalam hidung dan telinga menebal.
- e) Berkurangnya elastisitas akibat dari menurunnya cairan dan vaskularisasi.

- f) Pertumbuhan kuku lebih lambat.
- g) Kuku jari menjadi keras dan rapuh, pudar dan kurang bercahaya.
- h) Kelenjar keringat berkurang jumlah dan fungsinya.

13). Sistem Muskuloskeletal

- a) Tulang kehilangan *density* (cairan) dan makin rapuh.
- b) Kifosis.
- c) Pergerakan pinggang, lutut, dan jari-jari terbatas.
- d) Persendian membesar dan menjadi kaku.
- e) Tendon mengerut dan mengalami sklerosis.
- f) Atrofi serabut otot (otot-otot serabut mengecil). Otot-otot serabut mengecil sehingga seseorang bergerak menjadi lamban, otot-otot kram dan menjadi tremor.
- g) Otot-otot polos tidak begitu berpengaruh.

b. Perubahan-perubahan Mental

Faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan mental:

- 1) Perubahan fisik, khususnya organ perasa
- 2) Kesehatan umum
- 3) Tingkat pendidikan
- 4) Keturunan (hereditas)
- 5) Lingkungan

Kenangan (*Memory*)

- 1) Kenangan jangka panjang: Berjam-jam sampai berhari-hari yang lalu mencakup beberapa perubahan.

- 2) Kenangan jangka pendek atau seketika: 0-10 menit, kenangan buruk.

IQ (*Intelligentia Quation*)

- 1) Tidak berubah dengan informasi matematika dan perkataan verbal.
- 2) Berkurangnya penampilan, persepsi dan ketrampilan psikomotor, terjadi perubahan pada daya membayangkan karena tekanan-tekanan dari faktor waktu.

c. Perubahan-perubahan Psikososial

- 1) Pensiun: nilai seseorang sering diukur oleh produktivitasnya dan identitas dikaitkan dengan peranan dalam pekerjaan. Bila seseorang pensiun (purna tugas), ia akan mengalami kehilangan-kehilangan, antara lain :
 - a) Kehilangan finansial (*income* berkurang).
 - b) Kehilangan status (dulu mempunyai jabatan posisi yang cukup tinggi, lengkap dengan segala fasilitasnya).
 - c) Kehilangan teman/kenalan atau relasi.
 - d) Kehilangan pekerjaan/kegiatan.
- 2). Merasakan atau sadar akan kematian (*sense of awareness of mortality*).
- 3). Perubahan dalam cara hidup, yaitu memasuki rumah perawatan bergerak lebih sempit.
- 4). Ekonomi akibat pemberhentian dari jabatan (*economic deprivation*).

- 5).Meningkatnya biaya hidup pada penghasilan yang sulit, bertambahnya biaya pengobatan.
- 6). Penyakit kronis dan ketidakmampuan.
- 7). Gangguan saraf panca indra, timbul kebutaan dan ketulian.
- 8). Gangguan gizi akibat kehilangan jabatan.
- 9).Rangkaian dari kehilangan, yaitu kehilangan hubungan dengan teman-teman dan keluarga.
- 10).Hilangnya kekuatan dan ketegapan fisik: perubahan terhadap gambaran diri, perubahan konsep diri.

e. Perkembangan Spiritual

- 1) Agama atau kepercayaan makin terintegrasi dalam kehidupan (Maslow,1970).
- 2) Lansia makin matur dalam kehidupan keagamaannya, hal ini terlihat dalam berfikir dan bertindak dalam sehari-hari (Murray dan Zentner,1970).
- 3) Perkembangan spiritual pada usia 70 tahun menurut Folwer (1978), *Universalizing*, perkembangan yang dicapai pada tingkat ini adalah berpikir dan bertindak dengan cara memberikan contoh cara mencintai keadilan.

Dengan adanya perubahan-perubahan tersebut tentunya dapat menyebabkan gangguan-gangguan antara lain: gangguan fisik, gangguan psikiatri, gangguan psikososial dan ekonomi (Maramis, 1994).

B. Klasifikasi Gangguan Tidur

Gangguan tidur sering terjadi pada lansia, adapun klasifikasi gangguan tidur menurut DSM IV TR adalah

a. *Disomnia*

- 1) *Primary Insomnia* (insomnia primer)
- 2) *Primary Hyperomnia* (hiperomnia primer)
- 3) *Narcolepsy* (narkolepsi)
- 4) *Breathing related sleep* (tidur yang terkait dengan pernapasan)
- 5) *Circadian rhythm sleep disorder (sleep wake schedule disorder)*

b. *Parasomnia*

- 1) *Nightmare disorder* (gangguan mimpi buruk)
- 2) *Sleep terror disorder*
- 3) *Sleepwalking disorder* (gangguan berjalan di saat tidur).

