

SKRIPSI
2020

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN
INSOMNIA PADA MAHASISWA ANGKATAN 2019 FAKULTAS
KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**



Oleh:

Farhan Yaasir Husaini

C011171600

Pembimbing:

Dr. dr. Sonny Teddy Lisal, Sp.KJ

DISUSUN SEBAGAI SALAH SATU SYARAT UNTUK MENYELESAIKAN

STUDI PADA PRODRAM PENDIDIKAN DOKTER

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

2020

**HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN INSOMNIA
PADA MAHASISWA ANGKATAN 2019 FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

SKRIPSI

**Diajukan Kepada Universitas Hasanuddin
Untuk Melengkapi Salah Satu Syarat
Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran**

Farhan Yaasir Husaini

C011171600

Pembimbing :

Dr. dr. Sonny Teddy Lisal, Sp.KJ

UNIVERSITAS HASANUDDIN

FAKULTAS KEDOKTERAN

MAKASSAR

2020

HALAMAN PENGESAHAN

Telah disetujui untuk dibacakan pada seminar akhir di Departemen Psikiatri

Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul :

**“HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN
INSOMNIA PADA MAHASISWA ANGKATAN 2019 FAKULTAS
KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN”**

Hari, Tanggal : 02 Desember 2020

Waktu : 12.00

**Tempat : Departemen Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas
Hasanuddin**

Makassar, 02 Desember 2020



Dr. dr. Sonny Teddy Lisal, Sp.KJ

NIP. 196706161995031001

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

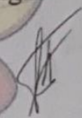
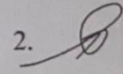

“HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN INSOMNIA PADA MAHASISWA ANGKATAN 2019 FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN”

Disusun dan diajukan oleh:

Farhan Yaasir Husaini

C011171600

Menyetujui
Panitia Penguji

No.	Nama Penguji	Jabatan	Tanda Tangan
1.	Dr. dr. Sonny Teddy Lisal, Sp.KJ	Pembimbing	1. 
2.	Dr. dr. H. M. Faisal Idrus, Sp.KJ(K)	Penguji I	2. 
3.	dr. A. Suheyra Syauki, M.Kes, Sp.KJ	Penguji II	3. 

Mengetahui :

Wakil Dekan
Bidang Akademik, Riset & Inovasi
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin

Ketua Program Studi
Sarjana Kedokteran
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin



Dr. dr. Irfan Idris, M.Kes.
NIP. 196711031998021001

Dr. dr. Sitti Rafiah, M.Si
NIP. 196805301997032001

**DEPARTEMEN PSIKIATRI
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN
2020**

TELAH DISETUJUI UNTUK DICETAK DAN DIPERBANYAK

Judul Skripsi :

**“HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN
INSOMNIA PADA MAHASISWA ANGKATAN 2019 FAKULTAS
KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN”**

Makassar, 02 Desember 2020



**Dr. dr. Sonny Teddy Lisal, Sp.KJ
NIP. 196706161995031001**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS KARYA

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Farhan Yaasir Husaini
NIM : C011171600
Tempat, tanggal lahir : Benteng, 22 Desember 1998
Alamat Tempat Tinggal : Jl. Aroeppala Perumahan Anging Mammiri B1/34
Email : farhanyaasir@gmail.com
Nomor HP : 082191353791

Dengan ini saya menyatakan bahwa seluruh skripsi dengan judul "Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Insomnia pada Mahasiswa Angkatan 2019 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin" adalah hasil karya saya. Apabila ada kutipan atau pemakaian dari hasil karya orang lain baik berupa tulisan, data, gambar atau ilustrasi baik yang telah dipublikasi atau belum dipublikasi, telah direferensi sesuai dengan ketentuan akademis.

Saya menyadari plagiarisme adalah kejahatan akademik, dan melakukannya akan menyebabkan sanksi berat berupa pembatalan skripsi dan sanksi akademik yang lain.



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis masih dapat bernafas dan diberi kesempatan untuk menyelesaikan karya ilmiah yang berjudul **“HUBUNGAN ANTARA TINGKAT KECEMASAN DENGAN INSOMNIA PADA MAHASISWA ANGKATAN 2019 FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS HASANUDDIN”** ini.

Dalam penulisan karya tulis ilmiah ini tentu terdapat banyak kesulitan, namun berkat bimbingan dan bantuan yang tidak henti-hentinya diberikan kepada tim penulis dari berbagai pihak, akhirnya skripsi ini dapat terselesaikan. Oleh sebab itu, penulis ingin menyampaikan rasa syukur dan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT., Tuhan yang memberikan kekuatan dan kemudahan kepada penulis.
2. Dr. dr. Sonny Teddy Lisal, Sp.KJ selaku pembimbing penulis, terima kasih atas segala bimbingan, waktu, arahan, masukan dan bantuan kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik dan berjalan dengan lancar.
3. Dr. dr. H. M. Faisal Idrus, Sp.KJ (K) dan dr. A. Suheyra Syauki, M.Kes, Sp.KJ sebagai penguji I dan II yang telah memberi kritik dan saran yang membangun dalam penyusunan skripsi ini
4. Orang tua serta keluarga yang senantiasa memberikan motivasi, dukungan dan doa yang tiada henti sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

5. Staf departemen Kedokteran Jiwa serta seluruh staf pengajar dan karyawan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
6. Teman sejawat Vitreous dan semua pihak yang telah membantu yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu.

Menyadari ketidaksempurnaan dan keterbatasan yang ada, penulis mengaharapkan kritik dan saran, guna perbaikan kedepannya.

Makassar, 02 Desember 2020



Farhan Yaasir Husaini

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN ORISINILITAS KARYA	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
ABSTRAK	xvi
ABSTRACT	xvii
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Bagi Mahasiswa Kedokteran	4
1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan Kesehatan	4

1.4.3 Bagi Peneliti	5
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.2 Kecemasan	6
2.1.1 Definisi Kecemasan	6
2.1.2 Etiologi Kecemasan	7
2.1.3 Mekanisme Kecemasan	10
2.1.4 Tingkat Kecemasan	11
2.1.5 Gangguan Kecemasan	13
2.1.6 Gejala Kecemasan	14
2.1.7 Penanganan Gangguan Kecemasan.....	14
2.2 Tidur	16
2.2.1 Pengertian Tidur	16
2.2.2 Manfaat Tidur	17
2.2.3 Fisiologi Tidur	17
2.2.4 Tahapan dan Siklus Tidur	19
2.2.5 Kebutuhan Tidur pada Usia Dewasa	24
2.3 Insomnia	25
2.3.1 Definisi Insomnia.....	25
2.3.2 Klasifikasi Insomnia	25
2.3.3 Faktor Resiko Insomnia	27
2.3.4 Diagnosis Insomnia	28
2.3.5 Penanganan Insomnia	29
BAB 3. KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN	31
3.1 Kerangka Teori	31

