

TINJAUAN PUSTAKA

Gangguan Tidur pada Lanjut Usia Diagnosis dan Penatalaksanaan

Nurmiati Amir

*Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr Cipto Mangunkusumo, Jakarta*

PENDAHULUAN

Tidur merupakan suatu proses otak yang dibutuhkan oleh seseorang untuk dapat berfungsi dengan baik. Masyarakat awam belum begitu mengenal gangguan tidur sehingga jarang mencari pertolongan. Pendapat yang menyatakan bahwa tidak ada orang yang meninggal karena tidak tidur adalah tidak benar. Beberapa gangguan tidur dapat mengancam jiwa baik secara langsung (misalnya insomnia yang bersifat keturunan dan fatal dan apnea tidur obstruktif) atau secara tidak langsung misalnya kecelakaan akibat gangguan tidur. Di Amerika Serikat, biaya kecelakaan yang berhubungan dengan gangguan tidur per tahun sekitar seratus juta dolar.

Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering ditemukan. Setiap tahun diperkirakan sekitar 20%-50% orang dewasa melaporkan adanya gangguan tidur dan sekitar 17% mengalami gangguan tidur yang serius. Prevalensi gangguan tidur pada lansia cukup tinggi yaitu sekitar 67%. Walaupun demikian, hanya satu dari delapan kasus yang menyatakan bahwa gangguan tidurnya telah didiagnosis oleh dokter.¹

Lansia dengan depresi, *stroke*, penyakit jantung, penyakit paru, diabetes, artritis, atau hipertensi sering melaporkan bahwa kualitas tidurnya buruk dan durasi tidurnya kurang bila dibandingkan dengan lansia yang sehat. Gangguan tidur dapat meningkatkan biaya penyakit secara keseluruhan.

Gangguan tidur juga dikenal sebagai penyebab morbiditas yang signifikan. Ada beberapa dampak serius gangguan tidur pada lansia misalnya mengantuk berlebihan di siang hari, gangguan atensi dan memori, *mood* depresi, sering terjatuh, penggunaan hipnotik yang tidak semestinya, dan penurunan kualitas hidup. Angka kematian, angka sakit jantung dan kanker lebih tinggi pada seseorang yang lama tidurnya lebih dari 9 jam atau kurang dari 6 jam per hari bila dibandingkan

dengan seseorang yang lama tidurnya antara 7-8 jam per hari.

Berdasarkan dugaan etiologinya, gangguan tidur dibagi menjadi empat kelompok yaitu, gangguan tidur primer, gangguan tidur akibat gangguan mental lain, gangguan tidur akibat kondisi medik umum, dan gangguan tidur yang diinduksi oleh zat.

Gangguan tidur-bangun dapat disebabkan oleh perubahan fisiologis misalnya pada proses penuaan normal. Riwayat tentang masalah tidur, higiene tidur saat ini, riwayat obat yang digunakan, laporan pasangan, catatan tidur, serta polisomnogram malam hari perlu dievaluasi pada lansia yang mengeluh gangguan tidur. Keluhan gangguan tidur yang sering diutarakan oleh lansia yaitu insomnia, gangguan ritme tidur, dan apnea tidur². Makalah ini akan membahas tentang diagnosis gangguan tidur tersebut serta cara penatalaksanaannya.

KLASIFIKASI GANGGUAN TIDUR

I. Gangguan tidur primer

Gangguan tidur primer adalah gangguan tidur yang bukan disebabkan oleh gangguan mental lain, kondisi medik umum, atau zat. Gangguan tidur ini dibagi dua yaitu disomnia dan parasomnia. **Disomnia** ditandai dengan gangguan pada jumlah, kualitas, dan waktu tidur. **Parasomnia** dikaitkan dengan perilaku tidur atau peristiwa fisiologis yang dikaitkan dengan tidur, stadium tidur tertentu atau perpindahan tidur-bangun.

Disomnia terdiri dari insomnia primer, hipersomnia primer, narkolepsi, gangguan tidur yang berhubungan dengan pernafasan, gangguan ritmik sirkadian tidur, dan disomnia yang tidak dapat diklasifikasikan.

Parasomnia terdiri dari gangguan mimpi buruk, gangguan teror tidur, berjalan saat tidur, dan parasomnia yang tidak dapat diklasifikasikan.

II. Gangguan tidur terkait gangguan mental lain

Gangguan tidur terkait gangguan mental lain yaitu terdapatnya keluhan gangguan tidur yang menonjol yang diakibatkan oleh gangguan mental lain (sering karena gangguan *mood*) tetapi tidak memenuhi syarat untuk ditegakkan sebagai gangguan tidur tersendiri. Ada dugaan bahwa mekanisme patofisiologik yang mendasari gangguan mental juga mempengaruhi terjadinya gangguan tidur-bangun. Gangguan tidur ini terdiri dari: Insomnia terkait aksis I atau II dan Hipersomnia terkait aksis I atau II.

III. Gangguan tidur akibat kondisi medik umum

Gangguan akibat kondisi medik umum yaitu adanya keluhan gangguan tidur yang menonjol yang diakibatkan oleh pengaruh fisiologik langsung kondisi medik umum terhadap siklus tidur-bangun.

IV. Gangguan tidur akibat zat

Yaitu adanya keluhan tidur yang menonjol akibat sedang menggunakan atau menghentikan penggunaan zat (termasuk medikasi).

Penilaian sistematis terhadap seseorang yang mengalami keluhan tidur seperti evaluasi bentuk gangguan tidur yang spesifik, gangguan mental saat ini, kondisi medik umum, dan zat atau medikasi yang digunakan, perlu dilakukan³.

FISIOLOGI TIDUR NORMAL

Rata-rata dewasa sehat membutuhkan waktu 7½ jam untuk tidur setiap malam. Walaupun demikian, ada beberapa orang yang membutuhkan tidur lebih atau kurang. Tidur normal dipengaruhi oleh beberapa faktor misalnya usia. Seseorang yang berusia muda cenderung tidur lebih banyak bila dibandingkan dengan lansia. Waktu tidur lansia berkurang berkaitan dengan faktor ketuaan.

Fisiologi tidur dapat dilihat melalui gambaran ekektrofisiologik sel-sel otak selama tidur. Polisomnografi merupakan alat yang dapat mendeteksi aktivitas otak selama tidur. Pemeriksaan polisomnografi sering dilakukan saat tidur malam hari. Alat tersebut dapat mencatat aktivitas EEG, elektrookulografi, dan elektromiografi. Elektromiografi perifer berguna untuk menilai gerakan abnormal saat tidur.

Stadium tidur - diukur dengan polisomnografi - terdiri dari tidur *rapid eye movement* (REM) dan tidur *non-rapid eye movement* (NREM). Tidur REM disebut juga tidur *D* atau bermimpi karena dihubungkan dengan bermimpi atau tidur paradoks karena EEG aktif selama fase ini. Tidur NREM disebut juga tidur ortodoks atau tidur gelombang lambat atau tidur *S*. Kedua stadia ini bergantian dalam satu siklus yang

berlangsung antara 70 – 120 menit. Secara umum ada 4-6 siklus NREM-REM yang terjadi setiap malam. Periode tidur REM I berlangsung antara 5-10 menit. Makin larut malam, periode REM makin panjang. Tidur NREM terdiri dari empat stadium yaitu stadium 1,2,3,4.

