

Insomnia: Diagnosis dan Tatalaksana di Layanan Primer

Psikiatri • SKDI 4A

Course komprehensif tentang insomnia untuk dokter umum: patofisiologi tidur, klasifikasi, pendekatan diagnosis, tatalaksana non-farmakologi (CBT-I) dan farmakologi, komplikasi, serta indikasi rujukan sesuai SKDI 4A.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Insomnia

1.1 Definisi, Epidemiologi, dan Klasifikasi Insomnia

Insomnia adalah gangguan tidur yang ditandai kesulitan memulai tidur (sleep onset insomnia), mempertahankan tidur (sleep maintenance insomnia), atau bangun terlalu pagi tanpa dapat tidur kembali (early morning awakening), disertai gangguan fungsi siang hari. Berdasarkan DSM-5 dan ICSD-3, diagnosis insomnia disorder memerlukan keluhan minimal 3 malam per minggu selama minimal 3 bulan, menyebabkan distress (penderitaan subjektif) atau gangguan fungsi sosial-pekerjaan, dan terjadi meskipun ada kesempatan tidur cukup. Tidur tidak menyegarkan (non-restorative sleep) termasuk dalam spektrum insomnia.

Prevalensi gejala insomnia pada dewasa 30–45%, insomnia kronis 10–15%. Riskesdas 2018 melaporkan prevalensi gangguan tidur usia >15 tahun di Indonesia mencapai 9,5%. Perempuan 1,5–2 kali lebih rentan. Insomnia meningkat pada lansia, pekerja shift, dan kelompok sosioekonomi rendah.

Klasifikasi: (1) transien (<1 minggu); (2) jangka pendek (1 minggu–3 bulan); (3) kronis (>3 bulan). Berdasarkan etiologi: primer dan komorbid. Konsep insomnia 'sekunder' ditinggalkan karena hubungan dua arah (bidirectional) dengan komorbidnya.

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

1.2 Etiologi dan Faktor Risiko

Etiologi insomnia dipahami melalui model 3P Spielman: (1) Faktor predisposisi (predisposing) — hiperaktivitas saraf otonom, riwayat gangguan tidur keluarga, kepribadian perfeksionis, atau kecenderungan ansietas bawaan (trait anxiety); (2) Faktor pencetus (precipitating) — stresor akut seperti masalah pekerjaan, konflik keluarga, kehilangan, atau perubahan jadwal; (3) Faktor pemeliharaan (perpetuating) — waktu tidur tidak konsisten, waktu di tempat tidur berlebihan, tidur siang berlebihan, dan kekhawatiran berlebihan terhadap tidur (sleep-related worry).

Faktor risiko medis: nyeri kronis (arthritis, low back pain, fibromialgia), asma/PPOK, gagal jantung, refluks gastroesofageal (GERD), hipertiroid, kanker, serta apnea tidur obstruktif (OSA) yang tidak terdiagnosis.

Faktor obat: kafein, alkohol, nikotin, dekonjestan, kortikosteroid, antidepresan SSRI/SNRI, stimulan, dan diuretik.

Faktor psikososial: depresi, gangguan kecemasan, PTSD, fluktuasi hormonal pada perempuan, serta gaya hidup modern seperti paparan cahaya biru (blue light) dari gadget,

kurangnya cahaya matahari pagi, dan kerja shift malam.

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

1.3 Patofisiologi Tidur Normal dan Insomnia

Tidur normal terdiri dari fase NREM (N1, N2, N3) dan REM. Proporsi normal: N1 5%, N2 mencakup 45–55%, N3 (tidur dalam/slow wave sleep) 15–25%, dan REM 20–25% dari total waktu tidur. Satu siklus berlangsung 90–110 menit, berulang 4–6 kali per malam.

Regulasi tidur: (1) Process S — akumulasi dorongan tidur (sleep pressure) sepanjang hari; (2) Process C — irama sirkadian ~24 jam yang diatur nukleus suprakiasmatikus hipotalamus, dipengaruhi cahaya dan melatonin.

