

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Depresi

1. Definisi depresi

Menurut *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) depresi merupakan gangguan mood yang ditandai dengan suasana hati yang terus – menerus merasa sedih, kosong, mudah tersinggung, bersamaan dengan gejala kognitif dan somatik tertentu. Diagnosis depresi ditegakan apabila terdapat lima atau lebih gejala sebagai berikut, perubahan signifikan dalam nafsu makan, penurunan atau peningkatan berat badan, insomnia atau *hypersomnia*, selalu merasa kelelahan, perasaan tidak berharga, penurunan konsentrasi dan gangguan ingatan, pemikiran untuk mengakhiri hidup. Gejala tersebut harus dirasakan setidaknya 2 minggu atau lebih, dan selalu merasa sedih sepanjang waktu (Donohue & Luby, 2016). Pada gangguan depresi berat sering terjadi kekambuhan sehingga dikategorikan sebagai episode depresi seumur hidup. Depresi biasanya diderita dewasa muda yang berusia sekitar 20-30 tahun dan prevelensi wanita yang mengalami 3 kali lebih tinggi dari pada pria (Kessler & Bromet, 2013)

2. Gejala depresi

Gejala- gejala depresi meliputi (Maina et al., 2016):

- a. Perasaan sedih atau ketidak bahagiaan
- b. Mudah merasa tersinggung bahkan dengan masalah kecil
- c. Kehilangan minat atau kesenangan dalam keadaan kegiatan sehari-hari
- d. Insomnia atau *hypersomnia*
- e. Pada beberapa orang depresi mengakibatkan penurunan selera makan sehingga menyebabkan berat badanyang turun , namun pada beberapa kasus depresi dapat mengakibatkan peningkatan nafsu makan maupun berat badan
- f. Gelisah, misalnya tidak bisa berdiri diam dalam waktu lama, menggoyangkan kaki atau tidak dapat duduk dalam waktu lama
- g. Lambat dalam berpikir, berbicara atau Gerakan tubuh
- h. Penurunan konsentrasi
- i. Mudah kelelahan bahkan mengerjakan hal – hal kecil membutuhkan banyak upaya
- j. Sering menyalahkan diri sendiri apabila ada sesuatu yang tidak benar
- k. Masalah fisik yang tidak jelas penyebabnya, contohnya sakit kepala atau sakti perut yang tidak jelas faktor pencetusnya
- l. Sering berpikiran untuk mengakhiri hidupnya atau bunuh diri

Depresi mempengaruhi individu dengan cara yang beragam, akibatnya gejala yang ditimbulkan juga beragam antar satu individu ke individu lain.

Umur, gender, pendidikan, dan budaya semuanya berperan dalam bagaimana

depresi mempengaruhi seseorang (Bhowmik et al., 2012). Gejala umum depresi dapat sedikit berbeda pada anak- anak atau remaja contohnya, pada anak-anak yang lebih muda, gejala depresi dapat mencakup kesedihan, lekas marah, putus asa dan kekhawatiran. Gejala pada remaja dapat mencakup kecemasan, kemarahan dan penghindaran interaksi sosial (Kelvin, 2016).

3. Etiologi depresi

Sampai saat ini penyebab dari depresi masih belum dipahami dengan jelas. Para peneliti memperkirakan bahwa Sebagian kecil kasus depresi disebabkan oleh cedera pada otak, pengaruh sistem endokrin atau farmakologis namun pada sebagian besar kasus, faktor genetik dan lingkungan mengambil peran terhadap *pathogenesis* depresi (Maina et al., 2016). Sama seperti kanker dan penyakit kardiovaskuler yang memiliki berbagai faktor risiko yang mungkin menimbulkan penyakit tersebut, terdapat berbagai faktor yang mungkin menimbulkan depresi klinis (Donohue & Luby, 2016).

Para peneliti menemukan bahwa mereka yang menderita gangguan bipolar memiliki riasan genetik yang agak berbeda dari mereka yang tidak menderita gangguan bipolar. Namun, tidak semua individu yang memiliki faktor genetik bipolar akan mengembangkan penyakit tersebut. Rupanya, faktor tambahan, mungkin lingkungan yang penuh tekanan, yang terlibat dalam onset dan faktor pelindung terlibat dalam pencegahannya. Depresi berat juga tampaknya terjadi

dalam generasi demi generasi pada beberapa keluarga, meskipun tidak sekuat dalam Bipolar I atau II (Kim et al., 2017).

