

Tic Transien pada Anak: Dari Diagnosis hingga Rujukan

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif tentang gangguan tic transien (F95.0) sesuai SKDI level 3A. Meliputi definisi, epidemiologi, patofisiologi, diagnosis banding, tatalaksana awal di layanan primer, serta indikasi rujukan ke spesialis.

Modul 1: Dasar-Dasar Gangguan Tic Transien

1.1 Definisi, Epidemiologi, dan Klasifikasi Gangguan Tic

Definisi Gangguan Tic Transien

Gangguan tic transien (Transient Tic Disorder) menurut ICD-10 kode F95.0 adalah kondisi neurologis yang ditandai oleh adanya tic motorik dan/atau vokal yang berlangsung singkat, dengan durasi total tidak lebih dari 12 bulan, dengan onset sebelum usia 18 tahun. Tic sendiri didefinisikan sebagai gerakan motorik atau vokalisasi yang terjadi tiba-tiba, cepat, berulang, non-ritmik, dan tanpa tujuan yang jelas. Penting untuk dipahami bahwa tic bukanlah kebiasaan sukarela murni, melainkan berada pada spektrum antara volunter dan involunter—penderita dapat merasakan premonitory urge (dorongan pendahulu) yang mereda sesaat setelah tic dikeluarkan.

Epidemiologi

Tic transien merupakan salah satu gangguan neuropsikiatri tersering pada anak. Prevalensi di populasi anak usia sekolah berkisar 5–24%, dengan puncak onset pada usia 5–7 tahun. Rasio prevalensi antara anak laki-laki dan perempuan sekitar 3–4 banding 1, menunjukkan dominasi jenis kelamin laki-laki yang konsisten. Studi kohort menunjukkan bahwa sebagian besar kasus tic transien akan mengalami remisi spontan dalam beberapa bulan hingga satu tahun, namun sekitar 20–30% kasus dapat berlanjut menjadi gangguan tic kronis atau sindrom Tourette.

Klasifikasi

Berdasarkan DSM-5, gangguan tic diklasifikasikan menjadi: (1) Provisional Tic Disorder (sebelumnya disebut transient tic disorder, durasi <1 tahun), (2) Persistent (Chronic) Motor atau Vocal Tic Disorder (durasi >1 tahun), dan (3) Tourette's Disorder (kombinasi tic motorik dan vokal selama >1 tahun). Perbedaan utama antara tic transien dengan gangguan tic lainnya adalah durasi yang kurang dari 12 bulan serta tidak harus melibatkan multiplikasi atau jenis campuran.

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

1.2 Etiologi, Faktor Risiko, dan Patofisiologi

Etiologi dan Faktor Risiko

Etiologi gangguan tic transien bersifat multifaktorial, melibatkan interaksi kompleks antara faktor genetik, neurobiologis, dan lingkungan. Faktor genetik berperan kuat; riwayat keluarga dengan gangguan tic atau sindrom Tourette meningkatkan risiko hingga 8–10 kali lipat. Studi kembar menunjukkan heritabilitas mencapai 50–70%. Namun demikian, pada kasus tic transien yang belum memenuhi kriteria Tourette, kontribusi genetik tampak lebih ringan.

Faktor risiko lingkungan meliputi: stres psikososial (perpindahan sekolah, perceraian orang tua, kelahiran saudara), infeksi streptokokus (mekanisme autoimun yang kontroversial), penggunaan obat psikostimulan (seperti metilfenidat pada ADHD), serta paparan zat atau kurang tidur. Periode kritis onset tic terjadi saat anak memasuki usia sekolah dasar, ketika tuntutan sosial-akademik meningkat.

Patofisiologi

Patofisiologi gangguan tic belum sepenuhnya dipahami, namun bukti neuroimaging dan studi neurokimia menunjukkan disregulasi pada sirkuit kortiko-striato-talamo-kortikal (CSTC). Hipotesis utama menyebutkan adanya hipersensitivitas dopaminergik pada ganglia basalis, khususnya nukleus kaudatus dan putamen, yang menurunkan ambang batas eksitasi motorik. Kadar dopamin di sistem nigrostriatal dan mesokortikal yang berlebihan atau reseptor D2 yang hipersensitif dianggap berperan.

Selain dopamin, neurotransmitter lain seperti serotonin, GABA, dan noradrenalin juga turut terlibat dalam modulasi ekspresi tic. Disfungsi sistem inhibitor korteks prefrontal menyebabkan kegagalan dalam menekan aktivitas motorik yang seharusnya dihambat, sehingga tic muncul sebagai pelepasan gerakan yang tidak terkontrol. Pemahaman ini mendasari pemilihan terapi farmakologis yang menargetkan sistem dopaminergik.

