

INSOMNIA DAN HUBUNGANNYA TERHADAP FAKTOR PSIKOSOSIAL PADA PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

Made Gede Cahyadi Permana

Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah

ABSTRAK

Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering diderita masyarakat di dunia, baik secara primer maupun dengan adanya kondisi yang komorbid. Berdasar pada hal tersebut, insomnia dapat menjadi masalah yang serius pada tingkat pelayanan kesehatan primer. Dokter umum harus mampu mendiagnosis insomnia serta mampu melakukan terapi yang tepat bagi si pasien. Faktor psikososial diperkirakan memiliki suatu hubungan yang terkait terhadap derajat beratnya insomnia, seperti tingkat kesehatan, keadaan depresi, kepercayaan yang salah terhadap tidur, efektifitas diri, dan faktor kependudukan. Dengan mengetahui hubungan faktor psikososial dan insomnia, diharapkan mampu menciptakan pola penatalaksanaan insomnia yang holistik.

Kata kunci: Insomnia, faktor psikososial

INSOMNIA AND CORRELATION WITH PSYCHOSOCIAL FACTORS IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

Insomnia is regarded as sleep disorder that most often affects people in the world, both in primary and in the presence of comorbid conditions. Based on those facts, insomnia could be a serious problem at the level of primary health care. General Practitioner should be able to diagnose insomnia and able to perform the appropriate treatment for the patient. Psychosocial factors may related to the degree of severity of insomnia, among others are health status, depression, dysfunctional beliefs of sleep, self efficacy, and demographic. By knowing the relationship between psychosocial factors and insomnia, General practitioners are expected to create a holistic pattern of management of insomnia.

Keyword: *Insomnia, psychosocial factors*

PENDAHULUAN

Tidur merupakan suatu kebutuhan manusia yang harus dipenuhi. Setelah seseorang menjalankan aktivitas sehari-harinya, dibutuhkan tidur yang cukup untuk memulihkan kondisi tubuh menjadi segar guna menghadapi aktivitas kembali esok hari. Apabila seseorang tidak bisa melakukan proses tidur, maka orang tersebut dicurigai mengalami gangguan tidur. Istilah insomnia, digunakan secara baku untuk menyebutkan gangguan tidur ini. Berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition* (DSM-IV) insomnia adalah suatu kesulitan dalam memulai tidur, mempertahankan tidur, atau tidur yang tidak menyegarkan selama 1 bulan atau lebih di mana keadaan sulit tidur ini harus menyebabkan gangguan klinis yang signifikan.¹

Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering diderita masyarakat di dunia, baik secara primer maupun dengan adanya kondisi yang komorbid, sebagai contohnya: penelitian terhadap insomnia di Amerika menyebutkan empat puluh hingga tujuh puluh juta penduduk amerika mengalami insomnia intermiten dan 10% hingga 20% penduduk amerika terkena insomnia kronis.² Konsekuensi dari penyakit insomnia sangat banyak bahkan hingga menimbulkan kerugian secara ekonomi. Hal inilah yang mendasari insomnia sebagai masalah yang serius pada tingkat pelayanan kesehatan primer, sehingga dokter umum sebagai garda terdepan pelayanan kesehatan primer dituntut untuk menguasai kompetensi penyakit insomnia dengan baik. Dokter umum harus mampu mendiagnosis insomnia serta mampu melakukan terapi yang tepat bagi si pasien. Faktor psikososiodemografi diperkirakan memiliki suatu hubungan yang terkait terhadap derajat beratnya insomnia, seperti tingkat kesehatan, keadaan depresi, kepercayaan yang salah terhadap tidur, efektifitas diri, dan faktor kependudukan. Beberapa literatur menyebutkan memang ada keterkaitan antara faktor-faktor di atas

dengan semakin beratnya insomnia yang diderita oleh seseorang, namun masih sangat sedikit penelitian yang menerangkan secara spesifik dengan data yang menjurus pada pelayanan kesehatan primer terhadap hubungan ini.² Untuk mengetahui dan menerangkan bagaimana hubungan antara faktor psikososial dengan insomnia pada pelayanan kesehatan masyarakat, maka penulis membuat suatu tinjauan dari berbagai jurnal dan penelitian terkait hal tersebut dan merangkumnya dalam sintesis yang berjudul “Insomnia dan Hubungannya terhadap Faktor Psikososial pada Pelayanan Kesehatan Primer”.