C. Insomnia

Salah satu masalah pada lansia adalah insomnia. Kira-kira sepertiga dari semua orang dewasa di Amerika mengalami suatu jenis gangguan tidur selama hidupnya. Dan insomnia adalah gangguan tidur yang paling sering terjadi (Kaplan, 1997).

1. Definisi Insomnia

Insomnia adalah kesukaran dalam memulai atau mempertahankan tidur (Kaplan, 1997). Menurut WHO (1992) insomnia merupakan ketidakpuasan seseorang dalam kualitas dan kuantitas tidur, dan berlangsung lama. Adapun pengertian insomnia menurut *International*

Classification of sleep Disorder adalah kesulitan untuk memulai dan atau mempertahankan tidur. Definisi lain didapat dari suatu kelompok kerja dari *National Center for Sleep Disorder Research* yang menyatakan bahwa insomnia adalah suatu pengalaman dari kualitas tidur yang buruk atau kurang memadai yang ditandai dengan satu atau lebih gejala berikut: kesulitan untuk jatuh tertidur, kesulitan mempertahankan tidur, bangun terlalu dini di pagi hari dan tidur yang tidak menyegarkan. Insomnia juga melibatkan hal-hal seperti kelelahan, kurang tenaga, sulit berkonsentrasi dan rewel (Zorick, 2000).

2. Penyebab Insomnia

Penyebab insomnia ditinjau dari neurokimiawi adalah *serotonin*. *Serotonin* dianggap sebagai neurotransmitter utama dalam syaraf pusat yang berkaitan dengan proses tidur. *Serotonin* disekresikan oleh ujung-ujung serat dari *neuron raphe*. Jika *nuclei raphe* dirusak, maka sistem aktivasi retikuler terlepas dari hambatan yang akan menimbulkan suatu keadaan jaga atau siaga yang ekstrem (Onodera, cit Astuti, 2002).

Menurut Mark Durand (2007) penyebab insomnia adalah penggunaan obat, perubahan cahaya (karena sekresi *melatonin* yang sangat berperan dalam tidur, terutama pada malam hari, apabila terpajan dengan cahaya terang, sekresi *melatonin* akan berkurang), suara, suhu, dan stres psikologis.

Menurut *American Insomnia Asscociation* (2007) penyebab insomnia antara lain:

1) Kondisi psikis

Stres

Masalah-masalah yang dihadapi mengakibatkan pikiran menjadi terlalu aktif, sehingga susah untuk tenang.

2) Makanan dan obat-obatan

a) Kafein

Mengandung suatu bahan yang menyebabkan susah tidur.

b) Alkohol

Membantu untuk memulai tidur tetapi mengganggu setengah perjalanan tidur.

c) Nikotin

Sama halnya dengan kafein, tetapi menyebabkan *light sleep*, mengurangi REM dan bangun di tengah malam karena *nicotine withdrawal*.

d) Suplemen herbal

Beberapa suplemen herbal meningkatkan energi tetapi juga membuat terjaga.

3) Obat-obatan

Obat-obatan (*sedative, tranquilizer, anticemas, dan antidepressant*) dapat menyebabkan kesulitan tidur sebagai efek samping. Banyak obat-obatan yang dijual bebas mengandung kafein dan stimulan lainnya.

4) Lingkungan Tidur

- a) Bising
Terlalu banyak suara dapat mengganggu tidur.
 - b) Cahaya
Terlalu banyak cahaya di tempat tidur, dapat membuat terjaga ketika tidur lelap.
 - c) Suhu ruangan
Bisa membuat terjaga, jika suhu terlalu panas atau terlalu dingin.
 - d) Ketidaknyamanan atau tempat tidur yang terlalu kecil
Ketidaknyamanan dapat membuat terjaga.
 - e) Pasangan tidur/ anggota keluarga yang mengganggu
Mendengkur, *sleep apnea*, sering bangun dari tidur, mengigau (berbicara atau berjalan ketika tidur) dapat mengganggu tidur.
- 5) Kondisi fisik dan medis
- a) Penyakit dan nyeri, serta obat yang dikonsumsi untuk mengatasi nyeri tersebut
 - b) *Sleep disorder*
Sleep apnea, RLS, *periodic limb movement disorder*, gangguan irama sirkadian, narkolepsi, dan lainnya.
 - c) Depresi
Depresi dapat menyebabkan terlalu banyak tidur atau kesulitan tidur.
 - d) Cemas
Pikiran yang terlalu aktif dapat menyebabkan kesulitan untuk tidur.

e) Menstruasi dan kehamilan

Pergantian hormon dalam siklus menstruasi dan kehamilan dapat menyebabkan insomnia.

f) Menopause

Hot flash, night sweat, cemas, dan atau fluktuasi hormon dapat berperan dalam insomnia.

g) Menua

Perubahan pola tidur, menurunnya aktifitas fisik dan sosial, perubahan hormon dan masalah kesehatan berpengaruh pada kasus insomnia yang menyangkut umur.