Neurotransmitter yang berperan: GABA dan glisin mempromosikan tidur; serotonin mempromosikan NREM; norepinefrin, histamin, asetilkolin, dan orexin mempromosikan kewaspadaan. Defisiensi orexin menyebabkan narkolepsi.

Inti patofisiologi insomnia kronis adalah hiperarousal 24 jam: peningkatan metabolisme otak, aktivitas simpatik, kortisol malam, dan gelombang beta EEG saat tidur. Hal ini memicu siklus maladaptif: kurang tidur !' kelelahan !' waktu di tempat tidur berlebih !' efisiensi tidur menurun !' frustrasi !' arousal terkondisi.

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

Modul 2: Pendekatan Diagnosis Klinis

2.1 Manifestasi Klinis dan Anamnesis

Manifestasi insomnia terbagi gejala nokturnal dan siang hari. Gejala malam: latensi onset tidur >30 menit, sering terbangun (sleep fragmentation), bangun terlalu pagi (early morning awakening), tidur tidak menyegarkan. Gejala siang: kelelahan, iritabilitas, gangguan konsentrasi dan memori, kantuk berlebihan, sakit kepala tegang, gejala gastrointestinal, serta kecemasan terhadap tidur.

Anamnesis komprehensif mencakup: pola tidur, jadwal tidur-bangun hari kerja vs libur (social jet lag), kebiasaan sebelum tidur, lingkungan tidur, riwayat komorbid, penggunaan obat dan zat, serta riwayat keluarga.

Instrumen skrining: Insomnia Severity Index (ISI, skor 0–28; ≥15 insomnia sedang-berat), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS, >10 kantuk patologis), dan sleep diary 1–2 minggu.

Tanda bahaya (red flags): pikiran untuk bunuh diri atau menyakiti diri sendiri, gejala psikotik, penggunaan zat signifikan, kantuk saat mengemudi, dan jatuh saat bangun. Skrining depresi (PHQ-9) dan kecemasan (GAD-7) wajib dilakukan karena prevalensinya tinggi.

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

2.2 Diagnosis dan Pemeriksaan Penunjang

Diagnosis insomnia bersifat klinis berdasarkan kriteria DSM-5 atau ICSD-3. Kriteria DSM-5: (A) ketidakpuasan terhadap kualitas/kuantitas tidur; (B) menyebabkan distress atau gangguan fungsi; (C) minimal 3 malam/minggu selama ≥3 bulan; (D) terjadi meski ada kesempatan tidur cukup; (E) tidak dijelaskan gangguan tidur lain; (F) bukan efek zat atau kondisi medis. ICSD-3 mengelompokkan insomnia menjadi kronis, jangka pendek, dan lain-lain.

Pemeriksaan fisik terarah menyingkirkan penyebab organik: tanda vital, BMI, tiroid, jalan napas atas (skor Mallampati, ukuran tonsil) untuk deteksi OSA, dan neurologis dasar.

Laboratorium sesuai indikasi: darah lengkap, TSH, glukosa darah, elektrolit, fungsi ginjal dan hati.

Pemeriksaan khusus: aktigrafi 1–2 minggu untuk gangguan ritme sirkadian; polisomnografi (PSG) bila curiga OSA, PLMD, parasomnia, atau narkolepsi.

Algoritma diagnosis layanan primer: (1) anamnesis + sleep diary; (2) ISI + PHQ-9/GAD-7;

(3) pemeriksaan fisik terarah; (4) laboratorium atas indikasi; (5) rujukan jika curiga gangguan organik atau gagal tata laksana lini pertama.