EPIDEMIOLOGI

Penyakit insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering dikeluhkan masyarakat. Prevalensinya bervariasi berdasarkan definisi kasus dan kriteria diagnostik yang spesifik, sehingga estimasi prevalensi insomnia memiliki rentang sekitar 10% hingga 40%. Penelitian di Korea Selatan menunjukkan bagaimana variasi angka prevalensi insomnia berdasarkan definisinya. Ketika insomnia didefinisikan berdasarkan frekuensi tidur (gejala muncul selama 3 malam dalam 1 minggu) maka angkanya menjadi 17%. Bila definisinya mengarah pada kesulitan dalam mempertahankan tidur, nilainya menjadi 11,5%. Dengan menggunakan DSM-IV nilainya menjadi 5%.³ Suatu survey di Singapura menunjukkan 8% sampai 10% pasien yang datang ke dokter umum mengeluhkan gejala insomnia.⁴ Penelitian ini menunjukkan kuantitas pasien insomnia yang datang kepada dokter umum tidaklah sedikit. Sebuah artikel menyatakan Riset internasional yang telah dilakukan *US Census Bureau, International Data Base* tahun 2004 terhadap penduduk Indonesia menyatakan bahwa dari 238,452 juta jiwa penduduk Indonesia, sebanyak 28,035 juta jiwa (11,7%) terjangkit insomnia.⁵ Angka ini membuat

insomnia sebagai salah satu gangguan paling banyak yang dikeluhkan masyarakat Indonesia.

Dari segi jenis insomnianya, hasil penelitian di Amerika Serikat yang menggunakan DSM-IV menunjukkan 20% sampai 49% penduduk dewasa mengidap insomnia intermiten dan 10 sampai 20% mengidap insomnia kronis, di mana 25% dari pengidap insomnia kronis terdiagnosis sebagai insomnia primer. Prevalensi insomnia lebih tinggi pada wanita dan lansia(65 tahun ke atas). Wanita lebih sering 1,5 kali mengidap insomnia dibandingkan pria, dan 20-40% lansia mengeluhkan gejala-gejala pada insomnia tiap beberapa hari dalam 1 bulan.⁶

DEFINISI DAN KRITERIA DIAGNOSIS

Berdasarkan DSM-IV insomnia adalah suatu kesulitan dalam memulai tidur, mempertahankan tidur, atau tidur yang tidak menyegarkan selama 1 bulan atau lebih di mana keadaan sulit tidur ini harus menyebabkan gangguan klinis yang signifikan.¹

Kriteria diagnosis dari insomnia primer berdasar DSM-IV antara lain:

- Keluhan utama adalah kesulitan memulai tidur atau mempertahankan tidur, atau tidur non-restoratif kurang lebih selama satu bulan.
- Gangguan tidur menyebabkan gangguan yang signifikan secara klinis atau gangguan sosial, gangguan dalam bekerja, atau area-area fungsional penting yang lainnya.
- Gangguan tidur tidak terjadi secara khusus selama mengalami narkolepsi, *breathing-related sleep disorder*, gangguan tidur ritme sirkadian, parasomnia.