3. Tipe Insomnia

Berdasarkan waktu terjadinya, insomnia dibagi menjadi 3 tipe, yaitu:

- 1) *Transient insomnia* : insomnia yang berlangsung kurang dari 3 minggu dan biasanya berhubungan dengan kejadian-kejadian tertentu yang berlangsung sementara dan biasanya menimbulkan stres dan dapat dikenali dengan mudah oleh pasien sendiri. Diagnosis *transient insomnia* biasanya dibuat secara retrospektif setelah keluhan pasien sudah hilang. Keluhan ini kurang lebih ditemukan sama pada pria dan wanita dan episode berulang juga cukup sering ditemukan, faktor yang memicu antara lain akibat lingkungan tidur yang berbeda, gangguan irama sirkadian sementara akibat *jet lag* atau rotasi waktu kerja, stres situasional akibat lingkungan kerja baru, dan lain-lainnya. *Transient*

insomnia biasanya tidak memerlukan terapi khusus dan jarang membawa pasien ke dokter.

- 2) *Short-term insomnia*: berlangsung 1-6 bulan dan biasanya disebabkan oleh kejadian-kejadian stres yang lebih persisten, seperti kematian salah satu anggota keluarga.
- 3) *Cyclical insomnia (recurrent insomnia)*: kondisi ini lebih jarang daripada *transient insomnia*. Kondisi ini terjadi akibat ketidakseimbangan antara tidur dan bangun. Ketidakseimbangan ini dapat terjadi sementara ataupun seumur hidup. Kejadian berulang ini bisa terjadi akibat perubahan fisiologis seperti siklus premenstrual ataupun perubahan psikologik seperti manik depresif, *anorexia nervosa*, atau kambuhnya perubahan perilaku tertentu seperti kecanduan obat, dan lain sebagainya.
- 4) *Chronic insomnia (persistent insomnia)* : berlangsung lebih dari 6 bulan.

Dibagi menjadi 2, yaitu *insomnia primer* dan *sekunder*

Pada *insomnia primer*, terjadi *hyperarousal state* dimana terjadi aktivitas *ascending reticular activating system* yang berlebihan. Pasien bisa tidur tapi tidak merasa tidur. Masa tidur REM (*rapid eye movement*) sangat kurang, sedangkan masa tidur NREM (*non rapid eye movement*) cukup, periode tidur berkurang dan terbangun lebih sering. *Insomnia primer* ini tidak berhubungan dengan kondisi kejiwaan, masalah neurologi, masalah medis lainnya, ataupun penggunaan obat-obat tertentu.

Insomnia sekunder disebabkan karena gangguan irama sirkadian, kejiwaan, masalah neurologi atau masalah medis lainnya, atau reaksi obat. Insomnia ini sangat sering terjadi pada lansia. Insomnia ini bisa terjadi karena psikoneurotik dan penyakit organik. Pada orang dengan insomnia karena psikoneurosis, sering didapatkan keluhan-keluhan non organik seperti sakit kepala, kembang, 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.

4. Faktor risiko insomnia

Ada beberapa faktor risiko insomnia, yaitu:

1) Emosi.

Transient dan *recurrent insomnia* biasanya disebabkan oleh gangguan emosi. Memendam kemarahan, cemas, ataupun depresi bisa menyebabkan insomnia.

2) Kebiasaan.

Penggunaan kafein, alkohol yang berlebihan, tidur yang berlebihan, merokok sebelum tidur dan stres kronik bisa menyebabkan insomnia. Faktor lingkungan seperti bising, suhu yang ekstrim, dan perubahan lingkungan bisa menyebabkan *transient* dan *recurrent insomnia*.

3) Usia di atas 50 tahun

4) Jenis kelamin.

Insomnia lebih banyak menyerang wanita (20-50% lebih tinggi daripada pria). Wanita lebih sering menderita insomnia karena siklus menstruasinya. Lima puluh persen wanita dilaporkan menderita kembung yang mengganggu tidurnya 2-3 hari di setiap siklusnya. Peningkatan kadar progesteron menyebabkan rasa lelah pada awal siklus.

5) Episode insomnia sebelumnya.

6) Penyakit kronis yang menyebabkan nyeri (misalnya arthritis), terbatasnya pergerakan (misalnya Parkinson), atau kesulitan bernapas (misalnya COPD).