STADIUM TIDUR NORMAL PADA DEWASA

Stadium 0 adalah periode dalam keadaan masih bangun tetapi mata menutup. Fase ini ditandai dengan gelombang voltase rendah, cepat, 8-12 siklus per detik. Tonus otot meningkat. Aktivitas alfa menurun dengan meningkatnya rasa kantuk. Pada fase mengantuk terdapat gelombang alfa campuran.

Stadium 1 disebut *onset* tidur. Tidur dimulai dengan stadium NREM. Stadium 1 NREM adalah perpindahan dari bangun ke tidur. Ia menduduki sekitar 5% dari total waktu tidur. Pada fase ini terjadi penurunan aktivitas gelombang alfa (gelombang alfa menurun kurang dari 50%), amplitudo rendah, sinyal campuran, predominan beta dan teta, tegangan rendah, frekuensi 4-7 siklus per detik. Aktivitas bola mata melambat, tonus otot menurun, berlangsung sekitar 3-5 menit. Pada stadium ini seseorang mudah dibangunkan dan bila terbangun merasa seperti setengah tidur.

Stadium 2 ditandai dengan gelombang EEG spesifik yaitu didominasi oleh aktivitas teta, voltase rendah-sedang, kumparan tidur dan kompleks K. Kumparan tidur adalah gelombang ritmik pendek dengan frekuensi 12-14 siklus per detik. Kompleks K yaitu gelombang tajam, negatif, voltase tinggi, diikuti oleh gelombang lebih lambat, frekuensi 2-3 siklus per menit, aktivitas positif, dengan durasi 500 mdetik. Tonus otot rendah, nadi dan tekanan darah cenderung menurun. Stadium 1 dan 2 dikenal sebagai tidur dangkal. Stadium ini menduduki sekitar 50% total tidur.

Stadium 3 ditandai dengan 20%-50% aktivitas delta, frekuensi 1-2 siklus per detik, amplitudo tinggi, dan disebut juga tidur delta. Tonus otot meningkat tetapi tidak ada gerakan bola mata.

Stadium 4 terjadi jika gelombang delta lebih dari 50%. Stadium 3 dan 4 sulit dibedakan. Stadium 4 lebih lambat dari stadium 3. Rekaman EEG berupa delta. Stadium 3 dan 4 disebut juga tidur gelombang lambat atau tidur dalam. Stadium ini menghabiskan sekitar 10%-20% waktu tidur total. Tidur ini terjadi antara sepertiga awal malam dengan setengah malam. Durasi tidur ini meningkat bila seseorang mengalami deprivasi tidur.

Tidur REM ditandai dengan rekaman EEG yang hampir sama dengan tidur stadium 1. Pada stadium ini terdapat letupan periodik gerakan bola mata cepat. Refleks tendon melemah

atau hilang. Tekanan darah dan nafas meningkat. Pada pria terjadi ereksi penis. Pada tidur REM terdapat mimpi-mimpi. Fase ini menggunakan sekitar 20%-25% waktu tidur. Latensi REM sekitar 70-100 menit pada subyek normal tetapi pada penderita depresi, gangguan makan, skizofrenia, gangguan kepribadian ambang, dan gangguan penggunaan alkohol durasinya lebih pendek.

Sebagian tidur delta (NREM) terjadi pada separuh awal malam dan tidur REM pada separuh malam menjelang pagi. Tidur REM dan NREM berbeda dalam hal dimensi psikologik dan fisiologik. Tidur REM dikaitkan dengan mimpi-mimpi sedangkan tidur NREM dengan pikiran abstrak. Fungsi otonom bervariasi pada tidur REM tetapi lambat atau menetap pada tidur NREM.

Jadi, tidur dimulai pada stadium 1, masuk ke stadium 2, 3, dan 4. Kemudian kembali ke stadium 2 dan akhirnya masuk ke periode REM 1, biasanya berlangsung 70-90 menit setelah *onset*. Pergantian siklus dari NREM ke siklus REM biasanya berlangsung 90 menit. Durasi periode REM meningkat menjelang pagi².

Kondisi tidur siang hari dapat dinilai dengan *multiple sleep latency test (MSLT)*. Subyek diminta untuk berbaring di ruangan gelap dan tidak boleh menahan kantuknya. Tes ini diulang beberapa kali (lima kali pada siang hari). Latensi tidur yaitu waktu yang dibutuhkan untuk jatuh tidur. Waktu ini diukur untuk masing-masing tes dan digunakan sebagai indeks fisiologik tidur. Kebalikan dari MSLT yaitu *maintenance of wakefulness test (MWT)*. Subyek ditempatkan di dalam ruangan yang tenang, lampu suram, dan diinstruksikan untuk tetap terbangun. Tes ini juga diulang beberapa kali. Latensi tidur diukur sebagai indeks kemampuan individu untuk mempertahankan tetap bangun.

Beberapa terminologi standar ukuran polisomnografi

1. *Kontinuitas tidur* yaitu keseimbangan antara tidur dengan bangun selama satu malam. Kontinuitas tidur dikatakan baik bila tidur lebih banyak daripada bangun dan dikatakan buruk bila tidur sering terinterupsi atau terbangun. Ukuran kontinuitas tidur yang spesifik adalah latensi tidur (jumlah waktu yang dibutuhkan untuk jatuh tidur, biasanya dihitung dalam menit). Terbangun intermiten yaitu jumlah waktu terbangun setelah *onset* tidur (dalam menit).
2. *Efisiensi tidur* yaitu rasio antara waktu sebenarnya yang digunakan untuk tidur dengan waktu yang dihabiskan di tempat tidur - diukur dalam persentase. Angka tinggi menunjukkan efisiensi tidur baik.
3. *Arsitektur tidur* yaitu jumlah dan distribusi stadium tidur. Ukurannya adalah jumlah absolut tidur REM dan masing-

masing tidur NREM, dihitung dalam menit.³

Tidur manusia bervariasi sepanjang kehidupannya. Pada anak-anak dan remaja awal, jumlah tidur gelombang lambat relatif stabil. Kontinuitas dan dalamnya tidur berkurang setelah dewasa. Pengurangan tersebut ditandai dengan peningkatan frekuensi bangun, tidur stadium 1, serta penurunan stadium 3 dan 4. Oleh karena itu, usia harus dipertimbangkan dalam mendiagnosis gangguan tidur.

Siklus sirkadian tidur-bangun dapat mempengaruhi fungsi neuroendokrin misalnya sekresi kortisol, melatonin, dan hormon pertumbuhan. Pada dewasa normal, temperatur tubuh juga mengikuti ritme sirkadian; puncaknya pada sore hari dan paling rendah pada malam hari. Gangguan siklus temperatur dikaitkan dengan insomnia.

Siklus sirkadian tidur-bangun dapat mempengaruhi fungsi neuroendokrin

Umur, pola tidur premorbid, dan status kesehatan secara umum mempengaruhi tidur. Apabila dibandingkan dengan tidur subyek dengan usia muda, tidur lansia kurang dalam, lebih sering terbangun, tidur delta berkurang, dan tidurnya tidak efektif.

Mengantuk di siang hari sering terjadi pada lansia. Keadaan ini dapat mempengaruhi jadwal tidur-bangunnya di malam hari. Walaupun demikian, beberapa individu memang mempunyai durasi tidur lebih pendek atau kebutuhan tidurnya lebih sedikit. Individu ini tidak mempunyai keluhan susah masuk tidur dan tidak ada tanda-tanda khas insomnia seperti sering terbangun, letih, susah konsentrasi, dan iritabilitas. Fungsi siang harinya tidak terganggu meskipun ia tidur kurang dari tujuh jam⁴.

