



Perbedaan antara *geriatric depression scale* kelompok usia lanjut dengan insomnia dan *geriatric depression scale* kelompok usia lanjut tanpa insomnia



Anselmus Ake, RA Tuty Kuswardhani

Bagian/SMF Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Udayana/

Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar

email: medicina_fkudayana@yahoo.co.id

Abstrak

Insomnia merupakan gejala dari depresi pada usia lanjut. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan antara *geriatric depression scale* (GDS) kelompok usia lanjut dengan insomnia dan GDS kelompok usia lanjut tanpa insomnia. Penelitian ini merupakan studi observasional dengan rancangan potong-lintang analitik. Penelitian dilakukan pada individu berusia 60 tahun ke atas. Untuk mengetahui perbedaan antara GDS dengan insomnia dan tanpa insomnia digunakan uji Mann-Whitney. Sebanyak 87 sampel masuk dalam penelitian ini. Rerata umur penderita adalah 69,23 tahun dengan *range* antara 60 sampai 98 tahun. Uji Mann-Whitney mendapatkan perbedaan bermakna antara GDS kelompok usia lanjut dengan insomnia dan GDS kelompok usia lanjut tanpa insomnia ($P < 0,001$). Pada penelitian ini didapatkan perbedaan bermakna antara GDS kelompok usia lanjut dengan insomnia dan GDS kelompok usia lanjut tanpa insomnia. Disarankan pada semua individu dengan insomnia harus dilakukan skrining untuk depresi, begitu juga sebaliknya. [**MEDICINA. 2016;50(3):12-16**].

Kata kunci: *usia lanjut, insomnia, depresi*

Abstract

Insomnia can be a symptom of depression in the elderly. This study was aimed to determine the difference between *geriatric depression scale* (GDS) group of elderly with insomnia and without insomnia. This study was an observational study with cross-sectional analytical design. The study was conducted in individuals with the age 60 years old or above. The Mann-Whitney test was used to determine the difference between GDS group of elderly with insomnia and without insomnia. A total of 87 samples were included in this study. The mean of age was 69.23 years old with a range between 60 to 98 years old. Mann-Whitney test showed that there were significant differences between GDS group of elderly with insomnia and GDS group of elderly without insomnia ($P < 0.001$). In this study we found a significant difference between GDS group of elderly with insomnia and without insomnia. We suggest that in elderly individuals with insomnia should be screening for depression, and vice versa. [**MEDICINA. 2016;50(3):12-16**].

Keywords: *elderly, insomnia, depression*

Pendahuluan

Depresi sering terjadi pada lanjut usia, namun sering tidak terdiagnosis. Hal ini disebabkan karena gejala depresi sering disamarkan oleh penyakit yang berhubungan dengan usia lanjut atau gejala depresi dianggap normal terjadi pada orang lanjut usia. Prevalens depresi pada usia di atas 65 tahun pada komunitas di New Zealand adalah sekitar 2% pada lelaki dan 5% pada perempuan. Prevalens depresi meningkat pada fasilitas perawatan usia lanjut. Penelitian di Australia menunjukkan bahwa prevalens depresi pada fasilitas perawatan usia lanjut adalah sekitar 18%.¹

Insomnia dapat merupakan gejala dari depresi. Dalam *diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5)* yang dikeluarkan oleh *American psychiatric association*, insomnia merupakan salah satu dari kriteria *diagnostic major depressive disorder (MDD)*.² Akan tetapi, dalam dekade terakhir banyak penelitian yang memberikan bukti bahwa insomnia lebih dari sekadar gejala dari depresi. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa insomnia sudah terdapat sebelum onset dari depresi. Penelitian juga menunjukkan bahwa insomnia dapat mencetuskan atau menimbulkan eksaserbasi depresi.³

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan antara *geriatric depression scale (GDS)*

kelompok usia lanjut dengan insomnia dan GDS kelompok usia lanjut tanpa insomnia.

Bahan dan metode

Penelitian ini merupakan studi observasional dengan rancangan potong lintang analitik. Penelitian dilakukan pada individu berusia 60 tahun ke atas. Penelitian dilakukan di Balai Banjar Kelendis Denpasar dari bulan September sampai dengan Oktober 2015.