- Gangguan tidak terjadi secara khusus selama mengalami gangguan mental lainnya(contoh: *major depressive disorder*, *generalized anxiety disorder*, delirium).
- Gangguan terjadi tidak diakibatkan karena efek psikologis langsung atau suatu substansi(contoh: penyalahgunaan obat) atau keadaan medis umum.³

Insomnia selain kriteria di atas disebut insomnia sekunder di mana, insomnia muncul akibat adanya suatu penyebab sekaligus merupakan diagnosis banding dari insomnia primer. Penyakit-penyakit yang memiliki gejala insomnia sebagai diagnosis banding insomnia primer adalah insomnia yang disebabkan oleh:

- Gangguan Kardiovaskuler: gagal jantung kongestif, aritmia, *Congenital Arterial Disease*(CAD).
- Gangguan Paru: Penyakit Paru Obstruktif Kronis(PPOK), asma.
- Gangguan Saraf: stroke, penyakit Parkinson, *neuropathy traumatic brain injury*.
- Gangguan Gastrointestinal: *Gastro Esophageal Reflux Disease*(GERD).
- Gangguan Ginjal: gagal ginjal kronik.
- Endokrin: diabetes, hipertiroidisme.
- Reumatologi: Reumatoid artritis, osteoartritis, sakit kepala, fibromyalgia.
- Gangguan tidur: *Restless legs syndrome*, *periodic limb movement disorder*, *sleep apnea*, gangguan ritme sirkadian, parasomnia, serangan panik nokturnal, mimpi buruk/*nightmare*, *rapid eye movement behavior disorder*.
- Gangguan psikiatri: depresi, cemas, panik, *Post Traumatic Stress Disorder*.
- Obat-obatan: dekonjestan, anti-depresan, kortikosteroid, beta-agonis, beta-antagonis, stimulan, statin.
- Substansi: kafein, alkohol, nikotin, kokain.³

Diagnosis yang tepat dapat ditegakkan melalui anamnesis yang cermat dan adekuat untuk menentukan insomnia primer atau diagnosis bandingnya serta dilakukan pemeriksaan fisik dan penunjang (tekanan darah, gangguan hormon, kolesterol, kadar gula darah, dan sejenisnya) untuk mengetahui adanya penyakit klinis dan pemeriksaan psikologis untuk mendeteksi gangguan psikis (depresi, skizofrenia, psikosis, dan sejenisnya).⁵

PATOGENESIS

Insomnia sering dikaitkan dengan keadaan *hyperarousal*. Keadaan ini meningkatkan level kewaspadaan seseorang dan menyebabkan terjadinya peningkatan metabolisme di dalam tubuh. Bila terjadi di malam hari akan menimbulkan kesulitan tidur. Hal ini diperkuat dengan penelitian yang hasilnya menunjukkan adanya peningkatan *body metabolic rates* yang lebih tinggi pada penderita insomnia bila dibandingkan orang normal. Keadaan ini tidak hanya terjadi pada malam hari, tetapi juga bisa di siang hari.³ Keadaan *hyperarousal* ini disebabkan oleh banyak faktor seperti stresor psikologis maupun fisik. Penelitian yang dilakukan Charles M. Morin dan kawan-kawan, menunjukkan tingginya intensitas stresor dalam kehidupan sehari-hari serta meningkatnya *arousal* pada orang dengan insomnia primer bila dibandingkan dengan orang yang tidak mengalami gangguan tidur.⁷

Penelitian tentang *neuroimaging* pada pasien insomnia, menunjukkan adanya peningkatan metabolisme glukosa serebral selama tidur dan saat bangun. Pada pemeriksaan *electroencephalography*, insomnia menunjukkan peningkatan aktivitas gelombang beta dan penurunan aktivitas gelombang delta.³

