

**GANGGUAN MEROKOK, DEPRESI DAN FUNGSI KOGNITIF  
TERHADAP *INSOMNIA* DI INDONESIA: ANALISIS DATA  
INDONESIA FAMILY LIFE SURVEY 2014**

**SKRIPSI**

Diajukan kepada Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya untuk  
Memenuhi Salah Satu Persyaratan dalam Menyelesaikan Program Strata Satu (S1)  
Psikologi (S.Psi)



**Disusun Oleh:**

Muhammad A'inul Yaqin    J91219112

**Dosen Pembimbing:**

Rizma Fithri, S.Psi., M.Si

**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI  
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN KESEHATAN  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN AMPEL  
SURABAYA**

**2023**

## PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa skripsi dengan judul “Gangguan Merokok, Depresi dan Fungsi Kognitif Terhadap *Insomnia* di Indonesia: Analisis Data Indonesia Family Life Survey 2014” merupakan karya asli yang diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Psikologi di Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya. Sepanjang pengetahuan saya karya ini tidak terdapat ataupun pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar Pustaka.

Surabaya, 26 April 2023



Muhammad A'inul Yaqin

**HALAMAN PERSETUJUAN**  
**SKRIPSI**

Gangguan Merokok, Depresi dan Fungsi Kognitif Terhadap *Insomnia* di  
Indonesia: Analisis Data Indonesia Family Life Survey 2014

Oleh :

Muhammad A'inul Yaqin

J91219112

Telah disetujui untuk diajukan pada Sidang Ujian Skripsi

Surabaya, 26 April 2023

Dosen Pembimbing



Rizma Fithri, S.Psi., M.Si  
NIP. 197402121999032001

**HALAMAN PENGESAHAN**

**SKRIPSI**

Gangguan Merokok, Depresi dan Fungsi Kognitif Terhadap *Insomnia* di  
Indonesia: Analisis Data Indonesia Family Life Survey 2014

Yang disusun oleh:  
Muhammad A'inul Yaqin  
NIM. J91219112

Telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji  
Pada Tanggal 03 Mei 2023



Mengetahui,  
Dekan Fakultas Psikologi dan Kesehatan  
Dr. phil / Khoirun Niam  
NIP. 197007251996031004

Susunan Tim Penguji  
Penguji I

Rizma Fitri, S.Psi, M.Si  
NIP. 197402121999032001

Penguji II

Lucky Abrorry, M.Psi  
NIP. 197910012006041005

Penguji III

Dr. S. Khorriyatul Khotimah, M.Psi, Psikolog  
NIP. 197711162008012018

Penguji IV

Eamsu Andia, M. Kes  
NIP. 198710142014032002



KEMENTERIAN AGAMA  
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN AMPEL SURABAYA  
PERPUSTAKAAN

Jl. Jend. A. Yani 117 Surabaya 60237 Telp. 031-8431972 Fax.031-8413300  
E-Mail: perpus@uinsby.ac.id

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika UIN Sunan Ampel Surabaya, yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Muhammad A'inul Yaqin  
NIM : J91219112  
Fakultas/Jurusan : Psikologi dan Kesehatan/Psikologi  
E-mail address : j91219112@student.uinsby.ac.id

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Perpustakaan UIN Sunan Ampel Surabaya, Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif atas karya ilmiah :

Sekripsi  Tesis  Desertasi  Lain-lain (.....)

yang berjudul :

Gangguan Merokok, Depresi, Fungsi Kognitif Terhadap Insomnia di Indonesia : Analisis Data

Indonesia Family Life Survey 2014

beserta perangkat yang diperlukan (bila ada). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Perpustakaan UIN Sunan Ampel Surabaya berhak menyimpan, mengalih-media/format-kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (database), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di Internet atau media lain secara *fulltext* untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan atau penerbit yang bersangkutan.

Saya bersedia untuk menanggung secara pribadi, tanpa melibatkan pihak Perpustakaan UIN Sunan Ampel Surabaya, segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demikian pernyataan ini yang saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 05 Mei 2023

Penulis

(Muhammad A'inul Yaqin)  
*nama terang dan tanda tangan*

## INTISARI

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan menganalisis hubungan gangguan merokok, depresi, fungsi kognitif terhadap *insomnia* di Indonesia: Analisis Data Indonesia Family Life Survey 2014. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif. Penelitian ini memakai teknik dokumentasi sebagai instrumen pengumpulan data, data longitudinal tahun 2014 yang merupakan data dari Indonesia Life Family Life Survey-5 (ILFS-5). Jumlah responden pada penelitian ini sebanyak 1642 dewasa awal dengan kriteria laki-laki/perempuan berusia rentang 18-40 dengan gangguan tidur dan kualitas tidur buruk. Dalam penelitian ini menggunakan metode Simple Random Sampling sebagai teknik sampling, karena memberikan setiap populasi kesempatan yang sama untuk dimasukkan dalam sampel. Kesimpulan yang dihasilkan dari penelitian ini adalah: (1) Gangguan merokok tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan *insomnia* pada dewasa awal. (2) Terdapat hubungan positif dan signifikan antara variabel depresi dengan *insomnia*. (3) Terdapat hubungan negative dan signifikan antara variabel fungsi kognitif dengan *insomnia*. (4) Gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif secara simultan atau bersama-sama dengan *insomnia* pada dewasa awal.

Kata kunci: gangguan merokok, depresi, fungsi kognitif, *insomnia*

UIN SUNAN AMPEL  
S U R A B A Y A

## ABSTRACT

The purpose of this study was to determine and analyze the relationship of smoking disorders, depression, cognitive function to *insomnia* in Indonesia: Analysis of Indonesia Family Life Survey 2014 Data. This study uses quantitative methods. This study uses documentation techniques as a data collection instrument, longitudinal data in 2014 which is data from the Indonesia Family Life Survey-5 (ILFS-5). The number of respondents in this study was 1642 early adults with the criteria of men/women aged 18-40 with sleep disorders and poor sleep quality. In this study using the Simple Random Sampling method as a sampling technique, because it gives each population the same opportunity to be included in the sample. The conclusions resulting from this study are: (1) Smoking disorders do not have a significant relationship with *insomnia* in early adulthood. (2) There is a positive and significant relationship between depression variables and *insomnia*. (3) There is a negative and significant relationship between cognitive function variables and *insomnia*. (4) Smoking disorders, depression and cognitive function simultaneously or together with *insomnia* in early adulthood.

Keywords: smoking disorder, depression, cognitive function, *insomnia*

UIN SUNAN AMPEL  
S U R A B A Y A



## DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN .....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
INTISARI.....	v
ABSTRACT.....	vi
DAFTAR GAMBAR .....	viii
DAFTAR TABEL.....	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	7
C. Keaslian Penelitian.....	7
D. Tujuan Penelitian .....	12
E. Manfaat Penelitian .....	13
BAB II KAJIAN PUSTAKA.....	14
A. Kajian Teori .....	14
a) <i>Insomnia</i> .....	14
b) Gangguan Merokok.....	19
c) Depresi.....	21
d) Fungsi Kognitif.....	23
B. Kerangka Teoritik .....	27
C. Hipotesis.....	31
BAB III METODE PENELITIAN.....	32
A. Identifikasi Variabel.....	32
B. Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	32
C. Populasi Teknik Sampling dan Sampel.....	33
D. Rancangan Penelitian .....	36
E. Instrumen Penelitian.....	37
F. Analisis Data .....	49
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	52



A. Hasil Penelitian .....	52
1. Persiapan dan Pelaksanaan Penelitian.....	52
2. Deskripsi Hasil Penelitian .....	53
B. Pengujian Hipotesis.....	68
C. Pembahasan.....	73
BAB V PENUTUP.....	70
1. Kesimpulan .....	70
2. Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA .....	72
LAMPIRAN.....	82



UIN SUNAN AMPEL  
S U R A B A Y A

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Kerangka Teori.....	30
Gambar 2 Langkah-Langkah Pengumpulan Data.....	37



UIN SUNAN AMPEL  
S U R A B A Y A

**DAFTAR TABEL**

Tabel 1 Distribusi Data Gangguan Tidur IFLS.....	3
Tabel 2 Dewasa Awal Mengalami Gangguan Tidur dan Kualitas Tidur yang Buruk. .....	35
Tabel 3 Pengumpulan Variabel data IFLS dalam Penelitian .....	37
Tabel 4 Deskripsi Variabel Penelitian.....	38
Tabel 5 Blueprint Skala Insomnia.....	41
Tabel 6 Hasil Uji Validitas Skala Insomnia .....	41
Tabel 8 Blueprint Skala Gangguan Merokok .....	42
Tabel 7 Hasil Uji Validitas Skala Gangguan Merokok.....	43
Tabel 8 Blueprint Skala Depresi .....	44
Tabel 9 Hasil Uji Validitas Skala Depresi .....	44
Tabel 10 Blueprint Skala Fungsi Kognitif .....	45
Tabel 11 Hasil Uji Validitas Tes Fungsi Kognitif .....	46
Tabel 12 Uji Reliabilitas Skala Insomnia.....	47
Tabel 13 Uji Reliabilitas Skala Gangguan Merokok .....	48
Tabel 14 Uji Reliabilitas Skala Depresi .....	48
Tabel 15 Uji Reliabilitas Tes Fungsi Kognitif .....	49
Tabel 16 Hasil Uji Normalitas .....	49
Tabel 17 Hasil Uji Linieritas Variabel Gangguan Merokok.....	51
Tabel 18 Hasil Uji Linieritas Variabel Depresi.....	51
Tabel 19 Hasil Uji Linieritas Variabel Fungsi Kognitif .....	52
Tabel 20 Hasil Uji Multikolinieritas .....	52
Tabel 21 Hasil Uji Uji Heteroskedastisitas .....	53
Tabel 22 Deskripsi Responden.....	53
Tabel 23 Deskripsi Data.....	54
Tabel 24 Rumus Kategorisasi Data.....	54
Tabel 25 Analisis Kategori Responden.....	55
Tabel 26 Crosstabulation Jenis Kelamin dan <i>Insomnia</i> .....	56
Tabel 27 Crosstabulation Jenis Kelamin dan Gangguan Merokok.....	56
Tabel 28 Crosstabulation Jenis Kelamin dan Depresi.....	57
Tabel 29 Crosstabulation Jenis Kelamin dan Fungsi Kognitif.....	57

Tabel 30 Crosstabulation Usia dan Insomnia.....	58
Tabel 31 Crosstabulation Usia dan Gangguan Merokok .....	58
Tabel 32 Crosstabulation Usia dan Depresi .....	59
Tabel 33 Crosstabulation Usia dan Fungsi Kognitif .....	59
Tabel 34 Crosstabulation Posisi dalam Keluarga dan Insomnia .....	60
Tabel 35 Crosstabulation Posisi dalam Keluarga dan Gangguan Merokok.....	60
Tabel 36 Crosstabulation <i>Posisi dalam Keluarga dan Depresi</i> .....	61
Tabel 37 Crosstabulation Posisi dalam Keluarga dan Fungsi Kognitif .....	62
Tabel 38 Crosstabulation Status Pernikahan dan Insomnia .....	63
Tabel 39 Crosstabulation Status Pernikahan dan Gangguan Merokok .....	64
Tabel 40 Crosstabulation Status Pernikahan dan Depresi.....	64
Tabel 41 Crosstabulation Status Pernikahan dan Fungsi Kognitif.....	65
Tabel 42 Crosstabulation Penghasilan dan Insomnia.....	66
Tabel 43 Crosstabulation Penghasilan dan Gangguan Merokok .....	66
Tabel 44 Crosstabulation Penghasilan dan Depresi .....	67
Tabel 45 Crosstabulation Penghasilan dan Fungsi Kognitif .....	67
Tabel 46 Hasil Uji Pearson Correlations Regresi Linier Berganda .....	68
Tabel 47 Hasil Uji F Simultan Regresi Linear Berganda .....	70
Tabel 48 Perbandingan Uji F nilai simultan .....	71
Tabel 49 Model Summary.....	72
Tabel 50 Tabel Coefficients .....	72
Tabel 51 Perhitungan Sumbangan Efektif .....	73

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

*Insomnia* berakar dari bahasa Latin yang terdiri atas dua kata "*in*" yang bermakna "tanpa" atau "tidak", serta "*somnus*" yang berarti "tidur". *Insomnia* sesekali yang terjadi secara sporadis terutama saat seseorang mengalami stres tidaklah dianggap sebagai sesuatu yang abnormal. Perilaku yang tidak wajar terjadi ketika seseorang mengalami *insomnia* secara terus-menerus yang digambarkan dengan kesukaran dalam memulai tidur atau mempertahankan tidur (Habsara, Ibrahim, Putranto, Suryandi, et al., 2021). Menurut Nevid et al. (2018), *insomnia* adalah gangguan tidur yang digambarkan dengan ketidakpuasan terhadap kualitas atau kuantitas tidur, dengan keluhan kesulitan untuk mengawali atau mempertahankan tidur. Keluhan tidur ini menyebabkan gangguan yang signifikan secara klinis, pekerjaan, sosial, atau dalam bidang fungsi penting lainnya.

*Insomnia* dapat terjadi baik dalam konteks gangguan mental atau kondisi medis lain, maupun secara mandiri tanpa adanya kondisi penyerta (American Psychiatric Association, 2013). *Insomnia* adalah kondisi yang dicirikan dengan kesulitan untuk tidur maupun menjaga tidur tetap terjaga, yang dapat disebabkan oleh faktor biologis, psikologis, atau sosial (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021). Menurut Fachlefi & Rambe (2021), *insomnia* terjadi ketika ketidakmampuan seseorang untuk tidur atau tidur yang tidak memadai. Sebagian besar orang mengalami gangguan tidur ini, sehingga membuat *insomnia* menjadi gangguan tidur yang paling umum terjadi, dan dapat memiliki dampak kesehatan masyarakat yang signifikan (Peltzer & Pengpid, 2019).

Dokter merekomendasikan agar remaja dan orang dewasa memperoleh 7-8 jam tidur setiap hari untuk menjaga kesehatan yang baik (Asiah et al., 2022; Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021). Seiring bertambahnya usia, fungsi *Suprachiasmatic Nucleus* (SCN) dapat menurun, yang dapat berdampak pada pola tidur seseorang. Orang yang lebih tua mungkin akan lebih cepat merasa mengantuk karena kurangnya paparan cahaya, aktivitas fisik dan sosial. Mereka juga dapat mengalami kesulitan untuk mempertahankan tidur dan sulit untuk tidur

kembali setelah bangun (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021). Faktor-faktor seperti cahaya, aktivitas fisik, dan sosial dapat memengaruhi fungsi SCN. Pada usia dewasa awal, perkembangan fisik dan kognitif berfungsi optimal, namun kebiasaan yang buruk seperti merokok, minuman beralkohol, serta konsumsi kafein secara tidak normal dapat memengaruhi pola tidur dan menyebabkan gejala *insomnia* (Hapsari & Kurniawan, 2019). Terlalu banyak aktivitas juga dapat menyebabkan tekanan pada individu dan berakibat terhadap kualitas tidur yang buruk.

Idealitasnya tidur merupakan kebutuhan dasar penting bagi manusia, kenyataannya, banyak orang di masa sekarang yang mengalami *insomnia*. Menurut Peltzer & Pengpid (2019), sekitar 25% orang dewasa secara global tidak merasa puas dengan tidur mereka, 10-15% melaporkan gejala *insomnia*, dan 6-10% memenuhi kriteria gangguan *insomnia* di Asia Tenggara termasuk Indonesia. Di Amerika Serikat, pada tahun 2022, hingga 30% orang dewasa mengalami *insomnia* jangka pendek, sementara sekitar 10% menderita *insomnia* jangka panjang, dan hampir 40% melaporkan tidur siang secara tidak sengaja. Sekitar 5% melaporkan tertidur saat mengemudi (The Recovery Village, 2022). Menurut Sleep Foundation (2022), *insomnia* jangka pendek pada akhirnya dapat menjadi *insomnia* kronis yang diderita oleh sekitar 10% orang dewasa di AS. Havens et al. (2017) melaporkan prevalensi *insomnia* di beberapa negara, seperti Belanda (5,4%), Jepang (10,0%), Australia (10,5%), Inggris (11,0%), AS (13,4%), Jerman (14,6%), Prancis (21,7%), Korea Selatan (23,5%), Tiongkok (24,0%), dan Brasil (30,5%).

*Insomnia* di Indonesia memiliki tingkat prevalensi sebesar 10% dari total populasi penduduk, atau sekitar 28 juta orang (JawaPos.com, 2018). *Insomnia* memiliki prevalensi sekitar 67% di Indonesia, di mana 55,8% dari kasus *insomnia* tersebut dikategorikan sebagai *insomnia* ringan dan sebesar 23,3% mengalami *insomnia* sedang (Fernando & Hidayat, 2020). *Insomnia* atau kesulitan tidur memiliki prevalensi sekitar 10% di Indonesia, yang berarti sekitar 28 juta dari total 238 juta penduduk Indonesia mengalami gangguan tidur tersebut. Jumlah tersebut tercatat dalam data statistik, akan tetapi masih ada banyak kasus *insomnia* yang belum teridentifikasi (Sincihu et al., 2018).

Tidak sedikit individu yang mengalami *insomnia* pada masa dewasa awal. Hal ini diperkuat dengan hasil penelitian menunjukkan 50,8% sampel orang dewasa mengalami *insomnia* (Tharida, Desreza, & Thursina, 2020). Penelitian ini menunjukkan sebanyak 69,1% mahasiswa yang merupakan dewasa awal mengalami *insomnia* (Andiarna et al., 2020). Penelitian yang menggunakan data IFLS juga memvalidasi masa dewasa mengalami *insomnia* Hasil menunjukkan 33,3% mengalami *insomnia* di bawah ambang batas, dan 11,0% memiliki gejala *insomnia* yang signifikan secara klinis (Peltzer & Pengpid, 2019).

*Tabel 1* Distribusi Data Gangguan Tidur IFLS

Usia	Gangguan Tidur					Total
	1: Tidak Pernah	2: Jarang	3: Kadang-kadang	4: Sering	5: Selalu	
1: Remaja	1110	458	236	200	53	2057
2: Dewasa Awal	8532	1903	3506	1587	414	15942
3: Dewasa Pertengahan	4475	1784	1031	796	218	8304
4: Dewasa Akhir	1715	692	391	313	70	3181
Total	15832	4837	5164	2896	755	29484

Distribusi data gangguan tidur pada data IFLS yang dapat diamati pada Tabel 1. Tercatat memperlihatkan bahwa sebanyak 755 orang dari usia remaja hingga dewasa akhir menderita gangguan tidur dan 2.896 orang lainnya melaporkan sering mengalami gangguan tidur. Secara keseluruhan populasi usia remaja sampai dewasa akhir yang pernah mengalami gangguan tidur sebanyak 46,30%. Data yang paling banyak mengalami gangguan tidur adalah dewasa awal sebanyak 46,48% dibandingkan populasi usia yang lain.

*Insomnia* dapat diakibatkan dari faktor psikologis, sosial dan biologis (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021). Faktor biologis meliputi proses *homeostasis* serta mekanisme otomatis yang dilakukan oleh makhluk hidup untuk mempertahankan kondisi yang konsisten serta memungkinkan tubuh berfungsi semestinya. Faktor biologis yang kedua *sirkadian* Proses internal dan alami yang mengatur kebiasaan fisiologis setiap orang termasuk siklus tidur-bangun. Faktor biologis yang ketiga kondisi medis gangguan tidur seringkali menjadi salah satu tanda-tanda dari terjadinya infeksi atau gangguan medis. Faktor biologis yang keempat obat-obatan banyak obat yang diresepkan dan dijual bebas



dapat mengubah pola tidur. Faktor biologis yang kelima usia, Saat memasuki usia lanjut, Terjadi penurunan paparan cahaya, aktivitas fisik dan sosial yang menyebabkan orang akan lebih cepat untuk tidur, namun lebih cepat pula untuk bangun dari tidur dan sulit untuk kembali tidur.

Faktor psikologi ada tiga, yang pertama menurut psikoanalisa adanya pengalaman traumatis yang pernah dialami. Faktor psikologi yang kedua dari behavior terjadi proses *conditioning* saat seseorang berada ditempat tidur dalam waktu yang lama padahal belum mengantuk, akan terjadi kegiatan-kegiatan yang tidak mendorong proses tidur seperti contoh: bermain *smartphone*. Sehingga setiap seseorang naik keatas tempat tidur ia akan mengkondisikan tempat tidur adalah tempat untuk bermain *smartphone* dan keinginan untuk tidur menjadi tidak ada. Faktor psikologi yang ketiga secara kognitif terjadi disfungsi kognitif tentang tidur (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021).

Kebisingan, suhu yang tidak nyaman (tinggi atau rendah), dan ketinggian merupakan contoh faktor sosial yang dapat meningkatkan risiko terkena *insomnia* (American Psychiatric Association, 2013). Hapsari & Kurniawan (2019) juga menyatakan bahwasannya dewasa awal ialah masa dimana fungsi kognitif serta fisik mencapai puncaknya, memungkinkan individu untuk mengalami banyak pengalaman dan aktivitas baru. Pola hidup yang tidak sehat seperti merokok, mengonsumsi alkohol, dan mengonsumsi kafein dalam jumlah yang berlebihan dapat memengaruhi pola tidur. Banyaknya aktivitas yang dilakukan oleh individu dewasa awal, semakin tinggi pula risiko mereka mengalami stres dan depresi, yang pada akhirnya dapat memengaruhi kualitas tidur dan menyebabkan gejala *insomnia*.

Gangguan Merokok dalam DSM V didefinisikan sebagai masalah dalam penggunaan rokok yang mengakibatkan gangguan atau kesulitan yang signifikan secara klinis dan terjadi dalam kurun waktu 12 bulan berturut-turut (American Psychiatric Association, 2013). Selain masalah gangguan psikologis, gangguan merokok juga bisa menimbulkan gangguan fisik medis lainnya. Pemakaian jangka panjang oleh perokok aktif menyebabkan penyakit kanker seperti kanker esofagus, pancreas, larynx, serviks, bladder, perut. Penyakit fisik karsinogen yang terdapat pada rokok saat dibakar dan dihisap dapat menimbulkan berbagai medis lainnya

yang disebabkan oleh perilaku merokok adalah : Komplikasi selama kehamilan pada ibu hamil, Periodontitis, Gangguan Jantung, Syndrome Kematian Bayi Mendadak. Pernyataan ini selaras dengan faktor *insomnia* diatas (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021).