Peristiwa eksternal sering tampaknya memulai episode depresi. Dengan demikian, kehilangan serius, penyakit kronis, hubungan yang sulit, masalah keuangan, atau perubahan pola kehidupan yang tidak disukai dapat memicu episode depresi. Kombinasi faktor genetik, psikologis, dan lingkungan terlibat dalam timbulnya gangguan depresi (Donohue & Luby, 2016).

Kelainan dalam fungsi endokrin diperkirakan memiliki peran penting terhadap kejadian depresi. Studi klinis membuktikan bahwa pasien dengan gangguan endokrin lebih sering mengalami gangguan depresi, misalnya depresi banyak terjadi pada pasien dengan penyakit *cushing's syndrome* dan pasien yang menggunakan obat glukokortikosteroid. Selain itu depresi merupakan manifestasi klinis yang umum pada kasus hipotiroidisme. Peningkatan kadar glukokortikoid dan stres juga dapat berperan dalam penurunan ukuran wilayah *hipocampus* otak pada pasien depresi dengan mengurangi neurogenesis dan kelangsungan hidup neuron melalui *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF) (Langlieb & DePaulo, 2008). Penelitian baru menemukan bahwa stres dalam pekerjaan menyebabkan penurunan tingkat BDNF serum (pasien dengan depresi telah ditemukan memiliki level BDNF yang lebih rendah) dan tingkat plasma 3-metoksi-4-hydroxyphenicol yang lebih tinggi, hal tersebut diperkirakan terkait dengan tingkat kecemasan pada pasien yang depresi (Krishnan & Nestler, 2008).

4. Tingkat depresi

Gangguan depresi adalah gangguan mood yang datang dalam bentuk yang berbeda, Tiga jenis gangguan depresi yang paling umum dibahas di bawah ini. Namun, yang harus diingat bahwa dalam masing-masing jenis ini, ada variasi dalam jumlah, waktu, keparahan, dan persistensi gejala. Ada juga perbedaan dalam bagaimana individu mengalami depresi berdasarkan usia (Bhowmik et al., 2012).

a. Depresi ringan

Episode depresi dengan sekurang- kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama ditambah dua dari gejala lainnya. Dengan lamanya episode depresi kurang dari dua minggu dan sedikit merasa kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan yang biasa dilakukan sehari-hari (Prasetya & Aryastuti, 2019)

b. Depresi sedang

Episode depresi dengan sekurang - kurangnya harus ada dua dari tiga gejala utama ditambah tiga/empat dari gejala lainnya. Dengan lamanya episode depresi minimal dua minggu dan merasa kesulitan yang nyata dalam pekerjaan dan kegiatan yang biasa dilakukan sehari-hari (Prasetya & Aryastuti, 2019)

c. Depresi berat

Depresi berat ditandai dengan kombinasi gejala yang bertahan setidaknya dua minggu berturut-turut, termasuk suasana hati yang menyedihkan dan/atau mudah tersinggung, yang dapat mengganggu kemampuan untuk

bekerja, tidur, makan, dan menikmati kegiatan sehari-hari. Kesulitan dalam tidur atau makan dapat menjadi faktor hal tersebut. Episode depresi ini dapat terjadi sekali, dua kali, atau beberapa kali seumur hidup (Bhowmik et al., 2012).