INSOMNIA PADA PELAYANAN PRIMER

Garis terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat terletak pada dokter umum. Penyakit-penyakit dengan prevalensi tinggi sudah tentu menjadi tugas dokter umum dalam hal penanganannya, salah satunya adalah insomnia. Sesuai dengan data epidemiologi insomnia di atas, insomnia merupakan penyakit yang banyak diderita pasien-pasien pada pelayanan kesehatan primer. Di Indonesia sendiri diperkirakan 11,7% penduduknya mengalami insomnia.⁵ Penelitian di amerika menunjukkan angka prevalensi dua kali lipat bila dibandingkan angka prevalensi gangguan depresi mayor(6,6%), selain itu insomnia menimbulkan konsekuensi yang sangat banyak seperti gangguan mood, peningkatan kebiasaan minum obat, gangguan mengingat, kelelahan, peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan, serta penurunan tingkat kesehatan tubuh. Literatur menunjukkan konsumsi biaya negara terhadap insomnia mencapai 42 milyar dolar tiap tahun. Berdasar dari sudut pandang prevalensi, konsekuensi, dan biaya, insomnia patut mendapat perhatian dalam pelayanan kesehatan primer.²

Peran Dokter Umum dalam Penanganan Insomnia

Seorang dokter umum harus memahami insomnia secara terperinci guna efektifitas diagnosis dan pengobatan insomnia. Berdasarkan survey yang dilakukan Ancoli-Israel dan Roth mengenai persentase pasien dengan insomnia yang mendiskusikan gangguan tidurnya kepada dokter, didapatkan hasil yang mengejutkan. Dari 700 sampel pasien insomnia yang diteliti, hanya 5% yang secara spesifik mendiskusikan gangguan tidurnya kepada dokter, 26% mendiskusikan gangguan tidurnya tetapi bukan sebagai yang utama, dan 69% menyatakan tidak mendiskusikan gangguan tidurnya kepada dokter.⁸ Penelitian ini menunjukkan masih banyak pasien insomnia yang tidak

melaporkan gangguan tidurnya kepada dokter yang dikunjungi. Di sinilah kemampuan seorang dokter untuk mengevaluasi keluhan pasien diuji. Bila dokter tidak melakukan anamnesis yang baik, tentu informasi gangguan tidur pasien menjadi kurang, dan akan berpengaruh pada terapi yang akan diberikan kepada pasien. Bisa saja dokter akan melewatkan beberapa faktor psikososial dan faktor medis lain yang menjadi pemicu dari insomnia pasien.

Penatalaksanaan Insomnia pada Pelayanan Kesehatan Primer

Praktisi medis di tingkat pelayanan kesehatan primer, memiliki kewenangan sampai tahap mengobati pasien insomnia yang tidak memiliki komplikasi spesialistik. Jika Pengaruh faktor psikosiodemografi bisa mempengaruhi bagaimana terapi, maupun edukasi yang diberikan kepada pasien. Seandainya ada penyakit spesifik yang memicu terjadinya insomnia, maka penatalaksanaan harus mengutamakan pada pengobatan penyakit tersebut.⁸

Terapi farmakologi yang konvensional memiliki beberapa prinsip dasar dalam penggunaan obat yang bisa dipegang sebagai dasar pengobatan oleh dokter yaitu:

- Jangan hanya menggunakan obat hipnotik saja, terapi juga harus disertai dengan edukasi higienitas tidur dan *behavioral therapy*.
- Mulailah pemberian obat hipnotik dengan dosis rendah, dan bisa ditingkatkan secara perlahan-lahan sesuai indikasi, terutama pada pasien lansia.
- Hindari menggunakan obat benzodiazepine jangka panjang.
- Gunakan obat hipnotik (terutama benzodiazepine) secara hati-hati pada pasien dengan riwayat penyalahgunaan dan ketergantungan obat.

