

Gangguan Bipolar: Episode Manik (Tatalaksana Tingkat Layanan 3A)

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif tentang tatalaksana gangguan bipolar episode manik di tingkat layanan 3A: pengenalan klinis, diagnosis, tata laksana pendahuluan, hingga indikasi rujukan psikiatri.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Gangguan Bipolar dan Episode Manik

1.1 Definisi, Epidemiologi, dan Etiologi Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar (F31 ICD-10) adalah gangguan jiwa kronis dengan pergeseran mood berulang: episode manik, hipomanik, dan depresi mayor. Episode manik adalah fase paling sering menjadi pintu masuk layanan dan alasan rawat inap. Prevalensi seumur hidup bipolar I sekitar 1–2%, bipolar II 0,5–1%, spektrum luas 2–5%. Onset puncak usia 15–25 tahun. Prevalensi wanita dan pria relatif setara, namun wanita lebih banyak episode depresi dan mixed features, pria lebih banyak manik murni. Etiologi multifaktorial: genetik (heritabilitas 70–80%, risiko 10x lipat pada anak orang tua dengan bipolar, concordance monozigot 40–70%), disregulasi dopamin, serotonin, noradrenalin, aksis HPA, abnormalitas amigdala dan korteks prefrontal, serta faktor psikososial: stres berat, sleep deprivation, penggunaan zat, dan ketidakpatuhan obat.

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

1.2 Patofisiologi Episode Manik dan Manifestasi Klinis

Episode manik merupakan manifestasi disregulasi neuroeksitasi, khususnya peningkatan dopamin dan noradrenalin di jalur mesolimbik-kortikal. Hipotesis dopamin menjelaskan hiperaktivitas, grandiositas, dan agresivitas. Stres oksidatif, inflamasi, dan penurunan BDNF berperan dalam perjalanan penyakit. Disregulasi ritme sirkadian sering mendahului episode; kurang tidur kronis memperberat gejala. Pada neuroimaging ditemukan perubahan volume amigdala dan penurunan substansia grisea ventrolateral prefrontal. Manifestasi klinis berlangsung minimal satu minggu (atau lebih singkat bila perlu rawat inap): mood abnormal menetap (euforia/iritabilitas), peningkatan energi, aktivitas, dan gejala lain. Diagnosis banding: skizoafektif, skizofrenia, gangguan psikotik akut, intoksikasi zat, gangguan kepribadian ambang, dan tirotoksikosis. Penilaian ancaman terhadap diri/orang lain, kemampuan rawat diri, dan komorbid medis menentukan tingkat kegawatan.

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

Modul 2: Modul 2: Diagnosis dan Tatalaksana

Pendahuluan Episode Manik

2.1 Diagnosis dan Penilaian Klinis Episode Manik

Diagnosis ditegakkan melalui anamnesis, pemeriksaan status mental, dan kriteria PPDGJ-III atau DSM-5. Kriteria PPDGJ-III untuk episode manik: (1) suasana hati abnormal menetap minimal 1 minggu (atau lebih singkat jika perlu rawat inap); (2) berupa euforia, iritabilitas, atau keduanya; (3) peningkatan aktivitas yang nyata; serta minimal 3 dari 4 gejala berikut (atau 4 bila mood hanya iritabilitas): (4) aktivitas meningkat/agitasi psikomotorik; (5) pembicaraan berlebihan (logorrhea); (6) flight of ideas; (7) hilang kendali perilaku sosial; (8) berkurangnya kebutuhan tidur; (9) grandiositas; (10) distractibility; (11) perilaku berisiko tidak bertanggung jawab. Episode berat dapat disertai gejala psikotik. Anamnesis mencakup riwayat mood, penggunaan zat, riwayat keluarga, dan skrining MDQ/YMRS. Pemeriksaan penunjang: darah perifer, TSH dan T4 bebas, elektrolit, fungsi hati/ginjal, glukosa, urine drug screen, EKG sebelum obat pemengaruh QT, dan neuroimaging bila ada tanda neurologis focal.

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

2.2 Tatalaksana Awal Episode Manik di Layanan 3A

Tujuan tatalaksana awal: menstabilkan kegawatan, menjamin keselamatan, mengendalikan agitasi, dan merujuk ke psikiater. Tatalaksana non-farmakologis: lingkungan aman, kurangi stimulus, batasi akses benda berbahaya, komunikasi tenang, cegah exhaustion, jaga hidrasi/nutrisi/sleep hygiene, edukasi keluarga, dan restraint sesuai SOP bila mengancam keselamatan. Farmakologis awal: olanzapine 10–15 mg oral malam, titrasi maksimal 20 mg/hari; haloperidol 2–5 mg IM/oral, maksimal 10 mg/hari (tidak untuk loading berulang di 3A tanpa pengawasan psikiater). PERINGATAN: haloperidol kontraindikasi pada pemanjangan QT atau gangguan konduksi jantung; lakukan EKG pada usia >40 tahun atau komorbid jantung, pantau efek ekstrapiramidal. Lorazepam 1–2 mg IM/oral sebagai adjuvan, waspadai depresi napas. Hindari antidepresan dan stimulan. Rujuk dalam 2x24 jam bila: manik psikotik, kekerasan, gagal rawat diri, komorbid berat, kehamilan, percobaan bunuh diri, atau kecurigaan intoksikasi zat.