3.2 Kerangka Konsep	32
3.3 Definisi Operasional dan Variabel	32
3.3.1 Definisi Operasional	32
3.3.2 Variabel	33
3.4 Hipotesis	33
BAB 4 METODE PENELITIAN	34
4.1 Desain Penelitian	34
4.2 Tempat dan Waktu Penelitian	34
4.3 Populasi dan Sampel	34
4.4 Kriteria Sampel	35
4.5 Prosedur Pengumpulan Data	36
BAB 5 HASIL PENELITIAN	41
5.1 Analisis Univariat.....	41
5.1.1 Karakteristik Responden.....	41
5.1.2 Karakteristik Tingkat Kecemasan pada Responden	42
5.1.3 Karakteristik Kejadian Insomnia pada Responden	43
5.2 Analisis Bivariat	43
5.2.1 Karakteristik Tingkat Kecemasan dengan Insomnia	43
5.2.2 Karakteristik Tingkat Kecemasan tanpa Insomnia	45
5.2.3 Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Insomnia.....	46
BAB 6 PEMBAHASAN.....	48
6.1 Analisis Univariat	48

6.1.1 Usia	48
6.1.2 Jenis Kelamin	48
6.1.3 Tingkat Kecemasan	48
6.1.4 Kejadian Insomnia.....	49
6.2 Analisis Bivariat	50
6.2.1 Karakteristik Tingkat Kecemasan dengan Insomnia	50
6.2.2 Karakteristik Tingkat Kecemasan tanpa Insomnia	50
6.2.3 Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Insomnia	51
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	53
7.1 Kesimpulan	53
7.2 Saran	54
DAFTAR PUSTAKA	55

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Rincian Anggaran Dana	40
Tabel 5.1 Karakteristik Responden	41
Tabel 5.2 Frekuensi Tingkat Kecemasan	42
Tabel 5.3 Frekuensi Kejadian Insomnia.....	43
Tabel 5.4 Frekuensi Tingkat Kecemasan dengan Insomnia	44
Tabel 5.5 Frekuensi Tingkat Kecemasan tanpa Insomnia	45
Tabel 5.6 Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Insomnia	46

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : HPA Axis dan Respon Stress	11
Gambar 2.2 : Tahapan Tidur	23

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Biodata Peneliti	58
Lampiran 2 : Surat Rekomendasi Perrsetujuan Etik	59
Lampiran 3 : Kuesioner <i>Hamilton Anxiety Rating Scale</i> (HARS)	60
Lampiran 4 : Kuesioner <i>Insomnia Severity Index</i> (ISI)	63
Lampiran 5 : Data Penelitian	64

SKRIPSI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
DESEMBER, 2020

Farhan Yaasir Husaini, C011171600

Dr. dr. Sonny Teddy Lisal, SpKJ

Hubungan antara Tingkat Kecemasan dengan Insomnia pada Mahasiswa Angkatan 2019 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

ABSTRAK

Latar Belakang : Kecemasan seringkali terjadi pada mahasiswa baru yang melanjutkan jenjang pendidikan perguruan tinggi khususnya pada mahasiswa kedokteran. Insomnia secara luas didefinisikan ketidakpuasan terhadap tidur secara kuantitatif maupun kualitatif merupakan gangguan tidur yang paling sering ditemukan. Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa prevalensi kecemasan dan insomnia cukup tinggi pada mahasiswa kedokteran. Peningkatan aktivitas saraf otonom pada kecemasan dapat memicu terjadinya insomnia. **Tujuan :** Untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan dengan insomnia pada mahasiswa angkatan 2019 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.

Metode : Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah *observational analytics* dengan design *cross sectional*, pengambilan subjek berdasarkan total sampling. Instrumen penelitian menggunakan *Hamilton Anxiety Rate Scale (HARS)* untuk menilai kecemasan dan *Insomnia Severity Index (ISI)* untuk menilai insomnia. Data dianalisis secara univariat untuk mendeskripsikan distribusi masing-masing variabel dan analisis secara bivariat menggunakan uji korelasi spearman untuk menilai korelasi kedua variabel.

Hasil : Hasil yang didapatkan menggunakan uji Spearman, $p \text{ value} = 0.000$ ($p < 0.05$) menunjukkan adanya hubungan signifikan antara tingkat kecemasan dengan insomnia. **Kesimpulan :** Terdapat korelasi yang signifikan antara tingkat kecemasan dengan insomnia pada mahasiswa kedokteran angkatan 2019 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

Kata Kunci : Tingkat Kecemasan, Insomnia, Mahasiswa Angkatan 2019

**THESIS
FACULTY OF MEDICINE
HASANUDDIN UNIVERSITY
DECEMBER, 2020**

Farhan Yaasir Husaini, C011171600

Dr. dr. Sonny Teddy Lisal, Sp.KJ

Correlation between Anxiety Level and Insomnia in Class 2019 Undergraduate Student of Medical Faculty Hasanuddin University

ABSTRACT

Background: Anxiety often occurs in new students who continue their undergraduate education, especially medical students. Insomnia is broadly defined as dissatisfaction with sleep quantitatively or qualitatively as the most common sleep disorder. Several previous studies have shown that the prevalence of anxiety and insomnia is quite high in medical students. Increased autonomic nerve activity in anxiety can lead to insomnia. **Objective :** To find the relationship between the level of anxiety and insomnia in Class 2019 Undergraduate Student of Medical Faculty Hasanuddin University

Methods: The method used in this research is observational analytics approach with a cross sectional design, taking the subject based on total sampling. The instrument used for this study were the Hamilton Anxiety Rate Scale (HARS) to assess anxiety and the Insomnia Severity Index (ISI) to assess insomnia. Data were analyzed using univariate to describe the distribution of each variable and bivariate analysis using the Spearman correlation test to assess the correlation between the two variables.

Result : The results obtained using the Spearman test, p value = 0.000 ($p < 0.05$) indicate a significant relationship between the level of anxiety and insomnia.

Conclusion : There was a significant correlation between the level of anxiety and insomnia among medical students of 2019 Medical Faculty Hasanuddin University.

Keywords : Anxiety Level, Insomnia, Student Class 2019

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Kecemasan adalah sesuatu yang menimpa hampir setiap individu pada waktu tertentu dalam kehidupannya. Kecemasan merupakan reaksi yang normal terhadap situasi yang sangat menekan kehidupan seseorang. Kecemasan dapat muncul sendiri atau bergabung dengan gejala lain dari berbagai gangguan emosi. Menurut Institute for Health Metrics and Evaluation diperkirakan 970 juta orang di seluruh dunia memiliki gangguan mental pada 2017. Jumlah terbesar adalah gangguan kecemasan, diperkirakan sekitar 3,76 persen dari populasi (Ritchie & Roser, 2018).