Prevalensi perokok di Indonesia yang berusia 15 tahun ke atas yang merokok setiap hari mencapai 28,2%. Ketergantungan nikotin yang dihasilkan oleh merokok dapat memaksa perokok untuk terus merokok, yang dapat menyebabkan berbagai efek buruk pada tubuh, termasuk *insomnia*. (Junaidi & Amrullah, 2020a). Penelitian yang melegitimasi adanya jumlah rokok yang dikonsumsi menunjukkan pengaruh terhadap *insomnia*. Hasil yang ditemukan bahwa 42,5% responden mengonsumsi rokok sedang (11-20 batang) dan 46,3% responden mengalami *insomnia* ringan. Temuan tersebut menunjukkan bahwa ada hubungan antara jumlah rokok yang dikonsumsi dengan kejadian *insomnia* di Desa Kaima Kecamatan Kauditan dengan nilai korelasi sebesar 0,243 (Purnawinadi & Baureh, 2019a). Hasil penelitian intensitas merokok dengan *insomnia* didapatkan hasil 85,7% perokok berat mengalami *insomnia* (Tharida, Desreza, & Thursina, 2020).

*Insomnia* dapat disebabkan oleh depresi sebagai salah satu faktornya. Gangguan depresi ialah salah satu bentuk episode gangguan mood (suasana hati) dimana secara jelas perilaku individu lebih didominasi dengan perasaan tertekan (depresi) (Oltmanns & Emery, 2018). Aktivitas semakin banyak yang dihadapi individu pada masa dewasa awal berisiko mengalami tekanan dan depresi, yang dapat mempengaruhi pola tidur menjadi tidak teratur dan menurunkan kualitas tidur, serta menyebabkan gejala *insomnia* (Hapsari & Kurniawan, 2019). Masa dewasa awal juga merupakan masa peralihan dari remaja ke dewasa dimana individu tersebut mengalami permasalahan psikologis berupa kepanikan, kecemasan serta perasaan tidak berdaya akibat perubahan tanggung jawab yang terjadi (Santrock, 2013).

#### Hubungan depresi menurut perspektif islam:

فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا , إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا

“Maka sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan. Sesungguhnya bersama kesulitan ada kemudahan” (QS. Al-Insyirah: 5-6).

Pada ayat ini, Allah ingin menyampaikan bahwa di dalam setiap kesulitan yang dialami oleh hambanya, ada pula kelapangan. Setiap kesulitan jalan untuk mencapai suatu yang diinginkan, pasti ada jalan keluar. Maka dari itu, individu tidak perlu merasa gelisah dan khawatir serta cemas jika menghadapi kesulitan atau masalah. Individu harus bersabar dan tetap berusaha untuk mencari jalan keluar. Individu juga harus berserah diri kepada Allah dan berdoa untuk dapat dimudahkan dalam mencari jalan keluar dari permasalahan yang dihadapi.

Hasil penelitian menggambarkan adanya hubungan antara tingkat depresi serta kejadian *insomnia*, dengan nilai korelasi sebesar 0,000. Mayoritas responden (55,3%) mengalami tingkat depresi sedang dan mayoritas responden (53,2%) mengalami tingkat *insomnia* sedang (Hatmanti & Muzdalifah, 2019). Hasil penelitian memperlihatkan bahwa mayoritas responden mengalami depresi ringan sebanyak 73,3%, dan *insomnia* sementara sebanyak 70%. Hasil penelitian menyatakan bahwa terdapat korelasi antara depresi dan *insomnia* ( $\rho$ ) sebesar 0,384 dengan p-value 0,036 (Nofus & Sutanta, 2018).

Fungsi kognitif juga menjadi faktor yang mempengaruhi *insomnia*. Manifestasi klinis *insomnia* salah satunya mengalami kesulitan mengingat atau memperhatikan atau berkonsentrasi disekolah atau di tempat kerja (Habsara et al., 2021; Nevid et al., 2018). Fungsi kognitif adalah kemampuan untuk melakukan hal-hal atau konsep secara sistematis, menghitung, menganalisis, mengidentifikasi persamaan, membuat keputusan, berkomunikasi, berinteraksi sosial, dan memecahkan masalah sederhana (A. A. Wulandari et al., 2019). Ada beberapa penelitian yang menunjukkan fungsi kognitif berhubungan dengan *insomnia*. Hasil penelitian ini ditemukan bahwa angka kejadian *insomnia* pada responden relatif tinggi, yakni mencapai 69,2%, dan sebanyak 50% responden juga mengalami penurunan fungsi kognitif. Penurunan fungsi kognitif tersebut signifikan dengan nilai p sebesar 0,003 yang lebih rendah dari alpha ( $\alpha$ ) yang ditetapkan sebesar 0,05 (T. Wulandari & Trimawati, 2022a). Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara fungsi kognitif dan kualitas tidur, dengan nilai p sebesar 0,000 yang lebih kecil dari  $\alpha = 0,05$  (Paramadiva et al., 2022).

Menurut Habsara et al (2021), *insomnia* adalah ketidakmampuan seseorang

untuk tidur atau mempertahankan tidur, dan bisa diakibatkan oleh faktor-faktor biologis, psikologis, dan sosial. Dewasa awal ialah masa dimana fungsi kognitif serta fisik mencapai puncaknya, memungkinkan individu untuk mengalami banyak pengalaman dan aktivitas baru. Pola hidup yang tidak sehat seperti merokok, mengonsumsi alkohol, dan mengonsumsi kafein dalam jumlah yang berlebihan dapat memengaruhi pola tidur. Banyaknya aktivitas yang dilakukan oleh individu dewasa awal, semakin tinggi pula risiko mereka mengalami stres dan depresi, yang pada akhirnya dapat memengaruhi kualitas tidur dan menyebabkan gejala *insomnia*. Fenomena di atas membuat peneliti tertarik untuk membahas secara mendalam tentang “Gangguan Merokok, Depresi dan Fungsi Kognitif terhadap *Insomnia* Di Indonesia: Analisis Data Indonesia Family Life Survey 2014”.

### **B. Rumusan Masalah**

Dengan mengacu pada konteks tersebut, pusat perhatian dalam penelitian adalah:

- 1) Apakah gangguan merokok berhubungan dengan *insomnia* pada dewasa awal?
- 2) Apakah fungsi kognitif berhubungan dengan *insomnia* pada dewasa awal?
- 3) Apakah depresi berhubungan dengan *insomnia* pada dewasa awal?
- 4) Apakah ada hubungan antara gangguan merokok, depresi, dan fungsi kognitif dengan *insomnia* pada dewasa awal?

### **C. Keaslian Penelitian**

Penelitian sebelumnya telah dijadikan sebagai acuan untuk mengidentifikasi permasalahan dalam penelitian ini. Tujuan dari studi yang dilaksanakan oleh Purnawinadi & Baureh (2019) benar-benar mencoba untuk memutuskan hubungan antara penggunaan rokok dan tingkat gangguan tidur di Desa Kaima, Wilayah Auditan. Strategi yang digunakan adalah ekspresi korelasi dengan metodologi cross-sectional, dimana contoh diambil dengan menggunakan prosedur pemeriksaan purposive dari 80 responden. Hasil penjabaran menunjukkan bahwa 34 responden (42,5%) adalah perokok sedang (11-20 batang) dan 37 anggota (46,3%) mengalami kurang tidur ringan. Uji korelasi statistik yang dilakukan oleh Spearman mengungkapkan koefisien

korelasi positif lemah  $r = 0,243$  dan nilai signifikan  $p = 0,030 < 0,05$ .

Penelitian yang dilakukan oleh Tharida et al. (2020) menggunakan metode penelitian cross-sectional berkorelasi intrinsik untuk mencoba menilai hubungan antara perilaku merokok orang dewasa dan gangguan pola tidur (*insomnia*). Accidental sampling digunakan untuk memilih 61 responden laki-laki dewasa untuk penelitian ini. Analisis data menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara *insomnia* (0,007) dan perilaku merokok, yang meliputi fungsi merokok (0,001), intensitas merokok (0,009), lokasi merokok (0,007), dan waktu merokok (0,015). *Insomnia* dilaporkan oleh 85,7% perokok berat dalam penelitian ini. Perilaku merokok pada orang dewasa berkorelasi secara signifikan dengan fungsi merokok, intensitas merokok, area merokok, durasi merokok, dan *insomnia*.

Junaidi & Amrullah (2020) melakukan penelitian untuk menyelidiki hubungan antara prevalensi *insomnia* dan merokok sebelum tidur. Analisis korelasi dan penelitian cross-sectional digunakan dalam penelitian ini, dan teknik pengambilan sampel penuh digunakan untuk memilih total 63 peserta. Setelah uji faktual chi-kuadrat, hanya 52 responden yang memenuhi standar eksplorasi dan dapat diingat untuk penyelidikan di antara 63 contoh yang diambil. Konsekuensi dari uji terukur menunjukkan p-estimate atau sig (2-followed) sebesar 0,03 yang menunjukkan bahwa ada hubungan kritis antara merokok sebelum tidur dengan frekuensi kurang tidur pada remaja laki-laki di kota Rarang Batas tahun 2019. Ini terungkap dalam p-estimate <kritis (0,03 < 0,05).

Penelitian yang dilakukan oleh Harlianti et al. (2021) yang berusaha untuk mengetahui hubungan antara lama merokok, gangguan tidur, dan status gizi kegemukan pada pria antara usia 26 dan 45 tahun. Data yang digunakan adalah dari mantan IFLS angkatan lima tahun 2014. Antropometri, durasi merokok, dan gangguan tidur dari 5379 responden laki-laki antara usia 26 dan 45 dimasukkan dalam analisis. Mayoritas responden telah merokok antara 11 dan 20 tahun, dan sekitar seperempat dari mereka mengalami gangguan tidur. Dengan nilai  $p$  0,03 dan 0,01, durasi merokok juga ditemukan secara signifikan



terkait dengan gangguan tidur dan status kelebihan berat badan pada pria berusia 26 hingga 45 tahun. Dari penelitian ini cenderung diduga bahwa istilah merokok berhubungan dengan gangguan tidur dan *overweight* gizi status pada pria dewasa 26-45 tahun.

Beberapa penelitian telah dilakukan untuk mengevaluasi hubungan antara depresi dan *insomnia*. Salah satunya adalah penelitian Hatmanti & Muzdalifah (2019), yang berusaha untuk melihat hubungan antara tingkat keputusasaan dan frekuensi gangguan tidur pada lansia. Penelitian ini menggunakan rancangan ilmiah cross-sectional dengan menggunakan contoh 47 responden yang pada dasarnya dipilih secara acak dari populasi 53 responden. Tingkat *insomnia* merupakan variabel dependen dalam penelitian ini, sedangkan tingkat depresi merupakan variabel independen. Dengan menggunakan kuesioner, data dikumpulkan dan kemungkinan diambil sampelnya untuk dianalisis. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar lansia mengalami celaka sedang (55,3%) dan gangguan tidur sedang (53,2%). Dengan nilai rho 0,000 dan tingkat signifikansi 0,05, analisis data menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara prevalensi *insomnia* dengan tingkat depresi yang dialami lansia. Sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara prevalensi *insomnia* dengan tingkat depresi yang dialami lansia.

Penelitian Oh et al. (2019) bertujuan untuk meneliti hubungan antara gangguan tidur dan komorbiditas psikiatri pada responden yang memiliki risiko tinggi *insomnia*. Penelitian ini dilakukan dengan menganalisis data dari survei cross-sectional nasional pada orang dewasa Korea berusia 19 hingga 69 tahun dari November 2011 hingga Januari 2012. Penelitian ini menggunakan survei dengan melakukan wawancara secara langsung dan menggunakan kuesioner terstruktur sebagai alat pengumpulan data. Hasil penelitian menunjukkan bahwa hubungan antara tingkat *insomnia* (*insomnia severity index* (ISI) dan Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)) dan masalah kejiwaan hanya signifikan ketika ada kecemasan dan depresi. Selain itu, PSQI juga memiliki efek mediasi yang signifikan pada hubungan antara komorbiditas psikiatri dan tingkat keparahan

*insomnia*. Pada responden yang mengalami *insomnia*, komorbiditas psikiatri dapat berdampak negatif pada kewaspadaan siang hari, kualitas tidur secara umum, dan tingkat keparahan *insomnia*, terutama jika kedua kondisi tersebut hadir pada saat yang bersamaan. Klinisi harus mempertimbangkan keberadaan komorbiditas psikiatrik saat menangani kasus *insomnia*.

Nofus & Sutanta (2018) melakukan penelitian untuk menyelidiki hubungan antara *insomnia* dan depresi pada orang lanjut usia di atas 60 tahun. Sebuah survei cross-sectional analitik digunakan dalam penelitian ini. Purposive sampling digunakan untuk memilih sampel 30 orang dari 52 orang populasi penelitian. Penelitian ini menggunakan kuesioner tertutup yang terdiri dari kuesioner Kelompok Studi Biologi Psikiatri Jakarta (KSPBJ-IRS) dan Skala Depresi Geriatri. Korelasi peringkat Spearman digunakan dalam proses analisis data. Mayoritas orang berusia di atas 60 tahun mengalami depresi ringan, 22 (73,3%) mengalami depresi, dan 21 (70%) mengalami *insomnia* sementara, menurut temuan tersebut. Dengan koefisien korelasi Spearman rank 0,384 dan p-value 0,036, terdapat korelasi yang signifikan antara tingkat keparahan depresi dan *insomnia* pada lansia. Selanjutnya, penelitian ini melacak hubungan kritis antara tingkat depresi dan gangguan tidur pada orang dewasa di atas usia 60 tahun.

Wulandari & Trimawati (2022) melakukan penelitian guna menilai hubungan antara gangguan tidur dan kemampuan mental pada siswa SMA Islam Sudirman Ambarawa. Desain cross-sectional dan pendekatan kuantitatif digunakan dalam penelitian ini. Tes eksplorasi terdiri dari 78 responden yang dipilih secara serampangan dengan menggunakan metode pemeriksaan yang tidak beraturan. Jajak pendapat KSPBJ-IRS digunakan untuk mengukur faktor kurang tidur, sedangkan MoCA-Ina digunakan untuk mengukur faktor kemampuan mental. Temuan mengungkapkan bahwa 50% siswa juga mengalami penurunan kognitif dan prevalensi *insomnia* yang tinggi (69,2%). Uji chi-square antara gangguan tidur dan kemampuan mental siswa SMP Islam Sudirman Ambarawa memiliki p-worth sebesar 0,003 yaitu di bawah 0,05. Menurut temuan, siswa di SMA Islam Sudirman Ambarawa memiliki fungsi



kognitif dan *insomnia* yang jauh lebih rendah. Studi ini menunjukkan bahwa kualitas istirahat berhubungan dengan kemampuan mental,  $p < 0,05$ .

Paramadiva et al. (2022) Sebuah penelitian dilakukan guna mengevaluasi hubungan antara kualitas tidur dan fungsi kognitif pada populasi lansia Dharma Sentana. Rancangan penelitian yang digunakan adalah cross-sectional, pengambilan sampel menggunakan metode non-probability sampling, dan sebanyak 50 partisipan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Kuesioner PSQI digunakan untuk mengukur kualitas tidur, dan kuesioner MMSE digunakan untuk mengukur fungsi kognitif. Data dianalisis menggunakan software SPSS dan tes Somers' D. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari peserta lansia berusia 60-90 tahun di Kelompok Lansia Dharma Sentana, 24 orang memiliki kualitas tidur yang baik dan fungsi kognitif normal, 13 orang mengalami gangguan tidur ringan dan mungkin mengalami gangguan kognitif, dan satu orang mengalami gangguan tidur sedang dan gangguan kognitif yang pasti. Nilai  $p$  yang didapat sebesar 0,000, yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara kualitas tidur dengan fungsi kognitif pada lansia di Kelompok Lansia Dharma Sentana

Penelitian yang dilakukan oleh Cross et al. (2019) bertujuan untuk membandingkan fungsi kognitif antara orang dewasa paruh baya dan lebih tua dengan *insomnia*, gejala *insomnia* saja (ISO) atau tanpa gejala *insomnia* (NIS), dengan mempertimbangkan faktor kesehatan dan gaya hidup lainnya. Penelitian ini melibatkan 28.485 peserta yang berusia di atas 45 tahun. Hasil penelitian menunjukkan bahwa orang dewasa dengan gejala *insomnia* memiliki kinerja yang lebih baik dalam tugas fleksibilitas mental dibandingkan dengan kedua kelompok lainnya. Ditemukan bahwa gangguan *insomnia* pada orang dewasa paruh baya dan lebih tua berhubungan dengan hasil kesehatan yang lebih buruk dan kinerja memori yang lebih buruk daripada orang dewasa dengan gejala *insomnia* saja atau tanpa keluhan tidur, meskipun telah disesuaikan dengan penyakit penyerta. Untuk lebih memahami apakah gangguan *insomnia* dapat meningkatkan risiko penurunan kognitif lebih lanjut, diperlukan penilaian data

longitudinal dalam kohort ini.

Penelitian M et al. (2018) guna menguji hubungan antara kualitas tidur serta fungsi kognitif pada PPDS pasca-jaga. Penelitian ini memiliki desain cross-sectional analitik dan dilakukan di Rumah Sakit Prof. Dr. R. D. Kandou Manado antara Agustus dan Oktober 2017. Sebanyak 42 responden dipilih secara sequential sampling sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Data dikumpulkan melalui wawancara dan pemeriksaan langsung terhadap responden kemudian dianalisis dengan menggunakan software SPSS. Hasilnya menunjukkan hubungan yang signifikan ( $p=0,0000$ ) antara gangguan kualitas tidur objektif dan fungsi kognitif PPDS pasca-jaga. Dengan kata lain, gangguan kualitas tidur objektif berdampak pada fungsi kognitif pada populasi ini.

*Insomnia* ialah suatu keadaan di mana seseorang menderita kesulitan dalam tidur atau menjaga diri tetap tidur, yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti faktor biologis, psikologis, maupun sosial (Habsara et al. 2021). Dewasa awal ialah masa dimana fungsi kognitif serta fisik mencapai puncaknya, memungkinkan individu untuk mengalami banyak pengalaman dan aktivitas baru. Pola hidup yang tidak sehat seperti merokok, mengonsumsi alkohol dan kafein dalam jumlah berlebihan bisa memengaruhi pola tidur. Banyaknya aktivitas, individu dewasa awal juga rentan mengalami stres dan depresi, yang dapat mempengaruhi kualitas tidur dan menyebabkan gejala *insomnia*. Mengkaji *insomnia* pada dewasa awal merupakan topik penelitian yang menarik. Penelitian sebelumnya kebanyakan meneliti hubungan *insomnia* dengan satu variabel independen, namun penelitian ini meneliti hubungan gangguan merokok, fungsi kognitif dan depresi terhadap *insomnia*. Adapun penelitian 11 ini akan mengkaji apakah terdapat hubungan gangguan merokok, fungsi kognitif dan depresi terhadap *insomnia* pada dewasa awal.

#### **D. Tujuan Penelitian**

Untuk memberikan jawaban atas permasalahan yang telah disampaikan sebelumnya, penelitian ini bertujuan untuk:

- 1) Untuk mengetahui apakah gangguan merokok berhubungan dengan

*insomnia* pada dewasa awal

- 2) Untuk mengetahui apakah fungsi kognitif berhubungan dengan *insomnia* pada dewasa awal
- 3) Untuk mengetahui apakah depresi berhubungan dengan *insomnia* pada dewasa awal
- 4) Untuk mengetahui apakah ada hubungan antara gangguan merokok, depresi, dan fungsi kognitif dengan *insomnia* pada dewasa awal

#### **E. Manfaat Penelitian**

Peneliti berharap bahwa hasil dari penelitian ini akan memberikan manfaat yang signifikan dari segi teori maupun praktis, sebagai berikut:

1. Manfaat Teoritis
  - a. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi bagi pengembangan pengetahuan di bidang psikologi klinis, khususnya terkait *insomnia*, sehingga dapat memperkaya teori-teori yang telah ada sebelumnya.
  - b. Diharapkan bahwa penelitian ini dapat menjadi referensi bagi penelitian-penelitian selanjutnya yang akan dilakukan mengenai *insomnia*, sehingga dapat membantu meningkatkan pemahaman dan pengembangan pengetahuan di bidang ini
2. Manfaat Praktis
  - a. Diharapkan bahwa penelitian ini dapat memberikan pemahaman baru bagi pembaca mengenai *insomnia*.
  - b. Hasil dari penelitian ini dapat membantu individu dewasa awal dalam mengatasi masalah yang terkait dengan *insomnia* dengan memberikan saran dan rekomendasi yang tepat.

## BAB II KAJIAN PUSTAKA

### A. Kajian Teori

#### a) *Insomnia*

##### a. Definisi *Insomnia*

*Insomnia* berakar dari bahasa Latin yang terdiri dari dua kata "in" yang berarti "tanpa" atau "tidak", serta "somnus" yang berarti "tidur". *Insomnia* sesekali yang terjadi secara sporadis terutama saat seseorang mengalami stres tidaklah dianggap sebagai sesuatu yang abnormal. Perilaku yang tidak wajar terjadi ketika seseorang mengalami *insomnia* secara terus-menerus yang ditandai dengan kesulitan dalam memulai tidur atau mempertahankan tidur. Menurut Nevid et al. (2018), *insomnia* adalah gangguan tidur yang ditandai dengan ketidakpuasan terhadap kualitas atau kuantitas tidur, dengan keluhan kesulitan untuk memulai atau mempertahankan tidur. Keluhan tidur ini menyebabkan gangguan yang signifikan secara klinis, pekerjaan, sosial, atau dalam bidang fungsi penting lainnya.

##### b. Aspek *Insomnia*

Aspek-aspek *insomnia* Menurut PPDGJ III (Muslim, 2001; Nasution, 2017), *insomnia* memiliki beberapa aspek, yaitu:

- a) Kesulitan dalam memulai tidur, menjaga tidur, atau tidur yang tidak berkualitas.
- b) Gangguan tidur terjadi setidaknya tiga kali dalam seminggu selama minimal satu bulan.
- c) Adanya kekhawatiran berlebihan dan preokupasi terhadap kesulitan tidur yang dapat mempengaruhi aktivitas sepanjang hari.
- d) Tidak merasa puas dengan kualitas atau kuantitas tidur, yang dapat memengaruhi fungsi sosial atau pekerjaan.

Menurut Habsara *et al.* (2021) terdapat beberapa aspek *insomnia* antarlain:

a) Afektif

Aspek afektif insomnia merujuk pada penderita mengalami kesulitan yang berulang-ulang dalam hal tidur, baik itu untuk memulai tidur, menjaga tidur tetap berlangsung, atau mendapatkan tidur yang cukup untuk membuat dirinya merasa segar dan siap menghadapi hari, bahkan mungkin mengalami kesulitan untuk tidur lagi setelah bangun pagi-pagi.

b) Somatik

Aspek somatik insomnia merujuk pada gangguan yang disertai dengan tekanan pribadi yang signifikan atau gangguan fungsi dalam memenuhi tanggung jawab sehari-hari. Keluhan seperti sering merasa lelah, mengantuk, atau memiliki energi yang rendah;

c) Kognitif

Aspek afektif insomnia merujuk pada penderita mengalami kesulitan mengingat atau memperhatikan atau berkonsentrasi di sekolah atau tempat kerja, merasa down, atau mungkin menunjukkan gangguan perilaku seperti hiperaktif, impulsif, atau agresi.

c. Faktor *Insomnia*

Faktor-faktor *insomnia* ada tiga yaitu biologis, psikologis dan sosial (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021).