5. Manifestasi Klinis Insomnia

Manifestasi insomnia bisa berupa :

1) Kesulitan untuk jatuh tertidur pada waktu yang normal (*initial insomnia*)

Didefinisikan sebagai kesulitan tertidur yang lebih dari 30 menit. Biasanya disebabkan karena tingkat kesadaran yang tinggi yang berhubungan dengan anxietas atau faktor lain.

2. Kesulitan untuk mempertahankan tidur / sering terbangun dari tidur lalu sulit tertidur kembali.

Keadaan ini bisa muncul secara ireguler dalam 1 malam atau muncul pada waktu-waktu tertentu, seperti selama fase tidur REM Terbangun lebih cepat di pagi hari (*terminal insomnia*).

Kondisi ini cukup sering ditemukan pada orang tua. Merasa tetap lelah dan mengantuk meskipun durasi tidur sudah cukup. Merasa cemas jika sudah mendekati waktu tidur.

6. Efek insomnia

Insomnia dapat memberi efek pada kehidupan seseorang, antara lain :

- 1) Efek fisiologis. Karena kebanyakan insomnia diakibatkan oleh stres, terdapat peningkatan noradrenalin serum, peningkatan ACTH dan kortisol, juga penurunan produksi *melatonin*.
- 2) Efek psikologis. Dapat berupa gangguan memori, gangguan berkonsentrasi, *irritable*, kehilangan motivasi, depresi, dan sebagainya.
- 3) Efek fisik/somatik. Dapat berupa kelelahan, nyeri otot, hipertensi, dan sebagainya.
- 4) Efek sosial. Dapat berupa kualitas hidup yang terganggu, seperti susah mendapat promosi pada lingkungan kerjanya, kurang bisa menikmati hubungan sosial dan keluarga.
- 5) Kematian. Orang yang tidur kurang dari 5 jam semalam memiliki angka harapan hidup lebih sedikit dari orang yang tidur 7-8 jam semalam. Hal ini mungkin disebabkan karena penyakit yang menginduksi insomnia yang memperpendek angka harapan hidup atau karena *high arousal state* yang terdapat pada insomnia mempertinggi angka mortalitas atau mengurangi kemungkinan sembuh dari penyakit. Selain itu, orang yang menderita insomnia memiliki kemungkinan 2 kali lebih besar untuk

mengalami kecelakaan lalu lintas jika dibandingkan dengan orang normal.

7. Insomnia pada Lansia

Pola tidur-bangun berubah sesuai dengan bertambahnya umur. Pada masa neonatus sekitar 50% waktu tidur total adalah tidur REM. Lama tidur sekitar 18 jam. Pada usia satu tahun lama tidur sekitar 13 jam dan 30% adalah tidur REM. Waktu tidur menurun dengan tajam setelah itu. Dewasa muda membutuhkan waktu tidur 7-8 jam dengan NREM 75% dan REM 25%. Kebutuhan ini menetap sampai batas lansia.

Lansia menghabiskan waktunya lebih banyak di tempat tidur, mudah jatuh tidur, tetapi juga mudah terbangun dari tidurnya. Perubahan yang sangat menonjol yaitu terjadi pengurangan pada gelombang lambat, terutama stadium 4, gelombang alfa menurun, dan meningkatnya frekuensi terbangun di malam hari atau meningkatnya fragmentasi tidur karena seringnya terbangun. Gangguan juga terjadi pada dalamnya tidur sehingga lansia sangat sensitif terhadap stimulus lingkungan. Selama tidur malam, seorang dewasa muda normal akan terbangun sekitar 2-4 kali. Tidak begitu halnya dengan lansia, ia lebih sering terbangun. Walaupun demikian, rata-rata waktu tidur total lansia hampir sama dengan dewasa muda. Ritmik sirkadian tidur-bangun lansia juga sering terganggu. Jam biologik lansia lebih pendek dan fase tidurnya lebih maju. Seringnya terbangun pada malam hari menyebabkan keletihan, mengantuk, dan mudah jatuh tidur pada siang hari. Dengan perkataan lain, bertambahnya umur juga dikaitkan dengan

kecenderungan untuk tidur dan bangun lebih awal. Toleransi terhadap fase atau jadwal tidur-bangun menurun, misalnya sangat rentan dengan perpindahan jam kerja. Adanya gangguan ritmik sirkadian tidur juga berpengaruh terhadap kadar hormon yaitu terjadi penurunan sekresi hormon pertumbuhan, prolaktin, tiroid, dan kortisol pada lansia. Hormon-hormon ini dikeluarkan selama tidur dalam. Sekresi *melatonin* juga berkurang. Melatonin berfungsi mengontrol sirkadian tidur. Sekresinya terutama pada malam hari. Apabila terpajan dengan cahaya terang, sekresi melatonin akan berkurang (Nurmiati Amir, 2007).