PERUBAHAN TIDUR PADA LANSIA NORMAL

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

Lansia menghabiskan waktunya lebih banyak di tempat tidur, mudah jatuh tidur, tetapi juga mudah terbangun dari

tidurnya. Perubahan yang sangat menonjol yaitu terjadi pengurangan pada gelombang lambat, terutama stadium 4, gelombang alfa menurun, dan meningkatnya frekuensi terbangun di malam hari atau meningkatnya fragmentasi tidur karena seringnya terbangun. Gangguan juga terjadi pada dalamnya tidur sehingga lansia sangat sensitif terhadap stimulus lingkungan.

Selama tidur malam, seorang dewasa muda normal akan terbangun sekitar 2-4 kali. Tidak begitu halnya dengan lansia, ia lebih sering terbangun. Walaupun demikian, rata-rata waktu tidur total lansia hampir sama dengan dewasa muda.

Ritmik sirkadian tidur-bangun lansia juga sering terganggu. Jam biologik lansia lebih pendek dan fase tidurnya lebih maju. Seringnya terbangun pada malam hari menyebabkan kelelahan, mengantuk, dan mudah jatuh tidur pada siang hari. Dengan perkataan lain, bertambahnya umur juga dikaitkan dengan kecenderungan untuk tidur dan bangun lebih awal. Toleransi terhadap fase atau jadwal tidur-bangun menurun, misalnya sangat rentan dengan perpindahan jam kerja.

Adanya gangguan ritmik sirkadian tidur juga berpengaruh terhadap kadar hormon yaitu terjadi penurunan sekresi hormon pertumbuhan, prolaktin, tiroid, dan kortisol pada lansia. Hormon-hormon ini dikeluarkan selama tidur dalam. Sekresi melatonin juga berkurang. Melatonin berfungsi mengontrol sirkadian tidur. Sekresinya terutama pada malam hari. Apabila terpajan dengan cahaya terang, sekresi melatonin akan berkurang².

HIGIENE TIDUR PADA LANSIA

Gangguan tidur dapat berbentuk buruknya higiene tidur dan gangguan tidur spesifik. Evaluasi keluhan tidur lansia hendaklah selalu dilakukan. Keluhan tidur hendaknya jangan diabaikan meskipun mereka sudah tua. Buruknya higiene tidur dapat disebabkan oleh harapan yang berlebihan terhadap tidur atau jadwal tidur. Akibatnya, lansia sering menghabiskan waktunya di tempat tidur atau sebentar-sebentar tertidur di siang hari.

CHECKLIST HIGIENE TIDUR

Tidur bangun

Waktu tidur yang tidak teratur menunjukkan adanya gangguan ritmik sirkadian tidur. Pemanjangan latensi tidur menunjukkan adanya ketegangan atau kecemasan sehingga terjadi insomnia. Peningkatan frekuensi dan durasi terbangun di malam hari dikaitkan dengan nokturia, kejang otot kaki, pernafasan pendek, dan kecemasan. Terbangun dini hari atau memanjangnya durasi tidur dapat menunjukkan depresi.

Peningkatan frekuensi dan durasi mengantuk di siang hari menunjukkan tidak adekuatnya tidur di malam hari. Pasien mesti didorong untuk mengatur dan mengurangi waktunya di tempat tidur. Selain itu, pasien mesti didorong untuk lebih aktif di siang hari (fisik dan sosial).

Lingkungan

Suara gaduh, cahaya, dan temperatur dapat mengganggu tidur. Lansia sangat sensitif terhadap stimulus lingkungannya. Penggunaan tutup telinga dan tutup mata dapat mengurangi pengaruh buruk lingkungan. Temperatur dan alas tidur yang tidak nyaman juga dapat mengganggu tidur. Kebiasaan-kebiasaan yang tidak baik di tempat tidur juga harus dihindari misalnya makan, menonton TV, dan memecahkan masalah-masalah serius. Faktor-faktor ini mesti dievaluasi ketika berhadapan dengan lansia yang mengalami gangguan tidur. Lansia mesti dianjurkan untuk menciptakan suasana yang nyaman untuk tidur.

Diet dan Penggunaan obat

Minum kopi, teh, dan soda, serta merokok sebelum tidur dapat mengganggu tidur. Alkohol dapat mempercepat *onset* tidur tetapi beberapa jam kemudian pasien kembali tidak bisa tidur. Obat-obat tidur atau obat-obat yang diresepkan untuk gangguan kondisi medik dapat kadang-kadang dapat mengganggu tidur. Pengaruhnya dapat terjadi secara berangsur-angsur setelah beberapa lama menggunakan obat tersebut. Pasien dianjurkan untuk mengurangi atau mengubah jam-jam penggunaan obat atau diet yang dapat mempengaruhi tidur.

Hal-hal Umum

Edukasi tentang tidur malam perlu diberikan kepada lansia. Pasien dianjurkan untuk membuat kontak sosial dan aktivitas fisik secara teratur di siang hari. Pasien harus pula dibantu untuk menghilangkan kecemasannya. Membaca sampai mengantuk merupakan salah satu cara untuk menghilangkan kecemasan yang mengganggu tidur^{1,2}.

Gangguan tidur pada lansia

Gangguan tidur pada lansia dapat bersifat nonpatologik karena faktor usia dan ada pula gangguan tidur spesifik yang sering ditemukan pada lansia.

Ada beberapa gangguan tidur yang sering ditemukan pada lansia.

INSOMNIA PRIMER

Ditandai dengan:

- Keluhan sulit masuk tidur atau mempertahankan tidur atau tetap tidak segar meskipun sudah tidur. Keadaan ini berlangsung paling sedikit satu bulan

- Menyebabkan penderitaan yang bermakna secara klinik atau *impairment* sosial, okupasional, atau fungsi penting lainnya.
- Gangguan tidur tidak terjadi secara eksklusif selama ada gangguan mental lainnya.
- Tidak disebabkan oleh pengaruh fisiologik langsung kondisi medik umum atau zat.

Seseorang dengan insomnia primer sering mengeluh sulit masuk tidur dan terbangun berkali-kali. Bentuk keluhan tidur bervariasi dari waktu ke waktu. Misalnya, seseorang yang saat ini mengeluh sulit masuk tidur mungkin suatu saat mengeluh sulit mempertahankan tidur. Meskipun jarang, kadang-kadang seseorang mengeluh tetap tidak segar meskipun sudah tertidur. Diagnosis gangguan insomnia dibuat bila penderitaan atau *impairmentnya* bermakna.

Seorang penderita insomnia sering berpreokupasi dengan tidur. Makin berokupasi dengan tidur, makin berusaha keras untuk tidur, makin frustrasi dan makin tidak bisa tidur. Akibatnya terjadi lingkaran setan.