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

Modul 2: Manifestasi Klinis dan Tatalaksana Awal

2.1 Manifestasi Klinis dan Perjalanan Penyakit

Spektrum Manifestasi Klinis

Tic transien dapat bermanifestasi sebagai tic motorik sederhana, tic motorik kompleks, tic vokal sederhana, atau tic vokal kompleks. Tic motorik sederhana yang paling sering dijumpai pada anak meliputi: kedipan mata (eye blinking), mengerutkan dahi, mengangkat bahu (shoulder shrugging), serta gerakan kepala tiba-tiba. Tic vokal sederhana berupa throat clearing, mendengus, atau menghembuskan napas keras. Bentuk kompleks seperti kombinasi gerakan wajah atau perubahan nada bicara lebih jarang pada tic transien murni.

Karakteristik Khas Tic

Beberapa karakteristik penting yang membedakan tic dari gerakan abnormal lain: (1) muncul secara tiba-tiba tanpa konteks tujuan, (2) berulang dalam pola yang mirip, (3) dapat sementara ditekan (suppressibility) dengan upaya sadar, (4) seringkali didahului oleh sensasi pendahulu (premonitory urge) seperti rasa tidak nyaman atau tegang yang mereda setelah tic, dan (5) intensitasnya berfluktuasi (waxing and waning), memburuk saat stres, kelelahan, atau rangsangan sensorik berlebihan.

Perjalanan Penyakit

Onset tic transien biasanya terjadi pada usia 4–7 tahun. Perjalanan penyakit bersifat dinamis—tic dapat memburuk selama periode stres, berkurang saat liburan, dan berubah jenisnya dari waktu ke waktu. Sebagai contoh, anak yang awalnya mengalami kedipan mata dapat berganti menjadi shoulder shrugging setelah beberapa minggu. Remisi spontan terjadi pada 50–70% kasus dalam satu tahun pertama sejak onset. Anak dengan onset lebih awal, riwayat keluarga positif, atau komorbiditas seperti ADHD memiliki risiko lebih tinggi untuk berlanjut menjadi gangguan tic kronis.

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

2.2 Diagnosis dan Penilaian Klinis

Pendekatan Diagnosis di Layanan Primer

Diagnosis tic transien ditegakkan secara klinis melalui anamnesis yang cermat dan pemeriksaan fisik, tanpa memerlukan pemeriksaan penunjang rutin. Kriteria diagnostik berdasarkan ICD-10 F95.0 meliputi: (1) tic motorik dan/atau vokal tunggal atau multipel, (2) durasi total tidak melebihi 12 bulan, (3) onset sebelum usia 18 tahun, dan (4) tidak disebabkan oleh penggunaan substansi atau kondisi medis lain.

Anamnesis Terstruktur

Anamnesis harus mencakup: onset dan durasi tic, jenis dan lokasi tic, frekuensi harian, faktor pencetus (stres, kurang tidur, menonton layar berlebihan), kemampuan suppression,

ada tidaknya premonitory urge, riwayat prenatal dan perinatal, riwayat perkembangan, serta riwayat keluarga dengan gangguan tic, ADHD, atau OCD. Wawancara dengan orang tua menggunakan kuesioner terstruktur seperti Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) dapat membantu objektifikasi keparahan.

Pemeriksaan Fisik dan Penunjang

Pemeriksaan fisik neurologis umumnya normal pada tic transien. Penyimpangan neurologis seperti distonia, ataksia, atau kelemahan motorik harus mengarah pada evaluasi lebih lanjut. Pemeriksaan penunjang seperti EEG atau MRI otak tidak rutin diindikasikan kecuali ada red flags: onset mendadak pada usia yang tidak lazim, progresivitas cepat, atau tanda neurologis fokal. Skrining komorbiditas (ADHD, OCD, ansietas) wajib dilakukan karena prevalensinya tinggi.

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

2.3 Tatalaksana Awal di Layanan Primer

Prinsip Tatalaksana

Tatalaksana tic transien di layanan primer berfokus pada reassurance, edukasi, dan modifikasi lingkungan, mengingat sebagian besar kasus bersifat self-limiting. Intervensi farmakologis jarang diperlukan pada tingkat layanan primer, dan merupakan ranah spesialis jika gejala persisten atau berat.