Penyebab insomnia pada lansia dibagi dua bagian besar yaitu higiene tidur yang buruk dan gangguan tidur spesifik (Prinz & Vitiello, 2000). Higiene tidur yang buruk dibagi empat bagian besar yaitu gangguan siklus tidur jaga, gangguan lingkungan sekitar, penggunaan obat dan makanan tertentu, serta kekurangtahuan akan aktivitas tertentu yang bisa mengganggu tidur. Gangguan tidur jaga adalah umum pada lansia. Gangguan tidur ini adalah hasil dari berbagai perubahan fisiologis yang merupakan bagian dari proses menjadi tua yang normal atau suatu hasil dari higiene tidur yang buruk dan satu atau lebih gangguan tidur spesifik lainnya (Borson, 2000).

Gangguan tidur spesifik adalah dikarenakan berbagai penyakit lain antara lain gangguan psikiatris seperti depresi dan anxietas, gangguan medik umum seperti gangguan pernafasan, gastrointestinal dan reumatik, gangguan neurologis seperti epilepsi, nyeri kepala, serta kumpulan gejala nyeri lain, gangguan irama sirkadian dan gangguan perilaku (Hauri, 2000).

Higiene tidur yang buruk pada lansia adalah berbagai faktor yang dapat diatasi oleh lansia itu sendiri di rumah, antara lain jadwal tidur yang kacau, perkiraan kebutuhan tidur yang terlalu banyak yang menjadikan terlalu banyak tidur siang serta terlalu banyak waktu untuk tidur. Lingkungan tempat tidur yang perlu ditata mengenai akustik, pencahayaan, dan mengurangi kegiatan yang tak perlu di tempat tidur (Borson, 2000).

8. Penatalaksanaan Insomnia

Prinsip penanganan gangguan tidur selain menjelaskan, memastikan dan memberikan saran juga mengoptimalkan pola tidur yang sehat. Terapi insomnia dapat dilakukan dengan menggunakan obat ataupun tanpa obat. Terapi tersebut dapat berupa :

1) Farmakoterapi

Obat-obatan hipnotik sedatif

Tujuan pengobatan dengan obat-obatan hipnotik bukan hanya untuk meningkatkan kualitas dan durasi tidur, tapi juga untuk meningkatkan derajat kewaspadaan pada siang harinya dan untuk menghilangkan *hyperarousal state*. Sayangnya, banyak dosis obat hipnotik yang dibutuhkan untuk memperbaiki kualitas tidur pada malam hari juga menyebabkan sedasi pada siang harinya. Untuk menghindari komplikasi ini, *short acting benzodiazepine* dapat digunakan. Obat hipnotik *long acting* bisa mengganggu kualitas psikomotorik yang bisa menyebabkan kecelakaan yang berhubungan dengan kendaraan bermotor. Terapi dengan obat-obatan hipnotik sedatif harus dimulai dengan dosis kecil dan

untuk maintenancenya menggunakan dosis efektif yang terkecil. Efek toleransi terjadi pada penggunaan kebanyakan obat hipnotik, karena itu penggunaan obat ini tidak boleh lebih dari 1 bulan. *Rebound insomnia* bisa terjadi jika penghentian obat dilakukan secara mendadak. Untuk menghindari efek ini, digunakan obat dengan dosis kecil dan *tapering off*.

2) Herbal.

Bahan-bahan seperti *valerian* (untuk relaksasi otot), *melatonin* untuk gangguan irama sirkadian seperti jet lag. Melatonin menurunkan fase tidur laten, meningkatkan efisiensi tidur, dan meningkatkan persentasi tidur REM, *chamomile*, dan *kava* (untuk mengurangi kecemasan) banyak dipakai untuk terapi insomnia.

3) Psikoterapi.

Pencegahan kejadian tidak bisa tidur sangat tergantung dari kemampuan pasien untuk santai dan belajar bagaimana cara-cara tidur yang benar. Terapi perilaku bisa menyembuhkan insomnia kronik dan terapi ini efektif untuk segala usia, terutama pada pasien usia tua.

4) Terapi cahaya.

Prinsip terapi ini adalah bahwa cahaya terang dapat mengurangi rasa mengantuk dan kegelapan bisa menyebabkan mengantuk.