- Monitor pasien secara rutin terutama untuk tanda-tanda toleransi, ketergantungan, dan *withdrawal*.
- Informasikan kepada pasien tentang *Hangover effect*(efek sakit pada saat bangun pagi seperti pada orang yang minum minuman keras) serta risiko kecelakaan saat berkendara di jalan, terutama pada pasien yang minum obat *long-acting*.
- Turunkan dosis obat hipnotik secara gradual untuk menghindari gejala *withdrawal* dan *rebound insomnia*. Masalah ini biasanya muncul pada pasien yang menggunakan obat *short* dan *intermediate acting*, atau pada pengguna dengan dosis yang besar.⁶

Obat yang digunakan dalam terapi insomnia ada beberapa macam antara lain:

- Obat golongan benzodiazepine(contoh: lorazepam, flurazepam). Merupakan obat pilihan pertama pada penyakit insomnia, dan telah digunakan secara luas pada pelayanan kesehatan primer. Bekerja menghambat *Gamma-Aminobutyric Acid*(GABA) di sistem saraf pusat, serta spesifik berikatan pada reseptor *post synaps*. Menghasilkan efek sedasi, tidur, dan relaksasi otot. Efek sampingnya antara lain: sedasi, *dizziness*, hipotensi ortostatik, dan depresi fungsi pernafasan.
- Obat non-benzodiazepine seperti zolpidem, zaleplon, eszopiclone, dan ramelteon.
- *Miscellaneous Slee-Promoting Agents*, contohnya: melatonin. Namun penggunaan dan efektifitas dari melatonin masih dalam penelitian.
- Obat-obat lain seperti anti-histamin dan anti-depresan. Anti depresan sering diresepkan pada pasien insomnia, karena banyak pasien insomnia yang memiliki tanda-tanda depresi, ataupun pasien depresi yang mengalami insomnia. Hubungan ini akan dibahas lebih lanjut pada subbab berikutnya.⁶

Sebuah penelitian tentang pola persepsian obat pasien insomnia pada pelayanan kesehatan primer di Washington, Amerika Serikat tahun 1997 yang dilaksanakan oleh Gregory E. Simon dan kawan-kawan, menunjukkan prevalensi penggunaan obat benzodiazepine pada pasien insomnia adalah 14 % pada pasien insomnia, 19% menggunakan anti depresan, dan 28% menggunakan obat psikotropik lain. Sebagian besar pengguna anti depresan adalah pasien-pasien dengan insomnia yang disertai depresi(38%), dan hanya 13% pasien yang insomnia tanpa depresi menggunakan anti depresan. ⁹ Tingginya angka penggunaan anti depresan dibandingkan benzodiazepine menunjukkan lebih banyak penyakit insomnia yang diderita pasien berbarengan dengan gangguan depresi.⁹

Seorang dokter umum juga harus mampu memberikan edukasi dan konseling terhadap pasien insomnia. Edukasi dan konseling ini meliputi higienitas terhadap pola tidur dan koreksi terhadap keyakinan dan kebiasaan yang salah terhadap pola dan proses tidur(*dysfunctional belief of sleep*).⁸

Selain terapi farmakologi, Isyarat seorang dokter umum melakukan rujukan dan konsultasi kepada dokter spesialis adalah bila pada keadaan-keadaan tertentu seperti adanya penyakit yang spesialistik sebagai komorbid dari insomnia, penyakit insomnia sudah menyebabkan pasien menderita gangguan fungsional berat serta respon terhadap pengobatan konvensional yang buruk.⁸

FAKTOR PSIKOSOSIAL YANG MEMPENGARUHI INSOMNIA

Dinamika psikososiodemografi di masyarakat umum merupakan suatu tantangan dalam penanganan penyakit pada pelayanan kesehatan primer. Dinamika ini bisa saja mempengaruhi bagaimana perkembangan dari suatu penyakit, tidak terkecuali insomnia.

