

Hipersomnia: Diagnosis dan Tatalaksana Pendahuluan

Psikiatri • SKDI Hipersomnia

Course komprehensif tentang hipersomnia untuk dokter tingkat 3A: epidemiologi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, diagnosis banding, tatalaksana pendahuluan, dan kriteria rujukan spesialis neurologi/psikiatri.

Modul 1: Dasar-Dasar Hipersomnia

1.1 Definisi, Epidemiologi, dan Klasifikasi Hipersomnia

Hipersomnia adalah kantuk siang hari berlebihan (excessive daytime sleepiness/EDS) menetap yang mengganggu fungsi sosial, akademik, dan pekerjaan—bukan sekadar kelelahan. Di Indonesia gunakan ICD-11 sebagai acuan utama dengan penjabaran PDSKJI. ICSD-3-TR merinci Central Disorders of Hypersomnolence: (1) narkolepsi tipe 1 dengan katapleksi/defisiensi orexin; (2) narkolepsi tipe 2 tanpa katapleksi; (3) hipersomnia idiopatik (IH) dengan tidur malam panjang; (4) sindrom Kleine-Levin; (5) hipersomnia sekunder. DSM-5-TR tidak dipakai di Indonesia. Prevalensi IH 0,02–0,05%; narkolepsi tipe 1 onset 15–25 tahun, IH onset dekade kedua–keempat. Wanita lebih sering IH (rasio 2:1). Edukasi publik bahwa kantuk patologis adalah penyakit, bukan kemalasan, penting untuk menurunkan underdiagnosis.

Key takeaways: Gunakan ICD-11 di Indonesia; narkolepsi vs IH berbeda onset dan gambaran; edukasi publik kurangi stigma.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

1.2 Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi

Etiologi bergantung sub tipe. Narkolepsi tipe 1: autoimunitas sel T terhadap neuron orexin/hipokretin hipotalamus lateral, dipicu infeksi streptokok/H1N1, dengan faktor genetik HLA-DQB1*06:02. Penyebab sekunder: cedera otak traumatis, multiple sclerosis, lesi hipotalamus (sarkoidosis, neoplasma), hipotiroid, Cushing, opioid/dekstrometorfan/benzodiazepin/antihistamin generasi pertama. Patofisiologi inti: neuron orexin memproyeksikan sinyal bangun ke tuberomamilaris, lokus koeruleus, dan raphe. Kehilangan neuron orexin menyebabkan batas tidur-bangun tidak stabil, bermanifestasi sebagai EDS dan intrusi REM (katapleksi, sleep paralysis, hypnagogic hallucination). Pada IH: disregulasi Process S, peningkatan GABAergic liquor, dan disfungsi dopaminergik. Heritabilitas narkolepsi tipe 1 hingga 60% dengan penetrasi rendah.

Key takeaways: Autoimunitas orexin untuk narkolepsi tipe 1; IH multi-mekanisme; selalu skrining penyebab sekunder.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 2: Manifestasi Klinis dan Pendekatan Diagnosis

2.1 Gambaran Klinis, Anamnesis, dan Pemeriksaan Fisik

Gejala kardinal: EDS hampir setiap hari minimal 3 bulan. Narkolepsi tipe 1 ditandai katapleksi (kelemahan otot dipicu emosi tanpa kehilangan kesadaran), sleep paralysis, hypnagogic/hypnopompic hallucinations, dan tidur malam fragmenter. IH menampilkan tidur malam "e10–11 jam dengan rasa tidak segar. Anamnesis terstruktur: pola tidur 24 jam (sleep diary 1–2 minggu), riwayat katapleksi, penggunaan zat, gejala OSA (mendengkur, apneu saksi mata), komorbid medis, dampak fungsional. Instrumen: ESS (>10 = kantuk patologis) dan Swiss Narcolepsy Scale. Pemeriksaan fisik biasanya normal; bertujuan menyingkirkan sekunder (tanda hipotiroid, Cushing). STOP-BANG untuk skrining OSA. Red flags: katapleksi progresif, papilledema, defisit neurologis fokal, episode perilaku otomatis berbahaya, onset mendadak usia >50 tahun, gejala sistemik.

Key takeaways: Katapleksi patognomonik narkolepsi tipe 1; ESS skrining cepat; red flags = rujukan segera.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

2.2 Pemeriksaan Penunjang dan Diagnosis Banding

Tahap 3A bertujuan menyingkirkan penyebab sekunder dan menilai kebutuhan rujukan. Skrining laboratorium: TSH, fungsi hati, darah perifer, elektrolit, vitamin B12. Jika curiga OSA (STOP-BANG "e3), rujuk untuk polisomnografi (PSG) sebelum MSLT. MSLT: latensi tidur rata-rata "d8 menit dan "e2 SOREMPs menyokong narkolepsi. Oreksin liquor "d110 pg/mL sangat spesifik untuk narkolepsi tipe 1. MRI otak diindikasikan pada defisit neurologis fokal atau onset mendadak. Diagnosis banding utama: OSA, insomnia kronis, depresi mayor, penggunaan zat (opioid, benzodiazepin, ganja), hipotiroid, ME/CFS, gangguan ritme sirkadian. Algoritma 3A: (1) kenali hipersomnia; (2) skrining OSA/sebab sekunder; (3) sleep diary; (4) rujuk neurologi/bedah tidur bila kantuk berat atau sleep attack.