1) Faktor Biologis

Faktor biologis antarlain:

a) Homeostatis

Proses dan mekanisme otomatis yang dimiliki makhluk hidup berguna menjaga keseimbangan dan kestabilan kondisi tubuh agar dapat berfungsi normal. Proses homeostatis mempengaruhi kemungkinan tidur. Tekanan tidur meningkat seiring dengan waktu yang dihabiskan untuk terjaga, mengakibatkan peningkatan kecenderungan untuk tidur saat

orang kurang tidur, dan kecenderungan untuk tidur menurun setelah memiliki jumlah tidur yang besar atau tidur siang yang cukup. Jika seseorang tidur siang, dia mungkin mengalami kesulitan tertidur malam itu karena homeostatis rendah

#### b) Sirkadian

Proses internal dan alami yang mengatur kebiasaan fisiologis setiap orang termasuk siklus tidur-bangun. Jika seseorang pergi tidur lebih awal setelah tidur malam yang buruk, ketika desakan tidur tinggi, gairah sirkadian mungkin cegah onset tidur terjadi. *Suprachiasmatic nucleus* (SCN) yang terletak di hipotalamus merupakan pusat pengaturan ritme sirkadian. Faktor-faktor yang memengaruhi aktivitas SCN termasuk cahaya, aktivitas sosial, dan fisik. Saat cahaya memasuki retina, neuron fotoreseptor di SCN akan terstimulasi, sehingga akan merangsang pineal gland untuk menghasilkan melatonin yang dapat menyebabkan rasa kantuk. Gangguan pada ritme sirkadian dapat terjadi jika fungsi SCN menurun, yang dapat menyebabkan sulit tidur meskipun ada rangsangan. Peningkatan aktivitas dapat menyebabkan depresi atau tekanan pada individu dewasa awal, sehingga dapat mempengaruhi pola tidur, menurunkan kualitas tidur, dan menyebabkan gejala *insomnia* (Hapsari & Kurniawan, 2019).

#### c) Kondisi Medis

Gangguan tidur seringkali menjadi salah satu tanda-tanda dari terjadinya infeksi atau gangguan medis. Berbagai jenis endokrin (misalnya, hipertiroidisme), kardiovaskular (misalnya, gagal jantung kongestif), neurologis (misalnya, penyakit Parkinson), dan penyakit paru (misalnya, Penyakit paru obstruktif kronik) dapat mengganggu fungsi tidur-bangun. Gangguan tidur sangat sering menyertai kondisi medis yang menyebabkan nyeri (misalnya, artritis, kanker, dan sindrom nyeri kronis). Perokok



juga dapat menyebabkan gangguan medis yang dapat menjadi faktor *insomnia*. Pemakaian jangka panjang oleh perokok aktif menyebabkan penyakit kanker seperti kanker esofagus, pancreas, larynx, serviks, bladder, perut. Penyakit fisik karsinogen yang terdapat pada rokok saat dibakar dan dihisap dapat menimbulkan berbagai medis lainnya yang disebabkan oleh perilaku merokok adalah : Komplikasi selama kehamilan pada ibu hamil, Periodontitis, Gangguan Jantung, Syndrome Kematian Bayi Mendadak (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021).

d) Obat-obatan

Banyak obat yang diresepkan dan dijual bebas dapat mengubah pola tidur. Beberapa obat yang diresepkan untuk kondisi medis dapat menyebabkan *insomnia* (misalnya, bronkodilator, steroid) dan lainnya dapat menyebabkan kantuk (misalnya, antihistamin). Beberapa obat antidepresan (misalnya Amitryptiline, doxepin, trazodone) memiliki sifat penenang, sementara yang lain (misal fluoxetine) memiliki efek yang lebih memberi energi dan menghasilkan *insomnia*, dan tetap yang lain secara selektif menekan tidur REM (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021).

e) Usia

Kebutuhan bayi baru lahir sekitar 16 hingga 18 jam tidur didistribusikan dalam beberapa episode di seluruh siang dan malam. Dari masa kanak-kanak hingga remaja akhir, siklus tidur-bangun menjadi semakin diatur menjadi satu episode malam hari sekitar 9,5 jam tidur. Kemudian, total waktu tidur berkurang secara bertahap ke level yang sama di awal masa dewasa dengan rata-rata 7 hingga 8,5 jam per malam. Ritme sirkadian dan proses homeostatis berubah seiring bertambahnya usia. Keterkaitan antara penurunan fungsi SCN (pusat pengaturan ritme sirkadian)



dengan bertambahnya usia. Pada usia lanjut, terjadi penurunan paparan cahaya, aktivitas fisik dan sosial, yang menyebabkan seseorang lebih cepat merasa kantuk dan tidur, namun juga lebih cepat terbangun dari tidur dan sulit untuk kembali tidur (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021).

## 2) Faktor Psikologi

Faktor psikologi ada tiga antarlain:

- a) Psikoanalisa: pengalaman traumatis yang pernah dialami
- b) Behavior Terjadi proses conditioning. Saat seseorang berada ditempat tidur dalam waktu yang lama padahal belum mengantuk, akan terjadi kegiatan-kegiatan yang tidak mendorong proses tidur seperti contoh: bermain hp. Sehingga setiap seseorang naik keatas tempat tidur ia akan mengkondisikan tempat tidur adalah tempat untuk bermain hp dan keinginan untuk tidur menjadi tidak ada.
- c) Kognitif : Terjadi disfungsi kognitif tentang tidur. Seorang lelaki menderita *insomnia* sampai ia menyadari bahwa dirinya takut tidur karena benci bangun untuk jogging. Setelah ia mengganti waktu joggingnya menjadi sore hari, ia pun tidur tanpa kesulitan (Kalat, 2018). Manifestasi klinis *insomnia* salah satunya mengalami kesulitan mengingat atau memperhatikan atau berkonsentrasi disekolah atau di tempat kerja (Habsara et al., 2021; Nevid et al., 2018). Penderita *insomnia* menunjukkan perubahan pola pikir atau distorsi kognitif. Orang yang mengalami *insomnia* dapat mengembangkan keyakinan bahwa dirinya tidak berharga, mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi, dan hal ini dapat memperburuk gejala *insomnia* yang dialaminya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian *insomnia* pada responden relatif tinggi, yakni mencapai 69,2%, dan sebanyak 50% responden juga mengalami penurunan fungsi kognitif (A. A. Wulandari et al., 2019).

## 3) Faktor Sosial

Beberapa faktor sosial, seperti kebisingan, suhu yang tidak nyaman (terlalu tinggi atau terlalu rendah), dan ketinggian, dapat meningkatkan risiko seseorang mengalami *insomnia* (American Psychiatric Association, 2013).

## **b) Gangguan Merokok**

### **a. Definisi Gangguan Merokok**

Gangguan Merokok adalah masalah dalam konsumsi rokok yang menyebabkan gangguan atau distress yang signifikan secara klinis (American Psychiatric Association, 2013). Selain masalah gangguan psikologis, gangguan merokok dapat juga dapat menimbulkan gangguan fisik medis lainnya. Pemakaian jangka panjang oleh perokok aktif menyebabkan penyakit kanker seperti kanker esofagus, pancreas, larynx, serviks, bladder, perut. Penyakit fisik karsinogen yang terdapat pada rokok saat dibakar dan dihisap dapat menimbulkan berbagai medis lainnya yang disebabkan oleh perilaku merokok adalah : Komplikasi selama kehamilan pada ibu hamil, Periodontitis, Gangguan Jantung, Syndrome Kematian Bayi Mendadak (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021).

### **b. Aspek Gangguan Merokok**

Aspek gangguan merokok antara lain (American Psychiatric Association, 2013; Habsara et al., 2021):

#### **a) Afektif**

Aspek afektif gangguan merokok merujuk pada mengkonsumsi rokok dalam jumlah yang lebih banyak atau dalam periode waktu yang lebih lama dari yang diperlukan oleh orang lain secara umum serta melebihi batas toleransi konsumsi rokok. Dorongan yang berkelanjutan untuk mengkonsumsi rokok atau usaha yang gagal dalam berhenti atau mengendalikan konsumsi rokok. Banyak waktu dihabiskan untuk aktivitas mendapatkan atau mengkonsumsi rokok. Adanya keinginan kuat atau dorongan untuk

mengonsumsi rokok.

b) Somatik

Aspek somatik gangguan merokok merujuk pada penderita yang merokok secara berulang dalam situasi membahayakan keselamatan fisik (misal. merokok di tempat tidur). Meskipun mengetahui mempunyai masalah fisik atau psikologis yang berulang atau berkelanjutan yang diakibatkan atau diperparah oleh aktivitas merokok, tetapi tetap melanjutkan aktivitas merokoknya.

c) Kognitif

Aspek kognitif merujuk pada penderita yang mengonsumsi rokok secara berulang-ulang yang menyebabkan ketidakmampuan memenuhi tanggung jawab di tempat kerja, di sekolah, atau di rumah, seperti gangguan pada kinerja kerja. Tetap mengonsumsi rokok meskipun mempunyai masalah sosial atau antarindividu yang berulang atau berkelanjutan, yang diakibatkan atau diperparah oleh efek dari mengonsumsi rokok. Contohnya, adanya konflik dengan orang lain tentang konsumsi rokok. Kegiatan sosial, pekerjaan, atau rekreasi yang penting menjadi berkurang karena aktivitas mengonsumsi rokok.

c. Faktor Gangguan Merokok

Faktor gangguan ada tiga antarlain (Habsara et al., 2021):

1. Faktor Biologis:

- a) Individu dengan gangguan penyalahgunaan zat lainnya, berisiko lebih tinggi memulai dan ataupun melanjutkan merokok.
- b) Genetik dan fisiologis. Faktor genetik berkontribusi pada permulaan penggunaan rokok dan kelanjutan penggunaan rokok, dan perkembangan gangguan penggunaan rokok

2. Psikologis:

- a) Karakteristik Emosional Individu. dengan ciri-ciri kepribadian

eksternal cenderung memulai pemakaian rokok.

- b) Anak-anak dengan gangguan atau defisit perilaku / perilaku hiperaktif dan orang dewasa dengan depresi, bipolar, kecemasan, kepribadian, psikotik, atau lainnya.

### 3. Sosial

- a) Lingkungan (kondisi ekonomi). Individu dengan pendapatan rendah dan tingkat pendidikan rendah lebih mungkin untuk memulai merokok dan cenderung tidak berhenti.
- b) Lingkungan pergaulan. Dalam pergaulan, merokok juga diterima sebagai lambang maskulinitas dalam pergaulan dan hal yang wajar dilakukan di waktu luang. Merokok juga dipandang sebagai salah satu metode untuk meredakan stress atau sebagai lambang pergaulan.

### 4. Faktor lainnya

- a) Kondisi-kondisi atau faktor risiko lainnya yang berkontribusi pada gangguan merokok diantaranya; paparan terhadap nikotin yang lebih awal berhubungan dengan tingkat adiksi yang lebih berat.
- b) Mereka yang mempunyai komorbiditas gangguan mental atau gangguan penggunaan zat lainnya, mempunyai kemungkinan lebih besar untuk mengalami tobacco related disorder lebih berat dan lebih sulit berhenti.
- c) Perempuan yang mengalami tobacco related disorder juga lebih sulit untuk berhenti dibandingkan laki-laki, dikarenakan metabolisme nikotin lebih cepat pada perempuan.

### c) Depresi

#### a. Definisi Depresi

*Insomnia* dapat disebabkan oleh depresi sebagai salah satu faktornya. Gangguan depresi adalah jenis episode gangguan mood yang menghasilkan perilaku individu yang didominasi oleh perasaan tertekan atau depresi secara jelas (Oltmanns & Emery, 2018). Banyaknya

aktivitas yang dilakukan oleh individu dewasa awal, semakin tinggi pula risiko mereka mengalami stres dan depresi, yang pada akhirnya dapat memengaruhi kualitas tidur dan menyebabkan gejala *insomnia* (Hapsari & Kurniawan, 2019).

#### b. Aspek Depresi

DSM V (American Psychiatric Association, 2013) mengidentifikasi tiga aspek depresi, yaitu sebagai berikut:

##### a) Afektif

Aspek afektif dari depresi merujuk pada perubahan emosi yang dialami individu yang mengalami gangguan depresi. Penderita depresi cenderung merasakan perasaan sedih, hampa, dan suasana hati yang tidak stabil serta lebih mudah terganggu.

##### b) Somatik

Aspek somatik pada depresi merujuk pada perubahan fisik yang merupakan salah satu gejala depresi. Individu yang mengalami depresi akan merasakan perubahan fisik seperti kelelahan, gangguan tidur, berat badan, serta pola makan.

##### c) Kognitif

Aspek kognitif pada depresi mencakup perubahan dalam cara pandang atau gangguan pola pikir pada individu yang mengalami depresi. Penderita depresi seringkali memiliki pola pikir yang negatif, seperti merasa tidak berharga, mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi, dan bahkan munculnya pikiran untuk bunuh diri.

#### c. Faktor Depresi

Menurut Nevid et al. (2018) terdapat beberapa faktor yang bisa menjadi penyebab depresi, yaitu:

##### a) Usia

Gejala depresi umumnya lebih sering terjadi pada usia remaja hingga awal dewasa. Pada remaja, gejala depresi sering dikaitkan dengan masa pubertas yang terjadi pada periode

perkembangan tersebut.

b) Status Sosial dan Ekonomi

Orang yang mempunyai status sosial ekonomi rendah condong lebih rentan terhadap depresi karena keterbatasan sumber daya pribadi seperti kemampuan untuk mengatasi stres, harga diri yang lebih rendah, dan kurangnya dukungan sosial jika dibandingkan dengan mereka yang mempunyai status sosial serta ekonomi yang lebih tinggi. Kurangnya kesejahteraan sosial, fasilitas kesehatan yang kurang memadai, serta infrastruktur yang buruk juga dapat memicu terjadinya depresi. Gejala depresi pada individu dengan status sosial ekonomi rendah ini dapat lebih mudah muncul dan berlangsung dalam jangka waktu yang lebih lama jika tidak ditangani dengan tepat.

c) Status Pernikahan

Status pernikahan merupakan faktor risiko yang bisa meningkatkan kemungkinan terjadinya gejala depresi pada seseorang. Orang yang mengalami perpisahan dari pasangan atau mengalami konflik dalam pernikahan cenderung lebih rentan terkena depresi. Kondisi ini berlaku baik untuk suami maupun istri.

d) Jenis Kelamin

Laki-laki serta perempuan memiliki perbedaan pada risiko terjadinya depresi, dimana perempuan cenderung lebih rentan terkena depresi dibandingkan laki-laki. Hal tersebut diakibatkan oleh faktor-faktor seperti perbedaan tingkat stres yang dialami, perbedaan dalam hormon dan perubahan hormon selama siklus menstruasi atau selama masa kehamilan, serta perbedaan dalam respons terhadap faktor-faktor lingkungan yang mempengaruhi kesejahteraan mental.

**d) Fungsi Kognitif**

a. Definisi Fungsi Kognitif



Fungsi kognitif adalah proses mental yang terlibat dalam perolehan pengetahuan, memori, dan penalaran (Kiely, 2014). Fungsi kognitif adalah kemampuan untuk melakukan sesuatu atau konsep secara sistematis, menghitung, menganalisis, mengenali persamaan, membuat keputusan, berkomunikasi, berinteraksi sosial, dan memecahkan masalah sederhana (A. A. Wulandari et al., 2019). Fungsi kognitif memiliki pengaruh terhadap terjadinya *insomnia*. Manifestasi klinis *insomnia* salah satunya mengalami kesulitan mengingat atau memperhatikan atau berkonsentrasi disekolah atau di tempat kerja (Habsara et al., 2021; Nevid et al., 2018). Fungsi kognitif dapat diukur menggunakan dua komponen *eductive ability* dan *reproductive ability*. *Eductive ability* adalah kemampuan untuk menemukan makna dari penyimpangan dan mengorganisasikan serta mengidentifikasi hubungan antar informasi untuk memecahkan masalah.. *Reproductive ability* adalah kemampuan untuk menangkap, mengambil, dan mereproduksi informasi eksplisit yang dikomunikasikan dari satu orang ke orang lain (Suwartono et al., 2017).

#### b. Aspek Fungsi Kognitif

Menurut (Suwartono et al., 2017) fungsi kognitif dapat diukur melalui 2 aspek:

##### a) *Eductive ability*

Kemampuan untuk menemukan makna dari penyimpangan dan mengorganisasikan serta mengidentifikasi hubungan antar informasi untuk memecahkan masalah.

##### b) *Reproductive ability*

Kemampuan untuk menangkap, mengambil, dan mereproduksi informasi eksplisit yang dikomunikasikan dari satu orang ke orang lain

Kiely (2014) menyebutkan fungsi kognitif memiliki beberapa aspek antarlain:

##### a) Orientasi



Orientasi dapat dinilai melalui kemampuan seseorang dalam mengidentifikasi orang, tempat, dan waktu. Orientasi pada orang meliputi kemampuan untuk menyebutkan nama seseorang ketika ditanya. Sedangkan orientasi pada tempat melibatkan kemampuan untuk mengidentifikasi negara, kota, provinsi, bangunan, dan posisi dalam bangunan. Selain itu, orientasi pada waktu meliputi kemampuan untuk menyebutkan tahun, musim, bulan, hari, dan hari. Karena waktu lebih dominan berubah daripada tempat, kemampuan untuk menjaga orientasi pada waktu dianggap sebagai indikator yang paling sensitif untuk mengidentifikasi disorientasi.

b) Atensi

Kemampuan atensi adalah kemampuan seseorang untuk merespon dan memfokuskan perhatian pada suatu rangsangan tertentu, sambil mengabaikan rangsangan lain yang tidak relevan baik dari dalam maupun luar. Pentingnya konsentrasi dan konsentrasi sangatlah besar dalam menjaga fungsi kognitif, terutama dalam konteks pembelajaran.

- i. Aspek Mengingat Segera berkaitan dengan kompetensi seseorang dalam menyimpan dan mengingat informasi dalam jumlah kecil selama kurang dari atau sama dengan 30 detik, dan kemudian menyampaikan ingatan tersebut kembali.
- ii. Aspek Konsentrasi menyangkut kompetensi seseorang dalam memusatkan perhatian secara efektif pada satu hal.

c) Bahasa

Terdapat empat parameter dalam bahasa, yaitu :

i. Kelancaran

Kelancaran dalam bahasa mengacu pada kemampuan seseorang untuk menghasilkan kalimat dengan ritme, panjang, dan melodi yang wajar. Penilaian kelancaran dapat dilakukan dengan meminta pasien untuk melakukan percakapan atau menulis secara spontan.

ii. Pemahaman

Pemahaman mengarah pada kompetensi seseorang untuk memahami kata-kata atau instruksi tertentu dan mampu melaksanakan instruksi tersebut.

iii. Pengulangan

Pengulangan merupakan kompetensi seseorang dalam mengulangi pernyataan atau kalimat yang telah diucapkan.

iv. Penamaan

Penamaan merupakan kompetensi seseorang dalam memberikan nama pada objek dan bagian-bagiannya.

d) Memori

Memori ialah proses di mana awal informasi diambil oleh indra dan kemudian disimpan di korteks sensorik sebelum diolah melalui sistem limbik guna membentuk pengalaman baru.

e) Visuospasial

Kemampuan visuospasial dapat diukur melalui tes yang melibatkan kemampuan konstruksi, seperti meniru gambar atau menggambar, serta kemampuan membangun model dari balok-balok atau bentuk geometris lainnya.

f) Fungsi Eksekutif

Fungsi eksekutif merujuk pada kemampuan seseorang dalam menyelesaikan masalah serta melibatkan semua sirkuit yang terkait dengan lobus frontal, termasuk perhatian, memori, bahasa, dan kemampuan visuospasial.

g) Kalkulasi

Kalkulasi adalah kemampuan seseorang dalam menghitung angka.

c. Faktor Fungsi Kognitif

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yaffe et al. (2001), terdapat beberapa faktor yang berpengaruh terhadap fungsi kognitif,

antara lain:

- 1) Usia berpengaruh terhadap risiko demensia yang meningkat seiring dengan bertambahnya usia, di mana risikonya meningkat kira-kira dua kali lipat setiap kelompok usia bertambah 5 tahun.
- 2) Tingkat pendidikan memiliki pengaruh terhadap fungsi kognitif, namun bukan berarti kelompok dengan pendidikan rendah selalu memiliki fungsi kognitif yang lebih buruk dibandingkan dengan kelompok yang lebih tinggi. Meskipun demikian, pendidikan rendah bisa menjadi faktor risiko yang mempengaruhi penurunan fungsi kognitif.
- 3) Aktivitas fisik memiliki dampak pada risiko terkena demensia pada seseorang, dimana melakukan aktivitas yang mengikut sertakan fungsi kognitif bisa mengurangi risiko secara signifikan. Orang dewasa tua yang melakukan aktivitas fisik seperti latihan ketahanan dan berjalan dapat meningkatkan fungsi kognitif mereka, bahkan jika mereka telah didiagnosis memakai gangguan kognitif ringan atau *Mild Cognitive Impairment* (MCI).
- 4) Tekanan darah yang tinggi pada usia pertengahan terkait dengan risiko penurunan fungsi kognitif dan demensia ringan. Pada usia lanjut, hipertensi dapat dikaitkan dengan penurunan risiko demensia.

## **B. Kerangka Teoritik**

Dewasa awal ialah masa dimana fungsi kognitif serta fisik mencapai puncaknya, memungkinkan individu untuk mengalami banyak pengalaman dan aktivitas baru. Pola hidup yang tidak sehat seperti merokok, mengonsumsi alkohol dan kafein dalam jumlah berlebihan bisa memengaruhi pola tidur. (Hapsari & Kurniawan, 2019). Banyaknya aktivitas yang dilakukan, individu dewasa awal juga berisiko mengakibatkan stres serta depresi yang bisa mempengaruhi kualitas tidur dan menyebabkan gejala *insomnia*.

*Insomnia* adalah kondisi yang dicirikan dengan kesulitan untuk tidur maupun menjaga tidur tetap terjaga, yang dapat disebabkan oleh faktor biologis,

psikologis, atau sosial (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021). *Insomnia* dapat terjadi baik dalam konteks gangguan mental atau kondisi medis lain, maupun secara mandiri tanpa adanya kondisi penyerta (American Psychiatric Association, 2013). Menurut Fachlefi & Rambe (2021), *insomnia* terjadi ketika ketidakmampuan seseorang untuk tidur atau tidur yang tidak memadai. Sebagian besar orang mengalami gangguan tidur ini, sehingga membuat *insomnia* menjadi gangguan tidur yang paling umum terjadi, dan dapat memiliki dampak kesehatan masyarakat yang signifikan (Peltzer & Pengpid, 2019).