5. Depresi pada lanjut usia

Depresi adalah masalah umum di antara orang dewasa yang lebih tua, namun itu bukan bagian normal dari penuaan. Bahkan, penelitian menunjukkan bahwa pada lanjut usia lebih sering merasa puas dengan kehidupan mereka, meskipun memiliki lebih banyak penyakit atau masalah fisik. Namun, perubahan kehidupan yang terjadi seiring bertambahnya usia mungkin menyebabkan perasaan gelisah, stres, dan kesedihan. Misalnya, kematian orang yang dicintai, pindah dari pekerjaan menjadi pensiun, atau berurusan dengan penyakit serius dapat membuat orang merasa sedih atau cemas. Setelah periode penyesuaian, banyak lansia yang dapat memperoleh kembali keseimbangan emosional mereka, tetapi yang lain tidak dan dapat mengembangkan depresi (Thapar et al., 2012). Sehingga orang-orang yang berusia di atas 65 tahun tampaknya memiliki risiko depresi yang sedikit lebih besar. Risiko ini menjadi jauh lebih tinggi pada orang berusia di atas 85 tahun. Sangat sulit untuk mengenali depresi pada orang tua karena mereka cenderung tidak berbicara tentang perasaan sedih atau rendah, dan lebih cenderung berbicara tentang masalah fisik seperti kehilangan energi atau kesulitan tidur. Ini mungkin

menjelaskan mengapa orang yang lebih tua mengalami tingkat bunuh diri yang tinggi, terutama pria berusia di atas 75 tahun. Depresi juga dapat dikacaukan dengan efek dari masalah kesehatan lainnya. Orang-orang yang mengalami depresi sering melaporkan merasa bingung dan mengalami kesulitan dalam berpikir dan mengingat. Pada orang yang lebih tua, penting untuk mengetahui apakah masalah ini disebabkan oleh depresi atau pengembangan demensia misalnya dalam penyakit Alzheimer atau stroke (Draft, 2009).

6. Pengobatan pada depresi

Beberapa pengobatan yang digunakan dalam terapi depresi, diantaranya:

- a. Pengobatan antidepresan menggunakan *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRI). *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) adalah obat yang menambah jumlah neurokimia serotonin di otak. (kadar serotonin otak seringkali rendah dalam depresi.) Seperti namanya, SSRI bekerja dengan selektif menghambat (memblokir) serotonin reuptake di otak. Blok ini terjadi pada sinaps, tempat sel otak (neuron) terhubung satu sama lain. Serotonin adalah salah satu bahan kimia di otak yang membawa pesan di koneksi ini (sinapsis) dari satu neuron ke neuron lainnya. SSRI bekerja dengan menjaga serotonin dalam konsentrasi tinggi di dalam sinapsis. Obat-obatan ini bekerja dengan cara mencegah *reuptake serotonin* kembali ke sel saraf pengirim. *Reuptake serotonin* bertanggung jawab untuk menghentikan produksi serotonin baru. Oleh karena itu, pesan serotonin terus

datang. Diperkirakan bahwa, SSRI dapat membantu membangkitkan (mengaktifkan) sel-sel yang telah dinonaktifkan oleh depresi, sehingga menghilangkan gejala depresi. SSRI memiliki efek samping yang lebih sedikit daripada antidepresan trisiklik (TCA) dan *inhibitor monoamine oksidase* (MAOI). SSRI tidak berinteraksi dengan *tyramine* kimia dalam makanan, seperti MAOI. Juga, SSRI tidak menyebabkan hipotensi ortostatik (tiba-tiba jatuh tekanan darah saat duduk atau berdiri) dan gangguan ritme jantung, seperti TCA. Oleh karena itu, SSRI sering menjadi pilihan pengobatan lini pertama untuk depresi. Contoh SSRI termasuk *fluoxetine* (Prozac), *paroxetine* (Paxil), *Ser Traline* (Zoloft), *Citalopram* (Celexa), *Fluvoxamine* (Luvox), dan *Escitalopram* (Lexapro).

SSRI umumnya ditoleransi dengan baik, dan efek samping biasanya ringan. Efek samping yang paling umum adalah mual, diare, agitasi, insomnia, dan sakit kepala. Namun, efek samping ini umumnya hilang dalam bulan pertama penggunaan SSRI. Beberapa pasien mengalami efek samping seksual, seperti penurunan hasrat seksual (penurunan libido), orgasme tertunda, atau ketidakmampuan untuk memiliki orgasme. Semua pasien secara biokimia unik. Oleh karena itu, terjadinya efek samping atau kurangnya hasil yang memuaskan dengan satu SSRI tidak berarti bahwa obat lain dalam kelompok ini tidak akan bermanfaat. Namun, jika seseorang di keluarga pasien memiliki respons positif terhadap obat tertentu, obat itu

mungkin yang lebih baik untuk dicoba terlebih dahulu (Donohue & Luby, 2016).