Kecemasan seringkali terjadi pada mahasiswa baru yang melanjutkan jenjang pendidikan baik itu di universitas, institusi, sekolah tinggi dan akademik lainnya, khususnya pada mahasiswa baru kedokteran Universitas Hasanuddin. Dimana, mahasiswa baru membutuhkan penyesuaian dan peralihan yang sangat signifikan, baik itu dalam hal manajemen waktu, perubahan tingkat emosional, ataupun gaya hidup yang berbeda.

Di Indonesia menurut Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013) , menunjukkan bahwa prevalensi gangguan mental emosional yang ditunjukkan dengan gejala-gejala depresi dan kecemasan adalah sebesar 6% untuk usia 15 tahun ke atas atau sekitar 14 juta orang (Depkes, 2014) . Terkait dengan mahasiswa dilaporkan bahwa prevalensi ansietas pada

mahasiswa kedokteran FK Unand tahap akademik menjelang ujian tulis sebesar 46,99%,. Berdasarkan hasil penelitian tersebut diketahui bahwa setiap orang dapat mengalami kecemasan baik cemas ringan, sedang atau berat. (Apriady, et al., 2012)

Jika seseorang sedang merasa kesal atau dalam keadaan cemas mungkin akan mengalami kesulitan tidur. Kecemasan mahasiswa baru dapat diakibatkan oleh materi kuliah, pratikum, dan ujian yang mendesak penyesuaian dari metode belajar di SMA. Karena hampir semua mahasiswa baru kedokteran belum dapat mengatur waktunya dengan baik sehingga segala pekerjaan dan jam belajarnya pun terganggu. Apabila hal ini terjadi maka akan menyebabkan kecemasan yang akan mengarah kepada terjadinya insomnia.

Insomnia secara luas didefinisikan sebagai ketidakpuasan dengan tidur baik secara kualitatif maupun kuantitatif. Ini biasanya dikaitkan dengan kesulitan memulai tidur, kesulitan mempertahankan tidur, ditandai dengan sering terbangun atau tidak dapat tertidur setelah bangun, dan bangun lebih awal dengan ketidakmampuan untuk kembali tidur. Insomnia apabila diremehkan akan membuat tubuh semakin melemah sedikit demi sedikit, mengundang masalah serius, dan menurunkan kualitas hidup, kerugian dalam hidup bermasyarakat, kerugian psikis dan kerugian finansial, bahkan dampak yang paling berbahaya yaitu dapat menyebabkan kematian (Patel, et al., 2018)

Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering ditemukan, berbagai penelitian di seluruh dunia telah menunjukkan prevalensi insomnia pada 10% -30% dari populasi, beberapa bahkan setinggi 50% -60%. Ini umum pada lansia, wanita, dan orang-orang dengan kesehatan medis dan mental yang buruk (Bhaskar, et al., 2016) . Penelitian pada mahasiswa kedokteran Universitas Udayana menunjukkan bahwa 56% dari total 50 mahasiswa yang diteliti menderita insomnia klinis sedang dan 4% mahasiswa menderita insomnia klinis berat. (Sathivel & Setyawati, 2017)

Berdasarkan fenomena tersebut, maka perlu adanya penelitian terkait hubungan antara tingkat kecemasan dengan insomnia pada mahasiswa angkatan 2019 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

1.2. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diungkapkan di atas, dapat dirumuskan suatu pertanyaan penelitian, yaitu :

1. Bagaimana tingkat kecemasan mahasiswa angkatan 2019 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin?
2. Bagaimana gambaran kejadian insomnia mahasiswa 2019 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin?
3. Bagaimana hubungan antara tingkat kecemasan dengan insomnia pada mahasiswa angkatan 2019 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan antara tingkat kecemasan dengan insomnia pada mahasiswa angkatan 2019 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui tingkat kecemasan mahasiswa angkatan 2019 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin
2. Untuk mengetahui gambaran kejadian insomnia mahasiswa angkatan 2019 Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Mahasiswa Kedokteran

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi wawasan dan menambah informasi mengenai hubungan tingkat kecemasan dengan insomnia. Sehingga mahasiswa terhindar dari resiko kecemasan dan insomnia.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi mengenai tingkat kecemasan dan insomnia serta dapat dijadikan data dasar dalam mengembangkan penelitian kedokteran selanjutnya.

1.4.3. Bagi Peneliti

Penelitian ini menjadi pengalaman bagi peneliti serta dapat mengetahui hubungan antara kecemasan dengan insomnia pada mahasiswa profesi kedokteran.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kecemasan

2.1.1 Definisi Kecemasan

Steven Schwartz mengemukakan kecemasan berasal dari kata Latin *anxius*, yang berarti penyempitan atau pengecilan. Kecemasan mirip dengan rasa takut tapi dengan fokus kurang spesifik, sedangkan ketakutan biasanya respon terhadap beberapa ancaman langsung, sedangkan kecemasan ditandai oleh kekhawatiran tentang bahaya tidak terduga yang terletak di masa depan. Kecemasan merupakan keadaan emosional negatif yang ditandai dengan adanya firasat dan somatik ketegangan, seperti hati berdetak kencang, berkeringat, kesulitan bernapas. (Schwartz, 2000)

Kecemasan adalah suatu keadaan emosional yang mempunyai ciri keterangsangan fisiologis, perasaan tegang yang tidak menyenangkan, dan perasaan aprehensif bahwa sesuatu yang buruk akan terjadi (Nevid, et al., 2005). Selanjutnya menurut Gail W. Stuart kecemasan adalah kekhawatiran yang tidak jelas dan menyebar, yang berkaitan dengan perasaan tidak pasti dan tidak berdaya (Stuart, 2006).

Dari beberapa definisi kecemasan di atas dapat disimpulkan bahwa kecemasan adalah keadaan yang menggambarkan gangguan psikologis yang dapat memiliki karakteristik berupa rasa takut, keprihatinan terhadap masa

depan, kekhawatiran yang berkepanjangan, dan rasa gugup disertai dengan perasaan yang tidak berdaya serta tidak menentu baik disebabkan oleh sesuatu hal yang belum jelas maupun yang jelas.

2.1.2 Etiologi Kecemasan

Penyebab dari kecemasan antara lain faktor psikologis, genetik, faktor biologis. Tiga kelompok teori psikologis utama yang berhubungan dengan penyebab kecemasan yaitu, teori psikoanalitik, teori perilaku, teori eksistensial (Sadock & Sadock, 2010).