Patokan *insomnia* (kekurangan tidur) adalah bagaimana perasaan seseorang pada hari berikutnya. Jika individu merasa lelah pada siang hari maka berarti tanda tidak cukup tidur pada malam hari sebelumnya. Kurang tidur merusak ingatan, perhatian, dan kognisi (Scullin & Bliwise, 2015). Kurang tidur juga memperbesar reaksi emosional yang tidak menyenangkan dan meningkatkan risiko depresi (Altena et al., 2016).

*Insomnia* dapat terjadi karena berbagai faktor seperti gangguan lingkungan seperti kebisingan atau suhu yang tidak nyaman, stres, sakit, konsumsi makanan tertentu, atau penggunaan obat-obatan. Selain itu, kondisi medis seperti Parkinson, epilepsi, depresi, tumor otak, kecemasan, atau gangguan neurologis dan kejiwaan lainnya juga dapat menyebabkan *insomnia* (Kalat, 2018). Pada beberapa kasus, *insomnia* dapat disebabkan oleh pergeseran ritme sirkadian, yang membuat individu mengalami kesulitan tidur pada waktu yang seharusnya mereka tidur. Hipotalamus masih merasa bahwa saat itu terlalu awal untuk tidur, yang dapat menyebabkan kesulitan tidur dan *insomnia* pada individu tersebut (Kalat, 2018).

Beberapa kasus, *insomnia* dapat disebabkan oleh penggunaan obat tidur yang sebenarnya digunakan untuk membantu tidur lebih cepat atau lebih mudah. Penggunaan obat tidur secara teratur dan berlebihan dapat menyebabkan ketergantungan dan kesulitan tidur tanpa bantuan obat tidur tersebut. Bagi kebanyakan orang, minum kopi pada malam hari dapat mengganggu tidur. Kopi juga menunda ritme sirkadian (fase-penundaan), menyebabkan keterlambatan

pelepasan melatonin (Burke et al., 2015). Biasanya penundaan itu akan menyebabkan masalah, meski penundaan dapat membantu ketika ingin mengatasi jet lag setelah bepergian ke barat. Proses internal dan alami yang mengatur kebiasaan fisiologis setiap orang termasuk siklus tidur-terjaga (keadaan sadar). Jika seseorang pergi tidur lebih awal setelah tidur malam yang buruk, ketika desakan tidur tinggi, gairah sirkadian mungkin cegah onset tidur terjadi.

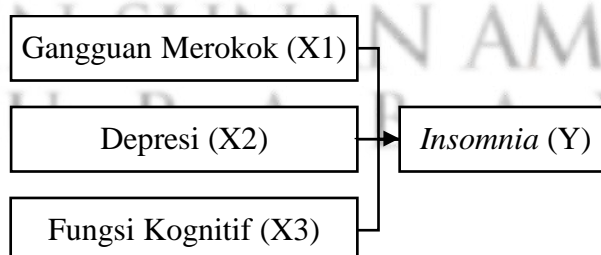
Dokter merekomendasikan agar remaja dan orang dewasa memperoleh 7-8 jam tidur setiap hari untuk menjaga kesehatan yang baik (Asiah et al., 2022; Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021). Seiring bertambahnya usia, fungsi *Suprachiasmatic Nucleus* (SCN) dapat menurun, yang dapat berdampak pada pola tidur seseorang. Orang yang lebih tua mungkin akan lebih cepat merasa mengantuk karena kurangnya paparan cahaya, aktivitas fisik dan sosial. Mereka juga dapat mengalami kesulitan untuk mempertahankan tidur dan sulit untuk tidur kembali setelah bangun (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021). Faktor-faktor seperti cahaya, aktivitas fisik, dan sosial dapat memengaruhi fungsi SCN. Pada usia dewasa awal, perkembangan fisik dan kognitif berfungsi optimal, namun kebiasaan hidup yang tidak sehat seperti merokok, meminum alkohol, serta konsumsi kafein secara berlebihan dapat memengaruhi pola tidur dan menyebabkan gejala *insomnia* (Hapsari & Kurniawan, 2019). Terlalu banyak aktivitas juga dapat menyebabkan tekanan pada individu dan berakibat terhadap kualitas tidur yang buruk.

Gangguan tidur seringkali menjadi salah satu tanda-tanda dari terjadinya infeksi atau gangguan medis. Berbagai jenis endokrin (misalnya, hipertiroidisme), kardiovaskular (misalnya, gagal jantung kongestif), neurologis (misalnya, penyakit Parkinson), dan penyakit paru (misalnya, Penyakit paru obstruktif kronik) dapat mengganggu fungsi tidur-bangun. Gangguan tidur sangat sering menyertai kondisi medis yang menyebabkan nyeri (misalnya, artritis, kanker, dan sindrom nyeri kronis) (Habsara et al., 2021).

Perokok juga dapat menyebabkan gangguan medis yang dapat menjadi faktor *insomnia*. Pemakaian jangka panjang oleh perokok aktif menyebabkan

penyakit kanker seperti kanker esofagus, pancreas, larynx, serviks, bladder, perut. Penyakit fisik karsinogen yang terdapat pada rokok saat dibakar dan dihisap dapat menimbulkan berbagai medis lainnya yang disebabkan oleh perilaku merokok adalah : Komplikasi selama kehamilan pada ibu hamil, Periodontitis, Gangguan Jantung, Syndrome Kematian Bayi Mendadak (Habsara, Ibrahim, Putranto, Risnawaty, et al., 2021).

Semakin banyak aktivitas yang dilakukan, individu dewasa awal dapat mengalami tekanan atau depresi yang bisa berakibat terhadap pola tidur yang tidak teratur, kualitas tidur buruk, serta timbulnya gejala *insomnia* (Hapsari & Kurniawan, 2019). Fungsi kognitif juga menjadi faktor yang mempengaruhi *insomnia*. Manifestasi klinis *insomnia* salah satunya mengalami kesulitan mengingat atau memperhatikan atau berkonsentrasi disekolah atau di tempat kerja (Habsara et al., 2021; Nevid et al., 2018). Hasil penelitian juga ditemukan bahwa angka kejadian *insomnia* pada responden relatif tinggi, yakni mencapai 69,2%, dan sebanyak 50% responden juga mengalami penurunan fungsi kognitif (A. A. Wulandari et al., 2019). Beberapa penjelasan diatas menunjukkan adanya hubungan *insomnia* dengan gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif sehingga dari kerangka teori diatas, berikut bagan yang digunakan untuk menunjukkan hubungan antara gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif.



Gambar 1 Kerangka Teori

Gambar 1 mendefinisikan bahwa gangguan merokok dan depresi yang dialami oleh seorang individu dapat mengakibatkan *insomnia* pada dirinya. Gangguan merokok dapat menstimulus kondisi medis yang merupakan faktor *insomnia*. Depresi dapat mengganggu proses SCN dalam mengatur siklus tidur.



Semakin orang mengalami gangguan merokok dan depresi, maka akan berpengaruh pula terhadap kualitas tidurnya dan menyebabkan *insomnia*. Kemudian, fungsi kognitif dan *insomnia* juga saling berhubungan. Fungsi kognitif menjadi salah satu faktor psikologis dan manifestasi klinis *insomnia*. Ketika individu mengalami penurunan fungsi kognitif maka akan menyebabkan *insomnia*.

### C. Hipotesis

Berdasarkan telaah literatur dan kerangka teori yang telah dipaparkan sebelumnya, dapat dirumuskan bahwa terdapat sebuah hipotesis yang diusulkan dalam penelitian ini:

1. Ada korelasi antara gangguan merokok dengan *insomnia* pada individu dewasa awal.
2. Ada korelasi antara depresi dengan *insomnia* pada individu dewasa awal.
3. Ada korelasi antara fungsi kognitif dengan *insomnia* pada individu dewasa awal.
4. Ada korelasi antara gangguan merokok, fungsi kognitif dan depresi dengan *insomnia*.

UIN SUNAN AMPEL  
S U R A B A Y A

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Identifikasi Variabel**

Pada umumnya, penelitian memiliki dua jenis variabel yang saling terkait, yaitu variabel bebas yang dikenal dengan simbol (X) dan variabel terikat yang dikenal dengan simbol (Y). Dalam penelitian ini, terdapat beberapa variabel yang akan dijadikan objek penelitian, antara lain:

Variabel independent (X1)	: Gangguan Merokok
Variabel independent (X2)	: Depresi
Variabel independent (X3)	: Fungsi Kognitif
Variabel dependent (Y)	: <i>Insomnia</i>

#### **B. Definisi Operasional Variabel Penelitian**

##### **a. Gangguan Merokok**

Gangguan Merokok adalah masalah dalam konsumsi rokok yang menyebabkan gangguan atau distress yang signifikan secara klinis. Gangguan merokok dapat diukur dari kondisi individu yang mengkonsumsi rokok secara berlebihan, keinginan terus merokok, waktu banyak digunakan untuk konsumsi rokok, merokok dalam masalah fisik, dan melewati batas toleransi merokok.

##### **b. Depresi**

Gangguan depresi adalah jenis episode gangguan mood yang menghasilkan perilaku individu yang didominasi oleh perasaan tertekan atau depresi secara jelas. Depresi dapat diukur dari aspek afektif, somatik dan kognitif.

##### **c. Fungsi Kognitif**

Fungsi kognitif adalah proses mental yang terlibat dalam perolehan pengetahuan, memori, dan penalaran. Fungsi kognitif dapat diukur menggunakan dua komponen *eductive ability* dan *reproductive ability*.

#### d. *Insomnia*

*Insomnia* adalah gangguan tidur yang dicirikan oleh rasa tidak puas dengan kualitas atau kuantitas tidur seseorang, yang dapat mengakibatkan kesulitan dalam memulai atau mempertahankan tidur. *Insomnia* dapat diukur dari kondisi kesulitan terus-menerus untuk tidur. Gangguan tidur disertai dengan tekanan pribadi yang signifikan atau gangguan fungsi dalam memenuhi tanggung jawab sehari-hari. Keluhan seperti sering merasa lelah.

### C. Populasi Teknik Sampling dan Sampel

#### a. Populasi

Populasi merujuk pada keseluruhan wilayah responden atau objek yang memiliki kualitas dan kriteria tertentu yang telah ditentukan oleh peneliti untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan dari hasil penelitian (Sugiyono, 2017). Apabila populasi memiliki jumlah individu yang terbatas dan sudah pasti, maka disebut sebagai populasi finit, sedangkan apabila populasi tidak memiliki jumlah yang pasti dan tidak diketahui secara pasti, maka disebut sebagai populasi infinit (Nazir, 2014).

*Indonesian Family life Survey* (IFLS) ialah data yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu survei yang dilakukan oleh *Research And Development* (RAND Corporation). IFLS berpusat pada sosioekonomi serta kesehatan dari 80.000 individu dan 10.000 rumah tangga yang tinggal di 13 provinsi di Indonesia (Strauss et al., 2016). RAND Corporation merupakan organisasi riset yang mengembangkan solusi untuk mengatasi tantangan kebijakan publik guna membantu meningkatkan keamanan, kesehatan, dan kesejahteraan masyarakat di seluruh dunia (Matheny, 2023a).

RAND merupakan sebuah organisasi nirlaba yang membantu meningkatkan kebijakan dan pengambilan keputusan melalui penelitian dan analisis. Sebagai organisasi yang independen, RAND dihargai karena tidak terpengaruh oleh tekanan politik atau komersial, dan dikenal sebagai lembaga nonpartisan yang bekerja untuk kepentingan umum. Nilai inti organisasi ini

adalah kualitas dan objektivitas. organisasi ini telah mendapatkan reputasi untuk keunggulan dan pengaruh melalui fokus pada penelitian dan analisis (Matheny, 2023a).

Penelitian dan analisis yang dilakukan oleh RAND membahas isu-isu yang mempengaruhi orang di seluruh dunia, seperti masalah keamanan, kesehatan, pendidikan, keberlanjutan, pertumbuhan, serta pembangunan. Hubungan tepercaya organisasi ini dengan klien dan pembuat hibah di sektor publik dan filantropis memungkinkan organisasi ini mengubah temuan dan rekomendasi organisasi ini menjadi tindakan. Organisasi ini berkomitmen pada tingkat integritas dan perilaku etis tertinggi. Semua pekerjaan RAND setiap publikasi, database, atau pengarahannya menyelesaikan proses penjaminan kualitas yang ketat (Matheny, 2023a).

Data yang digunakan dalam penelitian ini berasal dari publikasi lembaga survei Indonesian Family Life Survey-5 (IFLS-5) tahun 2014, yang merupakan data sekunder. IFLS-5 adalah survei lanjutan dari survei sebelumnya yang pertama kali dilakukan pada tahun 1993. Survei ini bertujuan untuk mengumpulkan informasi tentang kesehatan dan sosioekonomi dari populasi Indonesia. IFLS-5 memiliki keunggulan dibandingkan survei sebelumnya karena menggunakan sistem *Computer-Assisted Personal Interview* (CAPI) yang lebih modern dan efektif dalam pengumpulan data. Selain itu, survei ini juga dilengkapi dengan alat perekam suara untuk memastikan kualitas data yang terkendali dengan baik (Matheny, 2023b).

Data IFLS-5 melakukan penelitian dengan mengambil Total sampel yang diambil sebanyak 15.900 rumah tangga dengan anggota keluarga sekitar 50.000 individu. Populasi yang digunakan dalam penelitian ini tergolong sebagai populasi finit karena jumlah dan karakteristik individu dewasa awal dalam data IFLS-5 sudah diketahui secara akurat (Matheny, 2023b). Beberapa kriteria yang dapat diterapkan pada populasi dalam penelitian ini meliputi:

- 1) Laki laki/perempuan berusia 18 - 40 tahun.
- 2) Laki laki/perempuan mengalami gangguan tidur.
- 3) Laki laki/perempuan mengalami kualitas tidur yang buruk.

Kriteria diatas ditentukan dengan cara melihat bagian buku 3b pada data IFLS 5. Kriteria usia dapat dilihat pada buku 3b seksi COV pada data IFLS 5. Kriteria mengalami gangguan tidur dapat ditentukan dengan cara melihat bagian buku 3b seksi TDR pada data IFLS 5. Kriteria mengalami kualitas tidur yang buruk dapat ditentukan dengan cara melihat bagian buku 3b seksi TDR pada data IFLS 5.

*Tabel 2* Dewasa Awal Mengalami Gangguan Tidur dan Kualitas Tidur yang Buruk.

Gangguan Tidur						
Usia	Tidak Pernah	Jarang	Kadang-Kadang	Sering	Selalu	Total
Dewasa Awal	8743	2384	4222	1704	452	17505
Kualitas Tidur						
Usia	Sangat Buruk	Buruk	Cukup	Baik	Sangat Baik	Total
Dewasa Awal	370	1941	9990	4068	1136	17505
Total Dewasa Awal Mengalami Gangguan Tidur dan Kualitas Tidur Buruk						1965

Berdasarkan *Tabel 2*, dapat disimpulkan bahwa dari 8762 orang dewasa awal yang pernah mengalami gangguan tidur dan 2311 orang dewasa awal yang mengalami kualitas tidur yang buruk, terdapat 1965 orang dewasa awal yang mengalami kedua kondisi tersebut.

#### **b. Teknik Sampling**

Dalam penelitian ini, metode Simple Random Sampling digunakan sebagai metode probability sampling. Metode pengambilan sampel yang dikenal sebagai pengambilan sampel probabilitas memberikan setiap populasi kesempatan yang sama untuk dimasukkan dalam sampel. Metode pengambilan sampel yang disebut simple random sampling digunakan secara acak, terlepas dari strata populasi (Sugiyono, 2017).

#### **c. Sampel**

Sampel merujuk pada sebagian kecil dari populasi yang telah dipilih oleh peneliti berdasarkan karakteristik dan jumlah yang telah ditentukan sebelumnya (Sugiyono, 2017). Dalam penelitian ini, rumus Yamane akan digunakan untuk menentukan ukuran sampel, yang tercantum dalam buku Sugiyono (2017) dengan rumus sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{(1 + N(e)^2)}$$

$$n = \frac{1965}{(1 + 1965(0,01)^2)}$$

$$n = \frac{1965}{(1 + 1965 (0,0001))}$$

$$n = \frac{1965}{(1 + 0,1965)}$$

$$1642,2 = \frac{1965}{(1,1965)}$$

Deskripsi :

n = Jumlah sampel

N = Total keseluruhan populasi penelitian

e = Sampling error (tingkat kesalahan sampel) yaitu 1% atau 0,01

Dengan menggunakan rumus Slovin yang terdapat pada buku Sugiyono, didapatkan hasil bahwa jumlah sampel yang diperlukan agar penelitian ini ialah sebanyak 1642,2 sampel dewasa awal. Hasil tersebut dibulatkan menjadi 1642 sampel dewasa awal yang akan menjadi responden dalam penelitian ini.

#### **D. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini memakai pendekatan kuantitatif dengan metode korelasional. Pendekatan kuantitatif ialah suatu pendekatan penelitian memakai angka-angka serta data yang didapat dari sampel populasi tertentu, kemudian data tersebut dianalisis dengan menggunakan teknik statistik guna menguji hipotesis yang sudah ditetapkan oleh peneliti (Sugiyono, 2017). Kuantitatif korelasional ialah jenis penelitian yang mengukur dua variabel atau lebih



(Creswell & Creswell, 2018). Metode korelasional ini dilakukan untuk mengetahui korelasi antara variabel gangguan merokok, depresi, fungsi kognitif dan *insomnia*.

## E. Instrumen Penelitian

### 1. Instrumen

Penelitian ini memakai teknik dokumentasi sebagai instrumen pengumpulan data, data longitudinal tahun 2014 yang merupakan data dari Indonesia Life Family Life Survey-5 (ILFS-5).



Gambar 2 Langkah-Langkah Pengumpulan Data

Data didapat dari *Household Book* (HH) pada tahun 2014 dari IFLS-5. Pemilihan HH dilandaskan terhadap komponen variabel yang berkaitan dengan topik penelitian. Setelah variabel yang relevan dikumpulkan, dilakukan filter dan dipakai agar menciptakan variabel dependen dan independen. Berikut adalah topik kuesioner yang dipakai dalam penelitian ini:

Tabel 3 Pengumpulan Variabel data IFLS dalam Penelitian

Topik Kuisisioner	Buku IFLS
Data Diri	Buku 3B
Tidur	Buku 3B
Kebiasaan Merokok	Buku 3B
Kesehatan Psikologis	Buku 3B
Kemampuan Kognitif	Test EK 2

Berdasarkan *Tabel 3* mengenai topik kuesioner IFLS, variabel dependen pada penelitian ini ialah *insomnia*, yang datanya diperoleh dari

buku 3b. Variabel independen yang dipakai adalah gangguan merokok, dan depresi, yang datanya juga diperoleh dari buku 3b. Variabel independen fungsi kognitif diukur menggunakan test EK 2.

Penjelasan lebih detail mengenai definisi dan pengukuran variabel yang dipakai pada penelitian ini, disajikanlah *Tabel 4* yang merinci variabel dependen dan independen. Tabel ini sangat penting dalam memberikan gambaran tentang variabel yang akan diteliti dan bagaimana cara mengukurnya dengan jelas dan terperinci. Dengan demikian, akan memudahkan pembaca untuk memahami bagaimana data yang dipakai pada penelitian ini dikumpulkan serta diolah untuk mencapai tujuan penelitian.

*Tabel 4* Deskripsi Variabel Penelitian

Topik	Variabel	Definisi
Kuisisioner		
<i>Variabel dependent</i>		
Tidur	<i>Insomnia</i>	Gejala <i>insomnia</i> yang diukur dari kesulitan mempertahankan tidur dan gejala-gejala <i>insomnia</i> yang tersedia pada Seksi TDR Buku 3B IFLS 5
<i>Variabel Independent</i>		
Kebiasaan Merokok	Gangguan Merokok	Gejala gangguan merokok yang diukur dari kebiasaan konsumsi rokok

		dan gejala-gejala gangguan merokok yang tersedia pada Seksi KM Buku 3B IFLS 5
Kesehatan Psikologis	Depresi	Gejala depresi yang diukur berdasarkan 10-item <i>Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale Revised</i> (CES-D-R-10) yang tersedia pada Seksi KP Buku 3B IFLS 5
Kemampuan Kognitif	Fungsi Kognitif	Fungsi Kognitif diukur menggunakan <i>Raven's Progressive Matrices</i> yang tersedia pada Test EK2 IFLS 5

*Tabel 4* memberikan deskripsi variabel penelitian yang terkait dengan seksi kuisioner IFLS-5. Deskripsi ini juga termasuk alat ukur yang digunakan oleh peneliti untuk merepresentasikan variabel penelitian tersebut. Alat ukur ini telah digunakan dalam beberapa jurnal penelitian.

Variabel *insomnia* menggunakan seksi TDR sebagai alat ukurnya pada Buletin Penelitian Sistem Kesehatan (Edison & Nainggolan, 2021). Variabel depresi menggunakan seksi KP sebagai alat ukurnya pada Jurnal Psikologi Ulayat (Adinegoro, 2022; Maulana et al., 2022). Variabel gangguan merokok menggunakan seksi KM sebagai alat ukurnya pada Jurnal Ekonomi dan Pembangunan (Mahardhika et al., 2020). Variabel fungsi kognitif menggunakan Test EK sebagai alat ukur juga pada penelitian Jurnal Ekonomi dan Pembangunan (Mahardhika et al., 2020). Mengacu pada *Tabel 3.3*, pembaca akan mendapatkan gambaran yang lebih jelas mengenai variabel dependen dan independen yang digunakan dalam penelitian ini.

## 2. Uji Validitas

Uji Validitas dapat dimanfaatkan untuk mengevaluasi tingkat kevalidan atau kesesuaian kuesioner yang digunakan oleh peneliti (Janna & Herianto, 2021). Validitas isi dilakukan dengan menganalisis isi instrumen tes dengan cara menilai kelayakan dari sisi rasional kepada ahli atau orang yang berkompoten (Azwar, 2014). Tujuannya adalah untuk mengevaluasi sejauh mana item-item yang terdapat dalam instrumen tes dapat (Muhid, 2019) menggambarkan atribut yang sedang diukur.

Dalam penelitian ini, uji validitas dilakukan memakai korelasi Product Moment Pearson, yang mengkorelasikan skor tiap item dengan skor total (Muhid, 2019).