b. *Dual-action antidepressants*

Mekanisme kerja dari obat-obatan yang digunakan untuk mengobati depresi (MAOI, SSRIS, TCAS, dan antidepresan atipikal) memiliki beberapa efek pada norepinefrin dan serotonin, serta pada neurotransmiter lainnya. Namun, beberapa obat antidepresan yang lebih baru tampaknya memiliki efek yang lebih kuat pada sistem norepinefrin dan serotonin. Obat-obatan ini tampaknya sangat menjanjikan, terutama untuk kasus depresi yang lebih parah dan kronis. *Venlafaxine (Effexor)*, *Duloxetine (Cymbalta)* dan *Desvenlafaxine (Pristiq)* adalah tiga dari senyawa aksi ganda ini. *Effexor* adalah serotonin *reuptake inhibitor*, pada dosis yang lebih rendah, memiliki efek samping yang lebih rendah dari SSRI. Pada dosis yang lebih tinggi, obat ini muncul untuk memblokir *reuptake* norepinefrin. Dengan demikian, *Venlafaxine* dapat dianggap sebagai SNRI, serotonin dan *norepinefrine reuptake inhibitor*. *Cymbalta* dan *Pristiq* cenderung bertindak sebagai *inhibitor reuptake* serotonin yang sama kuat dan *inhibitor reuptake norepinefrin* terlepas dari dosisnya. Karena itu, mereka juga dianggap SNRI. *Mirtazapine (remeron)*, antidepresan lain, yang merupakan senyawa tetrasiklik (struktur kimia empat cincin). *Mirtazapine* bekerja di situs biokimia yang agak berbeda dan dengan cara yang berbeda dari obat lain. *Mirtazapine* mempengaruhi serotonin, tetapi di situs postsinaptik (setelah

koneksi antara sel-sel saraf). *Mirtazapine* juga meningkatkan kadar histamin, yang dapat menyebabkan kantuk. Untuk alasan ini, *Mirtazapine* diberikan pada waktu tidur dan sering diresepkan untuk orang-orang yang kesulitan tertidur. Seperti SNRI, *Mirtazapine* juga bekerja dengan meningkatkan kadar norepinefrin. Selain menyebabkan sedasi, obat ini memiliki efek samping yang mirip dengan SSRI tetapi pada tingkat yang lebih rendah dalam banyak kasus (Donohue & Luby, 2016).

c. Antidepresan atipikal

Antidepresan atipikal dinamai karena obat-obatan bekerja dalam berbagai cara. Dengan demikian, antidepresan atipikal bukan termasuk golongan TCA, SSRIS, atau SNIS, tetapi mereka efektif dalam mengobati depresi dalam banyak kasus. Lebih spesifik, Antidepresan atipikal meningkatkan tingkat neurokimia tertentu di sinapsis otak (di mana saraf berkomunikasi satu sama lain). Contoh-contoh antidepresan atipikal termasuk *nefazodone (serzone)*, *trazodone (desyre l)*, dan *bupropion (wellbutrin)*. *The United States Food and Drug Administration (FDA)* juga telah menyetujui Bupropion untuk digunakan dalam terapi dari kecanduan rokok. Obat ini juga sedang dipelajari untuk mengobati *Attention Deficit Disorder (ADD)* atau *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)* (Donohue & Luby, 2016).