Insomnia kronik disebut juga insomnia psikofisiologik persisten. Insomnia ini dapat disebabkan oleh kecemasan; selain itu, dapat pula terjadi akibat kebiasaan atau pembelajaran atau perilaku maladaptif di tempat tidur. Misalnya, pemecahan masalah serius di tempat tidur, kekhawatiran, atau pikiran negatif terhadap tidur (sudah berpikir tidak akan bisa tidur). Adanya kecemasan yang berlebihan karena tidak bisa tidur menyebabkan seseorang berusaha keras untuk tidur tetapi ia semakin tidak bisa tidur. Ketidakmampuan menghilangkan pikiran-pikiran yang mengganggu ketika berusaha tidur dapat pula menyebabkan insomnia psikofisiologik. Selain itu, ketika berusaha untuk tidur terjadi peningkatan ketegangan motorik dan keluhan somatik lain sehingga juga menyebabkan tidak bisa tidur. Penderita bisa tertidur ketika tidak ada usaha untuk tidur. Insomnia ini disebut juga insomnia yang terkondisi.

Mispersepsi terhadap tidur dapat pula terjadi. Diagnosis ditegakkan bila seseorang mengeluh tidak bisa masuk atau mempertahankan tidur tetapi tidak ada bukti objektif adanya gangguan tidur. Misalnya, pasien mengeluh susah masuk tidur (lebih dari satu jam), terbangun lebih lama (lebih dari 30 menit), dan durasi tidur kurang dari lima jam. Tetapi dari hasil polisomnografi terlihat bahwa *onset* tidurnya kurang dari 15 menit, efisiensi tidur 90%, dan waktu tidur totalnya lebih lama. Pasien dengan gangguan seperti ini dikatakan mengalami mispersepsi terhadap tidur.

Insomnia idiopatik adalah insomnia yang sudah terjadi sejak kehidupan dini. Kadang-kadang insomnia ini sudah terjadi sejak lahir dan dapat berlanjut selama hidup.

Penyebabnya tidak jelas, ada dugaan disebabkan oleh ketidakseimbangan neurokimia otak di formasio retikularis batang otak atau disfungsi *forebrain*.

Lansia yang tinggal sendiri atau adanya rasa ketakutan yang dieksaserbasi pada malam hari dapat menyebabkan tidak bisa tidur. Insomnia kronik dapat menyebabkan penurunan *mood* (risiko depresi dan anxietas), menurunkan motivasi, atensi, energi, dan konsentrasi, serta menimbulkan rasa malas. Kualitas hidup berkurang dan menyebabkan lansia tersebut lebih sering menggunakan fasilitas kesehatan.

Seseorang dengan insomnia primer sering mempunyai riwayat gangguan tidur sebelumnya. Sering penderita insomnia mengobati sendiri dengan obat sedatif-hipnotik atau alkohol. Anksiolitik sering digunakan untuk mengatasi ketegangan dan kecemasan. Kopi dan stimulan digunakan untuk mengatasi rasa letih. Pada beberapa kasus, penggunaan ini berlanjut menjadi ketergantungan zat.

Pemeriksaan polisomnografi menunjukkan kontinuitas tidur yang buruk (latensi tidur buruk, sering terbangun, efisiensi tidur buruk), stadium 1 meningkat, dan stadium 3 dan 4 menurun. Ketegangan otot meningkat dan jumlah aktivitas alfa dan beta juga meningkat^{2,3}

PERJALANAN GANGGUAN INSOMNIA PRIMER

Faktor-faktor yang mempresipitasi insomnia berbeda-beda. *Onset* insomnia bisa bersifat tiba-tiba. Insomnia biasanya terjadi akibat stresor psikologik, fisik dan sosial. Insomnia sering berlanjut meskipun kausanya sudah dapat diatasi. Hal ini disebabkan terjadinya kondisioning negatif atau kewaspadaan yang meningkat. Misalnya, seorang lansia yang menderita nyeri dapat menghabiskan waktunya di tempat tidur dan sulit tidur karena nyerinya. Kondisioning negatif dapat terjadi. Kondisi ini dapat bertahan meskipun nyeri sudah tidak ada lagi.

Insomnia juga dapat berkembang dalam konteks stresor psikologik akut atau gangguan mental. Perjalanan insomnia dapat bervariasi. Insomnia harus dibedakan dari gangguan mental yang salah satu gambaran kliniknya insomnia (skizofrenia, gangguan depresi berat, gangguan cemas menyeluruh). Insomnia primer tidak ditegakkan jika insomnia terjadi secara eksklusif selama adanya gangguan mental lain. Diagnosis insomnia primer dibuat jika gangguan mental lain tidak dapat menerangkan insomnia, atau jika insomnia dan gangguan mental mempunyai perjalanan yang berbeda. Jika insomnia merupakan manifestasi gangguan mental dan secara eksklusif terjadi selama gangguan mental lain, diagnosis yang lebih cocok adalah insomnia terkait gangguan mental lain. Diagnosis dibuat jika keluhan insomnia sangat menonjol dan perlu mendapat perhatian klinik tersendiri².

GANGGUAN TIDUR TERKAIT PERNAFASAN (APNEA TIDUR)

Gangguan tidur terkait pernafasan atau *Breathing-Related Sleep Disorders* atau apnea tidur ditandai dengan episode berulang henti nafas yang menyebabkan terjadinya hipoksia dan terbangun berkali-kali. Keadaan ini dapat terjadi akibat gangguan ventilasi ketika tidur (hipoventilasi alveolar sentral). Gangguan tidur ini tidak disebabkan oleh gangguan mental lain dan tidak pula akibat langsung pengaruh fisiologik atau zat (termasuk medikasi).

Penderita sering mengeluh mengantuk berlebihan di siang hari sehingga mengganggu fungsinya. Rasa kantuk yang berlebihan ini terjadi akibat seringnya terbangun di malam hari karena penderita berusaha untuk bernafas normal. Rasa kantuk sering muncul pada situasi santai misalnya ketika membaca dan menonton TV atau dalam pertemuan. Bila rasa kantuk sangat berlebihan, penderita bisa jatuh tidur meskipun ia sedang dalam keadaan aktif misalnya sedang bercakap-cakap, makan, berjalan, atau berkendara. Tertidur sejenak tidak menyegarkan bahkan dapat menimbulkan nyeri kepala. Apnea tidur lebih sering terjadi pada laki-laki terutama bila ia tidur telentang.

Peristiwa-peristiwa respirasi abnormal yang terjadi pada apnea tidur yaitu apnea (episode berhenti nafas), hipopnea (respirasi lambat dan dangkal), dan hipoventilasi (abnormal kadar oksigen dan karbon dioksida darah).

Episode apnea dapat dieksaserbasi oleh penggunaan obat-obat yang mendepresi susunan saraf pusat dan alkohol. Mendengkur, hipertensi, dan penyakit kardiovaskuler berkaitan dengan apnea tidur. Bila sindrom apnea tidur derajatnya berat dan tidak diobati, gangguan fungsi jantung dapat terjadi dan mortalitas meningkat.

Ada tiga bentuk apnea tidur yaitu:

Sindrom apnea tidur obstruktif

Sindrom apnea tidur sentral

Sindrom hipoventilasi alveolar sentral.

Sindrom apnea tidur obstruktif adalah bentuk apnea tidur yang paling sering ditemukan. Sindrom ini ditandai dengan episode berulang obstruksi jalan nafas atas (apnea-hipopnea) selama tidur. Biasanya terjadi pada penderita yang sangat gemuk. Penderita biasanya tidur mendengkur (sangat keras) dan nafas pendek bergantian dengan episode diam yang berlangsung sekitar 20-30 detik. Dengkuran yang keras terjadi karena ia bernafas melalui aliran udara yang tersumbat sebagian. Adanya periode diam atau berhenti nafas disebabkan terjadinya obstruksi sempurna jalan nafas. Berhenti nafas kadang-kadang terjadi 60-90 detik sehingga bisa terjadi sianosis. Sebagian besar penderita tidak menyadari

gangguannya ini ^{2,5}.