### a. Insomnia

#### a) Definisi Operasional

*Insomnia* adalah gangguan tidur yang dicirikan oleh rasa tidak puas dengan kualitas atau kuantitas tidur seseorang, yang dapat mengakibatkan kesulitan dalam memulai atau mempertahankan tidur. *Insomnia* dapat diukur dari kondisi kesulitan terus-menerus untuk tidur. Gangguan tidur disertai dengan tekanan pribadi yang signifikan atau gangguan fungsi dalam memenuhi tanggung jawab

sehari-hari. Keluhan seperti sering merasa lelah.

b) Alat Ukur Insomnia

Gejala *insomnia* yang diukur dari kesulitan mempertahankan tidur dan gejala-gejala *insomnia* yang tersedia pada Seksi TDR Buku 3B IFLS 5.

Tabel 5 Blueprint Skala Insomnia

Aspek	Nomor Aitem		Jumlah
	F	UF	
Afektif	1,5	2,3,4	5
Somatik	7,8,9	-	3
Kognitif	6,10	-	2
	Jumlah		10

c) Uji Validitas Skala *Insomnia*

Berdasarkan perhitungan SPSS menunjukkan hasil uji validitas skala *insomnia* dari buku 3B seksi TDR data IFLS 5 sebagai berikut.

Tabel 6 Hasil Uji Validitas Skala *Insomnia*

Aitem	Pearson Correlation		Keterangan
	(R Hitung)	R Tabel	
Aitem 1	.490**	0,048	Valid
Aitem 2	.324**	0,048	Valid
Aitem 3	.345**	0,048	Valid
Aitem 4	.385**	0,048	Valid
Aitem 5	.544**	0,048	Valid
Aitem 6	.625**	0,048	Valid
Aitem 7	.639**	0,048	Valid
Aitem 8	.536**	0,048	Valid

Aitem 9	.589**	0,048	Valid
Aitem 10	.652**	0,048	Valid

Prinsip dasar penggunaan uji validitas Pearson untuk pengambilan keputusan adalah jika nilai  $r$  hitung lebih besar dari nilai  $r$  tabulasi, maka dianggap valid (Hulu & Sinaga, 2019). Berdasarkan tabel 5 dapat disimpulkan bahwa semua item pada skala *insomnia* adalah valid, artinya tidak ada item yang dieliminasi.

b. Gangguan Merokok

a) Definisi Operasional

Gangguan Merokok adalah masalah dalam konsumsi rokok yang menyebabkan gangguan atau distress yang signifikan secara klinis. Gangguan merokok dapat diukur dari kondisi individu yang mengkonsumsi rokok secara berlebihan, keinginan terus merokok, waktu banyak digunakan untuk konsumsi rokok, merokok dalam masalah fisik, dan melewati batas toleransi merokok.

b) Alat Ukur Gangguan Merokok

Gejala gangguan merokok yang diukur dari kebiasaan konsumsi rokok dan gejala-gejala gangguan merokok yang tersedia pada Seksi KM Buku 3B IFLS 5.

Tabel 7 Blueprint Skala Gangguan Merokok

Aspek	Nomor Aitem		Jumlah
	F	UF	
Afektif	Km01a,km01b ,km01c,km01d,		13
	km01e,km02a,km04, km05b, km06a, km07, km08x,		



km08a,km08f		
Somatik	Km14,km15	2
Kognitif	km12	1
Jumlah		16

c) Uji Validitas Skala Gangguan Merokok

Berdasarkan perhitungan SPSS menunjukkan hasil uji validitas skala *insomnia* dari buku 3B seksi KM data IFLS 5 sebagai berikut.

Tabel 8 Hasil Uji Validitas Skala Gangguan Merokok

Aitem	Pearson Correlation (R Hitung)	R Tabel	Keterangan
Aitem 1	.987**	R Tabel	Valid
Aitem 2	0,031	0,048	Tidak Valid
Aitem 3	.104**	0,048	Valid
Aitem 4	.304**	0,048	Valid
Aitem 5	.984**	0,048	Valid
Aitem 6	.986**	0,048	Valid
Aitem 7	.982**	0,048	Valid
Aitem 8	.877**	0,048	Valid
Aitem 9	.309**	0,048	Valid
Aitem 10	.987**	0,048	Valid
Aitem 11	.987**	0,048	Valid
Aitem 12	.982**	0,048	Valid
Aitem 13	.956**	0,048	Valid
Aitem 14	.816**	0,048	Valid
Aitem 15	.805**	0,048	Valid
Aitem 16	.987**	0,048	Valid

Prinsip dasar penggunaan uji validitas Pearson untuk pengambilan keputusan adalah jika nilai  $r$  hitung lebih besar dari nilai  $r$  tabulasi, maka dianggap valid. Dapat disimpulkan pada tabel 6 bahwa aitem skala gangguan merokok satu aitem yang tidak valid, sehingga menyisahkan aitem 15 aitem yang valid

c. Depresi

a) Definisi Operasional

Gangguan depresi adalah jenis episode gangguan mood yang menghasilkan perilaku individu yang didominasi oleh perasaan tertekan atau depresi secara jelas. Depresi dapat diukur dari aspek afektif, somatik dan kognitif.

b) Alat Ukur Depresi

Gejala depresi yang diukur berdasarkan 10-item *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale Revised* (CES-D-R-10) yang tersedia pada Seksi KP Buku 3B IFLS 5.

Tabel 9 Blueprint Skala Depresi

Aspek	Nomor Aitem		Jumlah
	F	UF	
Afektif	F,I	H	3
Somatik	C,G	-	2
Kognitif	D,B,A,J	E	5
	Jumlah		10

c) Uji Validitas Skala Depresi

Berdasarkan perhitungan SPSS menunjukkan hasil uji validitas skala *insomnia* dari buku 3B seksi KP data IFLS 5 sebagai berikut.

Tabel 10 Hasil Uji Validitas Skala Depresi

Pearson Correlation

Aitem	(R Hitung)	R Tabel	Keterangan
Aitem 1	.578**	0,048	Valid
Aitem 2	.661**	0,048	Valid
Aitem 3	.703**	0,048	Valid
Aitem 4	.516**	0,048	Valid
Aitem 5	.113**	0,048	Valid
Aitem 6	.634**	0,048	Valid
Aitem 7	.384**	0,048	Valid
Aitem 8	.383**	0,048	Valid
Aitem 9	.579**	0,048	Valid
Aitem 10	.535**	0,048	Valid

Prinsip dasar penggunaan uji validitas Pearson untuk pengambilan keputusan adalah jika nilai r hitung lebih besar dari nilai r tabulasi, maka dianggap valid. Dapat disimpulkan pada tabel 7 bahwa aitem Skala Depresi semuanya valid sehingga tidak satupun aitem yang gugur.

#### d. Fungsi Kognitif

##### a) Definisi Operasional

Fungsi kognitif adalah proses mental yang terlibat dalam perolehan pengetahuan, memori, dan penalaran. Fungsi kognitif dapat diukur menggunakan dua komponen *eductive ability* dan *reproductive ability*.

##### b) Alat Ukur Fungsi Kognitif

Fungsi Kognitif diukur menggunakan *Raven's Progressive Matrices* yang tersedia pada Test EK2 IFLS 5.

*Tabel 11* Blueprint Skala Fungsi Kognitif

Aspek	Nomor Aitem	Jumlah

<i>Eductive ability</i>	EK1, EK2,EK3,EK4,EK5, EK6,EK11,EK12	8
<i>Reproductive ability</i>	EK18,EK19,EK20,EK21,EK22	5
Jumlah		13

c) Uji Validitas Tes Fungsi Kognitif

Berdasarkan perhitungan SPSS menunjukkan hasil uji validitas skala *insomnia* dari Test EK2 data IFLS 5 sebagai berikut.

Tabel 12 Hasil Uji Validitas Tes Fungsi Kognitif

Aitem	Pearson Correlation		Keterangan
	(R Hitung)	R Tabel	
Aitem 1	.400**	0,048	Valid
Aitem 2	.506**	0,048	Valid
Aitem 3	.558**	0,048	Valid
Aitem 4	.545**	0,048	Valid
Aitem 5	.499**	0,048	Valid
Aitem 6	.550**	0,048	Valid
Aitem 7	.485**	0,048	Valid
Aitem 8	.439**	0,048	Valid
Aitem 9	.324**	0,048	Valid
Aitem 10	.576**	0,048	Valid
Aitem 11	.532**	0,048	Valid
Aitem 12	.420**	0,048	Valid
Aitem 13	.519**	0,048	Valid

Prinsip dasar penggunaan uji validitas Pearson untuk

pengambilan keputusan adalah jika nilai  $r$  hitung lebih besar dari nilai  $r$  tabulasi, maka dianggap valid. Dapat disimpulkan pada tabel 8 bahwa aitem tes fungsi kognitif semuanya valid sehingga tidak satupun aitem yang gugur.

### 3. Uji Reliabilitas

Menurut Janna & Herianto (2021), uji reliabilitas bertujuan agar mengevaluasi seberapa konsisten angket yang dipakai oleh peneliti dalam mengukur variabel penelitian. Tujuan dari pengujian ini ialah untuk memastikan bahwa angket tersebut dapat diandalkan dalam pengukuran variabel penelitian. Dalam hal ini, keandalan diukur dengan memakai rumus Alpha Cronbach, dimana instrumen disebut reliabel jika hasil perhitungan Alpha Cronbachnya minimal 0,60 seperti yang dijelaskan oleh Sujarweni (2014). Sebuah instrumen dikatakan reliabel ketika hasil penggunaannya secara berulang menghasilkan data yang sama.

#### 1. Uji Reliabilitas Skala *Insomnia*

Tabel berikut memperlihatkan hasil uji reliabilitas yang dilakukan dengan melihat nilai Cronbach's Alpha dari perhitungan SPSS.

Tabel 13 Uji Reliabilitas Skala *Insomnia*

<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
0,707	10

Pengambilan keputusan uji reliabilitas didasarkan pada nilai Cronbach alpha yang harus lebih besar dari 0,6. Berdasarkan Tabel 9, diperoleh hasil  $0,707 > 0,6$ , sehingga dapat disimpulkan bahwa skala *insomnia* yang diuji dapat digunakan untuk penelitian.

#### 2. Uji Reliabilitas Skala Gangguan Merokok

Tabel berikut memperlihatkan hasil uji reliabilitas yang dilakukan dengan melihat nilai Cronbach's Alpha dari perhitungan SPSS.

*Tabel 14 Uji Reliabilitas Skala Gangguan Merokok*

<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
0,962	15

Pengambilan keputusan uji reliabilitas didasarkan pada nilai Cronbach alpha yang harus lebih besar dari 0,6. Dari tabel 10 didapatkan hasil  $0,962 > 0,6$  yang berarti dapat disimpulkan bahwa skala gangguan merokok dapat digunakan untuk penelitian.

### 3. Uji Reliabilitas Skala Depresi

Tabel berikut memperlihatkan hasil uji reliabilitas yang dilakukan dengan melihat nilai Cronbach's Alpha dari perhitungan SPSS.

*Tabel 15 Uji Reliabilitas Skala Depresi*

<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
0,692	10

Pengambilan keputusan uji reliabilitas didasarkan pada nilai Cronbach alpha yang harus lebih besar dari 0,6. Dari tabel 11 didapatkan hasil  $0,692 > 0,6$  yang berarti dapat disimpulkan bahwa skala depresi dapat digunakan untuk penelitian.

### 4. Uji Reliabilitas Fungsi Kognitif

Tabel berikut memperlihatkan hasil uji reliabilitas yang dilakukan dengan melihat nilai Cronbach's Alpha dari perhitungan SPSS.



Tabel 16 Uji Reliabilitas Tes Fungsi Kognitif

<i>Cronbach's Alpha</i>	<i>N of Items</i>
0,726	13

Pengambilan keputusan uji reliabilitas didasarkan pada nilai Cronbach alpha yang harus lebih besar dari 0,6. Dari tabel 12 didapatkan hasil  $0,703 > 0,6$  yang berarti dapat disimpulkan bahwa tes fungsi kognitif dapat digunakan untuk penelitian.

## F. Analisis Data

Analisis Regresi Linier adalah analisis data yang akan digunakan peneliti pada penelitian. melakukan analisis regresi linear berganda, terdapat beberapa uji prasyarat yang perlu dilakukan untuk memastikan bahwa data yang dipakai memenuhi asumsi-asumsi dasar dalam analisis regresi. Sebelum analisis regresi linear berganda, berikut adalah beberapa uji prasyarat yang pada dasarnya dilakukan:

### 1) Uji Normalitas

Dalam penelitian ini, uji normalitas akan dipakai guna mengevaluasi apakah data yang digunakan memiliki distribusi normal atau tidak. Salah satu metode yang bisa dipakai guna melakukan uji normalitas ialah uji Kolmogorov-Smirnov. Jika hasil dari uji ini menunjukkan nilai signifikansi yang lebih besar dari 0,05, maka bisa diambil kesimpulan bahwasannya data mempunyai distribusi normal (Ahmaddien & Syarkani, 2019).

Tabel 17 Hasil Uji Normalitas

<b>One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test</b>		
		Unstandardized Residual
N		1642
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	0,000000

	Std. Deviation	4,45056176
Most Extreme Differences	Absolute	0,038
	Positive	0,038
	Negative	-0,025
Test Statistic		0,038
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000 <sup>c</sup>

- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.
- c. Lilliefors Significance Correction.

Dengan mengambil parameter nilai probabilitas (sig) sebagai acuan, jika nilai probabilitas (sig) > 0,05 maka data berdistribusi normal. Nilai probabilitas (sig) < 0,05 menunjukkan bahwa data tidak berdistribusi normal (Ahmaddien & Syarkani, 2019). Berdasarkan pada tabel, signifikansi ditemukan 0,000 > 0,05. Maka dari hasil tersebut dapat dikatakan bahwa data tidak berdistribusi normal. Uji normalitas tidak terpenuhi, tetapi teknik analisis statistik untuk menarik kesimpulan dapat digunakan tanpa mengutamakan pengujian hipotesis selama tidak ada alasan kuat untuk meragukan kesesuaian antara model analisis dan data yang Anda miliki (Azwar, 2015).

## 2) Uji Linearitas

Dalam analisis regresi linier, uji linieritas digunakan untuk mengetahui apakah hubungan antara variabel independen dan variabel dependen cukup signifikan. Dapat ditarik kesimpulan bahwa hubungan antara variabel bebas dan variabel terikat adalah linier jika hasil uji linieritas menunjukkan nilai signifikansi lebih besar dari 0,05 (Ahmaddien & Syarkani, 2019). Hasil uji linieritas juga dapat dicapai dengan membandingkan nilai f hitung dengan nilai f tabel. Jika nilai f hitung lebih kecil daripada nilai f tabel, maka dapat diartikan bahwa terdapat hubungan linier antara variabel bebas dan variabel terikat (Marzuki et al., 2020).

## a) Variabel Gangguan Merokok (X1)

Dibawah ini adalah tabel hasil uji linearitas melalui SPSS variabel X1 yaitu Gangguan Merokok.

Tabel 18 Hasil Uji Linieritas Variabel Gangguan Merokok

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<i>Insomnia</i> * Gangguan Merokok (X1)	Between Groups	(Combined)	1026,372	19	54,020	2,323	0,001
		Linearity	4,588	1	4,588	0,197	0,657
		Deviation from Linearity	1021,784	18	56,766	2,441	0,001
	Within Groups	37719,611	1622	23,255			
Total			38745,983	1641			

Berdasarkan tabel diatas, diketahui nilai f hitung 2,441 < f tabel 2,610. Hal ini dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan linear pada variabel Gangguan Merokok (X1) dan *Insomnia* (Y).

## b) Variabel Depresi (X2)

Dibawah ini adalah tabel hasil uji linearitas melalui SPSS variabel X2 yaitu Depresi.

Tabel 19 Hasil Uji Linieritas Variabel Depresi

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<i>Insomnia</i> * Depresi (X2)	Between Groups	(Combined)	6629,308	23	288,231	14,521	0,000
		Linearity	6189,807	1	6189,807	311,835	0,000
		Deviation from Linearity	439,501	22	19,977	1,006	0,452
	Within Groups	32116,675	1618	19,850			
Total			38745,983	1641			

Berdasarkan tabel diatas, diketahui nilai signifikansi sebesar 0,452, dimana nilai ini > 0,05. Hal ini dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan linear pada variabel Depresi (X2) dan *Insomnia* (Y).

## c) Variabel Fungsi Kognitif (X3)

Dibawah ini adalah tabel hasil uji linearitas melalui SPSS variabel X3 yaitu Fungsi Kognitif

Tabel 20 Hasil Uji Linieritas Variabel Fungsi Kognitif

		ANOVA Table					
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<i>Insomnia</i> * Fungsi Kognitif (X3)	Between Groups	(Combined)	295,667	13	22,744	0,963	0,486
		Linearity	101,648	1	101,648	4,304	0,038
		Deviation from Linearity	194,019	12	16,168	0,685	0,768
	Within Groups		38400,650	1628	23,618		
Total			38745,983	1641			

Berdasarkan tabel diatas, diketahui nilai signifikansi sebesar 0,768, dimana nilai ini  $> 0,05$ . Hal ini dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan linear pada variabel Fungsi Kognitif (X3) dan *Insomnia* (Y).

## 3) Uji Multikolinearitas

Variabel independen model regresi diuji korelasi yang signifikan dengan menggunakan uji multikolinearitas. Ketika variabel independen memiliki korelasi yang tinggi, masalah multikolinearitas muncul. Untuk model relaps tanpa masalah multikolinieritas, nilai resiliensi mendekati 1 dan nilai VIF di bawah 10. Jika nilai VIF lebih besar dari 10, tidak ada tanda multikolinearitas. Di sisi lain, dengan asumsi nilai VIF di bawah 10 dan nilai resiliensi lebih menonjol dari 0,1, cenderung beralasan bahwa tidak ada masalah multikolinearitas (Ahmaddien & Syarkani, 2019).

Tabel 21 Hasil Uji Multikolinieritas

Model	Coefficients <sup>a</sup>				
	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics

	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1 (Constant)	17,331	0,591		29,347	0,000		
Gangguan Merokok (X1)	0,003	0,007	0,009	0,416	0,678	0,997	1,003
Depresi (X2)	0,423	0,024	0,399	17,584	0,000	0,996	1,004
Fungsi Kognitif (X3)	-0,064	0,041	-0,036	-1,568	0,117	0,998	1,002

a. Dependent Variable: *Insomnia*

Berdasarkan tabel di atas, nilai toleransi adalah 0,99 yang lebih besar dari 0,10. Hasil ini memungkinkan untuk menyimpulkan bahwa tidak ada gejala multikolinieritas pada data penelitian. Diketahui nilai VIF sebesar 1,00 yaitu kurang dari 10,00 menunjukkan tidak adanya gejala multikolinieritas.

#### 4) Uji heterokedastisitas

Uji heteroskedastisitas dimanfaatkan guna memeriksa perbedaan varians dari residual di antara pengamatan dalam sebuah model regresi. Salah satu metode yang bisa dimanfaatkan guna memeriksa heteroskedastisitas adalah uji Glejser. Apabila nilai signifikansi variabel pada uji heteroskedastisitas lebih tinggi dari 0,05, dapat disimpulkan bahwa model regresi tidak menunjukkan adanya heteroskedastisitas. Akan tetapi, jika nilai signifikansi variabel kurang dari 0,05, hal tersebut menunjukkan bahwa model regresi memiliki heteroskedastisitas (Ahmaddien & Syarkani, 2019).

Tabel 22 Hasil Uji Uji Heteroskedastisitas

Coefficients <sup>a</sup>					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	3,714	0,354		10,504	0,000
Gangguan Merokok (X1)	0,005	0,004	0,033	1,316	0,188
Depresi (X2)	0,001	0,014	0,002	0,086	0,931

Fungsi Kognitif (X3)	-0,037	0,024	-0,038	-1,524	0,128
----------------------	--------	-------	--------	--------	-------

a. Dependent Variable: ABS\_RES

Berdasarkan tabel diatas, diketahui bahwa variabel Gangguan Merokok memiliki nilai signifikansi heterokedastisitas sebesar 0,188 dimana ini lebih besar dari 0,05. Hal ini menunjukkan bahwa tidak terjadi gejala heterokedastisitas pada variabel gangguan merokok. Selanjutnya, variabel depresi juga memiliki nilai signifikansi heterokedastisitas sebesar 0,931 dimana nilai ini lebih dari 0,05. Hal ini juga menunjukkan bahwa tidak terjadi gejala heterokedastisitas pada variabel depresi. Selanjutnya, variabel fungsi kognitif juga memiliki nilai signifikansi heterokedastisitas sebesar 0,128 dimana nilai ini lebih dari 0,05. Hal ini juga menunjukkan bahwa tidak terjadi gejala heterokedastisitas pada variabel fungsi kognitif.

UIN SUNAN AMPEL  
S U R A B A Y A



## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil Penelitian**

##### **1. Persiapan dan Pelaksanaan Penelitian**

Peneliti mulai melakukan penelitian dengan menganalisis fenomena di lingkungan peneliti, sebelum menentukan variabel pada data IFLS 5. Peneliti juga mencari referensi-referensi yang berkaitan dengan variabel dan fenomena yang akan diteliti. Setelah fokus penelitian diputuskan, dilanjutkan mengidentifikasi masalah yang kemudian dikonsultasikan kepada dosen pembimbing untuk dibahas lebih lanjut. Pengambilan fokus penelitian ditetapkan pada psikologi klinis.

Penelitian ini dilanjutkan dengan pembuatan latar belakang yang berisi data dan juga fenomena fokus penelitian yang menggambarkan alasan penelitian ini harus dilanjutkan. Setelah adanya persetujuan latar belakang yang telah dibuat, penelitian dilanjutkan dengan pembuatan proposal skripsi. Proposal skripsi dibuat dengan arahan langsung dari dosen pembimbing dan disetujui. Proposal skripsi yang sudah disetujui tersebut, dilanjutkan dengan adanya Seminar proposal yang dilakukan pada tanggal 9 Maret 2023.

Pada seminar proposal terdapat masukan yang disampaikan oleh dosen penguji serta dosen pembimbing. Terdapat revisi pada penelitian dilakukan dengan pengarahan dan persetujuan dosen pembimbing. Setelah melakukan revisi proposal, dilanjutkan dengan pengumpulan data IFLS 5 sesuai dengan variabel yang dijadikan fokus penelitian. Proses pengumpulan data IFLS 5 dilakukan menggunakan aplikasi Microsoft Excel dan STATA SE 14. Penelitian dilanjutkan dengan analisis data menggunakan software SPSS for Windows. Sebelum melakukan analisis data dilakukan *preprocessing* data dengan merubah data ordinal menjadi interval menggunakan *metode of sucescive interval* untuk memenuhi syarat paling penting dalam uji regresi linier berganda (Ningsih & Dukalang, 2019). Pada tahapan terakhir, penyusunan dan penulisan laporan penelitian skripsi dilakukan sesuai dengan buku panduan penulisan skripsi Fakultas Psikologi

dan Kesehatan UIN Sunan Ampoel Surabaya.