d. *Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs)*

Contoh MAOI termasuk *fenelzine (nardil)* dan *tranylcypromine (parnate)*. *Monoamine oxidase inhibitors* bekerja dengan cara meningkatkan

kadar neurokimia di sinapsis otak dengan menghambat *monoamine oksidase*. *Monoamine Oxidase* adalah enzim utama yang memecah neurokimia, seperti norepinefrin. Ketika *monoamine oksidase* dihambat, norepinefrin tidak rusak oleh karena itu, jumlah norepinefrin di otak meningkat. *Monoamine oxidase inhibitors* juga merusak kemampuan untuk memecah *Tyramine*, suatu zat yang ditemukan dalam keju tua, anggur, kacang, coklat, dan beberapa makanan lainnya. *Tyramine*, seperti norepinefrin, dapat meningkatkan tekanan darah. Oleh karena itu, konsumsi makanan yang mengandung tyramine oleh pasien yang mengkonsumsi obat MAOI dapat menyebabkan peningkatan kadar *tyramine* darah dan tekanan darah tinggi. Selain itu, *Monoamine oxidase inhibitors* dapat berinteraksi dengan obat flu dan batuk yang dapat menyebabkan tekanan darah tinggi. Karena interaksi obat dan makanan yang berpotensi serius ini, *Monoamine oxidase inhibitors* biasanya hanya diresepkan setelah opsi pengobatan lainnya gagal (Fillit et al., 2010).

e. Antidepresan trisiklik (TCA)

Antidepresan golongan ini dikembangkan pada 1950 dan 1960 untuk mengobati depresi. TCA bekerja dengan meningkatkan kadar norepinefrin di sinapsis otak, selain itu TCA juga dapat memengaruhi kadar serotonin. Dokter sering menggunakan TCA untuk mengobati depresi sedang hingga berat. Contoh-contoh antidepresan trisiklik adalah *desipramine (norpramin)*, *imipramine (tofranil)*, *amitriptyline (elavil)*, *trimipramine (Surmontil)*, *andperphenazine (trievil)*, *protriptyline (vivactil)*, *nortriptyline (aventyl)*,

pamelor). TCA aman dan umumnya ditoleransi dengan baik ketika diresepkan dan dikelola dengan benar. Namun, jika dikonsumsi berlebihan, TCA dapat menyebabkan gangguan ritme jantung yang mengancam jiwa. Beberapa TCA juga dapat memiliki efek samping antikolinergik, yang disebabkan oleh pemblokiran aktivitas saraf yang bertanggung jawab untuk kontrol detak jantung, gerakan usus, fokus visual, dan produksi air liur. Dengan demikian, beberapa TCA dapat menghasilkan mulut kering, penglihatan kabur, sembelit, dan pusing setelah berdiri. Efek samping antikolinergik juga dapat memperburuk glaukoma sudut sempit, obstruksi urin karena hipertrofi prostat jinak, dan menyebabkan delirium pada orang tua. TCA juga harus dihindari pada pasien yang dipersembahkan atau riwayat stroke (Fillit et al., 2010).

f. Psikoterapi

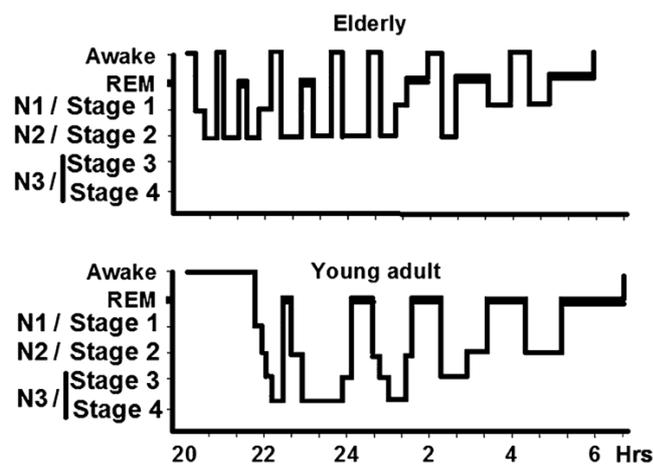
Banyak bentuk psikoterapi secara efektif digunakan untuk membantu individu yang depresi, termasuk beberapa terapi jangka pendek (10 hingga 20 minggu). *Talking therapies* (psikoterapi) membantu pasien mendapatkan wawasan tentang masalah mereka dan menyelesaikannya melalui masukan verbal oleh terapis. Terapi ini membantu pasien belajar bagaimana mendapatkan kepuasan dan penghargaan melalui tindakan mereka sendiri. Terapi ini juga membantu pasien untuk melepaskan pola perilaku yang dapat berkontribusi pada depresi mereka (Thapar et al., 2012)

