

Gangguan Bipolar: Episode Depresif

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif tentang gangguan bipolar episode depresif untuk dokter layanan primer. Membahas diagnosis banding, tatalaksana awal, dan kriteria rujukan sesuai SKDI level 3A.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Gangguan Bipolar

1.1 Lesson 1: Definisi, Epidemiologi, dan Etiologi Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar adalah gangguan mood kronis dengan episode manik, hipomanik, dan depresif bergantian dengan fase eutimik. Episode depresif seringkali menjadi presentasi dominan. Episode depresif ditandai mood rendah, anhedonia, penurunan energi minimal dua minggu (DSM-5/PPDGJ-III). Prevalensi global 1-2%, onset usia 15-30 tahun, distribusi jenis kelamin seimbang, perempuan lebih sering depresi. Etiologi multifaktorial: genetik (heritabilitas 60-80%, gen CACNA1C, ANK3, ODZ4), disregulasi neurotransmitter monoaminergik, aksis HPA, dan second messenger (PI-PKC, cAMP). Faktor risiko lingkungan: stresor psikososial, trauma masa kanak, perubahan musim, gangguan tidur, penggunaan zat psikoaktif (alkohol, stimulansia).

Poin Kunci: Gangguan bipolar bersifat episodik, kronis, dan hereditas.

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

1.2 Lesson 2: Patofisiologi dan Patogenesis Episode Depresif Bipolar

Patofisiologi gangguan bipolar melibatkan disregulasi multi-sistem. Teori monoaminergik: defisiensi serotonin, norepinefrin, dan dopamin pada fase depresif menjelaskan mood depresif dan anhedonia. Disregulasi second messenger: abnormalitas kaskade PI, PKC, dan cAMP. Lithium menghambat inositol monofosfatase; valproat menghambat PKC dan MARCKS. Gangguan ritme sirkadian (gen CLOCK, BMAL1, PER, CRY) menjelaskan hubungan gangguan tidur dengan episode mood. Neuroimaging menunjukkan penurunan volume materi abu-abu di korteks prefrontal dan hipokampus, hiperaktivitas amigdala. Peran inflamasi: peningkatan IL-6, TNF- α 5% & W kontribusi pada gejala somatik. Stres kronis aktivasi mikroglia merusak sawar darah-otak. Risiko switch ke manik 5-15% dengan antidepresan tanpa mood stabilizer.

Poin Kunci: Patofisiologi bipolar adalah disregulasi multi-sistem yang memerlukan pendekatan terpadu.

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

Modul 2: Modul 2: Manifestasi Klinis dan Diagnosis

2.1 Lesson 1: Manifestasi Klinis Episode Depresif Bipolar

Episode depresif bipolar mengikuti kriteria gangguan depresi mayor (DSM-5/PPDGJ-III) dengan karakteristik khas. Gejala utama minimal dua minggu: mood depresif menetap, anhedonia, penurunan energi (minimal 5 dari 9 gejala SIGECAPS). Gejala tambahan: perasaan tidak berharga, penurunan konsentrasi, pikiran kematian, gangguan tidur/nafsu makan, retardasi/agitasi psikomotor. Atipikalitas lebih sering: hypersomnia, hiperfagia, mood reactivity, leaden paralysis. Perbedaan dengan depresi unipolar: onset lebih akut, episode lebih pendek (4-13 minggu), lebih banyak gejala atipikal, riwayat episode mood sebelumnya. Gejala psikotik (delusi kemiskinan, dosa, Cotard; halusinasi auditorik mood-congruent) dapat menyertai episode berat. Risiko bunuh diri sangat tinggi (20-25% attempts, 6-15% completed).

Poin Kunci: Episode depresif bipolar memiliki atipikalitas tinggi dan risiko bunuh diri signifikan.

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

2.2 Lesson 2: Diagnosis dan Diagnosis Banding

Diagnosis ditegakkan melalui anamnesis komprehensif, pemeriksaan status mental, dan kriteria DSM-5/PPDGJ-III. Diagnosis bersifat longitudinal sehingga riwayat mood seumur hidup penting. Anamnesis meliputi: deskripsi episode saat ini, riwayat episode mood sebelumnya (manik/hipomanik), riwayat keluarga, penggunaan zat, riwayat medis, fungsi sosial, pola tidur. Aktif menggali riwayat manik/hipomanik dengan pertanyaan spesifik. Pemeriksaan status mental: afek depresif, retardasi/agitasi psikomotor, bicara lambat, pikiran kematian. Pemeriksaan penunjang: darah perifer, elektrolit, fungsi tiroid, hati/ginjal, glukosa, urin, drug screen, tes kehamilan. Skrining MDQ dan HCL-32 membantu deteksi episode manik/hipomanik. Diagnosis banding: MDD unipolar, siklotimia, bipolar tipe II, schizoaffectif, depresi akibat kondisi medis, gangguan penggunaan zat, gangguan kepribadian borderline.