D. Kualitas Hidup

Pada tahun 1947, badan organisasi kesehatan dunia yang bernaung di bawah PBB (WHO) memperluas definisi sehat, yang tidak hanya terbatas pada

bebasnya seseorang dari rasa sakit, tetapi juga meliputi perasaan yang sejahtera pada fisik, mental dan sosial. Dengan adanya konsep ini, para peneliti dan klinisi kemudian mengadakan perubahan pendekatan, yang tidak hanya berorientasi pada pendekatan biomedis, tetapi juga pendekatan sosiomedis. Kenyataan lainnya adalah bahwa antara penderita dan petugas kesehatan sering berbeda dalam menilai status kesehatan dan kesejahteraan penderita. Hal ini disebabkan oleh sudut pandang yang berbeda, dimana petugas kesehatan hanya memfokuskan pada status klinis penderita, sedangkan fokus penderita terhadap kualitas hidupnya (Rebecca, 1996).

Menurut Cartney and Larson (1989) kualitas hidup merupakan derajat kepuasan hati karena terpenuhinya kebutuhan hidup, baik kebutuhan eksternal maupun persepsi. Sedangkan menurut Kempen, Jelacic, & Ormel (1997) kualitas hidup merupakan suatu konsep multidimensional yang luas meliputi domain fungsi sehari-hari dan pengalaman subyektif, seperti fungsi fisik, fungsi social dan peran, sensasi somatik, pemahaman terhadap kesehatan, dan kesejahteraan subyektif. Adapun menurut WHO (1995) kualitas hidup adalah suatu persepsi individu terhadap posisi kehidupannya dalam konteks kebudayaan dan sistem-sistem yang berlaku dimana ia tinggal, dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standar dan keperdulian (*cit*, Saxena, O'Connel & Underwood, 2002).

Menurut Renwick dan Brown (1996) kualitas hidup berdasarkan pada tiga area kehidupan manusia yang merupakan dimensi penting dalam

pengalaman manusia yaitu *being*, *belonging*, *becoming*. Ketiga hal ini terjadi akibat adanya interaksi antara seseorang dengan lingkungannya.

Being menekankan pada aspek dasar dari siapa manusia sebagai individu. *Physical Being* menekankan pada kesehatan fisik, mobilitas fisik, dan ketangkasan dalam melakukan kegiatan. *Psychological Being* meliputi perasaan dan kognitif seseorang serta evaluasi mengenai diri mereka sendiri. Berfokus pada kepercayaan diri, kontrol diri, koping kecemasan, dan sikap positif. *Spiritual Being* terdiri dari nilai dan standar hidup seseorang, kepercayaan spiritual, pengalaman hidup sehari-hari, dan perayaan (Renwick dan Brown, 1996).

Belonging berfokus pada kesesuaian seseorang terhadap lingkungannya. *Physical Belonging* yaitu mengenai apa yang seseorang punya pada lingkungan fisik mereka seperti rumah, tempat kerja, tetangga, dan lain-lain, termasuk dengan apa yang mereka rasakan sewaktu berada di rumah dan lingkungannya, juga mengenai keamanan dan privasi seseorang. *Social Belonging* berfokus pada hubungan penuh arti dengan keluarga, teman, dan lingkungan. *Community Belonging* terdiri dari hubungan yang dipunyai seseorang dengan sumber yang ada, termasuk informasi dan akses terhadap pendapatan, pekerjaan, pendidikan, dan rekreasi, pelayanan sosial dan kesehatan, serta kegiatan masyarakat (Renwick dan Brown, 1996).

Becoming berfokus pada aktivitas seseorang untuk mencapai tujuan, aspirasi dan harapan. *Practical Becoming* berfokus pada sesuatu yang nyata, aktivitas yang bisa dilakukan sehari-hari, termasuk pekerjaan rumah tangga,

partisipasi di sekolah atau tempat kerja, perawatan diri, dan pemanfaatan pelayanan sosial dan kesehatan. *Leisure Becoming* berhubungan dengan waktu luang dan aktifitas rekreasi yang dapat meningkatkan kenyamanan dan menurunkan stres, termasuk aktivitas dengan jangka pendek seperti bersosialisasi dengan teman, berolahraga, atau dengan aktivitas jangka panjang seperti berlibur. *Growth Becoming* menekankan pada aktivitas yang dapat meningkatkan perkembangan kemampuan dan pengetahuan seseorang, termasuk mempelajari informasi baru, meningkatkan kemampuan dan beradaptasi dengan perubahan yang terjadi (Renwick dan Brown, 1996).

Sifat-sifat yang terkandung dalam kualitas hidup menurut Cella (1994) meliputi 4 hal yaitu

1. *Multidimensionality*; merujuk pada luasnya cakupan yang terkandung di dalamnya, meliputi kenyamanan sosial, emosi, fungsional dan fisik.
2. *Subjectivity*; merujuk pada kenyataan bahwa kualitas hidup hanya dapat dipahami dari persepsi penderita.
3. *Self-administration*; mengandung arti bahwa penilaian kualitas hidup sebagaimana diukur dengan kuisioner sepenuhnya dilengkapi oleh penderita tanpa intervensi dari luar.
4. *Time variable*; memberi kesan bahwa kualitas hidup berfluktuasi sepanjang waktu, sebagai hasil dari perubahan beberapa atau semua komponen yang terdapat di dalamnya.