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

2.3 Diagnosis Banding dan Komorbiditas

Diagnosis banding utama: (1) OSA — mendengkur keras, tersedak saat tidur, kantuk siang (skrining STOP-BANG); (2) Restless Legs Syndrome (RLS) — sensasi tidak nyaman di ekstremitas saat istirahat, membaik dengan gerakan, predominan malam hari; (3) Periodic Limb Movement Disorder (PLMD); (4) Gangguan ritme sirkadian — delayed/advanced sleep phase, jet lag, shift work disorder; (5) Parasomnia — sleepwalking, sleep terrors, REM behavior disorder.

Komorbiditas psikiatri bersifat dua arah (bidirectional). Sekitar 50% pasien insomnia memiliki gangguan mood, 30–40% gangguan kecemasan, 20–30% PTSD. Insomnia merupakan faktor risiko independen untuk depresi.

Komorbiditas medis: nyeri kronis, kanker, penyakit kardiovaskular, gangguan gastrointestinal (GERD, sindrom iritasi usus besar), gangguan neurologis (Parkinson, stroke, demensia), dan gangguan endokrin (hipertiroid, diabetes). Insomnia kehamilan terjadi pada 50–80% wanita terutama trimester ketiga.

Tata laksana komorbid saja tidak selalu menyelesaikan insomnia; pendekatan terintegrasi memberikan hasil terbaik.

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

Modul 3: Modul 3: Tatalaksana dan Aplikasi Klinis

3.1 Tatalaksana Non-Farmakologi

Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia (CBT-I) adalah lini pertama tata laksana insomnia kronis menurut American College of Physicians (2016) dan European Sleep Research Society (2017), dengan ukuran efek besar dan manfaat jangka panjang yang persisten.

Lima komponen CBT-I: (1) Terapi kognitif — restrukturisasi pikiran maladaptif; (2) Edukasi sleep hygiene; (3) Kontrol stimulus — tempat tidur hanya untuk tidur, bangun jika tidak tidur dalam 20 menit, jam bangun konsisten; (4) Restriksi tidur — batasi waktu di tempat tidur sesuai total tidur aktual untuk efisiensi tidur >85%; (5) Relaksasi — relaksasi otot progresif, mindfulness, teknik pernapasan 4-7-8.

Sleep hygiene: jadwal konsisten, hindari tidur siang >30 menit, kafein 6 jam sebelum tidur, alkohol 3 jam sebelum tidur, olahraga tidak dalam 4 jam sebelum tidur, lingkungan gelap-sejuk-tenang, batasi cahaya biru (blue light) 1–2 jam sebelum tidur.

Dokter umum dapat mengajarkan elemen dasar CBT-I dalam 4–6 sesi kunjungan. dCBT-I (digital) berbasis bukti merupakan opsi pada daerah dengan keterbatasan akses psikolog.

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

3.2 Tatalaksana Farmakologi

Farmakoterapi digunakan sebagai terapi jangka pendek (maksimal 2–4 minggu) atau intermiten, dikombinasikan dengan CBT-I. Prinsip: dosis efektif terendah, evaluasi 1–2 minggu, hentikan bertahap (taper), hindari kombinasi dua hipnotik, edukasi risiko toleransi dan ketergantungan.

Sesuai Fornas dan pedoman PDSKJI untuk dokter umum: (1) Benzodiazepin — lorazepam 0,5–2 mg, oxazepam 10–15 mg. Hindari pada lansia (kriteria Beers); (2) Trazodone 25–100 mg, 30–60 menit sebelum tidur; dosis >100 mg jarang diperlukan untuk insomnia murni dan berisiko hipotensi ortostatik; (3) Amitriptyline 10–25 mg untuk insomnia dengan nyeri kronis; (4) Mirtazapine 7,5–15 mg untuk lansia dengan nafsu makan menurun; (5) Melatonin 0,5–3 mg, 30–60 menit sebelum tidur, untuk gangguan ritme sirkadian dan lansia.

Zolpidem 5–10 mg (5 mg untuk >65 tahun): diminum segera sebelum tidur, maksimal 1 dosis per malam, bukan saat bangun malam. Kontraindikasi absolut: riwayat complex sleep behavior (sleepwalking, sleep-driving, sleep-eating). Peringatan FDA: hindari kombinasi alkohol. Penggunaan >4 minggu tidak direkomendasikan.