Oleh karena itu, faktor-faktor psikososial, demografi penduduk sebaiknya diketahui oleh praktisi-praktisi pelayanan kesehatan primer yang mungkin bisa menjadi kunci ataupun memiliki peran dalam perjalanan penyakit. Beberapa literatur yang menyebutkan faktor psikososial memiliki hubungan erat dengan derajat beratnya insomnia. namun penelitian-penelitian yang menyokong masih sedikit. Salah satu penelitian yang mencari hubungan antara derajat berat insomnia terkait dengan faktor psikososial di pelayanan kesehatan primer adalah penelitian yang dilakukan oleh Daniel Bluestein dan kawan-kawan. Variabel yang digunakan sebagai faktor psikososial adalah status kesehatan, depresi, kepercayaan yang salah terhadap tidur, efektifitas diri, dan demografi. Derajat berat insomnia diukur dengan menggunakan *Insomnia Severity Index*(ISI).^{2,10} ISI merupakan suatu kuesioner yang terdiri dari tujuh pertanyaan di mana masing-masing pertanyaan memiliki skor 0 sampai 4. Skor jawaban akan dijumlahkan seluruhnya, dan skor total dicocokkan dengan kategori yang tersedia. Kategori skor ISI antara lain *no clinically significant insomnia*(0-7); *subtheresold insomnia*(8-14); *clinical moderate insomnia*(15-21); *clinical severe insomnia*(22-28).¹⁰

Hubungan Status Kesehatan dengan Derajat Insomnia

Secara teori, status kesehatan memang sudah diprediksi memiliki hubungan erat dengan insomnia. Gangguan medis sering menjadi komorbid dari penyakit insomnia. Hasil penelitian Daniel Bluestein dan kawan-kawan menunjukkan hasil signifikan antara status kesehatan dengan derajat beratnya penyakit insomnia, namun tidak bisa dijadikan suatu prediktor/penanda insomnia yang berat.²

Beberapa literatur memang sudah menyatakan bahwa ada hubungan antara insomnia dengan kondisi medis. Penelitian tentang hal ini juga dilakukan oleh Taylor dan

koleganya dengan hasil sampel yang mengalami insomnia kronis dilaporkan juga memiliki penyakit-penyakit medis seperti penyakit jantung, hipertensi, nyeri kronis, susah buang air besar atau buang air kecil, kesulitan dalam fungsi neurologi dan bernafas. Ancoli-Israel melakukan penelitian yang sebaliknya dan ditemukan hasilnya adalah gangguan tidur merupakan gejala dari suatu penyakit medis seperti gagal jantung kongestif dan GERD.³

Hubungan Depresi dengan Derajat Insomnia

Penelitian Daniel Bluestein dan kawan-kawan menunjukkan hasil yang signifikan antara depresi dan derajat berat insomnia.² Semakin tinggi skor depresi dari sampel, semakin tinggi pula derajat beratnya. Pembahasan epidemiologi yang dilakukan Taylor dan koleganya juga menunjukkan insomnia sebagai penanda dari gangguan depresi.³ Hubungan yang signifikan ini dikatakan wajar, karena sudah banyak teori yang menyatakan gejala psikiatri merupakan faktor risiko dari insomnia ataupun sebaliknya. Depresi muncul akibat adanya stres yang berat misalnya pada kejadian hidup yang luar biasa (cerai, ditinggal mati oleh orang yang sangat dicintai), stresor harian (tekanan kerja). stresor ini mempengaruhi pola tidur dan meningkatkan *arousal* sebelum tidur ataupun saat terbangun tiba-tiba hingga akhirnya berujung pada insomnia.¹¹ Data penelitian dari Daniel Bluestein dan kawan-kawan ini bisa menjadi acuan dalam pengobatan insomnia pada pelayanan primer dengan mengedepankan manajemen depresi untuk memprediksi dan menangani tingkat keparahan insomnia.²

Hubungan Kepercayaan yang Salah Terhadap Tidur(*Dysfunctional Belief of Sleep*) dengan Derajat Insomnia