Poin Kunci: Diagnosis memerlukan anamnesis longitudinal untuk membedakan dari depresi unipolar.

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

Modul 3: Modul 3: Tatalaksana dan Rujukan

3.1 Lesson 1: Tatalaksana Awal Episode Depresif Bipolar

Prinsip tatalaksana: mood stabilizer sebagai fondasi, antidepresan tanpa mood stabilizer merupakan kontraindikasi relatif, jika diperlukan harus kombinasi dengan durasi terbatas. Lithium: gold standard, dosis awal 300-600 mg/hari, target kadar serum akut 0,8-1,2 mEq/L, maintenance 0,6-0,8 mEq/L. Monitoring fungsi tiroid, ginjal, kalsium. Valproat: dosis 750-1500 mg/hari (kadar 50-100 µg/mL), efektif untuk rapid cycling, monitoring hati dan trombosit. Lamotrigin: titrasi perlahan (25-200-400 mg/hari) untuk mencegah Stevens-Johnson syndrome. Antipsikotik atipikal: quetiapine (300-600 mg), OFC, lurasidon, cariprazine memiliki bukti kuat. Antidepresan (SSRI, bupropion) hanya sebagai adjuvan dengan monitoring switch. Non-farmakologis: psikoedukasi, CBT, IPSRT, FFT, sleep hygiene.

Poin Kunci: Mood stabilizer fondasi utama; lithium target akut 0,8-1,2 mEq/L.

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

3.2 Lesson 2: Kriteria Rujukan dan Tatalaksana Lanjutan

Kriteria rujukan SpKJ: episode berat dengan psikotik, risiko bunuh diri tinggi, mixed features sulit ditangani, rapid cycling ("e4 episode/tahun), kegagalan lini pertama setelah 4-6 minggu dosis adekuat, komorbiditas berat, kehamilan/menyusui, kasus diagnostik belum jelas, agitasi berat/katatonia. Kegawatdaruratan: rawat inap untuk risiko bunuh diri spesifik, lorazepam 1-2 mg IM atau haloperidol 2-5 mg IM untuk agitasi, lorazepam challenge test untuk katatonia. Monitoring: lithium (kadar 3-6 bulan, tiroid/ginjal 6-12 bulan), valproat (hati/trombosit 3-6 bulan), antipsikotik atipikal (metabolik 3-6 bulan). Komplikasi: bunuh diri, gangguan fungsi, penyalahgunaan zat, penyakit kardiovaskular. Prognosis: 50-70% perbaikan dengan terapi adekuat, kekambuhan umum jika terapi dihentikan.

Poin Kunci: Deteksi dini dan rujukan tepat waktu menentukan prognosis.

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

3.3 Lesson 3: Studi Kasus dan Isu Khusus

Studi Kasus 1: Wanita 32 tahun, mood depresif 1 bulan, anhedonia, insomnia, BB turun 5 kg. Anamnesis menemukan episode hipomanik 6 bulan sebelumnya (tidur 4 jam, energik, belanja impulsif). Diagnosis: Bipolar Tipe II, episode depresif saat ini. Tata laksana: rujuk SpKJ, psikoedukasi, hindari antidepresan tanpa mood stabilizer. Studi Kasus 2: Laki-laki 45 tahun, bicara lambat, delusi nihilistik, halusinasi auditorik, ide bunuh diri spesifik, riwayat episode manik. Diagnosis: Bipolar Tipe I, episode depresif berat dengan psikotik. Tata

laksana: rawat inap, mood stabilizer + antipsikotik atipikal. Isu khusus: kehamilan (valproat teratogenik, lithium terkait Ebstein anomaly, lamotrigin lebih aman), komorbiditas medis (sindrom metabolik), remaja (onset dini lebih berat).

Poin Kunci: Studi kasus mengilustrasikan pentingnya anamnesis longitudinal dan isu khusus.

> 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 Mood. PDSKJI (2018).
2. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder. APA (2020).
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. Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, et al.. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: Revised third edition recommendations from the BAP. Journal of Psychopharmacology (2016).
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Wolters Kluwer (2015).
6. Maramis WF, Maramis AA. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Airlangga University Press (2016).
7. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar Disorder: Assessment and Management (CG185). NICE (2020).
8. World Health Organization. Mental disorders: Bipolar disorder. WHO (2022).

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.