Menyangkut banyak aspek yang meliputi fungsi fisik (*physical functioning*), misalnya kemampuan merawat diri, status fungsional, mobilitas,

aktifitas fisik, dan tanggung jawab terhadap lingkungannya; keadaan penyakit dan gejala-gejala yang ditimbulkan sebagai akibat dari pengobatan, fungsi psikologis, dan fungsi sosial (Ganz, 1994).

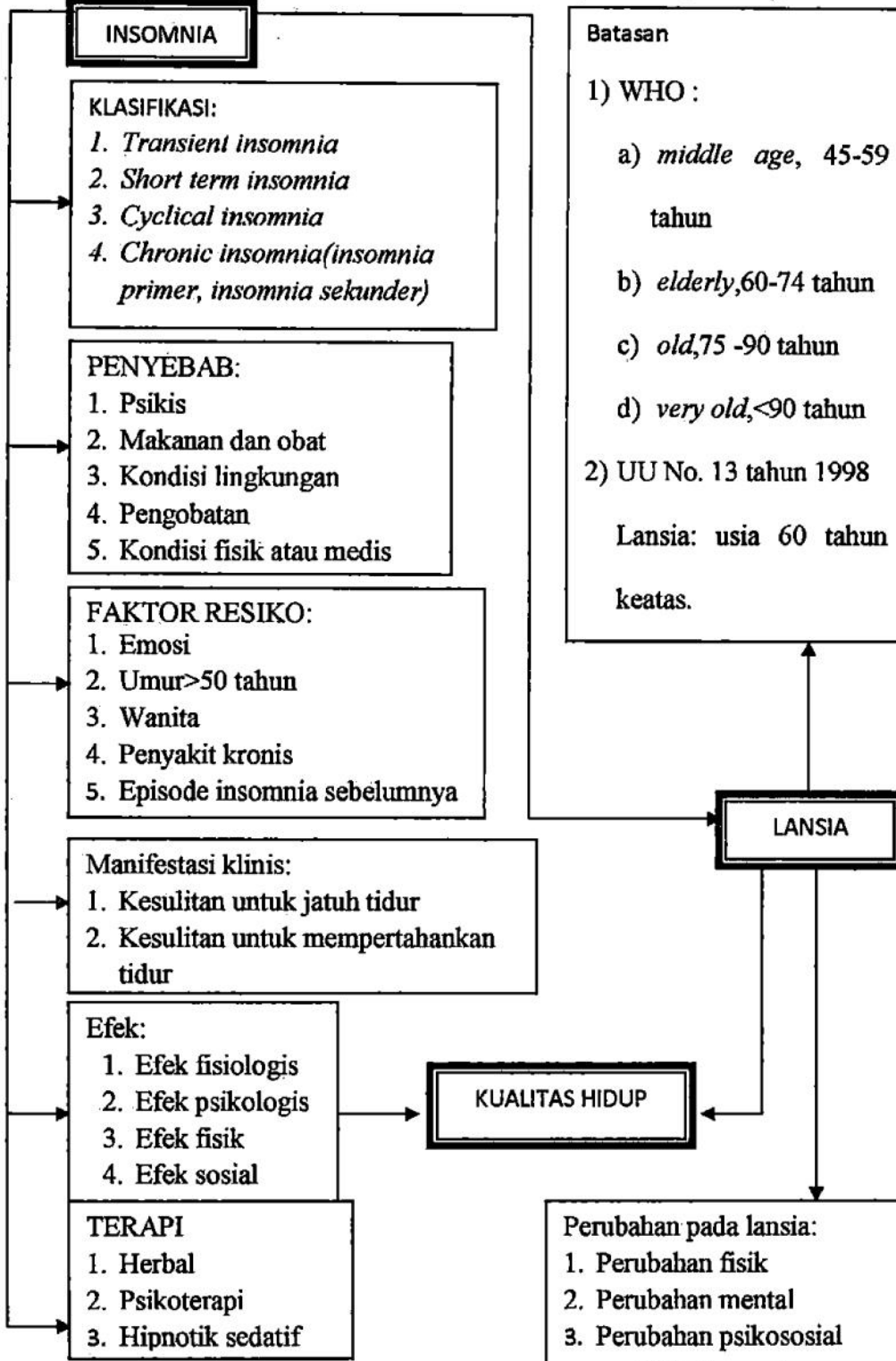
Menurut Spitzer (1981) kualitas hidup meliputi fungsi fisik, fungsi social, emosi atau status mental, beban keluhan dan penerimaan tentang rasa nyaman dan sehat. Menurut Meenan (1991) kualitas hidup meliputi mobilitas, aktivitas rumah dan fisik, keterampilan, rasa sakit dan depresi. Menurut Morrow (1996) lima faktor komponen kualitas hidup adalah fungsi fisik, emosi, kesejahteraan, dan faktor yang mencakup rasa sakit dan gejala nausea. Adapun menurut Schipper (1990) faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup meliputi:

1. Fungsi fisik dan okupasi; merupakan faktor kualitas hidup yang paling mendekati luaran (*outcome*).
2. Fungsi psikologis; parameter psikologis yang berpengaruh pada kualitas hidup terutama ansietas, depresi, perasaan takut, insomnia.
3. Interaksi sosial; kemampuan berinteraksi dengan orang lain sebagai bagian dari komunitas sosial. Interaksi ini secara tradisional membentuk suatu hierarki, dimulai dari keluarga, teman dekat, rekan kerja, sampai komunitas umum.
4. Sensasi somatik; merupakan kondisi fisik yang sangat tidak nyaman yang berpengaruh buruk terhadap kualitas hidup penderita. Meliputi nyeri, sesak nafas, mual, dan sebagainya.

Pengukuran kualitas hidup digunakan WHOQOL BREF (*World Health Organization Quality of Life bref*). *WHOQOL BREF questioner* adalah salah satu instrument pengukuran kualitas hidup yang dikembangkan oleh WHO yang mencakup 4 domain yaitu *physical, psychological, social relationships and environment*. Dan terdiri atas 2 item dari *Overall Quality of Life* dan *General Health* dan 1 item dari 24 facet dari WHOQOL 100, serta terdiri dari 26 pertanyaan. Kuisisioner ini telah diuji secara luas dan telah digunakan di berbagai negara seperti Indonesia. Kuisisioner ini telah diubah ke dalam bahasa Indonesia oleh dr Ratna (Staf WHO Indonesia), Satya Joewana (Universitas Katholik Atmajaya Jakarta), Dr.Hartati Kurniadi, Riza Sarasvita (Staf RS. Fatmawati, Jakarta).

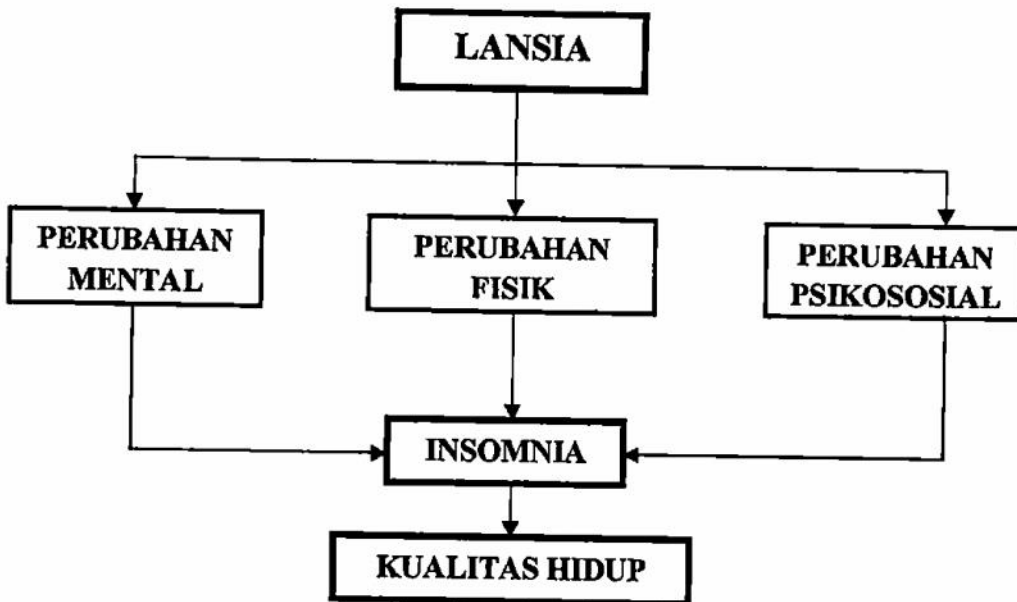
E.KERANGKA TEORI

Berdasarkan tinjauan pustaka di atas maka kerangka teorinya sebagai berikut:



F. Kerangka Konsep

Pada penelitian ini kerangka konsepnya sebagai berikut:



G. Hipotesis

Dari landasan teori dalam tinjauan pustaka dapat diambil hipotesis bahwa terdapat hubungan antara insomnia dengan kualitas hidup pada lansia.