Kepercayaan yang salah terhadap tidur mengacu pada pengertian yang salah terhadap tidur maupun prosesnya, seperti pengharapan yang berlebihan terhadap tidur, persepsi yang tidak realistis terhadap tidur, prasangka yang salah.¹² Kepercayaan yang salah pada tidur bisa menimbulkan kesulitan untuk tidur. Pada penelitian Daniel Bluestein, didapatkan tingkat kepercayaan yang salah terhadap tidur memiliki hubungan yang signifikan dengan derajat berat dari insomnia. Hasil ini menunjukkan bahwa diperlukannya suatu integrasi antara pendekatan kognitif-behavioral dalam *setting* pelayanan kesehatan primer.²

Hubungan Efektifitas Diri(*self-efficacy*) dengan Derajat Insomnia

Efektifitas diri yang dimaksud dalam penelitian Daniel Bluestein adalah tingkat kepercayaan diri saat melakukan berbagai kebiasaan yang diperlukan untuk tidur. Hasil penelitiannya signifikan terhadap derajat beratnya insomnia, maka penanganan insomnia pada pelayanan primer juga sebaiknya mengacu pada peningkatan efektifitas diri.²

Hubungan Demografi dengan Derajat Insomnia

Menurut hasil penelitian Daniel Bluestein dan kawan-kawan ini, faktor sosiodemografi tidak memiliki hubungan yang signifikan terhadap derajat berat dari insomnia., sehingga pola pelayanan dan penanganan insomnia tidak perlu bergantung pada keadaan sosiodemografi masyarakat.² Namun hubungan demografi dan insomnia tampak pada penelitian lain yang dilakukan oleh *North Carolina Family Practice Research Network*

(NC-FP-RN) dengan hasil adanya hubungan yang jelas pada sampel dengan variabel ras, dan jenis kelamin. pasien dengan jenis kelamin wanita lebih sering mengalami insomnia dibandingkan laki-laki. Pasien dengan ras kulit putih lebih sering mengeluh gangguan tidur dibandingkan ras latin. Setelah disesuaikan antara variabel umur, jenis kelamin, dan ras didapatkan juga orang yang sudah menikah cenderung lebih sedikit mengeluh insomnia dibanding yang belum menikah namun lebih sering mengalami *snoring*.¹³

RINGKASAN

Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering terjadi di masyarakat, terutama pada tingkat pelayanan primer. Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition* (DSM-IV), insomnia gangguan yang ditandai dengan kesulitan dalam memulai tidur, memelihara kondisi tidur, atau tidur yang tidak menyegarkan selama 1 bulan atau lebih. Keadaan sulit tidur tersebut harus menyebabkan gangguan klinis yang signifikan atau *distress*. Bila tergolong insomnia primer, etiologinya harus bukan dikarenakan gangguan psikiatri, parasomnia, penggunaan obat-obatan dan substansi lainnya, atau gangguan ritme sirkadian. Insomnia yang disebabkan oleh gangguan lain disebut insomnia sekunder.

Patogenesis insomnia sering dikaitkan dengan keadaan *hyperarousal*. Keadaan ini meningkatkan level kewaspadaan seseorang dan menyebabkan terjadinya peningkatan metabolisme di dalam tubuh. Bila terjadi di malam hari akan menimbulkan kesulitan tidur. Keadaan *Hyperarousal* ini dipicu oleh berbagai macam faktor, seperti stres psikososial, maupun gangguan medis.

Pelayanan Kesehatan Primer yang dilaksanakan oleh dokter umum mencakup penyakit insomnia di dalamnya. Hal ini didasarkan pada insomnia merupakan penyakit yang banyak diderita pasien-pasien pada pelayanan kesehatan primer serta data dan sudut pandang prevalensi, konsekuensi, dan biaya yang ditimbulkan akibat insomnia.