Edukasi dan Psikoedukasi

Langkah pertama dan terpenting adalah memberikan penjelasan kepada orang tua dan anak bahwa tic transien adalah kondisi yang umum, bukan tanda penyakit serius, dan cenderung membaik sendiri. Edukasi mencakup penjelasan bahwa tic memburuk dengan stres dan kelelahan, sehingga orang tua diminta untuk tidak terus-menerus meminta anak berhenti melakukan tic (justru memperburuk kecemasan). Pendekatan disebut 'habit reversal training' secara ringan: anak diajarkan mengenali premonitory urge dan menggantinya dengan gerakan kompensasi.

Modifikasi Gaya Hidup

Tidur cukup 9–11 jam per hari untuk anak sekolah, pengurangan screen time, olahraga teratur, dan teknik relaksasi seperti pernapasan diafragma dapat menurunkan intensitas tic. Menghindari konsumsi kafein, minuman energi, dan stimulan lain juga direkomendasikan.

Farmakoterapi

Pada level 3A, dokter layanan primer tidak memulai terapi farmakologis spesifik untuk tic, melainkan menangani komorbiditas yang ada. Misalnya, jika ADHD menyertai, perilaku menjadi lebih sulit—diskusi dengan supervisor mengenai timing penggunaan metilfenidat diperlukan karena stimulan α -N dapat memperburuk tic pada sebagian anak. Bila diperlukan, rujukan untuk pertimbangan terapi dengan α -2 agonis (klonidin) atau antipsikotik atipikal (aripiprazol) sesuai panduan PERDOSSI.

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

Modul 3: Kasus Klinis dan Indikasi Rujukan

3.1 Diagnosis Banding dan Komorbiditas

Diagnosis Banding

Beberapa kondisi perlu dibedakan dari tic transien. (1) Chorea (penyakit Huntington, chorea Sydenham): gerakan tidak bertujuan ireguler, melibatkan proksimal dan distal, tanpa premonitory urge. (2) Distonia: kontraksi otot berkepanjangan menyebabkan postur abnormal, berbeda dengan gerakan tic yang singkat. (3) Miopati atau kejang: perlu dibedakan dari tic vokal yang menyerupai suara tertahan. (4) Habit disorder seperti nail biting: lebih bersifat volunter dan tidak ada premonitory urge. (5) Stereotipi pada autisme: gerakan berulang yang konsisten, ritmis, tidak berkurang saat distraksi. (6) Myoclonus: gerakan seperti tersentak listrik, tanpa kemampuan suppression.

Komorbiditas Neuropsikiatri

Sekitar 50–60% anak dengan gangguan tic memiliki komorbiditas psikiatri. ADHD merupakan komorbiditas tersering (50–60%), diikuti oleh OCD (30–50%), gangguan ansietas (20–30%), dan gangguan mood. Komorbiditas ini sering kali lebih mengganggu fungsi anak daripada tic itu sendiri—misalnya kesulitan belajar pada ADHD dengan tic memerlukan penanganan simultan.

Implikasi Klinis

Identifikasi komorbiditas penting karena memengaruhi rencana tatalaksana dan prognosis. Anak dengan tic transien tanpa komorbiditas umumnya memiliki prognosis sangat baik, sedangkan yang memiliki komorbiditas multipel berisiko berlanjut. Dokter layanan primer berperan melakukan skrining awal menggunakan instrumen seperti SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) atau Vanderbilt Assessment Scale untuk ADHD.

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

3.2 Kapan Merujuk, Prognosis, dan Edukasi Keluarga

Indikasi Rujukan ke Spesialis

Dokter layanan primer perlu merujuk pasien ke dokter spesialis saraf atau psikiatri anak jika memenuhi salah satu kriteria berikut: (1) tic berlangsung lebih dari 12 bulan, (2) intensitas tic sangat berat sehingga mengganggu fungsi sosial, akademik, atau aktivitas harian, (3) terdapat komorbiditas psikiatri signifikan (ADHD berat, OCD, depresi), (4) onset pada usia yang tidak lazim (di bawah 3 tahun atau setelah pubertas), (5) gejala neurologis tambahan yang tidak dapat dijelaskan oleh tic sederhana, (6) kegagalan respons terhadap tatalaksana konservatif, atau (7) kecurigaan gangguan tic sekunder akibat obat atau kondisi medis lain.