Difenhidramin tidak direkomendasikan pada lansia karena efek antikolinergik.

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

3.3 Komplikasi, Prognosis, dan Indikasi Rujukan

Komplikasi jangka pendek: kelelahan, penurunan konsentrasi, peningkatan risiko kecelakaan, dan penurunan produktivitas. Komplikasi jangka panjang: gangguan psikiatri (depresi, kecemasan, penyalahgunaan zat, risiko bunuh diri), kardiovaskular (hipertensi, PJK, stroke), metabolik (obesitas, diabetes tipe 2), penurunan imunitas, serta gangguan kognitif dan demensia pada lansia.

Prognosis: insomnia transien umumnya beresolusi spontan. Insomnia kronis tanpa tata laksana optimal: 70% masih bergejala pada 1 tahun, 50% pada 3 tahun. Faktor prognosis buruk: durasi panjang sebelum intervensi, komorbid psikiatri, penggunaan alkohol/hipnotik kronis.

Indikasi rujukan: kegagalan tata laksana lini pertama 4–6 minggu; curiga OSA/PLMD/gangguan organik; komorbid psikiatri berat (depresi mayor dengan pikiran bunuh diri, gangguan bipolar, psikosis, PTSD berat); penyalahgunaan zat; pertimbangan tapering benzodiazepin kronis; insomnia pada kehamilan dengan komplikasi; serta anak/remaja dengan insomnia persisten.

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

3.4 Algoritma Tatalaksana, Edukasi Pasien, dan Dokumentasi Klinis

Algoritma tata laksana dokter umum: (1) Konfirmasi diagnosis dengan anamnesis, sleep diary 1–2 minggu, dan ISI; (2) Skrining komorbid dengan PHQ-9 dan GAD-7; (3) Inisiasi CBT-I lini pertama selama 4–6 minggu; (4) Jika respons parsial, tambahkan farmakoterapi jangka pendek sesuai Fornas; (5) Evaluasi respons 1–2 minggu; (6) Jika gagal 4–6 minggu, rujuk; (7) Tapering obat dan lanjutkan CBT-I.

Edukasi pasien: jelaskan bahwa insomnia adalah kondisi nyata yang dapat ditangani, pentingnya sleep hygiene, dan bahaya penggunaan benzodiazepin jangka panjang. Tetapkan ekspektasi realistis (perbaikan 2–4 minggu).

Dokumentasi klinis: catat skor ISI awal dan lanjutan, sleep diary, skor PHQ-9/GAD-7, rencana tata laksana, edukasi yang diberikan, dan informed consent untuk obat hipnotik. Gunakan format SOAP untuk konsistensi.

Follow-up jangka panjang: 2 minggu evaluasi respons, 4–6 minggu penilaian efektivitas, 3 bulan evaluasi pemeliharaan, 6 bulan untuk deteksi relaps atau komorbid baru. Rujuk bila ditemukan red flags.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. Qaseem A, Kansagara D, Forciea MA, Cooke M, Denberg TD. Management of Chronic Insomnia Disorder in Adults: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* (2016).
2. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al.. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *Journal of Clinical Sleep Medicine* (2017).
3. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine* (2017).
4. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI). Pedoman Tatalaksana Gangguan Tidur dalam Praktik Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia. PDSKJI, Jakarta (2019).
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Formularium Nasional Indonesia. Kemenkes RI, Jakarta (2023).
6. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders – Third Edition (ICSD-3). AASM, Darien IL (2014).
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). APA, Washington DC (2013).
8. Morin CM, Benca R. Chronic insomnia. *The Lancet* (2012).
9. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine* (2001).
10. Kementerian Kesehatan RI. Laporan Nasional Riskesdas 2018. Badan Litbangkes Kemenkes RI (2018).

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.