**Sindrom apnea tidur obstruktif
adalah bentuk apnea tidur yang
paling sering ditemukan**

Sindrom apnea tidur sentral ditandai dengan penghentian episodik ventilasi ketika tidur (apnea dan hipopnea) tanpa obstruksi jalan udara. Gangguan ini sering terjadi pada lansia akibat gangguan jantung atau neurologik yang mengganggu regulasi ventilasi. Mendengkur ringan sering ditemukan pada penderita dengan gangguan tidur ini.

Sindrom hipoventilasi alveolar sentral ditandai dengan gangguan pengontrolan ventilasi yang mengakibatkan rendahnya kadar oksigen arteri. Bentuk ini paling sering terjadi pada orang yang sangat gemuk dan adanya keluhan tidur berlebihan di siang hari.

Seseorang dengan apnea tidur sering mengeluh adanya rasa tidak enak di dada pada malam hari, rasa tercekik, dan kecemasan. Pasien mengalami gangguan memori, konsentrasi buruk, dan iritabel. Gangguan *mood* (gangguan depresi mayor, distimia), gangguan cemas (gangguan panik) dan demensia sering dikaitkan dengan apnea tidur. Mengantuk di siang hari dapat menyebabkan kecelakaan misalnya tertidur saat berkendara. Selain itu, dapat pula terjadi impairment okupasional dan sosial.

Nokturia dan inkontinensia nokturnal merupakan salah satu gejala apnea tidur obstruktif. Hal ini terjadi karena ekskresi urin meningkat dan juga karena faktor mekanik (tekanan diafragma). Nokturia juga meningkatkan risiko terjadinya kecelakaan (jatuh) terutama pada lansia yang menggunakan sedatif-hipnotik. Prevalensi penyakit renal kronik meningkat dengan bertambahnya umur; gangguan ini sering menyebabkan nokturia.

Tanda-Tanda dan Gejala Apnea Tidur Obstruktif

Susunan saraf pusat

Somnolen berlebihan di siang hari

Gelisah nokturnal

Depresi

Deteriorasi kognitif

Nyeri kepala di pagi hari

Berkurangnya dorongan seksual

Respirasi

Mendengkur

Mulut dan tenggorok kering

Kardiovaskuler

Hipertensi
Gagal jantung
Atritmia

Renal

Enuresis, nokturia

Hematologi

Polisitemia ^{1,2}.

RESTLESS LEG SYNDROME (RLS) dan PERIODIC LEG MOVEMENT (PLM)

Lansia dapat mengalami disfungsi neuromuskular yang berkaitan dengan tidur. *Restless Leg Syndrome* disebut juga sindrom Ekbom. Sindrom ini ditandai dengan adanya dorongan yang kuat untuk memindah-mindahkan kaki dengan cepat ketika mau jatuh tidur. Gerakan-gerakan kaki sering bersamaan dengan apnea tidur. Pasien sering mengeluh adanya rasa sakit atau parestesia yang menjalar. Kadang-kadang ada sensasi seperti semut atau cacing menjalar di tungkai. Gagal ginjal, diabetes, anemia kronik, dan gangguan saraf perifer sering dihubungkan dengan RLS. *Restless leg syndrome* dapat pula diinduksi oleh neuroleptik, antidepresan, lithium, diuretik, dan narkotik. Agonis dopamin dapat mengurangi RLS. Narkotik juga efektif tetapi harus hati-hati karena dapat menimbulkan resistensi.

Untuk gangguan ini belum ada terapi yang ideal. Benzodiazepin (clonazepam) dan temazepam dapat mengurangi frekuensi terbangun tetapi kurang bermanfaat terhadap gerakan-gerakan kaki. Selain itu, obat ini dapat menyebabkan sedasi di siang hari. Obat-obat seperti opioid, dan levodopa, serta carbamazepine, juga cukup bermanfaat.

Periodic Leg Movement disebut juga mioklonus nokturnal yaitu gerakan kaki berulang, stereotipi, dan durasinya pendek. Gerakan berupa fleksi cepat dan periodik tungkai dan telapak kaki. Keadaan ini dapat menyebabkan terbangun berulang kali sepanjang malam. Prevalensinya meningkat dengan bertambahnya umur. Gangguan ini dihubungkan dengan sebab-sebab metabolik, vaskuler, anemia, defisiensi asam folat, dan gangguan neurologik.

Apnea tidur dan gerakan kaki periodik juga sering pada lansia. Prevalensinya berkisar antara 25%-60%. Individu dengan gerakan kaki periodik memiliki waktu tidur satu jam lebih kurang bila dibandingkan dengan kontrol normal ^{2,6}.

GANGGUAN RITMIK SIRKADIAN TIDUR

Gambaran penting gangguan ritmik sirkadian yaitu pola menetap dan berulang gangguan tidur akibat tidak sinkronnya

jam biologik sirkadian internal seseorang dengan siklus tidur-bangun. Hal ini terjadi karena tidak cocoknya jam sirkadian dengan tuntutan eksogen mengenai saat dan lama tidur misalnya karena perjalanan melintasi zona waktu yang berbeda. Penyebab lain dapat berupa disfungsi ritmik biologik dasar.

Akibat tidak samanya siklus sirkadian, seseorang dengan gangguan ini dapat mengeluh insomnia pada waktu tertentu (misalnya malam hari) dan tidur berlebihan pada siang hari sehingga terjadi gangguan fungsi sosial, pekerjaan, fungsi lainnya atau dapat menyebabkan penderitaan secara subyektif. Diagnosis ditegakkan bila terjadi gangguan fungsi sosial, pekerjaan, atau penderitaan subyektif secara signifikan.

Lansia cenderung tidur lebih awal dan bangun juga lebih awal

Kemampuan individu beradaptasi dengan perubahan sirkadian bervariasi sangat luas. Kebanyakan individu dengan gejala ini tidak mencari pertolongan karena gejalanya tidak berat. Ritme sirkadian dapat berkurang amplitudonya dengan bertambahnya umur. Lansia cenderung tidur lebih awal dan bangun juga lebih awal. Dewasa normal membutuhkan dua jam cahaya siang hari untuk mendapatkan ritme tidur yang stabil, tetapi lansia hanya membutuhkan sekitar 45 menit. Oleh karena itu, lansia disarankan menggunakan kacamata hitam bila keluar rumah di pagi hari. Pajanan cahaya terang buatan antara pukul 7-9 malam dapat meningkatkan keterjagaan. Suara gaduh juga bisa mempengaruhi tidur. Ritme sirkadian yang dangkal dikaitkan dengan gangguan tidur ^{2,7}.