B. Konsep Tidur

1. Tahapan tidur

Tahapan tidur pada manusia normalnya dibagi menjadi, *rapid eye movement (REM) sleep* dan *non-REM (NREM) sleep*, yang terdiri dari empat tahap: S1, S2, S3, dan S4. Namun, *American Academy of Sleep Medicine* sedikit mengubah tahapan tersebut pada tahun 2007: S3 dan S4 dikelompokkan bersama sebagai N3, dan S1 dan S2 diganti namanya menjadi N1 dan N2.¹² (Becker et al., 2017)

Tahapan tidur dimulai dengan periode tidur NREM (tidur gelombang lambat) pada orang dewasa muda yang sehat. Tidur REM terjadi setelah periode singkat tidur NREM. Perubahan antara NREM dan REM ini terjadi sekitar empat atau lima kali selama tidur malam (Becker et al., 2017)

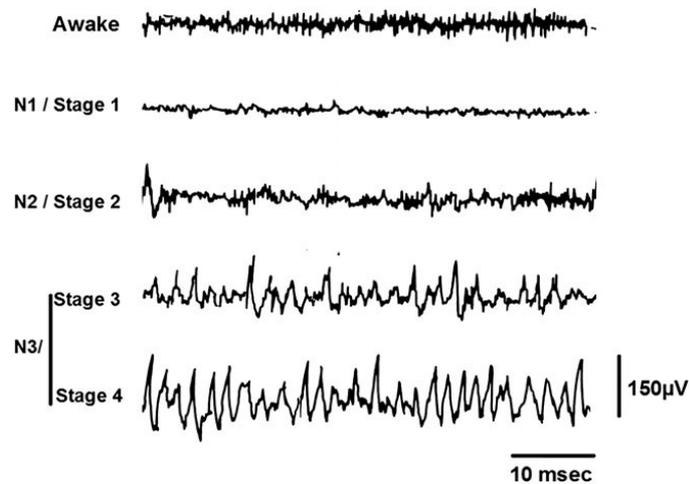


Gambar II.1: Perbedaan Pola Tidur pada Dewasa Muda dan Lanjut Usia

(Sumber : (Gulia & Kumar, 2018)

Saat tidur NREM berlanjut ke tahap yang lebih dalam, EEG menunjukkan peningkatan tegangan dan penurunan frekuensi. Meskipun

aktivitas otot berkurang secara progresif, orang yang tidur membuat penyesuaian posisi sekitar setiap 20 menit. Selama tidur NREM, detak jantung dan tekanan darah menurun, tetapi motilitas gastrointestinal dan aktivitas parasimpatis meningkat. Sebaliknya, tidur REM ditandai dengan hilangnya tonus otot secara drastis, tetapi bola mata menunjukkan gerakan mata yang cepat. EEG menjadi tidak sinkron selama fase ini (Gulia & Kumar, 2018).



Gambar II.2: Perubahan Electroencephalogram dari Tahapan Tidur

Sumber : (Gulia & Kumar, 2018)

2. Kualitas tidur

Kualitas tidur merupakan suatu kepuasan individu terhadap tidurnya, termasuk menggambarkan mulai dari memulai tidur, mempertahankan tidur, onset, dan kepuasan saat bangun (Kline C., 2013). Secara umum, kualitas tidur yang baik ditentukan oleh karakteristik berikut (Crivello et al., 2019):

- a. Seseorang dapat langsung tertidur setelah memejamkan mata, dalam waktu 30 menit atau kurang.
- b. Seseorang biasa tidur sepanjang malam, bangun tidak lebih dari sekali per malam.
- c. Seseorang dapat tidur sesuai jumlah jam yang disarankan untuk kelompok usia tertentu.
- d. Seseorang akan tertidur kembali dalam 20 menit jika terbangun.