- Teori psikologis
 - a. Teori Psikoanalitik

Kecemasan adalah suatu sinyal kepada ego yang memberitahukan adanya suatu dorongan yang tidak dapat diterima dan menyadarkan ego untuk mengambil tindakan defensif terhadap tekanan dari dalam tersebut. Idealnya penggunaan represi sudah cukup untuk memulihkan keseimbangan psikologis tanpa menyebabkan gejala karena represi yang efektif dapat menahan dorongan yang dibawah sadar. Namun jika represi tidak berhasil sebagai pertahanan, mekanisme pertahanan lain (seperti konversi, pengalihan dan regresi) mungkin menyebabkan pembentukan gejala dan menghasilkan gambaran gangguan neurotic yang klasik (seperti histeria, fobia, neurosis obsesif-kompulsif).

b. Teori Perilaku

Teori perilaku menyatakan bahwa kecemasan disebabkan oleh stimuli lingkungan spesifik. Pola berpikir yang salah, terdistorsi atau tidak produktif dapat mendahului atau menyertai perilaku maladaptif dan gangguan emosional. Penderita gangguan cemas cenderung menilai lebih terhadap derajat bahaya dalam situasi tertentu dan menilai rendah kemampuan dirinya untuk mengatasi ancaman.

c. Teori Eksistensial

Teori eksistensial kecemasan memberikan model untuk kecemasan menyeluruh, dimana tidak terdapat stimulus yang dapat diidentifikasi secara spesifik untuk perasaan cemas.

• Teori Biologis

Teori biologis juga telah berkembang untuk mencerminkan timbulnya kecemasan. Faktor biologis mencakup masalah biochemical yang ada di otak, salah satunya gangguan neurotransmitter. Tiga neurotransmitter utama yang terkait dengan munculnya kecemasan yaitu, NE (*Norepinephrine*), Serotonin, *Gamma-Aminobutyric Acid* (GABA). (Sadock & Sadock, 2010)

a. Norepinephrine

Norepinephrine merupakan respon dari „*fight or flight*“ dan regulasi dari tidur, suasana hati, dan tekanan darah. Ketika seseorang mengalami

stress akut mungkin memiliki sistem noradrenergik yang teregulasi secara buruk dan akan terjadi peningkatan dari pelepasan NE. Pusat dari norepinephrine terletak pada locus ceruleus di pons pars rostralis dan badan selnya menjulurkan aksonnya ke korteks serebri, sistem limbik, batang otak serta medula spinalis (Sadock & Sadock, 2010).

b. Serotonin

Badan sel pada sebagian besar neuron serotonergik berlokasi di nukleus raphe di batang otak rostral dan berjalan ke korteks serebral, sistem limbik dan hipotalamus. Pemberian obat serotonergik pada binatang menyebabkan perilaku yang mengarah pada kecemasan. Beberapa laporan menyatakan obat-obatan yang menyebabkan pelepasan serotonin, menyebabkan peningkatan kecemasan pada pasien dengan gangguan kecemasan. (Imaniah, 2017)

c. GABA

Peranan GABA dalam gangguan kecemasan telah dibuktikan oleh manfaat benzodiazepine sebagai salah satu obat beberapa jenis gangguan kecemasan. Benzodiazepin yang bekerja meningkatkan aktivitas GABA pada reseptor GABA terbukti dapat mengatasi gejala gangguan kecemasan umum bahkan gangguan panik. Beberapa pasien dengan gangguan kecemasan diduga memiliki reseptor GABA yang abnormal. (Imaniah, 2017)

Stimulasi sistem saraf otonom juga dapat menimbulkan gejala tertentu yang disebabkan oleh pelepasan epinefrin dari adrenal. Hiperaktivitas sistem

saraf otonom akan mempengaruhi berbagai sistem organ dan menyebabkan gejala tertentu, misalnya : kardiovaskuler (takikardi), gastrointestinal (diare) dan pernapasan (takipnea) . (Imaniah, 2017)

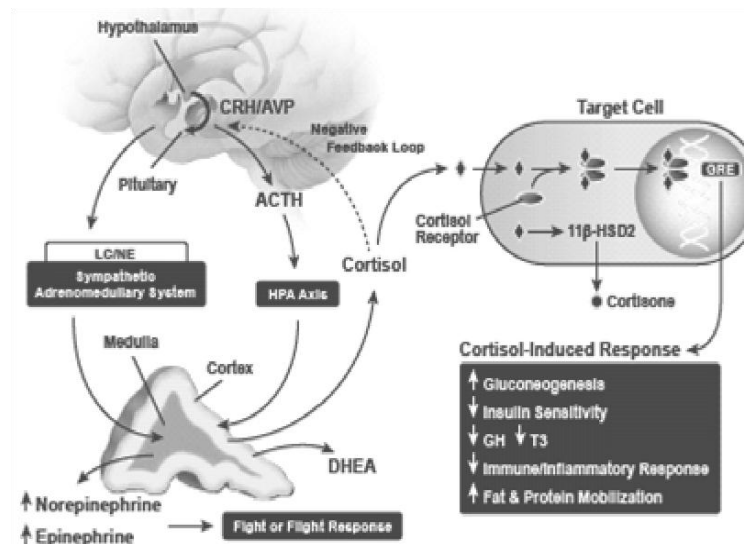
- Faktor Genetik

Penelitian menegaskan bahwa faktor genetic berperan dalam pengembangan dari gangguan kecemasan. Orang lebih cenderung memiliki gangguan kecemasan jika mereka memiliki kerabat yang juga memiliki gangguan kecemasan. Kejadian paling banyak di mana beberapa orang setidaknya memiliki satu kerabat yang juga mengalami gangguan tersebut (Hector, et al., 2011)

2.1.3 Mekanisme Kecemasan

Ketika seseorang dalam keadaan stress dan tegang secara fisiologis akan mengaktifkan *Limbic Hipotalamus Puitutary Adrenal Axis* (LHPA), kemudian merangsang hipotalamus dan menyebabkan disekresinya hormon *corticotrophin relesing hormone* (CRH). Hal tersebut akan menyebabkan peningkatan produksi *Sympathetic Adrenal Medular axis* (SAM), dengan adanya respon tersebut menyebabkan stimuli pada alur *Limbic Hipotalamus Puitutary Adrenal Axis* (LHPA), kemudian merangsang hipotalamus dan menyebabkan disekresinya hormon *Corticotrophin Relesing Hormone* (CRH). Hal tersebut menyebabkan teraktivasinya *Adeno Cortico Trophin Hormone* (ACTH) yang akan menstimuli produksi hormon kortisol dari

korteks adrenal, selain itu akan menyebabkan teraktivasi neuron andrenergik dari *Locus Ceruleus* (LC), dimana LC merupakan tempat diproduksi NE yang kemudian akan mensekresikan epinephrine. Sistem LC bertanggungjawab untuk merespon langsung terhadap stresor dengan “melawan atau lari/*fight or flight*” (Tsigos & Chrousos, 2002)



Gambar 2.1 : HPA Axis dan Respon stres (Guilliams & Edwards, 2010)

2.1.4 Tingkat Kecemasan

1. Kecemasan ringan;

Kecemasan ringan berhubungan dengan ketegangan dalam kehidupan sehari-hari dan menyebabkan seseorang menjadi waspada dan meningkatkan lahan persepsinya. Contohnya individu yang menghadapi ujian akhir, pasangan dewasa yang akan memasuki jenjang pernikahan, individu yang akan melanjutkan pendidikan kejenjang yang lebih tinggi, dan individu yang tiba-tiba dikejutkan anjing menggonggong.