GANGGUAN TIDUR AKIBAT KONDISI MEDIK UMUM Penyakit kardiovaskuler

Pasien angina dapat menderita insomnia akibat serangan angina di malam hari. Begitu pula pasien pasca infark jantung dan pasca bedah jantung sering mengeluh insomnia. Beberapa pasien pasca infark jantung yang diobati dengan benzodiazepin dapat mengalami apnea tidur berulang dengan durasi pendek. Selain itu, pasien gagal jantung kronik dapat pula mengalami apnea pernafasan yang sangat berat saat berbaring

Tekanan darah secara normal menurun ketika tidur dan meningkat ketika bangun. Kejadian-kejadian kardiovaskuler atau jantung mengikuti pola sirkadian yaitu gangguannya sering terjadi antara pukul 6-11 pagi. Aritmia juga berkaitan dengan tidur-bangun. Takikardia ventrikel sering terjadi antara pukul 4 dan 9 pagi.

Pasien *stroke* akut dapat mengalami gangguan tidur baik insomnia atau hipersomnia. Sering terbangun setelah *onset*

tidur dikaitkan dengan buruknya keluaran *stroke*. Pasien *stroke* sering terbangun di malam hari. Nyeri kepala yang sering terjadi saat tidur - biasanya tidur REM, dapat menginterupsi tidur.

Penyakit paru

Pasien penyakit paru obstruktif kronik sering terbangun dan mengalami penurunan efisiensi tidur, juga lebih berisiko untuk apnea tidur; penggunaan triazolam 0,25 mg malam hari cukup aman. Selain itu, penyakit asma dan hipoventilasi juga dapat menyebabkan sindrom apnea tidur obstruktif. Insomnia juga sering pada penderita asma; sekitar 60%-70% lansia terbangun tengah malam karena serangan asmanya. Obat seperti xanthine, beta adrenergik, dan steroid sistemik yang digunakan untuk asma atau penyakit paru obstruktif kronik dapat pula menyebabkan insomnia. Bila pasien mengeluh gangguan tidur pertimbangkan kemungkinan apnea tidur. Dengkuran dapat menunjukkan adanya apnea tidur.

Gangguan neurodegeneratif

Sekitar 30% pasien Alzheimer mengalami gangguan tidur seperti kurang tidur, sering terbangun, bingung atau berjalan saat tidur, dan mengantuk di siang hari. Insomnia yang terjadi dikaitkan dengan perubahan pola tidur siang-malam yang biasanya terjadi pada awal penyakit. Agitasi nokturnal juga bisa menyebabkan insomnia. Agitasi nokturnal dan insomnia sering menjadi alasan penderita dibawa ke rumah sakit. Penderita Alzheimer yang gangguan tidurnya lebih berat dapat mengalami penurunan kognitif lebih cepat. Mereka lebih sensitif terhadap efek samping obat yang diresepkan untuk tidur^{2,8}.

Gangguan tidur dapat pula terjadi pada penyakit Parkinson. Gangguan tidur pada pasien ini dikaitkan dengan nokturia, nyeri, kekakuan, sulit membalikkan tubuh di tempat tidur, dan dapat pula akibat terapi levodopa dan bromocriptine. Gangguan degeneratif lain seperti Huntington atau penyakit lain yang menimbulkan mioklonus dan chorea dapat menimbulkan insomnia⁹.

Penyakit endokrin

Hipertiroidisme sering menimbulkan insomnia. Walaupun demikian, insomnia kadang-kadang dapat pula ditemukan pada penderita hipotiroidisme. Gangguan tidur kronik dapat mengganggu regulasi glukosa. Sebaliknya, diabetes melitus dapat pula menimbulkan insomnia. Hipoglikemia nokturnal dan nokturia atau penurunan glukosa dapat meningkatkan rasa kantuk. Kurang tidur merupakan sinyal untuk meningkatkan makan. Kualitas tidur lansia penderita diabetes lebih buruk daripada yang tidak menderita diabetes.

Kanker

Insomnia sering terjadi pada penderita kanker.

Penyakit saluran pencernaan

Ulkus peptikum, hernia hiatus, refleks gastroesofagus, atau kolitis dapat menimbulkan insomnia. Hal ini dikaitkan dengan adanya nyeri nokturnal. Pasien gagal hepar juga dapat mengalami insomnia. Insomnia memburuk bila penyakit heparnya progresif. Ensefalopati hepatik ringan juga dapat menimbulkan insomnia. Pembatasan protein bermanfaat secara klinik.

Benzodiazepin seperti lorazepam dan oxazepam yang metabolismenya tidak memerlukan sistem mikrosomal hepar dapat digunakan pada lansia gagal hepar. Tidur dapat pula terganggu karena diuresis nokturnal; gangguan jalan nafas dan refluks gastroesofagus dapat menyebabkan bronkospasme akut sehingga mengganggu tidur⁸.

Penyakit muskuloskeletal

Tidur sering terganggu akibat penyakit medik lain seperti artritis, rematik, dan sindrom nyeri lainnya. Terapi yang sesuai dapat memperbaiki tidur (misalnya, analgesik untuk nyeri). Pasien sindrom fibromialgia sering mengeluh gangguan tidur. Gangguan tidur yang sering terjadi yaitu RLS⁶.

GANGGUAN TIDUR AKIBAT GANGGUAN MENTAL LAINNYA

Gangguan cemas dan depresi

Pola tidur pasien depresi berbeda dengan pola tidur pasien tidak depresi. Pada depresi terjadi gangguan pada setiap stadium siklus tidur. Efisiensi tidurnya buruk, tidur gelombang pendek menurun, latensi REM juga turun, serta peningkatan aktivitas REM.

Lansia dengan keluhan insomnia harus dipikirkan kemungkinan adanya depresi atau ansietas. Insomnia dan mengantuk di siang hari merupakan faktor risiko depresi. Sebaliknya, penderita depresi dapat pula mengalami gangguan kontinuitas tidur; episode tidur REM-nya lebih awal daripada orang normal. Akibatnya, ia terbangun lebih awal, tidak merasa segar di pagi hari, dan mengantuk di siang hari. Sekitar 40% penderita lansia depresi mengalami gangguan tidur. Keluhan tidur dapat pula memprediksi akan terjadinya depresi pada lansia¹⁰.

Demensia dan delirium

Gangguan tidur sering ditemukan pada demensia. Berjalan saat tidur di malam hari sering ditemukan pada delirium meskipun pada siang hari pasien terlihat normal. Pasien Alzheimer sering terbangun dan durasi bangunnya lebih lama. Tidur REM dan gelombang lambat meningkat^{2,8}.

PENATALAKSANAAN GANGGUAN TIDUR

Langkah pertama untuk mengatasi insomnia sekunder terhadap gangguan medik atau psikiatrik adalah mengoptimalkan terapi terhadap penyakit yang mendasarinya. Cara farmakologik dan nonfarmakologik diperlukan untuk terapi gangguan tidur baik primer maupun sekunder².

Farmakologik

Benzodiazepin paling sering digunakan dan tetap merupakan pilihan utama untuk mengatasi insomnia baik primer maupun sekunder. Kloralhidrat dapat pula bermanfaat dan cenderung tidak disalahgunakan. Antihistamin, prekursor protein seperti l-triptofan yang saat ini tersedia dalam bentuk suplemen juga dapat digunakan.

Penggunaan jangka panjang obat hipnotik tidak dianjurkan. Obat hipnotik hendaklah digunakan dalam waktu terbatas atau untuk mengatasi insomnia jangka pendek.