## 2. Deskripsi Hasil Penelitian

### a) Deskripsi Responden

Pada penelitian ini didapatkan responden sejumlah 1642 dewasa awal yang mengalami gangguan tidur dan kualitas tidur yang buruk pada data IFLS 5. Rincian usia responden akan dijelaskan dengan adanya data demografi berikut:

*Tabel 23* Deskripsi Responden

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki-Laki	927	56%
Perempuan	715	44%

Berdasarkan tabel 19 diatas, Kategori umur mengacu pada (Hurlock, 1980; Lemme, 2006; Jannah et al., 2021) Dewasa awal dimulai dari sekitar usia 18 sampai 22 tahun dan berakhir pada usia 35 sampai 45 tahun. Data menunjukkan responden yang berjenis kelamin laki-laki sejumlah 927 orang dengan persentase 56%. Responden yang berjenis kelamin perempuan berjumlah 715 orang dengan persentase 44%.

### b) Deskripsi Data

Pada penelitian ini responden berjumlah 1642 dengan kriteria yang ada. Data yang telah diporelok dilakukan uji deskripsi data terlebih dahulu sebelum uji hipotesisi dilakukan. Uji deskripsi data dilakukan untuk mengetahui penjabaran dari jumlah responden (N), nilai minimal (Min.), nilai maksimal (Max.), nilai rata-rata (Mean, dan standar deviasi (Std. Deviation). Berikut adalah rincian data responden akan dijelaskan dengan adanya data demografi berikut:

Tabel 24 Deskripsi Data

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
<i>Insomnia</i>	1642	11,00	39,00	19,3465	15,83961
Gangguan Merokok (X1)	1642	4,00	49,00	20,3502	15,84253
Depresi (X2)	1642	10,00	33,00	18,8837	4,57817
Fungsi Kognitif (X3)	1642	0,00	13,00	7,6242	2,71690
Valid N (listwise)	1642				

Berdasarkan data responden yang telah disajikan, variabel fokus penelitian yakni *Insomnia* menunjukkan angka minimal 11 dengan angka maksimal 39 dengan mean atau rata rata 24,8 dan angka standart deviation 4,8. Pada variabel Gangguan Merokok menunjukkan angka minimal 5 dengan angka maksimal 50 dengan mean atau rata rata 20,03 dan angka *standart deviation* 16,7. Pada variabel Depresi menunjukkan angka minimal 10 dengan angka maksimal 33 dengan mean atau rata rata 18,9 dan angka *standart deviation* 4,5. Pada variabel Fungsi Kognitif menunjukkan angka minimal 0 dengan angka maksimal 13 dengan mean atau rata rata 7,26 dan angka *standart deviation* 2,7.

Analisis data yang dilakukan juga menunjukkan hasil pada bebrapa pengkategorian yang ditunjukkan pada kategori interval berikut:

Tabel 25 Rumus Kategorisasi Data

Rumus Kategori Skor	Kategori
$X < M - 1SD$	Rendah
$M - 1SD < X < M + 1SD$	Sedang
$M + 1SD < X$	Tinggi

Keterangan:

X = Skor Responden

M = Mena/Rata-raya

SD = Standart Deviasi

Berdasarkan rumus dan tabel perhitungan yang telah disajikan, analisis data responden dibagi menjadi beberapa kategorisasi interval

yang menghasilkan skor berikut:

*Tabel 26 Analisis Kategori Responden*

Variabel	Kategori	Skor	Frekuensi	Persentase
<i>Insomnia</i>	Rendah	$X < 19,5$	296	18,2 %
	Sedang	$20 < X < 29$	1131	69,6 %
	Tinggi	$29,5 < X$	215	13,2 %
Gangguan Merokok	Rendah	$X < 0,2$	836	51,5 %
	Sedang	$0,23 < X < 33,5$	537	33,1 %
	Tinggi	$34 < X$	269	16,6 %
Depresi	Rendah	$X < 14$	299	18,4 %
	Sedang	$14,4 < X < 23$	1066	65,6 %
	Tinggi	$23,5 < X$	277	17,1%
Fungsi Kognitif	Rendah	$X < 4,5$	211	12,9%
	Sedang	$5 < X < 10$	1173	71,4%
	Tinggi	$10,3 < X$	258	15,7%

Berdasarkan data responden yang telah disajikan, pada variabel *Insomnia* dengan kategorisasi rendah menunjukkan 296 responden dengan persentase 18,2% dari keseluruhan responden, kategorisasi sedang menunjukkan 1131 responden dengan persentase 69,6%, kategorisasi tinggi menunjukkan 215 responden dengan persentase 13,2%. Pada variabel Gangguan Merokok dengan kategorisasi rendah menunjukkan 836 responden dengan persentase 51,5% dari keseluruhan responden, kategorisasi sedang menunjukkan 537 responden dengan persentase 33,1%, kategorisasi tinggi menunjukkan 269 responden dengan persentase 16,6%. Pada variabel Depresi dengan kategorisasi rendah menunjukkan 299 responden dengan persentase 18,4% dari keseluruhan responden, kategorisasi sedang menunjukkan 1066 responden dengan persentase 65,6%, kategorisasi tinggi menunjukkan 277 responden dengan persentase 17,1%. Pada variabel Fungsi Kognitif dengan kategorisasi rendah menunjukkan 211 responden dengan persentase 12,9% dari keseluruhan responden, kategorisasi sedang

menunjukkan 1173 responden dengan persentase 71,4%, kategorisasi tinggi menunjukkan 258 responden dengan persentase 15,7%.

Tabel 27 Crosstabulation Jenis Kelamin dan *Insomnia*

		Jenis Kelamin * <i>Insomnia</i> Crosstabulation			
		<i>Insomnia</i>			Total
Jenis_Kelamin		Count	Rendah	Sedang	
Laki-laki	Count	174	639	114	927
	%	18,8%	68,9%	12,3%	100,0%
Perempuan	Count	122	492	101	715
	%	17,1%	68,8%	14,1%	100,0%
Total	Count	296	1131	215	1642
	%	18,0%	68,9%	13,1%	100,0%

Pada variabel *Insomnia* dengan kategorisasi rendah menunjukkan 174 responden laki-laki dengan persentase 18,8% dan 122 responden perempuan dengan persentase 17,1%, kategorisasi sedang menunjukkan 639 responden laki-laki dengan persentase 68,9% dan 492 responden perempuan dengan persentase 68,9%, kategorisasi tinggi menunjukkan 114 responden laki-laki dengan persentase 12,3% dan 101 responden perempuan dengan persentase 14,1%.

Tabel 28 Crosstabulation Jenis Kelamin dan Gangguan Merokok

		Jenis Kelamin * Gangguan Merokok Crosstabulation			
		Gangguan Merokok			Total
Jenis_Kelamin		Count	Rendah	Sedang	
Laki-laki	Count	151	513	263	927
	%	16,3%	55,3%	28,4%	100,0%
Perempuan	Count	685	24	6	715
	%	95,8%	3,4%	0,8%	100,0%
Total	Count	836	537	269	1642
	%	50,9%	32,7%	16,4%	100,0%

Pada variabel Gangguan Merokok dengan kategorisasi rendah menunjukkan 151 responden laki-laki dengan persentase 16,3% dan 685 responden perempuan dengan persentase 95,8%, kategorisasi sedang menunjukkan 513 responden laki-laki dengan persentase 55,3% dan 24 responden perempuan dengan persentase 3,4%, kategorisasi tinggi

menunjukkan 263 responden laki-laki dengan persentase 28,4% dan 6 responden perempuan dengan persentase 0,8%.

*Tabel 29 Crosstabulation Jenis Kelamin dan Depresi*

		Depresi				
		Rendah	Sedang	Tinggi	Total	
Jenis_Kelamin	Laki-laki	Count	162	628	137	927
		%	17,5%	67,7%	14,8%	100,0%
	Perempuan	Count	137	438	140	715
		%	19,2%	61,3%	19,6%	100,0%
Total		Count	Count	1066	277	1642
		%	%	64,9%	16,9%	100,0%

Pada variabel Depresi dengan kategorisasi rendah menunjukkan 162 responden laki-laki dengan persentase 17,5% dan 137 responden perempuan dengan persentase 19,2%, kategorisasi sedang menunjukkan 628 responden laki-laki dengan persentase 67,7% dan 438 responden perempuan dengan persentase 61,3%, kategorisasi tinggi menunjukkan 137 responden laki-laki dengan persentase 14,8% dan 140 responden perempuan dengan persentase 19,6%.

*Tabel 30 Crosstabulation Jenis Kelamin dan Fungsi Kognitif*

		Fungsi Kognitif			Total	
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Jenis_Kelamin	Laki-laki	Count	108	671	148	927
		%	11,7%	72,4%	16,0%	100,0%
	Perempuan	Count	103	502	110	715
		%	14,4%	70,2%	15,4%	100,0%
Total		Count	211	1173	258	1642
		%	12,9%	71,4%	15,7%	100,0%

Pada variabel Fungsi Kognitif dengan kategorisasi rendah menunjukkan 108 responden laki-laki dengan persentase 11,7% dan 103 responden perempuan dengan persentase 14,4%, kategorisasi sedang menunjukkan 671 responden laki-laki dengan persentase 72,4% dan 502 responden perempuan dengan persentase 70,2%, kategorisasi tinggi menunjukkan 148 responden laki-laki dengan persentase 16,0% dan 110



responden perempuan dengan persentase 15,4%.

*Tabel 31 Crosstabulation Usia dan Insomnia*

		<b>Usia * Insomnia Crosstabulation</b>				
		<i>Insomnia</i>			Total	
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Usia	18-34	Count	221	867	174	1262
		%	17,5%	68,7%	13,8%	100,0%
	35-40	Count	75	264	41	380
		%	19,7%	69,5%	10,8%	100,0%
Total		Count	Count	1131	215	1642
		%	%	68,9%	13,1%	100,0%

Pada variabel *Insomnia* dengan kategorisasi rendah menunjukkan 221 responden usia 18-34 tahun dengan persentase 17,5% dan 75 responden usia 35-40 tahun dengan persentase 19,7%, kategorisasi sedang menunjukkan 867 responden usia 18-34 tahun dengan persentase 69,7% dan 264 responden usia 35-40 tahun dengan persentase 69,5%, kategorisasi tinggi menunjukkan 174 responden usia 18-34 tahun dengan persentase 13,8% dan 41 responden usia 35-40 tahun dengan persentase 10,8%.

*Tabel 32 Crosstabulation Usia dan Gangguan Merokok*

		<b>Usia * Gangguan Merokok Crosstabulation</b>				
		Gangguan Merokok			Total	
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Usia	18-34	Count	656	413	193	1262
		%	52,0%	32,7%	15,3%	100,0%
	35-40	Count	180	124	76	380
		%	47,4%	32,6%	20,0%	100,0%
Total		Count	Count	537	269	1642
		%	%	32,7%	16,4%	100,0%

Pada variabel Gangguan Merokok dengan kategorisasi rendah menunjukkan 656 responden usia 18-34 tahun dengan persentase 52,0% dan 180 responden usia 35-40 tahun dengan persentase 47,4%, kategorisasi sedang menunjukkan 413 responden usia 18-34 tahun dengan persentase 32,7% dan 124 responden usia 35-40 tahun dengan persentase 32,6%, kategorisasi tinggi menunjukkan 193 responden usia

18-34 tahun dengan persentase 15,3% dan 76 responden usia 35-40 tahun dengan persentase 20,0%.

*Tabel 33 Crosstabulation Usia dan Depresi*

<b>Usia * Depresi Crosstabulation</b>						
		Depresi			Total	
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Usia	18-34	Count	214	824	224	1262
		%	17,0%	65,3%	17,7%	100,0%
	35-40	Count	85	242	53	380
		%	22,4%	63,7%	13,9%	100,0%
Total		Count	Count	1066	277	1642
		%	%	64,9%	16,9%	100,0%

Pada variabel Depresi dengan kategorisasi rendah menunjukkan 214 responden usia 18-34 tahun dengan persentase 17,0% dan 85 responden usia 35-40 tahun dengan persentase 22,4%, kategorisasi sedang menunjukkan 824 responden usia 18-34 tahun dengan persentase 65,3% dan 242 responden usia 35-40 tahun dengan persentase 63,7%, kategorisasi tinggi menunjukkan 224 responden usia 18-34 tahun dengan persentase 17,7% dan 53 responden usia 35-40 tahun dengan persentase 13,9%.

*Tabel 34 Crosstabulation Usia dan Fungsi Kognitif*

<b>Usia * Fungsi Kognitif Crosstabulation</b>						
		Fungsi Kognitif			Total	
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Usia	18-34	Count	134	900	228	1262
		%	10,6%	71,3%	18,1%	100,0%
	35-40	Count	77	273	30	380
		%	20,3%	71,8%	7,9%	100,0%
Total		Count	211	1173	258	1642
		%	12,9%	71,4%	15,7%	100,0%

Pada variabel Fungsi Kognitif dengan kategorisasi rendah menunjukkan 134 responden usia 18-34 tahun dengan persentase 10,6% dan 77 responden usia 35-40 tahun dengan persentase 20,3%, kategorisasi sedang menunjukkan 900 responden usia 18-34 tahun dengan persentase 71,3% dan 273 responden usia 35-40 tahun dengan

persentase 71,8%, kategorisasi tinggi menunjukkan 228 responden usia 18-34 tahun dengan persentase 18,1% dan 30 responden usia 35-40 tahun dengan persentase 7,9%.

*Tabel 35 Crosstabulation Posisi dalam Keluarga dan Insomnia*

		Posisi dalam keluarga * Insomnia Crosstabulation				
		Insomnia			Total	
Posisi dalam Keluarga	Kepala Keluarga	Count	Rendah	Sedang		Tinggi
				113	410	83
		%	18,6%	67,7%	13,7%	100,0%
Posisi dalam Keluarga	Ibu Rumah Tangga	Count	Rendah	Sedang	Tinggi	Total
			65	274	50	389
		%	16,7%	70,4%	12,9%	100,0%
Posisi dalam Keluarga	Anggota Keluarga	Count	Rendah	Sedang	Tinggi	Total
			118	447	82	647
		%	18,2%	69,1%	12,7%	100,0%
Total		Count	296	1131	215	1642
		%	18,0%	68,9%	13,1%	100,0%

Pada variabel insomnia dengan kategorisasi rendah menunjukkan 113 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 18,6% dan 65 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 16,7%, serta 118 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 18,2%. Kategorisasi sedang menunjukkan 410 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 67,7% dan 274 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 70,4%, serta 447 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 69,1%, kategorisasi tinggi menunjukkan 83 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 13,7% dan 50 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 12,9%, serta 82 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 12,7%.

*Tabel 36 Crosstabulation Posisi dalam Keluarga dan Gangguan Merokok*

		Posisi dalam keluarga * Gangguan Merokok Crosstabulation	
		Gangguan Merokok	Total

			Rendah	Sedang	Tinggi	
Posisi dalam Keluarga	Kepala Keluarga	Count	143	296	167	606
		%	23,6%	48,8%	27,6%	100,0%
	Ibu Rumah Tangga	Count	373	12	4	389
		%	95,9%	3,1%	1,0%	100,0%
	Anggota Keluarga	Count	320	229	98	647
		%	49,5%	35,4%	15,1%	100,0%
Total		Count	836	537	269	1642
		%	50,9%	32,7%	16,4%	100,0%

Pada variabel gangguan merokok dengan kategorisasi rendah menunjukkan 143 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 23,6% dan 373 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 95,9%, serta 320 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 49,5%. Kategorisasi sedang menunjukkan 296 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 48,8% dan 12 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 3,1%, serta 229 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 35,4%, kategorisasi tinggi menunjukkan 167 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 27,6% dan 4 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 1,0%, serta 98 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 15,1%.

Tabel 37 Crosstabulation *Posisi dalam Keluarga dan Depresi*

		Depresi				Total
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Posisi dalam Keluarga	Kepala Keluarga	Count	115	391	100	606
		%	19,0%	64,5%	16,5%	100,0%
	Ibu Rumah Tangga	Count	81	241	67	389
		%	20,8%	62,0%	17,2%	100,0%
	Anggota Keluarga	Count	103	434	110	647
		%	15,9%	67,1%	17,0%	100,0%
Total		Count	299	1066	277	1642

%	18,2%	64,9%	16,9%	100,0%
---	-------	-------	-------	--------

Pada variabel depresi dengan kategorisasi rendah menunjukkan 115 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 19,0% dan 81 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 20,8%, serta 103 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 15,9%. Kategorisasi sedang menunjukkan 391 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 64,5% dan 241 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 62,0%, serta 434 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 67,1%, kategorisasi tinggi menunjukkan 100 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 16,5% dan 67 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 17,2%, serta 110 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 17,0%.

*Tabel 38* Crosstabulation Posisi dalam Keluarga dan Fungsi Kognitif

		Posisi dalam keluarga * Fungsi Kognitif Crosstabulation				Total
		Fungsi Kognitif				
Posisi dalam Keluarga	Kepala Keluarga	Count	Rendah	Sedang	Tinggi	
				81	435	90
		%	13,4%	71,8%	14,9%	100,0%
Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga	Count	65	281	43	389
		%	16,7%	72,2%	11,1%	100,0%
Anggota Keluarga	Anggota Keluarga	Count	65	457	125	647
		%	10,0%	70,6%	19,3%	100,0%
Total	Total	Count	211	1173	258	1642
		%	12,9%	71,4%	15,7%	100,0%

Pada variabel fungsi kognitif dengan kategorisasi rendah menunjukkan 81 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 13,4% dan 65 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 16,7%, serta 65 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 10,0%. Kategorisasi sedang menunjukkan

435 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 71,8% dan 281 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 72,2%, serta 457 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 70,6%, kategorisasi tinggi menunjukkan 90 responden yang menjadi kepala keluarga dengan persentase 14,9% dan 43 responden yang menjadi ibu rumah tangga dengan persentase 11,1%, serta 125 responden yang menjadi anggota keluarga dengan persentase 19,3%.

Tabel 39 Crosstabulation Status Pernikahan dan Insomnia

		Status Pernikahan * Insomnia Crosstabulation				
		Insomnia			Total	
Status Pernikahan		Count	Rendah	Sedang		Tinggi
		Belum Menikah	Count	87	343	74
%	17,3%		68,1%	14,7%	100,0%	
Menikah	Count	199	754	132	1085	
	%	18,3%	69,5%	12,2%	100,0%	
Berpisah	Count	4	9	3	16	
	%	25,0%	56,3%	18,8%	100,0%	
Cerai Hidup	Count	5	21	6	32	
	%	15,6%	65,6%	18,8%	100,0%	
Hidup Bersama	Count	1	4	0	5	
	%	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%	
Total	Count	296	1131	215	1642	
	%	18,0%	68,9%	13,1%	100,0%	

Berdasarkan tabel diatas Kategorisasi dengan status belum menikah menunjukkan 74 responden dengan tingkat insomnia tinggi dengan persentase 14,7% dan status menikah sebanyak 132 responden dengan persentase 12,2%. Status berpisah sebanyak 3 responden dengan persentase 18,8% dan status cerai hidup sebanyak 6 responden dengan persentase 18,8%. Status hidup bersama tidak mengalami insomnia tinggi dengan persentase 0,0%. Pada crosstabulation varibel Insomnia yang memiliki nilai presentase kategorisasi paling tinggi adalah pada status pernikahan berpisah dan cerai hidup.



Tabel 40 Crosstabulation Status Pernikahan dan Gangguan Merokok

		Gangguan Merokok				Total
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Status Pernikahan	Belum Menikah	Count	223	198	83	504
		%	44,2%	39,3%	16,5%	100,0%
	Menikah	Count	587	322	176	1085
		%	54,1%	29,7%	16,2%	100,0%
	Berpisah	Count	8	3	5	16
		%	50,0%	18,8%	31,3%	100,0%
	Cerai Hidup	Count	16	12	4	32
		%	50,0%	37,5%	12,5%	100,0%
	Hidup Bersama	Count	2	2	1	5
		%	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
Total		Count	836	537	269	1642
		%	50,9%	32,7%	16,4%	100,0%

Berdasarkan tabel diatas Kategorisasi dengan status belum menikah menunjukkan 83 responden dengan tingkat gangguan merokok tinggi dengan persentase 16,5% dan status menikah sebanyak 176 responden dengan persentase 16,2%. Status berpisah sebanyak 5 responden dengan persentase 31,3% dan status cerai hidup sebanyak 4 responden dengan persentase 12,5%. Status hidup bersama sebanyak 1 responden dengan persentase 20,0%. Pada crosstabulation variabel gangguan merokok yang memiliki nilai presentase kategorisasi paling tinggi adalah pada status pernikahan berpisah.

Tabel 41 Crosstabulation Status Pernikahan dan Depresi

		Depresi			Total	
		Rendah	Sedang	Tinggi		
Status Pernikahan	Belum Menikah	Count	85	331	88	504
		%	16,9%	65,7%	17,5%	100,0%
	Menikah	Count	201	711	173	1085
		%	18,5%	65,5%	15,9%	100,0%

Berpisah	Count	3	7	6	16
	%	18,8%	43,8%	37,5%	100,0%
Cerai Hidup	Count	9	13	10	32
	%	28,1%	40,6%	31,3%	100,0%
Hidup Bersama	Count	1	4	0	5
	%	20,0%	80,0%	0,0%	100,0%
Total	Count	299	1066	277	1642
	%	18,2%	64,9%	16,9%	100,0%

Berdasarkan tabel diatas Kategorisasi dengan status belum menikah menunjukkan 88 responden dengan tingkat depresi tinggi dengan persentase 17,5% dan status menikah sebanyak 173 responden dengan persentase 15,9%. Status berpisah sebanyak 6 responden dengan persentase 37,5% dan status cerai hidup sebanyak 10 responden dengan persentase 31,3%. Status hidup bersama tidak mengalami depresi dengan persentase 0,0%. Pada crosstabulation variabel depresi yang memiliki nilai persentase kategorisasi paling tinggi adalah pada status pernikahan berpisah dan cerai hidup.

*Tabel 42* Crosstabulation Status Pernikahan dan Fungsi Kognitif

		Status Pernikahan * Fungsi Kognitif Crosstabulation			
		Fungsi Kognitif			Total
Status Pernikahan		Count	Rendah	Sedang	
		Belum Menikah	Count	33	359
%	6,5%		71,2%	22,2%	100,0%
Menikah	Count	168	776	141	1085
	%	15,5%	71,5%	13,0%	100,0%
Berpisah	Count	2	14	0	16
	%	12,5%	87,5%	0,0%	100,0%
Cerai Hidup	Count	7	21	4	32
	%	21,9%	65,6%	12,5%	100,0%
Hidup Bersama	Count	1	3	1	5
	%	20,0%	60,0%	20,0%	100,0%
Total	Count	211	1173	258	1642
	%	12,9%	71,4%	15,7%	100,0%

Berdasarkan tabel diatas Kategorisasi dengan status belum menikah menunjukkan 33 responden dengan tingkat fungsi kognitif rendah dengan persentase 6,5% dan status menikah sebanyak 168

responden dengan persentase 15,5%. Status berpisah sebanyak 2 responden dengan persentase 12,5% dan status cerai hidup sebanyak 7 responden dengan persentase 21,9%. Status hidup bersama terdapat 1 tingkat fungsi kognitif yang rendah dengan persentase 20,0%. Pada crosstabulation variabel fungsi kognitif yang memiliki nilai persentase kategorisasi paling rendah adalah pada status pernikahan cerai hidup dan hidup bersama.