3. Perubahan pola tidur pada lanjut usia

Perubahan pola tidur adalah bagian dari proses penuaan normal. Orang yang lebih tua mengalami kesulitan untuk tidur dan tetap tertidur. Faktanya, total waktu tidur yang dibutuhkan hampir konstan sepanjang masa dewasa. Hanya pola dan kedalaman tidur yang berubah seiring bertambahnya usia. Orang tua menghabiskan lebih banyak waktu pada tahap tidur awal (N1 dan N2) daripada saat tidur nyenyak (N3). Hal ini menyebabkan mereka terbangun beberapa kali pada malam hari. Fenomena ini digambarkan sebagai fragmentasi tidur oleh karena penuaan. Dalam studi terbaru, pengaruh usia pada berbagai

variabel tidur, termasuk total waktu tidur, persentase waktu di setiap tahap tidur (N1, N2, N3) dan tidur REM, dipelajari. Pada penelitian tersebut menunjukkan penurunan keseluruhan dalam total waktu tidur pada orang tua. Penurunan persentase tidur REM secara signifikan berkorelasi dengan usia pada wanita, sedangkan penurunan persentase tidur gelombang lambat berkorelasi dengan usia pada pria (Gulia & Kumar, 2018).

C. Insomnia pada Lanjut Usia

Insomnia adalah salah satu gangguan tidur yang paling umum terjadi pada lansia. Menurut *International Classification of Sleep Disorders* (edisi ke-3) oleh *American Academy of Sleep Medicine*, Insomnia didefinisikan sebagai kesulitan terus-menerus dalam memulai tidur, durasi, atau kualitas meskipun ada kesempatan dan keadaan yang memadai untuk tidur, dan menghasilkan beberapa bentuk gangguan pada siang hari. Namun menurut *Manual Diagnostik dan Statistik Gangguan Mental*, edisi ke-5, insomnia didefinisikan sebagai ketidakpuasan yang dilaporkan dengan kualitas atau kuantitas tidur dan terkait dengan kesulitan memulai tidur, pemeliharaan, atau bangun pagi-pagi yang menyebabkan gangguan yang signifikan secara klinis, terjadi setidaknya 3 malam setiap minggu selama 3 bulan, terjadi meskipun ada cukup kesempatan untuk tidur. Menurut beberapa laporan, prevalensi insomnia yang lebih tinggi terdapat pada lansia di panti jompo dan daerah pedesaan (Kim et al., 2017). Namun, penelitian lain tidak menemukan perbedaan dalam pola insomnia lansia di panti jompo dan di rumah lain (Kamali

Zarch et al., 2020). Survei Wawancara Kesehatan Nasional tahun 2004 di AS menunjukkan bahwa persentase pria dan wanita lansia yang tidur kurang dari 6 jam setinggi 20-25%. Meskipun insomnia meningkat seiring bertambahnya usia, kondisi kesehatan penyerta sangat mempengaruhi tingkat keparahan klinis. Perbedaan gender dalam insomnia pada populasi usia lanjut tidak dapat diabaikan karena insomnia umumnya lebih tinggi pada wanita. Pada wanita yang lebih tua, dengan atau tanpa gejala depresi, gangguan tidur meningkat seiring bertambahnya usia (Endeshaw & Bliwise, 2012).

D. Lanjut Usia

World health organization (WHO) mendefinisikan lanjut usia sebagai kelompok populasi yang telah berusia 60 tahun atau lebih. Sedangkan menurut pasal 1 ayat (2) UU No. 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lansia dikatakan bahwa seseorang baik wanita maupun pria dapat disebut lanjut usia jika sudah mencapai usia 60 tahun atau lebih (Nirmala & Lesmana, 2019).

E. Pengaruh Depresi terhadap Kualitas Tidur dan Kejadian Insomnia pada Lanjur Usia

Pada pasien lansia yang mengalami depresi, gangguan tidur (misalnya insomnia, *sleep apnea* dan *restless legs syndrome [RLS]*) terjadi pada sekitar 90% pasien. Diketahui bahwa gangguan tidur telah dianggap sebagai gejala sekunder dari depresi. Depresi biasanya dianggap sebagai faktor risiko untuk mengembangkan insomnia. Namun, banyak penelitian longitudinal telah menunjukkan bahwa insomnia tidak hanya manifestasi predormal depresi tetapi juga faktor risiko independen untuk depresi berikutnya. Pasien lansia dengan depresi juga cenderung memiliki kelainan dalam parameter tidur di semua fase tidur. Perubahan tidur REM adalah karakteristik tidur yang paling jelas pada pasien dengan depresi, dan perubahan tersebut biasanya dianggap sebagai penanda biologis depresi.