Dosis harus kecil dan durasi pemberian harus singkat. Benzodiazepin dapat direkomendasikan untuk dua atau tiga hari dan dapat diulang tidak lebih dari tiga kali. Penggunaan jangka panjang dapat menimbulkan masalah tidur atau dapat menutupi penyakit yang mendasari. Penggunaan benzodiazepin harus hati-hati pada pasien penyakit paru obstruktif kronik, obesitas, gangguan jantung dengan hipoventilasi^{2,11}.

Benzodiazepin paling sering digunakan dan tetap merupakan pilihan utama untuk mengatasi insomnia, baik primer maupun sekunder

Benzodiazepin dapat mengganggu ventilasi pada apnea tidur. Efek samping berupa penurunan kognitif dan terjatuh akibat gangguan koordinasi motorik sering ditemukan. Oleh karena itu, penggunaan benzodiazepin pada lansia harus hati-hati dan dosisnya serendah mungkin.

Benzodiazepin dengan waktu paruh pendek (triazolam dan zolpidem) merupakan obat pilihan untuk membantu orang-orang yang sulit masuk tidur. Sebaliknya, obat yang waktu paruhnya panjang (estazolam, temazepam, dan lorazepam) berguna untuk penderita yang mengalami interupsi tidur. Benzodiazepin yang kerjanya lebih panjang dapat memperbaiki ansietas di siang hari dan insomnia di malam hari.

Sebagian obat golongan benzodiazepin dimetabolisme di hepar. Oleh karena itu, pemberian obat-obat yang menghambat oksidasi sitokrom (seperti simetidin, estrogen, INH,

eritromisin, dan fluoxetine) dapat menyebabkan sedasi berlebihan di siang hari.

Triazolam tidak menyebabkan gangguan respirasi pada pasien COPD ringan-sedang yang mengalami insomnia. Neuroleptik dapat digunakan untuk insomnia sekunder terhadap delirium pada lansia. Dosis rendah-sedang benzodiazepin seperti lorazepam digunakan untuk memperkuat efek neuroleptik terhadap tidur.

Antidepresan yang bersifat sedatif seperti trazodone dapat diberikan bersamaan dengan benzodiazepin pada awal malam. Antidepresan kadang-kadang dapat memperburuk gangguan gerakan terkait tidur (RLS)².

Mirtazapine merupakan antidepresan baru golongan *noradrenergic and specific serotonin antidepressant* (NaSSA). Ia dapat memperpendek *onset* tidur, stadium I berkurang, dan meningkatkan dalamnya tidur. Latensi REM, total waktu tidur, kontinuitas tidur, serta efisiensi tidur meningkat pada pemberian mirtazapine. Obat ini efektif untuk penderita depresi dengan insomnia tidur¹².

Tidak dianjurkan menggunakan imipramin, desipramin, dan monoamin oksidase inhibitor pada lansia karena dapat menstimulasi insomnia. Lithium dapat mengganggu kontinuitas tidur akibat efek samping poliuria.

Khloralhidrat dan barbiturat jarang digunakan karena cenderung menekan pernafasan. Antihistamin dan difenhidramin bermanfaat untuk beberapa pasien tapi penggunaannya harus hati-hati karena dapat menginduksi delirium².

Melatonin merupakan hormon yang disekresikan oleh glandula pineal. Ia berperan mengatur siklus tidur. Efek hipnotiknya terlihat pada pasien gangguan tidur primer. Ia juga memperbaiki tidur pada penderita depresi mayor^{13,14}. Melatonin juga dapat memperbaiki tidur, tanpa efek samping, pada lansia dengan insomnia¹⁵. Melatonin dapat ditambahkan ke dalam makanan.

Non farmakologik

Higene tidur

Memberikan lingkungan dan kondisi yang kondusif untuk tidur merupakan syarat mutlak untuk gangguan tidur. Jadwal tidur-bangun dan latihan fisik sehari-hari yang teratur perlu dipertahankan. Kamar tidur dijauhkan dari suasana tidak nyaman. Penderita diminta menghindari latihan fisik berat sebelum tidur. Tempat tidur jangan dijadikan tempat untuk menumpahkan kemarahan. Perubahan kebiasaan, sikap, dan lingkungan ini efektif untuk memperbaiki tidur. Edukasi tentang higene tidur merupakan intervensi efektif yang tidak memerlukan biaya.

Terapi pengontrolan stimulus

Terapi ini bertujuan untuk memutus siklus masalah yang sering dikaitkan dengan kesulitan memulai atau jatuh tidur. Terapi ini membantu mengurangi faktor primer dan reaktif yang sering ditemukan pada insomnia.

Ada beberapa instruksi yang harus diikuti oleh penderita insomnia:

1. Ke tempat tidur hanya ketika telah mengantuk.
2. Menggunakan tempat tidur hanya untuk tidur.
3. Jangan menonton TV, membaca, makan, dan menelpon di tempat tidur.
4. Jangan berbaring-barang di tempat tidur karena bisa bertambah frustrasi jika tidak bisa tidur.
5. Jika tidak bisa tidur (setelah beberapa menit) harus bangun, pergi ke ruang lain, kerjakan sesuatu yang tidak membuat terjaga, masuk kamar tidur setelah kantuk datang kembali.
6. Bangun pada saat yang sama setiap hari tanpa menghiraukan waktu tidur, total tidur, atau hari (misalnya hari Minggu).
7. Menghindari tidur di siang hari.
8. Jangan menggunakan stimulasi (kopi, rokok, dll) dalam 4-6 jam sebelum tidur.

Hasil terapi ini jarang terlihat pada beberapa bulan pertama. Bila kebiasaan ini terus dipraktikkan, gangguan tidur akan berkurang baik frekuensinya maupun beratnya.

Sleep Restriction Therapy

Membatasi waktu di tempat tidur dapat membantu mengkonsolidasikan tidur. Terapi ini bermanfaat untuk pasien yang berbaring di tempat tidur tanpa bisa tertidur. Misalnya, bila pasien mengatakan bahwa ia hanya tertidur lima jam dari delapan jam waktu yang dihabiskannya di tempat tidur, waktu di tempat tidurnya harus dikurangi. Tidur di siang hari harus dihindari. Lansia dibolehkan tidur sejenak di siang hari yaitu sekitar 30 menit. Bila efisiensi tidur pasien mencapai 85% (rata-rata setelah lima hari), waktu di tempat tidurnya boleh ditambah 15 menit. Terapi pembatasan tidur, secara berangsur-angsur, dapat mengurangi frekuensi dan durasi terbangun di malam hari.

Terapi relaksasi dan biofeedback

Terapi ini harus dilakukan dan dipelajari dengan baik. Menghipnosis diri sendiri, relaksasi progresif, dan latihan nafas dalam sehingga terjadi keadaan relaks cukup efektif untuk memperbaiki tidur. Pasien membutuhkan latihan yang cukup dan serius. *Biofeedback* yaitu memberikan umpan-balik perubahan fisiologik yang terjadi setelah relaksasi. Umpan balik ini dapat meningkatkan kesadaran diri pasien tentang

perbaikan yang didapat. Teknik ini dapat dikombinasi dengan higene tidur dan terapi pengontrolan tidur.

Terapi apnea tidur obstruktif

Apnea tidur obstruktif dapat diatasi dengan menghindari tidur telentang, menggunakan perangkat gigi (*dental appliance*), menurunkan berat badan, menghindari obat-obat yang menekan jalan nafas, menggunakan stimulasi pernafasan seperti acetazolamide (Diamox®), *nasal continuous positive airway pressure (NCPAP)*, *upper airway surgery (UAS)*. *Nasal continuous positive airway pressure* ditoleransi baik oleh sebagian besar pasien. Metode ini dapat memperbaiki tidur pasien di malam hari, rasa mengantuk di siang hari, dan kelelahan serta perbaikan fungsi kognitif.