*Tabel 43* Crosstabulation Penghasilan dan Insomnia

		<b>Penghasilan * Insomnia Crosstabulation</b>				Total
		Insomnia				
Penghasilan	Berpenghasilan	Count	Rendah	Sedang	Tinggi	1144
					218	
		%	19,1%	69,0%	12,0%	100,0%
	Tidak Berpenghasilan	Count	Rendah	Sedang	Tinggi	497
			78	341	78	
		%	15,7%	68,6%	15,7%	100,0%
Total		Count	Rendah	Sedang	Tinggi	1641
			296	1130	215	
		%	18,0%	68,9%	13,1%	100,0%

Pada variabel Insomnia dengan kategorisasi rendah menunjukkan 218 responden berpenghasilan dengan persentase 19,1% dan 78 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 15,7%, kategorisasi sedang menunjukkan 789 responden berpenghasilan dengan persentase 69,0% dan 341 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 68,6, kategorisasi tinggi menunjukkan 137 responden berpenghasilan dengan persentase 12,0% dan 78 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 15,7%.

*Tabel 44* Crosstabulation Penghasilan dan Gangguan Merokok

		<b>Penghasilan * Gangguan Merokok Crosstabulation</b>				Total
		Gangguan Merokok				
Penghasilan	Berpenghasilan	Count	Rendah	Sedang	Tinggi	1144
					459	
		%	40,1%	39,6%	20,3%	100,0%
	Tidak Berpenghasilan	Count	Rendah	Sedang	Tinggi	497
			377	83	37	
		%	75,9%	16,7%	7,4%	100,0%
Total		Count	Rendah	Sedang	Tinggi	1641
			836	536	269	

%	50,9%	32,7%	16,4%	100,0%
---	-------	-------	-------	--------

Pada variabel Gangguan merokok dengan kategorisasi rendah menunjukkan 459 responden berpenghasilan dengan persentase 40,1% dan 377 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 75,9%, kategorisasi sedang menunjukkan 453 responden berpenghasilan dengan persentase 39,6% dan 83 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 16,7, kategorisasi tinggi menunjukkan 232 responden berpenghasilan dengan persentase 20,3% dan 37 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 7,4%.

*Tabel 45* Crosstabulation Penghasilan dan Depresi

		<b>Penghasilan * Depresi Crosstabulation</b>				
		Depresi			Total	
Penghasilan	Berpenghasilan	Count	Rendah	Sedang		Tinggi
				207	749	188
		%	18,1%	65,5%	16,4%	100,0%
Penghasilan	Tidak Berpenghasilan	Count	Rendah	Sedang	Tinggi	
		92	316	89	497	
		%	18,5%	63,6%	17,9%	100,0%
Total		Count	Rendah	Sedang	Tinggi	
		299	1065	277	1641	
		%	18,2%	64,9%	16,9%	100,0%

Pada variabel Depresi dengan kategorisasi rendah menunjukkan 207 responden berpenghasilan dengan persentase 18,1% dan 92 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 18,5%, kategorisasi sedang menunjukkan 749 responden berpenghasilan dengan persentase 65,5% dan 316 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 63,6, kategorisasi tinggi menunjukkan 188 responden berpenghasilan dengan persentase 16,4% dan 89 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 17,9%.

*Tabel 46* Crosstabulation Penghasilan dan Fungsi Kognitif

		<b>Penghasilan * Fungsi Kognitif Crosstabulation</b>			
		Fungsi Kognitif			Total
Penghasilan	Berpenghasilan	Count	Rendah	Sedang	
				143	821

	%	12,5%	71,8%	15,7%	100,0%
Tidak Berpenghasilan	Count	68	351	78	497
	%	13,7%	70,6%	15,7%	100,0%
Total	Count	211	1172	258	1641
	%	12,9%	71,4%	15,7%	100,0%

Pada variabel Fungsi kognitif dengan kategorisasi rendah menunjukkan 143 responden berpenghasilan dengan persentase 12,5% dan 68 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 13,7%, kategorisasi sedang menunjukkan 821 responden berpenghasilan dengan persentase 71,8% dan 351 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 70,6, kategorisasi tinggi menunjukkan 180 responden berpenghasilan dengan persentase 15,7% dan 78 responden tidak berpenghasilan dengan persentase 15,7%.

## B. Pengujian Hipotesis

Pengujian hipotesis data yang dilakukan dengan bantuan SPSS 25 dengan uji linear berganda dengan hasil sebagai berikut.

1. Hubungan antara masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat dapat diketahui dengan melihat hasil uji korelasi pearson dalam teknik analisis regresi berganda. Menurut Muhid (2019) ada hubungan antara variabel X dan variabel Y jika nilai signifikansinya  $< 0,05$ . Sebaliknya jika nilai signifikansi  $> 0,05$  maka tidak ada hubungan antara variabel X dengan variabel Y. Hasil uji korelasi Pearson dapat disajikan pada tabel di bawah ini.

Tabel 47 Hasil Uji *Pearson Correlations* Regresi Linier Berganda

Correlations					
		Insomnia	Gangguan Merokok (X1)	Depresi (X2)	Fungsi Kognitif (X3)
Pearson Correlation	Insomnia	1,000	-0,011	0,400	-0,051

	Gangguan Merokok (X1)	-0,011	1,000	-0,050	0,008
	Depresi (X2)	0,400	-0,050	1,000	-0,040
	Fungsi Kognitif (X3)	-0,051	0,008	-0,040	1,000
Sig. (1-tailed)	<i>Insomnia</i>		0,330	0,000	0,019
	Gangguan Merokok (X1)	0,330		0,021	0,378
	Depresi (X2)	0,000	0,021		0,054
	Fungsi Kognitif (X3)	0,019	0,378	0,054	
N	<i>Insomnia</i>	1642	1642	1642	1642
	Gangguan Merokok (X1)	1642	1642	1642	1642
	Depresi (X2)	1642	1642	1642	1642
	Fungsi Kognitif (X3)	1642	1642	1642	1642

Nilai signifikansi untuk gangguan merokok dan *insomnia* adalah 0,330, seperti terlihat pada tabel di atas, dan nilai korelasi Pearson adalah -0,011. Fakta bahwa gangguan merokok memiliki korelasi negatif Pearson dengan *insomnia* dibuktikan dengan tanda negatif. Hal ini menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara merokok dengan *insomnia* jika nilai signifikansinya lebih besar dari 0,05. Korelasi Pearson antara *insomnia* dan depresi adalah 0,400 dan memiliki tingkat signifikansi 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara *insomnia* dengan depresi, karena nilai signifikansinya kurang dari 0,05. Dengan koefisien korelasi Pearson sebesar -0,051, maka hubungan antara *insomnia* dengan fungsi kognitif memiliki tingkat signifikansi sebesar 0,019. Tanda negatif pada korelasi Pearson menunjukkan bahwa fungsi kognitif memiliki hubungan negatif dengan *insomnia*. Karena tingkat signifikansi kurang dari 0,05, maka terdapat hubungan yang signifikan antara *insomnia* dan fungsi kognitif.

Berdasarkan hasil uji *pearson correlations* dapat disimpulkan sebagai berikut.

- a. Hipotesis 1  
Hipotesis 1 ditolak, dan  $H_0$  diterima sehingga tidak terdapat hubungan antara variabel gangguan merokok dengan *insomnia*.
  - b. Hipotesis 2  
Hipotesis 2 diterima, dan  $H_0$  diterima sehingga terdapat hubungan positif dan signifikan antara variabel depresi dengan *insomnia*.
  - c. Hipotesis 3  
Hipotesis 3 diterima, dan  $H_0$  diterima sehingga terdapat hubungan negative dan signifikan antara variabel fungsi kognitif dengan *insomnia*.
2. Hubungan yang terjalin antara variabel Y dengan ketiga variabel tersebut. Dalam metode analisis regresi berganda, uji F atau uji simultan dapat digunakan untuk mengetahui hubungan antara variabel dependen dengan ketiga variabel independen. Menurut Muhid, (2019) variabel X memiliki hubungan dengan variabel Y secara bersamaan jika nilai signifikansi  $< 0,05$  atau  $F_{hitung} > F_{tabel}$ . Sebaliknya, jika nilai signifikansi  $> 0,05$  atau  $F_{hitung} < F_{tabel}$ , maka tidak ada hubungan antara variabel Y dan variabel X secara bersamaan. Berikut hasil pengujian secara simultan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 48 Hasil Uji F Simultan Regresi Linear Berganda

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	6241,876	3	2080,625	104,850	.000 <sup>b</sup>
	Residual	32504,107	1638	19,844		
	Total	38745,983	1641			

a. Dependent Variable: *Insomnia*

b. Predictors: (Constant), Fungsi Kognitif (X3), Gangguan Merokok (X1), Depresi (X2)



Pada tabel diatas, dapat diperoleh nilai F hitung sebesar 104,850, dengan tingkat signifikansi  $0,000 < 0,05$ , yang berarti model regresi yang diperoleh nantinya dapat digunakan untuk memprediksi *insomnia*.

*Tabel 49* Perbandingan Uji F nilai simultan

<b>F hitung</b>	<b>F tabel</b>	<b>Keterangan</b>
104,850	2,61	Berpengaruh

Dari tabel diatas didapati nilai hitung F hitung gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif sebesar  $104 > 2,61$  sehingga menunjukkan adanya hubungan signifikan antara gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif secara bersama-sama dengan *insomnia*.

Maka dari itu, berdasarkan uji F simultan yang telah dilakukan dapat disimpulkan bahwa hipotesis 4 diterima, dan  $H_0$  ditolak sehingga menunjukkan bahwa terdapat hubungan signifikan antara variabel gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif secara bersama-sama dengan *insomnia*.

3. Besar pengaruh variabel X terhadap variabel Y
  - a. Pengaruh variabel X secara bersama-sama terhadap variabel dependen dapat dilihat dengan mengetahui besarnya koefisien determinasi. Menurut Ahmaddien & Syarkani, (2019) jika nilai koefisien determinasi mendekati nol maka pengaruh variabel independen pengaruhnya lebih lemah terhadap variabel dependen. Sebaliknya, jika nilai koefisien determinasi mendekati 1, berarti variabel independen memiliki pengaruh yang kuat terhadap variabel dependen. Berikut adalah hasil koefisien determinasi pada tabel di bawah ini.

Tabel 50 Model Summary

Model Summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	.401 <sup>a</sup>	0,161	0,160	4,45464	2,068

a. Predictors: (Constant), Fungsi Kognitif (X3), Gangguan Merokok (X1), Depresi (X2)

b. Dependent Variable: *Insomnia*

Dari tabel diatas, diperoleh hasil R Square sebesar 0,161, yang berarti 16% variabel *insomnia* dipengaruhi oleh variabel gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif, sisanya sebesar 84% oleh faktor lainnya seperti, usia, obat-obatan, gejala medi dan kebisingan.

Tabel 51 Tabel Coefficients

Model	Coefficients <sup>a</sup>				
	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	17,331	0,591		29,347	0,000
Gangguan Merokok (X1)	0,003	0,007	0,009	0,416	0,678
Depresi (X2)	0,423	0,024	0,399	17,584	0,000
Fungsi Kognitif (X3)	-0,064	0,041	-0,036	-1,568	0,117

a. Dependent Variable: *Insomnia*

Berdasarkan tabel di atas terlihat nilai konstanta 17,331, artinya jika gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif semuanya 0 maka skor *insomniannya* adalah 17,331. Koefisien regresi variabel gangguan merokok (X1) sebesar 0,003 artinya, jika variabel bebas yang lain bernilai tetap dan gangguan merokok mengalami kenaikan 1% maka *insomnia* akan mengalami kenaikan 0,003. Koefisien regresi untuk variabel depresi (X2) sebesar 0,423 artinya jika variabel depresi meningkat sebesar 1% maka *insomnia* meningkat sebesar 0,423. Oleh karena itu, semakin tinggi tingkat depresi, semakin tinggi tingkat *insomnia*. Koefisien regresi variabel fungsi kognitif (X3) sebesar -0,064 yang berarti jika variabel bebas lainnya diambil nilai tetap, setiap kenaikan 1% fungsi kognitif akan menurunkan *insomnia* sebesar 0,064. Koefisien negatif menunjukkan korelasi negatif antara fungsi

kognitif dan *insomnia*. Semakin tinggi fungsi kognitif, semakin rendah tingkat *insomnia*.

Kontribusi masing-masing variabel independen terhadap variabel dependen dapat ditentukan dengan menghitung kontribusi efektif (SE) masing-masing variabel. Menurut Sugiyono (2017) jika SE dari semua variabel X dijumlahkan maka akan sama dengan nilai koefisien determinasi. Nilai koefisien beta untuk setiap variabel dapat dilihat pada tabel Koefisien. Gangguan merokok (X1) memiliki beta sebesar 0,009, sedangkan depresi memiliki beta sebesar 0,399 dan fungsi kognitif memiliki beta sebesar -0,037. Selain itu, untuk koefisien korelasi masing-masing variabel, diperlukan hasil regresi berganda sebagai berikut.

Setelah mengetahui nilai beta dan koefisien korelasi masing-masing variabel X, berikut perhitungan SE yang ditunjukkan pada tabel di bawah ini.

Tabel 52 Perhitungan Sumbangan Efektif

Variabel	Koefisien Regresi (Beta)	Koefisien Korelasi	SE%
X1	0,009	0,011	0,001%
X2	0,399	0,400	15,96%
X3	0,036	0,051	0,18%
<b>Total</b>			16,15%

Berdasarkan tabel diatas, telah diketahui sumbangan efektif masing-masing variabel bebas dalam pengaruhnya secara bersamaan terhadap variabel terikat. Variabel gangguan merokok memiliki SE sebesar 0,001%, sedangkan variabel depresi memiliki SE sebesar 15,96% dan variabel fungsi kognitif sebesar memiliki SE 0,18%.

### C. Pembahasan

Hasil analisis data yang telah dilakukan bahwa tidak terdapat hubungan signifikan antara variabel gangguan merokok dengan *insomnia*. Gangguan

merokok memiliki nilai signifikansi dengan *insomnia* sebesar  $p = 0,327$ , ( $p > 0,05$ ). Hal ini bertentangan dengan asumsi peneliti dan hasil penelitian penelitian yang sudah dijadikan kerangka teori. Tidak signifikannya gangguan merokok dengan *insomnia* disebabkan karena banyaknya responden yang bukan perokok. Sebanyak 856 atau 51,5% dari total responden. Hal ini sejalan dengan penelitian (Ain et al., 2016; Siahaan & Malinti, 2022) yang menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan merokok dengan *insomnia*. Hal ini dapat terjadi jika seseorang mengalami *insomnia* primer, yaitu *insomnia* yang tidak berhubungan dengan kondisi medis, gangguan kejiwaan (misalnya depresi berat, kecemasan, atau delirium), atau gangguan tidur lainnya (misalnya narkolepsi, gangguan tidur terkait pernapasan) Pada hal ini, gangguan berupa gangguan ritme sirkadian (tidur atau parasomnia) atau perubahan fisiologis akibat zat (Mushoffa et al., 2016).

Hasil kategorisasi responden, dari 1642 responden terdapat 836 tidak merokok, 537 memiliki gangguan merokok sedang, 269 responden dengan gangguan merokok tinggi. Individu yang memiliki gangguan merokok dan *insomnia* tidak terdapat hubungan diantara keduanya. Siahaan & Malinti (2022) dalam penelitiannya juga menunjukkan tingginya tingkat merokok tidak memiliki hubungan dengan tingginya *insomnia*. Sehingga dapat disimpulkan bahwa *insomnia* pada dewasa awal kurang bukan karena dewasa awal adalah perokok berat namun ada faktor lain yang dapat mempengaruhi.

Hipotesis kedua pada penelitian ini memperoleh hasil bahwa terdapat hubungan signifikan antara variabel depresi dengan *insomnia* yang mana memiliki hubungan positif. Depresi memiliki nilai signifikansi dengan *insomnia* sebesar  $p = 0,000$ , ( $p > 0,05$ ). Semakin tinggi depresi individu maka semakin tinggi pula *insomnia* individu tersebut. Hal ini sejalan dengan penelitian (Hatmanti & Muzdalifah, 2019; Nofus & Sutanta, 2018) yang menunjukkan hasil penelitian bahwa terdapat hubungan antara depresi dengan *insomnia*. Dapat diartikan bahwa akibat dari aktivitas semakin banyak yang dihadapi individu pada masa dewasa awal. Menyebabkan resiko mengalami tekanan dan depresi, yang dapat mempengaruhi pola tidur menjadi tidak teratur dan menurunkan kualitas tidur, serta menyebabkan gejala *insomnia* (Hapsari & Kurniawan, 2019).

Berdasarkan hasil pengkategorian responden, dari 1642 responden terdapat 299 responden yang memiliki tingkat depresi rendah, 1066 responden menunjukkan tingkat depresi sedang, 277 responden menunjukkan tingkat depresi yang tinggi. Oltmanns & Emery (2018) menyebutkan bahwa gangguan depresi ialah salah satu bentuk episode gangguan mood (suasana hati) dimana secara jelas perilaku individu lebih didominasi dengan perasaan tertekan (depresi). Semakin tinggi depresi pada individu maka akan menurunkan fungsi SCN dan menyebabkan tingginya *insomnia* pada individu tersebut (Habsara, Ibrahim, Putranto, Suryandi, et al., 2021).

Hasil uji hipotesis yang ketiga memperoleh hasil bahwa terdapat hubungan signifikan antara variabel fungsi kognitif dengan *insomnia* yang mana memiliki hubungan negatif. Fungsi kognitif memiliki nilai signifikansi dengan *insomnia* sebesar  $p = 0,020$ , ( $p > 0,05$ ). Semakin rendah fungsi kognitif pada individu maka sebaliknya semakin tinggi *insomnia* individu tersebut. Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian (Fachlefi & Rambe, 2021b; T. Wulandari & Trimawati, 2022b) bahwasannya terdapat hubungan negatif fungsi kognitif dengan *insomnia*. Hasil penelitian juga ditemukan bahwa angka kejadian *insomnia* pada responden relatif tinggi, yakni mencapai 69,2%, dan sebanyak 50% responden juga mengalami penurunan fungsi kognitif (A. A. Wulandari et al., 2019). Manifestasi klinis *insomnia* salah satunya mengalami kesulitan mengingat atau memperhatikan atau berkonsentrasi disekolah atau di tempat kerja (Habsara et al., 2021; Nevid et al., 2018). Penderita *insomnia* menunjukkan perubahan pola pikir atau distorsi kognitif. Orang yang mengalami *insomnia* dapat mengembangkan keyakinan bahwa dirinya tidak berharga, mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi, dan hal ini dapat memperburuk gejala *insomnia* yang dialaminya.

Hasil kategorisasi responden, dari 1642 responden terdapat 211 responden memiliki tingkat fungsi kognitif rendah, 1173 responden memiliki tingkat fungsi kognitif sedang, 258 memiliki responden dengan tingkat fungsi kognitif tinggi. Kiely (2014) menyatakan bahwa fungsi kognitif adalah proses mental yang terlibat dalam perolehan pengetahuan, memori, dan penalaran. Manifestasi klinis *insomnia* salah satunya mengalami kesulitan mengingat atau memperhatikan atau

berkonsentrasi disekolah atau di tempat kerja (Habsara et al., 2021; Nevid et al., 2018). Penderita *insomnia* menunjukkan perubahan pola pikir atau distorsi kognitif. Orang yang mengalami *insomnia* dapat mengembangkan keyakinan bahwa dirinya tidak berharga, mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi, dan hal ini dapat memperburuk gejala *insomnia* yang dialaminya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kejadian *insomnia* pada responden relatif tinggi, yakni mencapai 69,2%, dan sebanyak 50% responden juga mengalami penurunan fungsi kognitif (A. A. Wulandari et al., 2019).

Pada uji hipotesis keempat memperoleh hasil bahwa terdapat hubungan signifikan antara gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif dengan *insomnia*. Hal tersebut menunjukkan bahwa gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif mempengaruhi *insomnia*. Gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif yang dialami oleh seorang individu dapat mengakibatkan *insomnia* pada dirinya. Gangguan merokok dapat menstimulus kondisi medis yang merupakan faktor *insomnia*. Depresi dapat mengganggu proses SCN dalam mengatur siklus tidur. Semakin orang mengalami gangguan merokok dan depresi, maka akan berpengaruh pula terhadap kualitas tidurnya dan menyebabkan *insomnia*. Fungsi kognitif menjadi salah satu faktor psikologis dan manifestasi klinis *insomnia*. Orang yang mengalami *insomnia* dapat mengembangkan keyakinan bahwa dirinya tidak berharga, mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi, dan hal ini dapat memperburuk gejala *insomnia* yang dialaminya. Lebih lanjut, berdasarkan nilai koefisien determinasi (R Square) diperoleh hasil pengaruh gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif terhadap *insomnia* sebesar 16,15%, dimana ketiga variabel memiliki sumbangan efektif yang berbeda. Variabel depresi memiliki sumbangan efektif lebih besar dibandingkan variabel gangguan merokok dan fungsi kognitif.

Berdasarkan hasil uji kategorisasi *insomnia* berdasarkan jenis kelamin didapatkan dengan kategorisasi tinggi menunjukkan 114 responden laki-laki dengan persentase 12,3% dan 101 responden perempuan dengan persentase 14,1%. Hal ini dapat diartikan dari persentase tingkat kategori *insomnia* tinggi, perempuan lebih banyak mengalami *insomnia* dibandingkan laki-laki. Hal ini sejalan dengan



penelitian Anggara & Annisa (2019) yang menunjukkan bahwa perempuan lebih rentan mengalami *insomnia*. *Insomnia* pada wanita dalam penelitian ini diakibatkan karena rasa stress dalam menjalani aktivitas kuliah. Hal tersebut sejalan dengan hasil kategorisasi depresi berdasarkan jenis kelamin. Hasil kategorisasi depresi pada perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Perempuan memiliki tingkat depresi tinggi dengan persentase 19,6% sedangkan laki-laki 14,8%.