2. Kecemasan sedang;

Memungkinkan seseorang untuk memusatkan pada masalah yang penting dan mengesampingkan yang lain sehingga seseorang mengalami perhatian yang selektif, namun dapat melakukan sesuatu yang terarah. Contohnya pasangan suami istri yang menghadapi kelahiran bayi pertama yang mengalami resiko tinggi, keluarga yang mengalami perpecahan (berantakan), dan individu yang mengalami konflik dalam pekerjaan.

3. Kecemasan berat;

Sangat mengulangi lahan persepsi seseorang. Seseorang dengan kecemasan berat cenderung untuk memusatkan pada sesuatu yang terinci dan spesifik, serta tidak dapat berpikir tentang hal lain. Orang tersebut memerlukan banyak pengarahan untuk dapat memusatkan pada suatu area yang lain. Contohnya individu yang mengalami kehilangan harta benda dan orang yang dicintai karena bencana alam, dan individu dalam penyanderaan.

4. Panik

Panik berhubungan dengan terperangah, ketakutan dan teror karena mengalami kehilangan kendali. Orang yang sedang panik tidak mampu melakukan sesuatu walaupun dengan pengarahan. Tanda dan gejala yang terjadi pada keadaan ini adalah susah bernapas, dilatasi pupil, palpitasi, pucat, diaphoresis, pembicaraan inkoheren, tidak dapat berespon terhadap perintah yang sederhana, berteriak, menjerit, mengalami halusinasi dan delusi. (Stuart, 2016)

2.1.5 Gangguan Kecemasan

Buku Pedoman Praktis Diagnosis Gangguan Jiwa III mengelompokkan gangguan kecemasan meliputi:

1. Gangguan Ansietas Fobik,

Ansietas dicetuskan oleh adanya situasi atau objek yang jelas (dari luar individu itu sendiri), yang sebenarnya pada saat kejadian ini tidak membahayakan. Gangguan ansietas fobik terdiri dari agoraphobia, fobia social, fobia khas.

2. Gangguan Ansietas Lainnya

Manifestasi ansietas merupakan gejala utama dan tidak terbatas pada situasi lingkungan tertentu saja, meliputi gangguan panik, gangguan cemas menyeluruh, gangguan campuran ansietas dan depresi.

3. Gangguan Obsesif-Kompulsif

Adanya gejala-gejala obsesif atau tindakan kompulsif, dimana ada pikiran atau tindakan yang menimbulkan kecemasan dan tidak berhasil dilawan.

4. Reaksi terhadap Stress Berat dan Gangguan Penyesuaian

Meliputi reaksi stress akut, gangguan stress pasca trauma dan gangguan penyesuaian.

2.1.6 Gejala Kecemasan

Jeffrey S. Nevid mengklasifikasikan gejala-gejala kecemasan meliputi:

1. Gejala fisik dari kecemasan yaitu : kegelisahan, anggota tubuh bergetar, banyak berkeringat, sulit bernafas, jantung berdetak kencang, merasa lemas, panas dingin, mudah marah atau tersinggung.
2. Gejala behavioral dari kecemasan yaitu : berperilaku menghindar, terguncang, melekat dan dependen
3. Gejala kognitif dari kecemasan yaitu : khawatir tentang sesuatu, perasaan terganggu akan ketakutan terhadap sesuatu yang terjadi dimasa depan, keyakinan bahwa sesuatu yang menakutkan akan segera terjadi, ketakutan akan ketidakmampuan untuk mengatasi masalah, pikiran terasa bercampur aduk atau kebingungan, sulit berkonsentrasi.
(Nevid, et al., 2005)

2.1.7 Penanganan Gangguan Kecemasan

1. Terapi humanistika

Terapi yang berfokus pada membantu klien mengidentifikasi dan menerima dirinya yang sejati dan bukan dengan bereaksi pada kecemasan setiap kali perasaan-perasaan dan kebutuhan-kebutuhannya yang sejati mulai muncul ke permukaan. (Nevid, et al., 2005)

2. Terapi psikofarmaka

Terapi psikofarmaka berfokus pada penggunaan obat anti cemas (*anxiolytic*) dan obat-obat anti depresan seperti Diazepam, Clobazam,

Bromazepam, Lorazepam, Meprobamate, Alprazolam, Oxazolam, chlordiazepoxide HCl, Hidroxyzine HCl. (Hawari, 2008)

3. Terapi somatic

Terapi somatik dilakukan dengan memberikan obat-obatan untuk mengurangi keluhan-keluhan fisik pada organ tubuh yang bersangkutan yang timbul sebagai akibat dari stres, kecemasan dan depresi yang berkepanjangan.

4. Psikoterapi

Terapi dilakukan dalam sebuah group dan biasanya dipilih group terapi dengan kondisi anggota yang satu tidak jauh beda dengan anggota yang lain sehingga proses penyembuhan dapat berjalan lebih efektif. Dalam psikoterapi ini dilakukan terapi pernafasan dan teknik relaksasi ketika menghadapi kecemasan serta sugesti bahwa kecemasan yang muncul adalah tidak realistis.

5. Terapi psikososial

Terapi psikososial adalah untuk memulihkan kembali kemampuan adaptasi agar yang bersangkutan dapat kembali berfungsi secara wajar dalam kehidupan sehari-hari baik di rumah, sekolah/kampus, di tempat kerja maupun di lingkungan pergaulan sosialnya. (Hawari, 2008)

6. Terapi psikoreligius

Pendekatan agama akan memberikan rasa nyaman terhadap pikiran, kedekatan kepada Tuhan dan doa-doa yang disampaikan akan memberikan harapan positif. (Hawari, 2008)

7. Pendekatan Keluarga

Dukungan (*support*) keluarga cukup efektif dalam mengurangi kecemasan. (Nevid, et al., 2005)

8. Konseling

Konseling dapat dilakukan secara efisien dan efektif bila ada motivasi dari kedua belah pihak, antara klien (orang yang mendapat konsultasi) dan konselor (orang yang memberikan konsultasi). (Hawari, 2008)

2.2 Tidur

2.2.1 Pengertian Tidur

Tidur adalah suatu keadaan berulang, teratur, mudah reversibel yang ditandai dengan keadaan relatif tidak bergerak dan tingginya peningkatan ambang respon terhadap stimulus eksternal dibandingkan dengan keadaan terjaga. (Sadock & Sadock, 2010) Tidur merupakan bagian dari ritme sirkadian tubuh, jika seseorang terbiasa untuk tidur tepat waktu dan teratur maka tubuh akan berespon pada hari berikutnya agar orang tersebut tidur dalam waktu yang sama, jadi ritme sirkadian adalah proses biologis yang muncul secara teratur dalam siklus 24 jam.