Key takeaways: PSG sebelum MSLT jika curiga OSA; oreksin liquor spesifik narkolepsi tipe 1; rujuk jika kantuk berat.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Modul 3: Tatalaksana dan Kriteria Rujukan

3.1 Tatalaksana Awal, Modifikasi Gaya Hidup, dan Keselamatan Berkendara

Tatalaksana 3A bersifat pendahuluan dan suportif: mengurangi risiko kecelakaan, mengendalikan gejala ringan, merujuk tepat waktu. Higiene tidur: jadwal 7,5–8 jam, bangun konsisten, hindari kafein setelah 14.00, hindari alkohol/latihan berat 3 jam sebelum tidur. Tidur siang 15–20 menit bermanfaat pada narkolepsi; pada IH atau narkolepsi tidak terkontrol, tidur siang berlebihan dapat memperburuk inersia tidur—individualisasi. Tatalaksana komorbiditas: skrining PHQ-9/GAD-7, terapi OSA dengan CPAP sebelum stimulan, koreksi hipotiroid/anemia. **PERINGATAN KESELAMATAN:** pasien hipersomnia **TIDAK BOLEH** mengemudi sampai diagnosis ditegakkan dan terapi optimal tercapai; pengemudi profesional wajib lapor dokter pekerjaan sesuai KEMENAKER.

Key takeaways: Higiene tidur + tatalaksana komorbid; Larangan mengemudi mutlak sampai terapi optimal.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.2 Terapi Farmakologis Tingkat Spesialis dan Kriteria Rujukan

Terapi farmakologis spesifik dimulai/diawasi spesialis neurologi atau kedokteran tidur. Dokter 3A tidak meresepan obat lini kedua; tugasnya merujuk dan memantau efek samping. Obat tersedia di Indonesia: modafinil (200–400 mg/hari, waspadai interaksi kontrasepsi hormonal) sebagai pilihan pertama. Methylphenidate (10–60 mg/hari) tersedia dengan regulasi psikotropika; dextroamphetamine **TIDAK** tersedia resmi di Indonesia. Sodium oxybate, pitolisant, solriamfetol belum tersedia luas dan domain spesialis. Pada IH, bukti farmakologis lebih lemah, modafinil tetap pilihan utama. Peran dokter 3A: gatekeeper—tatalaksana suportif, evaluasi OSA, rujuk MSLT, pantau kepatuhan dan efek samping (sakit kepala, mual, hipertensi, potensi penyalahgunaan), skrining depresi/kecemasan. Kolaborasi psikiatri dan kardiologi.

Key takeaways: 3A = gatekeeper; modafinil lini pertama tersedia; obat lain domain spesialis.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

3.3 Tabel Kriteria Rujukan

Tabel rujukan praktis dokter 3A: (1) Curiga narkolepsi tipe 1 dengan katapleksi !' rujuk segera neurologi/kedokteran tidur; (2) Kantuk berat tanpa katapleksi, ESS >10 dan sleep attack !' rujuk PSG/MSLT; (3) Curiga OSA (STOP-BANG "e3, mendengkur, BMI tinggi) !' rujuk PSG/

CPAP; (4) Onset mendadak usia >50 tahun atau defisit neurologis fokal !' rujuk neurologi untuk MRI; (5) Hipersomnia kehamilan persisten !' rujuk neurologi + obstetri; (6) Depresi berat/comorbiditas psikiatri mayor !' rujuk psikiatri; (7) Curiga penggunaan zat/opioid kronis !' rujuk psikiatri + rehabilitasi; (8) Kegagalan tatalaksana suportif 4–6 minggu !' rujuk evaluasi lanjut. Pasien WAJIB dilarang mengemudi sampai diagnosis dan terapi optimal tercapai.

Key takeaways: 8 kriteria rujukan jelas; kombinasi red flags + kegagalan terapi = rujuk; larangan mengemudi tetap.

> Disclaimer: Informasi ini untuk tujuan pendidikan. Selalu verifikasi dengan pedoman klinis terkini.

Daftar Pustaka / Referensi

1. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI). Panduan Praktik Klinis: Gangguan Tidur dalam Klasifikasi ICD-11. PDSKJI, Jakarta (2022).
2. World Health Organization. International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11). WHO, Geneva (2022).
3. European Sleep Research Society. European guideline for the diagnosis of central disorders of hypersomnolence. *Sleep Medicine Reviews* (2020).
4. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders – Third Edition, Text Revision (ICSD-3-TR). AASM, Darien, IL (2023).
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR). APA Publishing, Washington, DC (2022).
6. Kryger MH, Roth T, Goldstein CA, Dement WC. Principles and Practice of Sleep Medicine, 7th Edition. Elsevier, Philadelphia (2022).
7. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, 5th Edition. Cambridge University Press (2021).
8. Trotti LM. Central disorders of hypersomnolence. *Continuum (Minneapolis)* (2020).
9. Billiard M, Sonka K. Idiopathic hypersomnia: Historical review, current status, and future directions. *Sleep Medicine Reviews* (2016).
10. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Formularium Nasional dan regulasi peresepan obat psikotropika. Kemenkes RI (2023).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.