Tabel II.1: Penelitian Pengaruh Tingkat Depresi terhadap Kualitas Tidur pada Lanjut Usia

No.	Judul	Peneliti
1	Depression and quality of life in older adults: Mediation effect of sleep quality	Becker., et al. 2018.
2	Hubungan Antara Kualitas Tidur Dengan Tingkat Depresi Pada Lansia di Posyandu Lansia Tunggal Wulung Lowokwaru Kota Malang	Febrianto., et al. 2017.
3	Association between poor sleep quality and depression symptoms among the elderly in nursing homes in Hunan province, China: a cross-sectional study	Hu Zhao., et al. 2019.
4	The associations between various sleep-wake disturbances and depression in community- dwelling older adults- the Yilan study, Taiwan	Chun Lai., et al. 2019
5	Depression and sleep duration: findings from middle-aged and elderly people in China	Peng Ouyang, Wenjun Sun., 2019
6	The association between subjectively impaired sleep and symptoms of depression and anxiety in a frail elderly population	Press., et al. 2017
7	Sleep Duration and Sleep Quality: Associations with Depressive Symptoms Across Adolescence	Raniti., et al. 2017
8	Heterogeneity of sleep quality in relation to circadian preferences and depressive symptomatology among major depressive patients	Selvi., et al. 2018
9	Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand	Thichumpa., et al. 2018.
10	Factors associated with depressive symptoms among the elderly in China: structural equation model	Y. Xie., et al. 2020
11	Association between depressive symptoms and poor	Liu., et al. 2019

	sleep quality among Han and Manchu ethnicities in a large, rural, Chinese population	Martin da Silva., et al. 2018
12	Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level	Martin da Silva., et al. 2019
13	Comparing sleep quality in institutionalized and non-institutionalized elderly individuals	Wu., et al. 2019
14	Sleep Mediates the Relationship Between Depression and Cognitive Impairment in Older Men	Zaidel., et al. 2019
15	Psychosocial Factors Associated with Sleep Quality and Duration Among Older Adults with Chronic Pain	Zhang Jun., et al. 2020.
16	A study on depression of the elderly with different sleep quality in pension institutions in Northeastern China	Mahmoud Kamali Zarch, Mohammad Hossein Sorbi.
17	Structural Relationships Between Depression, Perceived Stress, Sleep Quality, and Quality of Life: Evidence from Iranian Elderly	2019.

Tabel II.2: Penelitian Pengaruh Tingkat Depresi terhadap Kejadian Insomnia pada Lanjut Usia

No.	Judul	Peneliti
1	<i>Relationships among Anxiety and Depression Levels with Sleep Quality and Insomnia Severity in Geriatric Patients with Depression</i>	Asli Beşirli. 2020
2	<i>Insomnia severity and its relationship with demographics, pain features, anxiety, and depression in older adults with and without pain: cross-sectional population-based results from the PainS65+ cohort</i>	Dragioti., et al. 2017.
3	Hubungan Antara Tingkat Depresi Dengan Kejadian Insomnia pada Lanjut Usia di Puskesmas Abiansemal II, Badung	Desak Made Suci Nirmala, Cokorda Bagus Jaya Lesmana. 2019.
4	Hubungan antara Depresi dengan Insomnia pada Lansia di Uptd Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda	Milkhatun. 2017.
5	<i>Sleep and mood in older adults: coinciding changes in insomnia and depression symptoms</i>	Michael., et al. 2018
6	<i>Anxiety and depression mediate the relationship between self-disgust and insomnia disorder</i>	Ypsilanti., et al. 2019
7	Sleep Duration and Sleep Quality: Associations with Depressive Symptoms Across Adolescence	Raniti., et al. 2017
8	Heterogeneity of sleep quality in relation to circadian preferences and depressive symptomatology among major depressive patients	Selvi., et al. 2018
9	Sleep quality and associated factors among the elderly living in rural Chiang Rai, northern Thailand	Thichumpa., et al. 2018.