Penilaian depresi menggunakan kuisisioner GDS dan penilaian insomnia menggunakan *brief insomnia questionnaire*. Data yang terkumpul dianalisis secara deskriptif. Uji normalitas menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov*. Untuk mengetahui perbedaan antara GDS kelompok usia lanjut dengan insomnia dan GDS kelompok usia lanjut tanpa insomnia digunakan uji *Mann-Whitney*. Semua data dianalisis menggunakan program komputer *SPSS for windows version 18.0*. Nilai $P < 0,05$ digunakan sebagai batas kemaknaan.

Hasil

Sebanyak 87 sampel masuk dalam penelitian ini. Rerata (simpang baku/SB) umur penderita adalah 69,23 (7,9) tahun dengan *range* antara 60 sampai 98 tahun. Karakteristik pasien ditunjukkan dalam **Tabel 1**.

Tabel 1.Karakteristik sampel

Karakteristik	Nilai	%
Umur (tahun)		
Rerata (SB)	69,23 (7,90)	
Range	60-98	
Jeniskelamin		
Lelaki	27	31,0
Perempuan	60	69,0
Pendidikan		
Tidak sekolah/tidak tamat SD	36	41,4
Tamat SD/ sederajat	30	34,5
Tamat SLTP/ sederajat	10	11,5
Tamat SLTA/ sederajat	7	8,0
Akademi/Sl	4	4,5

Tabel 2. Kejadian depresi dan insomnia

Karakteristik	Nilai	%
Skor GDS		
Rerata (SB)	14,01 (4,15)	
Range	6-26	

Kategori depresi		
Normal	4	4,6
Depresi ringan	69	79,3
Depresi berat	14	16,1
Gangguan tidur (insomnia)		
Ya	43	49,4
Tidak	44	50,6

Tabel 3. Hasil analisis uji Mann-Whitney

	N	Median (minimum-maksimum)	Rerata (SB)	P
GDS kelompok dengan insomnia	43	16,0 (14-26)	17,37 (3,52)	P < 0,001
GDS kelompok tanpa insomnia	44	11,0 (6-13)	10,75 (1,33)	

Sebanyak 69 sampel (79,3%) sampel mengalami depresi ringan berdasarkan GDS. Sebanyak 43 (49,4%) sampel mengalami gangguan tidur (insomnia) (**Tabel 2**). Dengan uji *Mann-Whitney* diperoleh nilai $P < 0,001$. Dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan bermakna antara GDS kelompok usia lanjut dengan insomnia dan tanpa insomnia (**Tabel 3**).

Diskusi

Pada penelitian ini didapatkan perbedaan bermakna antara GDS kelompok usia lanjut dengan insomnia dan GDS kelompok usia lanjut tanpa insomnia. Penelitian eksperimental untuk mengetahui apakah depresi merupakan penyebab terjadinya insomnia tidak mungkin dilakukan. Adalah tidak etis untuk secara acak menginduksi seseorang untuk menderita depresi atau tidak kemudian menilai adanya insomnia. Dalam ilmu klinis, untuk menyatakan bahwa depresi menyebabkan insomnia, harus memenuhi dua kriteria: 1) Depresi harus mendahului terjadinya insomnia, dan 2) Variasi antara depresi dan insomnia harus sama (*covary*). Jalan terbaik untuk membuktikan hal tersebut adalah quasi-eksperimen dan *randomized clinical trials* dalam pengobatan depresi dan melihat adanya penurunan insomnia.⁴

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dengan rancangan potong lintang analitik sehingga tidak diketahui mana yang terjadi lebih dulu. Sedikit sekali penelitian yang membuktikan apakah depresi harus diikuti dengan insomnia sehingga kedua hal tersebut saling berhubungan. Hal ini berdasarkan asumsi bahwa insomnia merupakan gejala depresi dan bukan merupakan suatu penyakit tersendiri. Penelitian

retrospektif yang besar di empat negara eropa (N=14.915) mendapatkan bahwa gejala insomnia muncul sebelum onset gejala dari episode pertama gangguan mood (depresi atau gangguan bipolar) pada 41,7% kasus; sebanyak 29,4% kasus muncul dalam waktu yang bersamaan; dan gejala insomnia muncul setelah *onset episode* depresi pada 28,9% kasus. Penelitian ini menunjukkan bahwa pada individu dengan gejala depresi dan insomnia, gejala insomnia tidak selalu merupakan gejala (*symptoms*) dari depresi.⁴