Waktu tidur kurang dari 3 jam dalam 24 jam dapat menyebabkan seseorang mudah marah dan cakupan perhatiannya berkurang. Kurang tidur dalam waktu lama menyebabkan kesulitan berkonsentrasi, kemunduran performa umum, mudah terpengaruh dan bisa terjadi halusinasi. (Puri, et al., 2011)

2.2.2 Manfaat Tidur

Tidur merupakan kebutuhan dasar yang harus dipenuhi, karena pada saat tidur terjadi proses penting bagi kesehatan. Proses penting tersebut antara lain membantu tumbuh kembang pada usia anak-anak, proses regenerasi kulit, proses pemulihan dengan banyaknya sel tubuh yang menunjukkan produksi yang meningkat dan berkurangnya pemecah protein selama tidur selain itu tidur juga dapat menjaga suasana hati, memori, dan kinerja kognitif serta menjaga fungsi normal dari sistem endokrin dan sistem kekebalan tubuh. (Feldman , 2012)

Tidur dapat bermanfaat untuk menjaga keseimbangan mental, emosional, dan memelihara kesehatan. Energi yang tersimpan selama tidur berperan untuk memperbaiki fungsi-fungsi seluler tubuh. Efek fisiologis tidur yaitu dapat memulihkan kepekaan normal dan keseimbangan di antara berbagai susunan saraf, efek pada struktur tubuh yang berfungsi untuk memulihkan kesegaran dan fungsi organ dalam tubuh, karena selama tidur terjadi penurunan aktivitas organ organ tubuh. (Hidayat & Hidayat, 2008)

2.2.3 Fisiologi Tidur

Adanya hubungan mekanisme serebral yang secara bergantian mengaktivasi dan menekan pusat otak agar dapat tidur dan bangun. Salah satu aktivitas tidur diatur oleh sistem pengaktivasi retikularis yang

merupakan sistem yang berfungsi mengatur seluruh kegiatan susunan saraf pusat dalam aktivitas tidur dan bangun (Alimul H, 2006). Pusat pengaturan aktivitas tidur dan bangun terletak dalam mesensefalon dan bagian atas pons. Serotonin, epinefrin, dan asetilkolin merupakan neurotransmitter yang berperan dalam mekanisme serebral pengaturan tidur dan bangun. (King, 2010)

Reticular Activating System (RAS) dapat memberikan stimulasi dari korteks serebri termasuk rangsangan emosi dan proses pikir. Dalam keadaan sadar, neuron dalam RAS akan melepaskan katekolamin seperti norepineprin dan pada saat tidur disebabkan adanya pelepasan serum serotonin dari sel khusus yang berada di spons dan batang otak tengah yaitu Bulbar Synchronizing Regional (BSR). Sistem pada batang otak yang mengatur siklus dalam tidur yaitu RAS dan BSR. (Alimul H, 2006)

Fisiologi tidur dibedakan menjadi tidur *rapid eye movement* (REM) dan *non-REM* (NREM). Kedua tipe ini ditentukan oleh perbedaan dalam pola *electroencephalogram* (EEG), gerakan mata, dan tonus otot. Tidur REM (Rapid Eye Movement) dimulai dengan meningkatnya asetilkolin, yang mengaktifkan korteks serebrum sementara bagian otak lain tidak aktif, kemudian tidur REM (Rapid Eye Movement) diakhiri dengan meningkatnya serotonin dan norpinefrin serta meningkatkan aktivasi otak depan hingga mencapai keadaan bangun. (King, 2010)

2.2.4 Tahapan dan Siklus Tidur

2.2.4.1 Tahapan Tidur

Tahapan tidur berhubungan dengan banyak perubahan elektrofisiologis yang terjadi di seluruh otak dengan aktivitas listrik yang cepat, tidak beraturan, dan beramplitudo yang rendah menuju gelombang tinggi. Perubahan ini dapat dilihat dengan menggunakan alat Electroencephalograph yang berfungsi untuk memantau aktivitas listrik di otak. Ketika seseorang dalam keadaan terjaga, pola tidur terlihat pada alat EEG (Electroencephalograph) yang menampilkan dua jenis gelombang yaitu gelombang alfa dan beta. (Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 2012)

Gelombang beta menunjukkan bahwa seseorang dalam keadaan terjaga, sedangkan gelombang alfa adalah gelombang yang terjadi saat kita dalam keadaan rileks tapi masih terbangun, gelombang ini bersifat lambat, amplitude meningkat dan teratur. Lima tahapan tidur dibedakan oleh jenis pola gelombang yang terdeteksi oleh alat Electroencephalograph (EEG) dan kedalaman tidur bervariasi dari satu tahap ke tahap lainnya. Tahapan siklus tidur yaitu tahap Non Rapid Eye Movement (NREM) yang terdiri dari 4 tahap dan tahapan Rapid Eye Movement (REM). (King, 2010)

1. Non Rapid Eye Movement (NREM)

Nonrapid Eye Movement disebut dengan tidur gelombang lambat atau *slow wave sleep*. Jenis tidur ini dikenal dengan tidur yang dalam, istirahat penuh, gelombang otak yang lambat, atau juga dikenal dengan tidur nyenyak. Ciri-ciri tidur nyenyak adalah bangun segar, tanpa mimpi, atau tidur dengan gelombang delta, keadaan istirahat penuh, tekanan darah menurun, frekuensi napas menurun, pergerakan bola mata melambat, mimpi berkurang, dan metabolisme turun. Tidur NREM terdiri dari 4 tahap yaitu:

a. Tahap I

Tahap I merupakan tahap transisi antara bangun dan tidur yang ditandai dengan adanya gelombang teta dengan frekuensi lebih lambat dan amplitudo lebih besar dari gelombang alfa. Ciri tidur seseorang pada tahap 1 sebagai berikut: rileks, masih sadar dengan lingkungan, merasa mengantuk, bola mata bergerak dari samping ke samping, frekuensi nadi dan napas sedikit menurun, serta dapat bangun segera selama tahap ini berlangsung sekitar 5 menit.

b. Tahap II

Tahap II merupakan tahapan tidur yang lebih dalam dari kualitas tidur pada tahap I, dengan gelombang teta yang lebih lambat dengan gelombang yang berbentuk sangat tajam yang disebut *sleep spindles*. Tahap II merupakan tahap tidur ringan dan proses tubuh terus

menurun dengan ciri sebagai berikut: mata menetap, denyut jantung dan frekuensi napas menurun, temperatur tubuh menurun, metabolisme menurun, serta berlangsung pendek dan berakhir 10-15 menit.

c. Tahap III

Pada tahap III ditandai dengan adanya gelombang delta sebesar 50 persen dengan ciri sebagai berikut: denyut nadi, frekuensi napas, dan proses tubuh lainnya melambat. Hal ini disebabkan oleh adanya dominasi sistem saraf parasimpatis sehingga sulit untuk bangun.

d. Tahap IV

Tahap ini ditandai dengan adanya gelombang delta sebesar 50%, tidur delta merupakan tidur yang paling lelap, ketika seseorang dibangunkan pada tahap ini biasanya seseorang tersebut akan bingung dan kehilangan orientasi. Tahap IV mempunyai ciri yaitu kecepatan jantung dan pernapasan turun, arang bergerak, sulit dibangunkan, gerak bola mata cepat, sekresi lambung menurun dan tonus otot menurun.