Berdasarkan hasil uji kategorisasi *insomnia* berdasarkan usia didapatkan pada usia 18-34 tahun kategori tinggi 174 responden dengan persentase 13,8% dan pada usia 35-40 tahun sebanyak 41 dengan persentase 10,8%. Hal ini dapat terjadi karena akibat dari aktivitas semakin banyak yang dihadapi individu pada masa dewasa awal. Menyebabkan resiko mengalami tekanan dan depresi, yang dapat mempengaruhi pola tidur menjadi tidak teratur dan menurunkan kualitas tidur, serta menyebabkan gejala *insomnia* (Hapsari & Kurniawan, 2019). Hal ini selaras dengan hasil kategorisasi depresi dimana usia 18-34 tahun memiliki tingkat persentase lebih tinggi dibandingkan usia 35-40 tahun. Usia 18-34 tahun mengalami depresi kategori tinggi sebesar 17,7% sedangkan usia 35-40 tahun sebesar 13,9%. Hasil tersebut dilegitimasi oleh penelitian (Mushoffa et al., 2016) yang menunjukkan bahwa aktivitas usia dewasa awal menyebabkan *insomnia*.

Implikasi dari hasil penelitian ini adalah untuk meningkatkan edukasi kepada individu dewasa awal mengenai gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif. Penelitian ini dianggap mampu memberikan pengetahuan kepada individu dewasa awal yang mengalami *insomnia*. Penelitian ini tidak terlepas dari keterbatasan, dimana Pada penelitian yang dilakukan hanya menggunakan periode kurang dari tahun 2014. Pada penelitian selanjutnya juga diharapkan memperbarui periode penelitian.



## BAB V PENUTUP

### 1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian tentang hubungan antara gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif dengan *insomnia* pada dewasa awal yang dilakukan peneliti didapatkan hasil sebagai berikut.

1. Gangguan merokok tidak memiliki hubungan yang signifikan dengan *insomnia* pada dewasa awal.
2. Depresi memiliki hubungan yang signifikan dengan *insomnia* pada dewasa awal berupa korelasi yang bersifat positif. Semakin tinggi depresi yang dialami individu, maka semakin tinggi pula *insomnia* yang dialami individu tersebut.
3. Fungsi kognitif memiliki hubungan yang signifikan dengan *insomnia* pada dewasa awal berupa korelasi yang bersifat negatif. Semakin rendah fungsi kognitif yang dialami individu, maka semakin tinggi *insomnia* yang dialami individu tersebut.
4. Gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif secara simultan atau bersama-sama dengan *insomnia* pada dewasa awal. Subjek yang memiliki gangguan merokok dan fungsi kognitif kemungkinan untuk merasakan *insomnia* lebih rendah, sedangkan individu yang memiliki depresi tinggi akan cenderung lebih mudah mengalami *insomnia*.

### 2. Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, peneliti memiliki beberapa saran, baik untuk subjek maupun peneliti selanjutnya.

#### 1. Bagi Subjek Penelitian

Pada penelitian ini terdapat hubungan depresi dengan *insomnia*, maka perlu diperhatikan aktivitas-aktivitas yang memicu depresi dan menjaga dari pola hidup yang tidak sehat seperti merokok, mengonsumsi alkohol, dan mengonsumsi kafein dalam jumlah yang berlebihan dapat memengaruhi pola tidur. Terutama bagi subjek perempuan yang memiliki tingkat depresi lebih tinggi daripada laki-laki. Karena wanita lebih rentan

terkena depresi akibat perubahan hormon selama siklus menstruasi atau selama masa kehamilan.

Hasil penelitian ini juga terdapat hubungan negatif antara fungsi kognitif dengan *insomnia*. Orang yang mengalami *insomnia* dapat mengembangkan keyakinan bahwa dirinya tidak berharga, mengalami kesulitan dalam berkonsentrasi, dan hal ini dapat memperburuk gejala *insomnia* yang dialaminya. Maka dari itu diharapkan subjek meningkatkan penerimaan diri, serta pengembangan diri terutama pada subjek usia rentang 35-40 tahun yang memiliki tingkat fungsi kognitif rendah paling banyak dibandingkan rentang usia 18-34 tahun.

## 2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Pada penelitian ini penelitian ini menggunakan 3 variabel independen yang diantaranya adalah gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif serta menggunakan 1 variabel independen yaitu *insomnia*. Peneliti hanya mencari ada atau tidaknya hubungan antara gangguan merokok, depresi dan fungsi kognitif dengan *insomnia* pada dewasa awal. Peneliti selanjutnya dapat menganalisis lebih dalam terkait faktor lain seperti, obesitas, konsumsi kafein, konsumsi obat-obatan, kondisi medis, kecanduan internet/gadget. Peneliti juga dapat menganalisis lebih dalam seperti seberapa besar pengaruh dari dua variabel yang telah diteliti.

Pada penelitian yang dilakukan hanya menggunakan data IFLS 5 periode kurang dari tahun 2014. Pada penelitian selanjutnya juga diharapkan memperbarui periode penelitian.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adinegoro, A. (2022). *Pengaruh Depresi Parental Terhadap Kemampuan Kognitif Anak Di Indonesia*. 8(2).
- Ahmaddien, I., & Syarkani, Y. (2019). *Statistika Terapan Dengan Sistem Spss*. Itb Press.
- Ain, R. C., Indrawanto, I. S., & Chandrawati, P. Febriana. (2016). Hubungan Antara Konsumsi Konsumsi Kopi Bersama Rokok Dan Kualitas Tidur Pada Sopir Bus Di Terminal Arjosari Malang. *Saintika Medika*, 12(2), Article 2. <https://ejournal.uin-sby.ac.id/index.php/sainmed>
- Altena, E., Micoulaud Franchi, J.-A., Geoffroy, P., Sanz-Arigita, E., Bioulac, S., & Philip, P. (2016). The Bidirectional Relation Between Emotional Reactivity And Sleep: From Disruption To Recovery. *Behavioral Neuroscience*, 130. <https://doi.org/10.1037/bne0000128>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders: Dsm-5<sup>tm</sup>, 5th Ed* (Pp. Xliv, 947). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andiarna, F., Widayanti, L. P., Hidayati, I., & Agustina, E. (2020). Analisis Penggunaan Media Sosial Terhadap Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa. *Profesi (Profesional Islam) : Media Publikasi Penelitian*, 17(2), Article 2. <https://doi.org/10.26576/profesi.v17i2.26>
- Anggara, Y. D., & Annisa, A. (2019). Hubungan Jenis Kelamin Terhadap Simtom Insomnia Pada Mahasiswa Yang Sedang Melakukan Penulisan Skripsi Di

- Fk Umsu. *Anatomica Medical Journal / Amj*, 2(3), Article 3.  
<https://doi.org/10.30596/Anatomica>
- Asiah, A., Ayu, C. G., Supriatin, S., Herlina, L., Indragiri, S., & Banowati, L. (2022). Hubungan Tingkat Stress Dengan Gangguan Kualitas Tidur Pada Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Tingkat Akhir Yang Sedang Menyusun Skripsi. *Jurnal Kesehatan*, 13(2), Article 2.  
<https://doi.org/10.38165/Jk.V13i2.269>
- Azwar, S. (2014). *Metode Penelitian*. Pustaka Pelajar.
- Azwar, S. (2015). Asumsi-Asumsi Dalam Inferensi Statistika. *Buletin Psikologi*, 9(1), Article 1. <https://doi.org/10.22146/Bpsi.7436>
- Burke, T., Markwald, R., Mchill, A., Chinoy, E., Snider, J., Bessman, S., Jung, C., O'neill, J., & K.P, W. (2015). Effects Of Caffeine On The Human Circadian Clock In Vivo And In Vitro. *Science Translational Medicine*, 7, 305ra146.  
<https://doi.org/10.1126/Scitranslmed.Aac5125>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research Design: Qualitative, Quantitative, And Mixed Methods Approaches* (Fifth Edition). Sage.
- Cross, N. E., Carrier, J., Postuma, R. B., Gosselin, N., Kakinami, L., Thompson, C., Chouchou, F., & Dang-Vu, T. T. (2019). Association Between Insomnia Disorder And Cognitive Function In Middle-Aged And Older Adults: A Cross-Sectional Analysis Of The Canadian Longitudinal Study On Aging. *Sleep*, 42(8), Zsz114. <https://doi.org/10.1093/Sleep/Zsz114>
- Edison, H., & Nainggolan, O. (2021). Hubungan Insomnia Dengan Hipertensi. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 24(1), 46–56.

<https://doi.org/10.22435/Hsr.V24i1.3579>

Fachlefi, S., & Rambe, A. S. (2021a). Hubungan Kualitas Tidur Dan Fungsi Kognitif Siswa Man Binjai. *Scripta Score Scientific Medical Journal*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.32734/Scripta.V3i1.5351>

Fachlefi, S., & Rambe, A. S. (2021b). Hubungan Kualitas Tidur Dan Fungsi Kognitif Siswa Man Binjai. *Scripta Score Scientific Medical Journal*, 3(1), 8–16. <https://doi.org/10.32734/Scripta.V3i1.5351>

Fernando, R., & Hidayat, R. (2020). Hubungan Lama Penggunaan Media Sosial Dengan Kejadian Insomnia Pada Mahasiswa Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai Tahun 2020. *Jurnal Ners*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.31004/Jn.V4i2.1117>

Habsara, D. K., Ibrahim, A. R. A., Putranto, A. K., Risnawaty, W., Suryadi, D., Kusumawardhani, N., & Suryadinata, P. I. (2021). *Penatalaksanaan Gangguan Psikologis Jilid 2*. Pustaka Belajar.

Habsara, D. K., Ibrahim, A. R. A., Putranto, A. K., Suryandi, D., Risnawaty, W., Kusumawardhani, N., & Suryadinata, P. I. (2021). *Penatalaksanaan Gangguan Psikologis*. Pustaka Pelajar.

Habsara, D. K., Ratih Andjayani Ibrahim, A., Kasandra Putranto, A., Suryadi, D., Risnawaty, W., Kusumawardhani, N., & Illenia Suryadinata, P. (Eds.). (2021). *Penatalaksanaan Gangguan Psikologis Jilid 2*. Pustaka Belajar.

Hapsari, A., & Kurniawan, A. (2019). Efektivitas Cognitive Behavior Therapy (Cbt) Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Penderita Gejala Insomnia Usia Dewasa Awal. *Jurnal Ilmu Keluarga & Konsumen*, 12(3), Article 3.

<https://doi.org/10.24156/jikk.2019.12.3.223>

Harlianti, R., Mahmudiono, T., Atmaka, D. R., Helmyati, S., Dewi, M., & Yuniar, C. T. (2021). The Relationship Of Smoking Duration, Sleep Disorders, And Nutritional Status Of Indonesian Adult Men: Data Analysis Of The 2014 Indonesian Family Life Surve. *Health Science Journal Of Indonesia*, *12*(2), 111–116. <https://doi.org/10.22435/hsji.v12i2.5243>

Hatmanti, N. M., & Muzdalifah, L. (2019). Hubungan Tingkat Depresi Dengan Kejadian Insomnia Pada Lanjut Usia Di Griya Werdha Jambangan Surabaya. *Journal Of Health Sciences*, *12*(1), 67–77. <https://doi.org/10.33086/jhs.v12i1.832>

Havens, C., Grandner, M., Youngstedt, S., Pandey, A., & Parthasarathy, S. (2017). 0318 International Variability In The Prevalence Of Insomnia And Use Of Sleep-Promoting Medications, Supplements, And Other Substances. *Sleep*, *40*(Suppl\_1), A117–A118. <https://doi.org/10.1093/sleepj/zsx050.317>

Hulu, V. T., & Sinaga, T. R. (2019). *Analisis Data Statistik Parametrik Aplikasi Spss Dan Statcal: Sebuah Pengantar Untuk Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.

Hurlock, E. B. (1980). *Developmental Psychology: A Life-Span Approach* (5th Ed). Mcgraw-Hill.

Janna, N. M., & Herianto, H. (2021). *Konsep Uji Validitas Dan Reliabilitas Dengan Menggunakan Spss* [Preprint]. Open Science Framework. <https://doi.org/10.31219/osf.io/v9j52>

Jannah, M., Kamsani, S. R., & Ariffin, N. M. (2021). Perkembangan Usia Dewasa:



- Tugas Dan Hambatan Pada Korban Konflik Pasca Damai. *Bunayya : Jurnal Pendidikan Anak*, 7(2), Article 2.  
<https://doi.org/10.22373/Bunayya.V7i2.10430>
- Jawapos.Com. (2018, March 12). Indonesia Tempati Angka Tertinggi Insomnia Di Asia, Apa Penyebabnya? *Jawapos.Com*.  
<https://www.jawapos.com/kesehatan/health-issues/12/03/2018/indonesia-tempati-angka-tertinggi-insomnia-di-asia-apa-penyebabnya/>
- Junaidi, M., & Amrullah, M. (2020a). Hubungan Perilaku Merokok Sebelum Tidur Dengan Kejadian Insomnia Pada Remaja Laki-Laki Di Dusun Bolor Sembe Desa Rarang Batas Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 8(2), Article 2. <https://doi.org/10.37824/Jkqh.V8i2.2020.159>
- Junaidi, M., & Amrullah, M. (2020b). Hubungan Perilaku Merokok Sebelum Tidur Dengan Kejadian Insomnia Pada Remaja Laki-Laki Di Dusun Bolor Sembe Desa Rarang Batas Tahun 2019. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 8(2), 7–11. <https://doi.org/10.37824/Jkqh.V8i2.2020.159>
- Kalat, J. W. (2018). *Biological Psychology* (13th Edition). Cengage Learning.
- Kiely, K. M. (2014). Cognitive Function. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia Of Quality Of Life And Well-Being Research* (Pp. 974–978). Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5\\_426](https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_426)
- Lemme, B. H. (2006). *Development In Adulthood* (4th Ed). Pearson/A&B.
- M, H., M, P. J., & D, N. (2018). Hubungan Gangguan Kualitas Tidur Menggunakan Psqi Dengan Fungsi Kognitif Pada Ppds Pasca Jaga Malam: Relationship



Between Sleep Quality Disabled Using Psqi With Cognitive Function At Pasca Ppds Night Paper. *Jurnal Sinaps*, 1(1), Article 1.

Mahardhika, D. W., Zaki Intan Cindiyagita, Mochamad Thoriq Akbar, & Estro Dariatno Sihaloho. (2020). Pengaruh Status Merokok Terhadap Kemampuan Kognitif Seseorang: Studi Kasus Indonesian Family Life Survey (Ifs). *Jurnal Ekonomi Dan Pembangunan*, 28(2), 117–129. <https://doi.org/10.14203/Jep.28.2.2020.117-129>

Marzuki, A., Armereo, C., & Rahayu, P. F. (2020). *Praktikum Statistik*. Ahli Media Press.

Matheny, J. (2023a). *About The Rand Corporation*. <https://www.rand.org/about.html>

Matheny, J. (2023b). *Rand Ifs-5 Survey Description*. <https://www.rand.org/well-being/social-and-behavioral-policy/data/fls/ifls/ifls5.html>

Maulana, H., Mawarpury, M., & Fourianalistyawati, E. (2022). Prevalensi Depresi Pada Wanita Dengan Riwayat Keguguran: Studi Berbasis Data Ifs-5. *Jurnal Psikologi Ulayat*. <https://doi.org/10.24854/jpu469>

Muhid, A. (2019). *Analisis Statistik: 5 Langkah Praktis Analisis Statistik Dengan Spss For Windows*. Zifatama Jawara Sidoarjo. <http://repository.uinsa.ac.id/id/eprint/1047/>

Mushoffa, M. A., Husein, A. N., & Bakhriansyah, M. (2016). Hubungan Antara Perilaku Merokok Dan Kejadian Insomnia: Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. *Berkala Kedokteran*, 9(1),

Article 1. <https://doi.org/10.20527/jbk.v9i1.921>

Muslim, R. (2001). *Buku Saku: Diagnosis Gangguan Jiwa : Rujukan Ringkas Dari Ppdgj-Iii* (Jakarta). Ilmu Kedokteran Jiwa Fk Unika Atma Jaya.  
[http://katalog.pustaka.unand.ac.id/index.php?show\\_detail?id=12399&keywords=](http://katalog.pustaka.unand.ac.id/index.php?show_detail?id=12399&keywords=)

Nasution, I. N. (2017). Hubungan Kontrol Diri Dengan Perilaku Sulit Tidur (Insomnia). *Psychopolytan : Jurnal Psikologi*, 1(1), Article 1.

Nazir, M. (2014). *Metode Penelitian*. Ghalia Indonesia.

Nevid, J. S., Rathus, S. A., & Greene, B. (2018). *Abnormal Psychology In A Changing World* (10th Edition). Pearson.

Ningsih, S., & Dukalang, H. H. (2019). Penerapan Metode Suksesif Interval Pada Analisis Regresi Linier Berganda. *Jambura Journal Of Mathematics*, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.34312/jjom.v1i1.1742>

Nofus, M., & Sutanta. (2018). Hubungan Tingkat Depresi Dengan Insomnia Pada Lanjut Usia Lebih Dari 60 Tahun. *Jurnal Kebidanan*, 116–126.  
<https://doi.org/10.35872/jurkeb.v10i02.284>

Oh, C.-M., Kim, H. Y., Na, H. K., Cho, K. H., & Chu, M. K. (2019). The Effect Of Anxiety And Depression On Sleep Quality Of Individuals With High Risk For Insomnia: A Population-Based Study. *Frontiers In Neurology*, 10, 849.  
<https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00849>

Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2018). *Abnormal Psychology* (Ninth Edition). Pearson.

Paramadiva, I. G. Y., Suadnyana, I. A. A., & Mayun, I. G. N. (2022a). Hubungan

- Antara Kualitas Tidur Dengan Fungsi Kognitif Pada Kelompok Lansia. *Jpp (Jurnal Kesehatan Poltekkes Palembang)*, 17(1), Article 1. <https://doi.org/10.36086/jpp.v17i1.1158>
- Paramadiva, I. G. Y., Suadnyana, I. A. A., & Mayun, I. G. N. (2022b). Hubungan Antara Kualitas Tidur Dengan Fungsi Kognitif Pada Kelompok Lansia Dharma Sentana Di Desa Batubulan Kangin Kecamatan Sukawati Gianyar. *Indonesian Journal Of Physiotherapy Research And Education*, 3(1), Article 1. <https://journal.aprtifi.org/index.php/ijopre/article/view/38>
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2019). Prevalence, Social And Health Correlates Of Insomnia Among Persons 15 Years And Older In Indonesia. *Psychology, Health & Medicine*, 24(6), 757–768. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1566621>
- Purnawinadi, I. G., & Baureh, M. A. (2019a). Hubungan Antara Jumlah Rokok Yang Di Konsumsi Dengan Insomnia Pada Orang Dewasa. *Nutrix Journal*, 3(1), Article 1. <https://doi.org/10.37771/nj.vol3.iss1.386>
- Purnawinadi, I. G., & Baureh, M. A. (2019b). Hubungan Antara Jumlah Rokok Yang Di Konsumsi Dengan Insomnia Pada Orang Dewasa. *Nutrix Journal*, 3(1), 29. <https://doi.org/10.37771/nj.vol3.iss1.386>
- Santrock, J. W. (2013). *Life-Span Development* (11th Edition). McGraw-Hill.
- Scullin, M. K., & Bliwise, D. L. (2015). Sleep, Cognition, And Normal Aging: Integrating A Half Century Of Multidisciplinary Research. *Perspectives On Psychological Science*, 10(1), 97–137. <https://doi.org/10.1177/1745691614556680>

- Siahaan, W. F., & Malinti, E. (2022). Hubungan Kebiasaan Merokok Dan Gangguan Pola Tidur Pada Remaja. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.37287/Jppp.V4i2.949>
- Sincihu, Y., Daeng, B., & Yola, P. (2018). The Relationship Anxiety With Degree Of Insomnia In The Elderly. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Wijaya Kusuma*, 7, 15. <https://doi.org/10.30742/Jikw.V7i1.91>
- Sleep Foundation. (2022). *Sleep Statistics—Facts And Data About Sleep 2022*. Sleep Foundation. <https://www.sleepfoundation.org/how-sleep-works/sleep-facts-statistics>
- Strauss, J., Witoelar, F., & Sikoki, B. (2016). *The Fifth Wave Of The Indonesia Family Life Survey: Overview And Field Report: Volume 1*. Rand Corporation. <https://doi.org/10.7249/Wr1143.1>
- Sugiyono, S. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif Dan R&D*. Alfabeta. <https://www.pdfdrive.com/prof-dr-sugiyono-metode-penelitian-kuantitatif-kualitatif-dan-rd-intro-e56379944.html>
- Sujarweni, W. (2014). *Spss Untuk Penelitian*. Pustaka Baru Press.
- Suwartono, C., Amiseso, C. P., & Handoyo, R. T. (2017). Uji Reliabilitas Dan Validitas Eksternal The Raven's Standard Progressive Matrices. *Humanitas*, 14(1), 1. <https://doi.org/10.26555/Humanitas.V14i1.5772>
- Tharida, M., Desreza, N., & . T. (2020). Hubungan Perilaku Merokok Dengan Gangguan Pola Tidur (Insomnia) Pada Dewasa Di Wilayah Kecamatan Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*, 6(2), 1112. <https://doi.org/10.33143/Jhtm.V6i2.1156>

- Tharida, M., Desreza, N., & Thursina. (2020). Hubungan Perilaku Merokok Dengan Gangguan Pola Tidur (Insomnia) Pada Dewasa Di Wilayah Kecamatan Ulee Kareng Kotamadya Banda Aceh. *Journal Of Healthcare Technology And Medicine*, 6(2), Article 2. <https://doi.org/10.33143/jhtm.v6i2.1156>
- The Recovery Village. (2022). *Insomnia Facts, Statistics, Prevalence, Diagnosis Criteria, Prognosis & More*. The Recovery Village Drug And Alcohol Rehab. <https://www.therecoveryvillage.com/mental-health/insomnia/insomnia-statistics/>
- Wulandari, A. A., Sekeon, S. A. S., & Asrifuddin, A. (2019). Hubungan Antara Kualitas Tidur Dan Kebiasaan Merokok Dengan Fungsi Kognitif Pada Mahasiswa Fakultas Teknik Universitas Sam Ratulangi. 8(7).
- Wulandari, T., & Trimawati, T. (2022a). Hubungan Insomnia Dengan Fungsi Kognitif Pada Siswa Sma Islam Sudirman Ambarawa. *Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 4. <https://doi.org/10.35473/proheallth.v4i1.1508>
- Wulandari, T., & Trimawati, T. (2022b). Hubungan Insomnia Dengan Fungsi Kognitif Pada Siswa Sma Islam Sudirman Ambarawa. *Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 4(1), Article 1. <https://doi.org/10.35473/proheallth.v4i1.1508>
- Yaffe, K., Barnes, D., Nevitt, M., Lui, L.-Y., & Covinsky, K. (2001). A Prospective Study Of Physical Activity And Cognitive Decline In Elderly Women: Women Who Walk. *Archives Of Internal Medicine*, 161(14), 1703. <https://doi.org/10.1001/archinte.161.14.1703>