Pada penelitian epidemiologi longitudinal, sebanyak 7954 responden diwawancarai pada saat *baseline* dan satu tahun setelahnya mengenai keluhan tidur dan gejala psikiatri lainnya. Risiko timbulnya depresi mayor lebih besar pada penderita dengan insomnia dibandingkan dengan penderita tanpa insomnia (*odds ratio/OR*, 39,8). Risiko terjadinya depresi mayor lebih kecil pada penderita insomnia yang telah membaik pada kunjungan kedua (*OR* 1,6). Penelitian ini memberikan bukti bahwa insomnia merupakan faktor risiko terjadinya onset depresi.⁵

The nord-trøndelag health study (HUNT) adalah penelitian prospektif besar berbasis populasi untuk mengetahui hubungan antara depresi dan insomnia. Sebanyak 24.175 partisipan telah menyelesaikan wawancara pada penelitian HUNT 2 (1995-1997) dan HUNT 3 (2006-2008). Partisipan yang tidak mengalami gejala depresi pada studi HUNT 2 tetapi mengalami insomnia pada HUNT 2 dan HUNT 3 memiliki *OR* 6,2 untuk mengalami depresi pada HUNT 3. Hal yang sama, partisipan yang tidak mengalami gejala insomnia pada studi HUNT 2 tetapi mengalami depresi pada HUNT 2 dan HUNT 3 memiliki *OR* 6,7 untuk mengalami

insomnia pada HUNT 3. Hasil penelitian ini mendukung adanya hubungan dua arah (*bidirectional relationship*) antara depresi dan insomnia (hubungan sebab akibat terjadi dua arah).⁶

Pada penelitian *multisite RCT* yang melibatkan 1.801 pasien usia lanjut dengan MDD, pasien dikelompokkan berdasarkan status insomnia (persisten, intermediet, atau tanpa insomnia) berdasarkan skor insomnia saat *baseline* dan tiga bulan sesudahnya. Pada pasien dilakukan randomisasi untuk mendapatkan intervensi (mendapat pengobatan di klinik spesialis depresi) dan tanpa intervensi. Pasien dengan insomnia persisten 3,5 kali untuk tetap menderita depresi dibandingkan dengan pasien tanpa insomnia. Penelitian ini menunjukkan bukti bahwa insomnia menyebabkan eksaserbasi gejala atau meningkatkan risiko rekurensi gejala depresi.⁷

Penelitian RCT oleh Fava dkk,⁸ yang melibatkan 545 pasien dengan MDD dan insomnia menunjukkan bahwa kombinasi fluoxetin (antidepresi) dan eszopiclone (hipnotik) menunjukkan angka remisi depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan kombinasi fluoxetine dan plasebo (42% vs 33%; $P=0,03$) pada minggu ke delapan. Pada kelompok pemberian kombinasi fluoxetine+eszopiclone juga menunjukkan penurunan yang signifikan *sleep latency*, *wake after sleep onset* (WASO), dan peningkatan *total sleep time* (TST) dan kualitas tidur. Penelitian ini menunjukkan bukti bahwa pada pasien dengan insomnia dan depresi, penambahan terapi insomnia pada terapi depresi (terapi kombinasi pada kedua kondisi tersebut) memberikan hasil yang lebih baik.⁸

Pada beberapa kasus, tidak terdapat hubungan antara insomnia dan depresi. Pada individu dengan depresi, terdapatnya insomnia ditemukan antara 75-80% dari subyek.⁹ Artinya sekitar 20-25% pasien dengan depresi tidak mengalami insomnia. Penelitian lain menunjukkan sekitar 17-50% subyek dengan insomnia lebih dari dua minggu menderita MDD sesudahnya, yang berarti bahwa sekitar 50-83% subyek dengan insomnia tidak mengalami depresi. Bukti ini menunjukkan bahwa insomnia dan depresi tidak harus terjadi bersamaan (*co-occur*).⁹

Berdasarkan data-data penelitian tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa hubungan antara insomnia dan depresi adalah kompleks. Hubungan antara insomnia dan depresi antara lain: depresi dapat mendahului terjadinya insomnia; insomnia dapat terjadi sebelum terjadinya depresi; insomnia dapat mencetuskan eksaserbasi depresi; residual

insomnia setelah terapi depresi sering terjadi; dan insomnia dan depresi tidak harus *co-occur*. Jadi, antara insomnia dan depresi tidak selalu merupakan *cause and effect relationship*. Karena alasan tersebut DSM-5 menyatakan bahwa insomnia dan depresi lebih tepat merupakan kondisi komorbid.²