Uvulopalatopharyngeoplasty (UPP) merupakan salah satu teknik pembedahan yang digunakan untuk terapi apnea tidur. Efikasi metode ini kurang. Trakeostomi juga merupakan pilihan terapi untuk apnea tidur berat. Penggunaan kedua bentuk terapi bedah ini sangat terbatas karena risiko morbiditas dan mortalitas.

Keputusan untuk mengobati apnea tidur didasarkan atas frekuensi dan beratnya gangguan tidur, beratnya derajat kantuk di siang hari, dan akibat medik yang ditimbulkannya (abnormalitas kardiorespirasi).

KESIMPULAN

Tidur merupakan suatu proses di otak yang dibutuhkan seseorang untuk dapat berfungsi dengan baik. Insomnia merupakan gangguan tidur yang paling sering ditemukan. Sekitar 67% lansia mengalami gangguan tidur. Gangguan tidur yang paling sering ditemukan pada lansia yaitu insomnia, gangguan ritmik tidur, dan apnea tidur.

Berdasarkan dugaan etiologinya, gangguan tidur dibagi menjadi empat kelompok yaitu, gangguan tidur primer, gangguan tidur akibat gangguan mental lain, gangguan tidur akibat kondisi medik umum, dan gangguan tidur yang diinduksi oleh zat.

Beberapa kondisi medik umum seperti penyakit kardiovaskuler, penyakit paru, neurodegenerasi, penyakit endokrin, kanker, dan penyakit saluran pencernaan, serta penyakit muskuloskeletal sering menimbulkan gangguan tidur.

Gangguan mental seperti depresi, ansietas, demensia serta delirium dapat pula menimbulkan gangguan tidur. Pola gangguan tidur pada penderita depresi berbeda dengan yang tidak menderita depresi; pada depresi terjadi gangguan pada setiap stadium gangguan tidur. Langkah pertama mengobati gangguan tidur adalah mengoptimalkan terapi terhadap penyakit yang mendasarinya. Terapi farmakologik seperti

benzodiazepin merupakan pilihan utama untuk mengatasi gangguan tidur; walaupun demikian, lama penggunaannya harus dibatasi karena penggunaan jangka lama malah dapat menimbulkan masalah tidur atau dapat menutupi gangguan yang mendasarinya. Efek samping sedasi dapat menyebabkan kecelakaan seperti terjatuh. Obat-obat seperti antidepresan, neuroleptik dapat pula digunakan untuk gangguan tidur.

Lampiran. Tiga puluh menit wawancara tidur

Ada dua pertanyaan yang perlu ditanyakan pada lansia:

1. Apakah Anda sulit masuk tidur atau mempertahankan tidur?
2. Apakah Anda mengantuk di siang hari ?

Jawaban pertanyaan ini dapat menemukan masalah fisik dan psikologik.

Pertanyaan selanjutnya adalah:

- Berapa lama biasanya Anda tertidur ?
- Apakah Anda sering terbangun untuk ke kamar mandi ?
- Apakah Anda terbangun lebih dini ?
- Apakah Anda mengalami sensasi tidak enak di tungkai/kaki yang menyebabkan Anda tidak bisa tidur ?
- Apakah gangguan tidur Anda mempengaruhi fungsi Anda di siang hari ?
- Apakah Anda mengantuk di siang hari ?

Langkah selanjutnya adalah menanyakan riwayat tidur yang komprehensif, higene tidur, riwayat obat yang digunakan, laporan teman sekamar, catatan tidur, riwayat medik dan psikiatrik. Adakalanya pasien perlu dikirim ke pusat tidur untuk dipantau atau menjalani pemeriksaan polisomnografi^(1,2).

Memperbaiki higene tidur seperti kamar tidur harus nyaman, tidak menonton, membaca, dan berdiskusi di tempat tidur dapat memperbaiki tidur. Tidak meminum minuman yang bersifat stimulasi juga dapat memperbaiki tidur. Terapi pengontrolan stimulus, terapi pembatasan tidur, dan terapi relaksasi serta *biofeedback* dapat pula dilakukan.

Nasal continuous positive airway pressure ditoleransi baik oleh sebagian besar pasien. Metode ini dapat memperbaiki tidur pasien di malam hari, rasa mengantuk di siang hari, dan keletihan serta perbaikan fungsi kognitif. Beberapa tindakan bedah seperti UPP, UAS dan trakeostomi dapat pula dilakukan untuk memperbaiki apnea tidur obstruktif. Penggunaannya sangat terbatas karena risiko morbiditas dan mortalitas yang cukup tinggi.

KEPUSTAKAAN

1. Frost R. Sleep Disorder. Dalam: Introductory Textbook of Psychiatry, Andreasen NC, Black DW. eds, 3rd ed. Am Psychiatric Publ. Inc, Washington DC, London. 2001.hal. 643-66
2. Printz PN, Vittelo MV. Sleep disorders. Dalam: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, Sadock VA, eds, 7th ed, Lippincott Williams & Wilkins. A Wolters Kluwer Co.; 2000. hal. 3053-59.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision, American Psychiatric Association, 2000. hal. 579-661.
4. Reynolds CF, Kufer DJ, Taska LS. EEG sleep in elderly depressed, demented, and healthy subjects. Biol Psychiatry 1985; 20: 431-42.
5. Koskenvoo M, Kaprio J, Partinen M. Snoring as risk factor for hypertension and angina pectoris. Lancet 1985;1: 893-96.
6. Salih AM, Gray RE, Mills KR. A clinical, serological, and neuropsychological study of restless leg syndrome in rheumatoid and arthritis. Br J Rheumatol. 1994; 33: 60-3
7. Lamberg L. Illness, not age itself, most often the trigger of sleep problems in older adults. JAMA;2003; 290(3): 319-24.
8. Wellsburg JE, Winkelman JW. Sleep disorders. Dalam: Textbook of consultation-liaison psychiatry. Psychiatry in the medically ill. Wise MG, Rundell JR, eds. 2nd ed, 2002: 495-513.
9. Nausieda P, Weiner W, Kaplan LR. Sleep disruption in the course of chronic levodopa therapy: an early feature of levodopa-induced psychoses. Clin Neuropharmacol. 1982;5:183-94
10. Thase ME. Depression, sleep, and antidepressants. J Clin. Psychiatry 1998; 59 (suppl 4) : 55-65.
11. Guelleminault C. Benzodiazepine, breathing, and sleep. Am J Med 1990, 88: 25-8.
12. Thase ME. Antidepressant treatment of the depressed patients with insomnia. J Clin Psychiatry 1999; 60 (suppl 17): 28-31.
13. Dolberg T, Hirschman S, Grunhaus L. Melatonin for the treatment of sleep disturbances in major depressive disorder. Am J Psychiatry 1998;155: 1119-21.
14. Dahliz M, Alvarez B, Vignan J,Parles JP, Arendt J. Delayed sleep phase syndrome response to melatonin. Lancet 1991;337:1121-4
15. Garfinkel D, Laidon M, Noff D. Improvement of sleep quality in elderly people by controlled-release melatonin. Lancet 1995;346:541-4.