2. Tidur Rapid Eye Movement (REM)

Tidur REM merupakan tahap aktif dari tidur dan mimpi sering terjadi pada tahap ini. Saat tidur REM, jika dilihat melalui alat EEG menunjukkan gelombang cepat mirip dengan gelombang ketika seseorang dalam keadaan rileks dan bola mata saat tidur bergerak naik

turun kanan dan kiri. Tidur REM dapat berlangsung pada tidur malam yang terjadi selama 5-20 menit, rata-rata timbul 90 menit. Periode pertama terjadi selama 80-100 menit. Ciri tidur REM (Hidayat & Hidayat, 2008) adalah sebagai berikut:

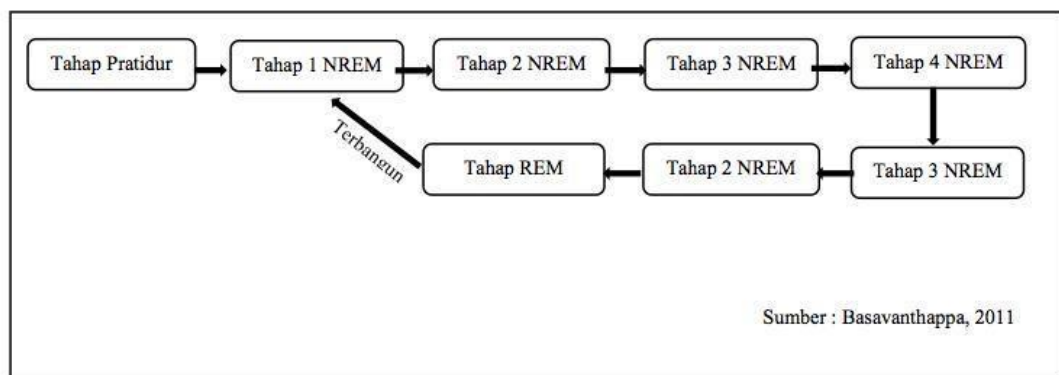
- Biasanya disertai dengan mimpi aktif.
- Lebih sulit dibangunkan daripada selama tidur nyenyak NREM.
- Tonus otot selama tidur nyenyak sangat tertekan, menunjukkan inhibisi kuat proyeksi spinal atas sistem pengaktivasi retikularis.
- Frekuensi jantung dan pernapasan menjadi tidak teratur.
- Pada otot perifer, terjadi beberapa gerakan otot yang tidak teratur.
- Mata cepat tertutup dan terbuka, nadi cepat dan irregular, tekanan darah meningkat dan berfluktuasi, sekresi gaster meningkat, dan metabolisme meningkat.
- Tidur ini penting untuk keseimbangan mental, emosi, berperan dalam belajar, memori, dan adaptasi.

2.2.4.2 Siklus Tidur

Tahapan tidur yang terdiri dari 5 tahapan membangun siklus normal tidur. Setiap siklus berlangsung sekitar 90-100 menit dan berulang beberapa kali sepanjang malam. Jumlah tidur lelap (tahap 3 dan 4) lebih panjang pada bagian pertama dibanding bagian kedua.

Tidur REM terjadi dekat dengan akhrit tidur atau pada setelah tahap 4 dan terjadi lebih panjang. Tahap REM pertama dari tidur berlangsung selama 10 menit dan REM berlanjut selama satu jam. Selama tidur malam yang normal, setiap orang akan menghabiskan 60 persen tidur dalam tidur ringan yaitu tahap 1 dan 2, 20 persen pada tidur delta (tahap 3 dan 4) dan 20 persen pada tidur REM. (King, 2010)

Pada usia dewasa siklus tidur dimulai dengan rasa kantuk yang bertahap, kemudian menghabiskan waktu di atas tempat tidur yang berlangsung 10-30 menit, setelah tertidur seseorang melewati 4-6 siklus tidur yang terdiri dari 4 tahap tidur NREM yang dimulai dari tahap 1 sampai 4 kemudian setelah mencapai tahap 4 kembali lagi menuju tahap 3 dan tahap 2 lalu mencapai tidur aktif yaitu tidur REM. Seseorang membutuhkan waktu untuk mencapai tidur REM dalam waktu 90 menit. Jika seseorang terbangun dari tidur selama tahap apapun, maka tidur akan dimulai lagi pada tahap 1. (Basavanthappa, 2011)



Gambar 2.2 : Tahapan Tidur

2.2.5 Kebutuhan Tidur pada Usia Dewasa

Setiap individu berdasarkan kelompok usia memiliki durasi tidur yang berbeda-beda. Pola tidur dewasa relatif lebih stabil sepanjang masa dewasa muda hingga dewasa menengah. Siklus tidur dewasa muda dan menengah terdiri dari tahap 3 mencapai 3- 8%, tahap 4 mencapai 10-15% serta tahap 2 yang mendominasi sekitar 45-55% dari total tidur. Secara keseluruhan tahapan tidur dewasa muda dan menengah terdiri dari 75-80% tidur NREM dan 20-25% tidur REM. (Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 2012)

Kebutuhan tidur untuk orang dewasa adalah 7-8 jam/hari (Kemenkes, 2016) . Kebutuhan tidur yang cukup tidak ditentukan dari jumlah jam tidur (kuantitas tidur) tetapi juga kedalaman tidur (kualitas tidur). Seseorang dapat tidur dengan waktu singkat dengan kedalaman tidur yang cukup sehingga pada saat bangun tidur terasa segar kembali dan pola tidur demikian tidak akan mengganggu kesehatan akan tetapi jika kurang tidur sering terjadi dan berlangsung terus menerus dapat mengganggu kesehatan fisik maupun psikis. (Pitaloka RD et al, 2015)