Pada pasien dengan insomnia dan depresi, adalah tidak mudah menentukan apakah insomnia terjadi sebelum onset depresi (insomnia primer), atau insomnia adalah efek dari depresi (insomnia sekunder). Jadi, dalam DSM-5 juga menggantikan diagnosis insomnia primer dengan gangguan insomnia untuk menghindari istilah primer atau sekunder ketika insomnia *co-occur* dengan gangguan mental atau kondisi medis lainnya.²

Berdasarkan pedoman yang dikeluarkan oleh *American academy of sleep medicine, cognitive-behavioral therapy for insomnia* (CBT-I) sangat direkomendasikan sebagai terapi insomnia. Terapi CBT-I menunjukkan efek yang sama dan keuntungan yang lebih besar dibandingkan obat hipnotik serta bebas dari efek samping.¹⁰

Berdasarkan pedoman dari *American psychiatric association*, psikoterapi adalah terapi lini pertama pada depresi ringan, sedangkan farmakoterapi diindikasikan untuk terapi depresi sedang sampai berat. *Tricyclic antidepressant* (TCA) diketahui sebagai antidepresi yang bersifat sedatif. Penurunan *sleep latency* serta peningkatan efektifitas tidur telah ditunjukkan pada pasien depresi yang diterapi dengan amitriptilin, sedangkan obat golongan *serotonin reuptake inhibitors* (SSRI) dan *serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor* (SNRI) adalah antidepresi yang tidak bersifat sedatif. Obat golongan SSRI dan SNRI adalah antidepresi yang paling sering digunakan karena keamanan dan efek samping yang lebih kecil dibandingkan dengan TCA. Akan tetapi, SSRI dan SNRI dapat menyebabkan gangguan tidur yang signifikan sehingga memperburuk insomnia pada beberapa pasien.¹¹

Berdasarkan pedoman *evidence-based* yang dikeluarkan oleh *journal of sleep medicine* (JCSM) pada tahun 2008, terapi kombinasi (seperti CBT-I untuk insomnia ditambah antidepresan untuk depresi) direkomendasikan untuk insomnia dengan kondisi komorbid. Sedangkan antidepresi yang bersifat sedatif direkomendasikan untuk terapi insomnia dengan komorbid depresi.¹²

Simpulan

Pada penelitian ini didapatkan perbedaan bermakna antara GDS kelompok usia lanjut dengan

insomnia dan GDS kelompok usia lanjut tanpa insomnia. Karena terdapat hubungan yang kuat antara insomnia dan depresi pada usia lanjut, direkomendasikan pada semua individu dengan insomnia harus dilakukan skrining untuk depresi, begitu juga sebaliknya. Terapi konkomitan serta agresif terhadap insomnia ditambah dengan terapi depresi dapat menurunkan morbiditas serta meningkatkan kualitas hidup pasien usia lanjut dengan insomnia dan depresi.

Daftar pustaka

1. Taylor, Kenneth L, Lichstein, Heith D, Brant W, dkk. Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep Med Rev.* 2005;28:1458-64
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Edisi ke-5. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
3. Staner L. Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Med Rev.* 2010;14:35-46.
4. Ohayon MM, Roth T. Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiatr Res.* 2003;37:9-15.
5. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention. *JAMA.* 1989;262:1479-84.
6. Sivertsen B, Salo P, Mykletun A, Hysing M, Pallesen S, Krokstad S, dkk. The bidirectional association between depression and insomnia: the HUNT study. *Psychosom Med.* 2012;74:758-65.
7. Pigeon WR, Hegel M, Unützer J, Fan MY, Sateia MJ, Lyness JM, dkk. Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort. *Sleep.* 2008;31:481-8.
8. Fava M, McCall WV, Krystal A, Wessel T, Rubens R, Caron J, dkk. Eszopiclone co-administered with fluoxetine in patients with insomnia coexisting with major depressive disorder. *Biol Psychiatry.* 2006;59:1052-60.
9. Staner L. Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Med Rev.* 2010;14:35-46.
10. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, Friedman L, Boehlecke B, Brown T, dkk. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. *An american academy of sleep medicine report.* *Sleep.* 2006;29:1415-9.
11. DeMartinis NA, Winokur A. Effects of psychiatric medications on sleep and sleep disorders. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2007;6:17-29.
12. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med.* 2008;4:487-504.