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

Modul 3: Modul 3: Komplikasi, Prognosis, dan Pendalaman Klinis

3.1 Komplikasi, Prognosis, dan Strategi Pencegahan Kekambuhan

Komplikasi akut: dehidrasi, malnutrisi, gangguan elektrolit, rabdmiolisis, gangguan kardiovaskular, cedera traumatik, perilaku seksual berisiko, kekerasan, dan percobaan bunuh diri. Risiko bunuh diri seumur hidup pada gangguan bipolar sekitar 10–15% (APA 2015, CANMAT 2018), lebih tinggi pada mixed features. Komplikasi jangka panjang: penurunan kognitif (memori, fungsi eksekutif), sindrom metabolik akibat antipsikotik atypical, gangguan pekerjaan, kemiskinan akibat pengeluaran impulsif, perceraian, serta komorbid gangguan penggunaan zat dan ansietas. Prognosis: 70–80% mengalami kekambuhan dalam 2 tahun. Prognosis baik bila onset lambat, respons terapi cepat, kepatuhan baik, tanpa komorbid berat. Prognosis buruk bila onset dini, episode berulang, rawat inap berulang, komorbid zat, atau riwayat keluarga berat. Pencegahan: edukasi gejala prodromal, regulasi ritme sirkadian, mood stabilizer (lithium, valproat, carbamazepine), psikoterapi suportif, rehabilitasi psikososial.

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

3.2 Studi Kasus, Aspek Medikolegal, dan Peran Dokter 3A

Studi kasus: pria 22 tahun, IGD dengan sulit tidur 4 hari, agresif, bicara cepat, grandiositas (bisnis miliaran), dehidrasi ringan, dan menolak makan. PPDGJ-III mendukung episode manik dengan gejala psikotik (F31.1). Diagnosis banding: skizoafektif, intoksikasi metamfetamin. Tatalaksana 3A: observasi kegawatdaruratan, IV line, koreksi cairan, haloperidol 5 mg IM dan lorazepam 2 mg IM untuk agitasi, olanzapine 10 mg oral malam, penerapan teknik deeskalasi (bukan restriksi tanpa indikasi), pengumpulan informasi kolateral, lalu rujuk ke psikiater. Aspek medikolegal: rawat inap paksa sesuai hukum kesehatan jiwa, dokumentasi klinis, informed consent keluarga, dan kerahasiaan pasien. Peran dokter 3A jangka panjang: memantau kepatuhan, skrining komorbid, mengenali prodromal kekambuhan, edukasi gaya hidup, menangani efek samping, dan rujuk ulang bila perubahan klinis. Relasi terapeutik jangka panjang menurunkan kekambuhan dan memperbaiki kualitas hidup.

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

3.3 Farmakologi Dasar Mood Stabilizer (Persiapan Rujukan)

Modul ini mempersiapkan dokter 3A dalam edukasi awal dan pemantauan awal sebelum rujukan. Lithium: dosis inisiasi 300–600 mg/hari, target kadar darah 0,6–1,2 mEq/L (akut) atau 0,6–0,8 mEq/L (rumatan); perlu pemeriksaan fungsi ginjal, tiroid (TSH), dan EKG; efek

samping: tremor, hipotiroid, gangguan ginjal, toksisitas (kadar $>1,5$ mEq/L). Asam valproat: dosis 500–1000 mg/hari, target kadar 50–100 mcg/mL; pantau fungsi hati, trombosit; kontraindikasi pada kehamilan (teratogenik) dan gangguan hati berat. Carbamazepine: dosis 200–800 mg/hari, pantau darah perifer (leukopenia, trombositopenia), kadar obat, dan enzim hati. Semua mood stabilizer memerlukan pemantauan ketat oleh psikiater. Dokter 3A: edukasi kepatuhan, deteksi efek samping dini, koordinasi rujukan, dan pemantauan pasca-rujukan balik. Rujuk dalam 2x24 jam bila ada risiko bunuh diri/kekerasan atau gejala tidak terkendali.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa: Gangguan Bipolar. Kemenkes RI (2018).
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder. APA (2015).
3. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al.. CANMAT and ISBD 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. Bipolar Disorders (2018).
4. Kaplan & Sadock. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolters Kluwer (2015).
5. Maramis WF, Cattell H. Catatan Kuliah Psikiatri. Airlangga University Press (2018).
6. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. The Lancet (2016).
7. Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, et al.. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from BAP. Journal of Psychopharmacology (2016).
8. World Health Organization. Mental Health: Bipolar Disorder. WHO (2019).

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.