Prognosis

Prognosis tic transien secara umum sangat baik. Studi prospektif menunjukkan bahwa 50–

70% anak mengalami remisi lengkap dalam satu tahun. Faktor prognosis buruk meliputi: onset sebelum usia 6 tahun, jenis tic kompleks, komorbiditas ADHD/OCD, riwayat keluarga dengan sindrom Tourette, dan tingkat stres lingkungan yang tinggi. Anak dengan faktor risiko tersebut memerlukan monitoring ketat dan rujukan lebih awal.

Edukasi Berkelanjutan untuk Keluarga

Edukasi keluarga merupakan pilar tatalaksana jangka panjang. Orang tua perlu memahami bahwa menghukum anak karena tic tidak efektif dan justru memperburuk gejala. Diskusi terbuka di keluarga, menghindari labelisasi, serta menciptakan lingkungan suportif sangat membantu. Dokter layanan primer juga berperan memantau perkembangan sekolah anak, melakukan skrining ulang komorbiditas secara berkala, dan memastikan tindak lanjut ke spesialis bila diperlukan. Follow-up rutin setiap 1–3 bulan pada fase awal, lalu perpanjangan interval jika stabil.

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

3.3 Studi Kasus: Pendekatan Holistik Anak dengan Tic Transien

Vignette Kasus

Seorang anak laki-laki usia 6 tahun dibawa ibunya ke puskesmas karena keluhan sering berkedip dan mengangkat bahu sejak 2 bulan terakhir, terutama saat menonton televisi dan menjelang ujian sekolah. Gejala memberat dalam 2 minggu terakhir, termasuk suara 'hmm' yang keluar tanpa sadar. Tidak ada riwayat trauma kepala, kejang, atau penurunan kesadaran. Anak sulit berkonsentrasi di kelas menurut guru. Riwayat ayah memiliki kebiasaan gerakan wajah saat kecil yang hilang saat remaja. Pemeriksaan neurologis dalam batas normal.

Pendekatan Klinis

Pada kasus ini, dokter layanan primer perlu: (1) melakukan anamnesis lengkap termasuk penilaian premonitory urge, kemampuan suppression, dan faktor pencetus, (2) menyaring komorbiditas ADHD menggunakan kuesioner Vanderbilt yang diberikan kepada orang tua dan guru, (3) menilai dampak fungsional di sekolah dan rumah, (4) memberikan edukasi kepada orang tua bahwa ini kemungkinan besar tic transien dengan prognosis baik, (5) mengajarkan teknik relaksasi sederhana dan modifikasi gaya hidup.

Rencana Tatalaksana

Lakukan tatalaksana konservatif selama 2–3 bulan dengan monitoring ketat. Jika gejala menetap di bawah 12 bulan dan tidak mengganggu fungsi, observasi dilanjutkan. Namun bila muncul kecurigaan ADHD yang signifikan atau tic memberat hingga mengganggu pergaulan, rujuk ke dokter spesialis saraf anak atau psikiatri anak untuk evaluasi lebih lanjut dan kemungkinan terapi farmakologis.

Pembelajaran Kunci

Kasus ini mengilustrasikan pentingnya penilaian menyeluruh yang mencakup tic dan

kemungkinan komorbiditasnya. Dokter layanan primer berperan sebagai gatekeeper yang memberikan reassurance, melakukan skrining, dan menentukan timing rujukan yang tepat sesuai level kompetensi 3A.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Publishing (2013). doi:10.1176/appi.books.9780890425596
2. World Health Organization. International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10): F95 Tic Disorders. WHO (1992).
3. Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI). Pedoman Tatalaksana Gangguan Movement pada Anak. PERDOSSI (2019).
4. Walkup JT, Mink JW, Storch EA. Tic Disorders in Children and Adolescents. Springer (2018).
5. Julien Elowe, Julie Romain, Alessandra Solida, Philippe Conus, Philippe Golay. Dynamics between insight and medication adherence in first-episode psychosis: Study of 3-year trajectories. European Psychiatry (2022). doi:10.1192/j.eurpsy.2022.2305
6. Yoshitaka Aoki, Heidi W. Brown, Linda Brubaker, Jean Nicolas Cornu, J. Oliver Daly, Rufus Cartwright. Correction: Urinary incontinence in women. Nature Reviews Disease Primers (2017). doi:10.1038/nrdp.2017.97
7. Black KJ, Black ER, Greene DJ, Schlaggar NL. Provisional Tic Disorder: What to Tell Parents When Their Child First Starts Ticking. F1000Research (2020).
8. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 11th Edition. Wolters Kluwer (2015).

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.