Terapi farmakologi terhadap insomnia yang paling sering digunakan pada pelayanan kesehatan primer adalah golongan benzodiazepine. Adapula obat-obat selain benzodiazepine seperti: non-benzodiazepine(zolpidem, zaleplon, eszopiclone, dan ramelteon), anti-histamin, dan antidepresan. Selain terapi farmakologi, pemberian edukasi dan konseling terhadap pasien insomnia. Edukasi dan konseling ini meliputi higienitas terhadap pola tidur dan koreksi terhadap keyakinan dan kebiasaan yang salah terhadap pola dan proses tidur. Berdasarkan penelitian-penelitian yang dipaparkan di atas faktor psikososial memiliki hubungan terhadap derajat beratnya insomnia pada pelayanan kesehatan primer, sehingga memungkinkan diwujudkan suatu pola pendekatan dan penatalaksanaan insomnia yang holistik, tidak hanya mengacu pada farmakologi tetapi juga mengacu pada faktor-faktor yang mempengaruhi pasien. Faktor yang memiliki hubungan yang sangat kuat terhadap insomnia adalah tingkat depresi, di mana semakin berat tingkat depresi pasien, maka semakin berat pula derajat insomnianya. Depresi bisa digunakan sebagai prediktor dari insomnia yang berat, serta memiliki hubungan timbal balik, di mana insomnia juga bisa dikatakan sebagai penanda gangguan depresi

DAFTAR PUSTAKA

1. Max Hirshkowitz, Rhoda G. Seplowitz-Hafkin, Amir Sharafkhaneh. 2009. Sleep Disorders. In: B.J. Sadock, M.D., Virginia Alcott Sadock, M.D., Pedro Ruiz, M.D.(eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume II. 9th ed. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; p. 2150-56.
2. Daniel Bluestein, Carolyn M. Rutledge, Amanda C. Healey. 2010. Psychosocial Correlates of Insomnia Severity in Primary Care. JABFM Vol 23 No.2; p.204-211.
3. Evelyn Mai, Daniel J. Buysse. 2009. Insomnia: Prevalence Impact, Pathogenesis, Differential Diagnosis, and Evaluation. Fall; p.491-498.
4. R Mahendran. 2001. Characteristics of Patients Referred to an Insomnia Clinic. Singapore Med J Vol 42(2); p. 064-066.
5. Anonim. 28 Juta Orang Indonesia Terkena Insomnia.(akses 20 Januari 2011). Download dari situs: <http://balagu.com/health/?p=8/>
6. Kumar Budur, Charlos Rodriguez, Nancy Foldvary-Schaefer. 2007. Advance in Treating Insomnia. Cleveland Clinic Journal of Medicine Vol 74 No.4; p.251-266.
7. Charles M. Morin, Sylvie Rodrigue, Hans Ivers. 2003. Role of Stress, Arousal, and Coping Skill in Primary Insomnia. Psychosomatic Medicine; p. 259-267
8. Larry Culpepper. 2005. Insomnia: A Primary Care Perspective. J clin Psychiatry; p. 14-17.
9. Gregory E. Simon. Michael VonKorff. 1997. Prevalence, Burden, and Treatment of Insomnia in Primary Care. Am J Psychiatry; p. 1417-1423.

10. Insomnia Severity Index(ISI).[akses: 20 Januari 2011]. Download dari situs:
<http://www.google.com/>
11. Charles M. Morin, Josee Savard, Marie Cristine Quella, Meagan Daley. 2003. Insomnia. In: Irving B. Weiner, Arthur M. Nezu, Christine M. Nezu, Pamela A. Geller (eds). Handbook of Psychology Volume: Health Psychology; p. 317-334.
12. Charles M. Morin, Annie Vallières, and Hans Ivers. 2007. Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep (DBAS): Validation of a Brief Version (DBAS-16). Sleep;p.1547-1554.Available <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/1154172/Sleep;p.1547-1554>.
13. Maha Alattar, John J. Harrington, Madeline Mitchell, Philip Sloane. 2007. Sleep Problems in Primary Care: A North Carolina Family Practice Research Network (NC-FP-RN) Study.JABFM Vol. 20 No. 4; p. 365-374.