2.3 Insomnia

2.3.1 Definisi Insomnia

Insomnia adalah kesulitan atau gangguan tidur yang terjadi hampir setiap malam, disertai rasa tidak nyaman setelah episode tidur tersebut. Jadi, insomnia merupakan gejala kelainan dalam tidur berupa kesulitan berulang untuk tidur atau mempertahankan tidur walaupun ada kesempatan untuk melakukannya. Insomnia bukan suatu penyakit, melainkan suatu gejala yang memiliki berbagai penyebab, seperti kelainan emosional, kelainan fisik dan pemakaian obat-obatan. Insomnia juga dapat mempengaruhi tidak hanya tingkat energi dan suasana hati tetapi juga kesehatan, kinerja dan kualitas hidup seseorang (American Academy of Sleep Medicine, 2008)

Menurut (American Academy of Sleep Medicine, 2008) , Insomnia adalah keluhan tidur umum yang terjadi ketika Anda memiliki satu atau lebih dari masalah ini:

- Anda mengalami kesulitan memulai tidur.
- Anda kesulitan mempertahankan tidur, sering terbangun di malam hari.
- Anda cenderung bangun terlalu pagi dan tidak dapat kembali tidur.
- Tidur Anda tidak restoratif atau berkualitas buruk

2.3.2 Klasifikasi Insomnia

Dalam ICD 10, insomnia dibagi menjadi 2 yaitu:

1. Organik

2. Non organik

- Dysomnias (gangguan pada lama, kualitas dan waktu tidur)
- Parasomnias (episode abnormal yang muncul seperti mimpi buruk, berjalan sambil tidur, dll) (World Health Organisation, 2010)

Dalam DSM IV, gangguan tidur (insomnia) dibagi menjadi 4 tipe yaitu:

1. Gangguan tidur yang berkorelasi dengan gangguan mental lain
2. Gangguan tidur yang disebabkan oleh kondisi medis umum
3. Gangguan tidur yang diinduksi oleh bahan-bahan atau keadaan tertentu
4. Gangguan tidur primer (gangguan tidur tidak berhubungan sama sekali dengan kondisi mental, penyakit, ataupun obat-obatan.)
Gangguan ini menetap dan diderita minimal 1 bulan. (DSM IV-TR, 2000)

Berdasarkan International Classification of Sleep Disorders (American Academy of Sleep Medicine, 2001) yang direvisi, insomnia diklasifikasikan menjadi:

- a. Acute insomnia.
- b. Psychophysiologic insomnia.

- c. Paradoxical insomnia (sleep-state misperception)
- d. Idiopathic insomnia.
- e. Insomnia due to mental disorder.
- f. Inadequate sleep hygiene.
- g. Behavioral insomnia of childhood
- h. Insomnia due to drug or substance
- i. Insomnia due to medical condition
- j. Insomnia not due to substance or known physiologic condition, unspecified (nonorganic).
- k. Physiologic insomnia, unspecified (organic).

2.3.3 Faktor Resiko Insomnia

Hampir setiap orang memiliki kesulitan untuk tidur pada malam hari tetapi resiko insomnia meningkat jika terjadi pada:

- Wanita. Perempuan lebih mungkin mengalami insomnia. Perubahan hormon selama siklus menstruasi dan menopause mungkin memainkan peran. Selama menopause, sering berkeringat pada malam hari dan hot flashes sering mengganggu tidur.

- Usia lebih dari 60 tahun. Karena terjadi perubahan dalam pola tidur, insomnia meningkat sejalan dengan usia.
- Memiliki gangguan kesehatan mental. Banyak gangguan, termasuk depresi, kecemasan, gangguan bipolar dan post-traumatic stress disorder, mengganggu tidur.
- Stres. Stres dapat menyebabkan insomnia sementara, stress jangka panjang seperti kematian orang yang dikasihi atau perceraian, dapat menyebabkan insomnia kronis. Menjadi miskin atau pengangguran juga meningkatkan risiko terjadinya insomnia.
- Perjalanan jauh (*jet lag*) dan perubahan jadwal kerja. Bekerja di malam hari sering meningkatkan resiko insomnia (Sadock & Sadock, 2010)

2.3.4 Diagnosis Insomnia

Untuk mendiagnosis insomnia, dilakukan penilaian terhadap pola tidur penderita, pemakaian obat-obatan, alkohol, atau obat terlarang, tingkatan stres psikis, riwayat medis, aktivitas fisik.

Kriteria Diagnostik Insomnia Non-Organik berdasarkan PPDGJ:

- a. Keluhan adanya kesulitan masuk tidur atau mempertahankan tidur, atau kualitas tidur yang buruk
- b. Gangguan minimal terjadi 3 kali dalam seminggu selama minimal 1 bulan

- c. Adanya preokupasi dengan tidak bisa tidur dan peduli yang berlebihan terhadap akibatnya pada malam hari dan sepanjang siang hari
- d. Ketidakpuasan terhadap kuantitas dan atau kualitas tidur menyebabkan penderitaan yang cukup berat dan mempengaruhi fungsi dalam sosial dan pekerjaan. (Maslim, 2013)

2.3.5 Penanganan Insomnia

1. Terapi Tingkah Laku

Terapi tingkah laku meliputi edukasi tentang kebiasaan tidur yang baik dan teknik relaksasi.

2. Terapi kognitif.

a. Restriksi Tidur.

Terapi ini dimaksudkan untuk mengurangi waktu yang dihabiskan di tempat tidur yang dapat membuat lelah pada malam berikutnya.

b. Kontrol stimulus

Terapi ini dimaksudkan untuk membatasi waktu yang dihabiskan untuk beraktivitas.

3. Gaya hidup dan pengobatan di rumah

Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi insomnia:

- Tidak berada di tempat tidur ketika tidak tidur.
- Mengatur jadwal tidur yang konsisten termasuk pada hari libur
- Olahraga dan tetap aktif, seperti olahraga selama 20 hingga 30 menit setiap hari sekitar lima hingga enam jam sebelum tidur.
- Tidak memaksakan diri untuk tidur jika tidak bisa.
- Hanya menggunakan tempat tidur hanya untuk tidur.
- Relaksasi sebelum tidur, seperti mandi air hangat, membaca latihan pernapasan atau beribadah
- Menghindari atau membatasi tidur siang karena akan menyulitkan tidur pada malam hari.
- Menyiapkan suasana nyaman pada kamar untuk tidur, seperti menghindari kebisingan
- Menghindari kafein, alkohol, dan nikotin
- Menghindari makan besar sebelum tidur
- Cek kesehatan secara rutin

4. . Terapi Farmakologis

Pengobatan insomnia secara farmakologi dibagi menjadi dua golongan yaitu benzodiazepine dan non-benzodiazepine.

1) Benzodiazepine (Nitrazepam, Trizolam, dan Estazolam)

2) Non benzodiazepine (Chloral-hydrate, Phenobarbital) (Sadock & Sadock, 2010)