

Gangguan Panik: Diagnosis dan Tata Laksana Pendahuluan

Psikiatri • SKDI 3A

Course komprehensif tentang gangguan panik untuk dokter layanan primer: epidemiologi, patofisiologi, manifestasi klinis, diagnosis banding, tata laksana pendahuluan, serta indikasi rujukan ke spesialis kesehatan jiwa.

Modul 1: Modul 1: Dasar-Dasar Gangguan Panik

1.1 Lesson 1: Definisi, Epidemiologi dan Faktor Risiko Gangguan Panik

Gangguan panik adalah gangguan ansietas dengan serangan panik berulang tak terduga, kekhawatiran persisten akan serangan berikutnya, dan perubahan perilaku maladaptif (PPDGJ III F41.0 / ICD-11 6B02). Serangan panik adalah episode discrete ketakutan intens yang mencapai puncak dalam beberapa menit. Perlu dibedakan dari serangan panik sebagai gejala yang dapat muncul pada berbagai gangguan. Epidemiologi: prevalensi seumur hidup 1,6–2,2%, puncak usia 20–30 tahun, perempuan 2:1. Komorbiditas tinggi (depresi, ansietas lain, penggunaan zat). Faktor risiko: heritabilitas 30–40%, riwayat trauma, kepribadian neurotik, separation anxiety, kafein/nikotin/zat psikoaktif, kondisi medis (hipertiroid, aritmia, asma, hipoglikemia). Dokter layanan primer berperan melakukan skrining awal terutama pada pasien dengan keluhan somatik berulang yang tidak ter jelaskan.

Poin Kunci: Definisi, Dampak, Faktor Risiko utama gangguan panik.

Refleksi: Identifikasi faktor risiko apa yang paling sering Anda temukan pada pasien di layanan primer Anda.

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

1.2 Lesson 2: Patofisiologi dan Model Kognitif-Perilaku

Patofisiologi melibatkan disregulasi sistem saraf otonom dan aksis HPA: hiperaktivitas amigdala, hipoaktivitas korteks prefrontal, defisiensi GABA, disregulasi serotonin dan norepinefrin. Gen 5-HT1A, CCK, dan COMT berperan sebagai predisposisi. Locus coeruleus sangat sensitif terhadap rangsang. Teori Klein: 'false suffocation alarm' dipicu sensitivitas pusat pernapasan terhadap peningkatan CO₂, menjelaskan hiperventilasi, sesak, dan parestesia. Hiperventilasi menurunkan PaCO₂, menyebabkan alkalosis respiratorik, vasokonstriksi serebral, pusing. Model Clark: serangan awal dipicu stimuli, interpretasi katastrofik terhadap sensasi tubuh (detak cepat = serangan jantung) memperkuat serangan melalui positive feedback loop. Perilaku penghindaran dan safety behavior mempertahankan gangguan dengan mencegah habituasi. Dokter primer memahami model ini untuk psikoedukasi dan menghindari penguatan maladaptif.

Poin Kunci: Neurobiologi, teori false alarm, dan model kognitif Clark.

Refleksi: Bagaimana Anda dapat menjelaskan model kognitif ini secara sederhana kepada pasien?

> 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 Serangan Panik dan Kriteria Diagnosis

Serangan panik adalah episode discrete ketakutan intens yang mencapai puncak dalam 10–15 menit. Diperlukan minimal 4 dari 13 gejala: palpitasi, berkeringat, tremor, sesak napas, rasa tidak nyaman di dada, mual, pusing, derealisasi/depersonalisasi, takut kehilangan kendali, takut mati, parestesia, menggigil/hot flushes, mati rasa. Palpitasi dan takut mati paling khas. Kriteria diagnosis (PPDGJ III/ICD-11): serangan panik rekuren tak terprediksi situasi, periode satu bulan dengan kekhawatiran persisten/perubahan maladaptif, bukan akibat zat/medis, bukan gejala gangguan mental lain. Diagnosis banding: serangan jantung/ ischemia, aritmia, hipertiroid, asma/PPOK, hipoglikemia, feokromositoma, GAD, PTSD, intoksikasi kafein/amfetamin. Anamnesis menyeluruh, pemeriksaan fisik, dan penunjang terarah diperlukan untuk menyingkirkan penyebab organik.

Poin Kunci: 13 gejala serangan panik dan kriteria diagnosis dengan diagnosis banding utama.

Refleksi: Gejala mana yang paling sering membuat pasien datang ke IGD?

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

2.2 Lesson 2: Pendekatan Diagnosis di Layanan Primer

Anamnesis terstruktur gunakan panduan SCID-5/MINI. Tanyakan onset, pencetus, durasi, gejala, frekuensi, intensitas serangan. Eksplorasi kekhawatiran antarseri, perilaku penghindaran, dan safety seeking. Skrining komorbid dengan PHQ-9 (depresi) dan GAD-7 (ansietas umum). Pemeriksaan fisik: tanda vital, kardiovaskular, paru, abdomen, neurologis. Penunjang awal terarah: EKG, darah perifer, GDS, TSHs, elektrolit, urin lengkap. Hindari pemeriksaan berlebihan yang memperkuat keyakinan katastrofik. Penilaian risiko: fungsi (WHO-DAS/GAF), komorbid, pikiran bunuh diri (tetap diskriminasi meski risikonya lebih rendah dari depresi mayor), dampak pekerjaan/relasi. Libatkan keluarga untuk perspektif objektif. Lakukan asesmen dalam beberapa kunjungan karena pasien sering datang hanya saat serangan akut.

Poin Kunci: Pendekatan diagnostik terstruktur, penapisan terarah, dan asesmen risiko.

Refleksi: Bagaimana strategi Anda menjelaskan hasil penunjang negatif kepada pasien?

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

Modul 3: Modul 3: Tata Laksana Pendahuluan dan Rujukan

3.1 Lesson 1: Tata Laksana Farmakologis dan Psikoterapi di Layanan Primer

Tiga pilar tata laksana: psikoedukasi, farmakoterapi lini pertama, dan psikoterapi berbasis bukti. Psikoedukasi: gangguan panik adalah kondisi medis yang dapat diobati, sensasi tubuh akibat disregulasi otonom dan hiperventilasi, bukan ancaman akut. Farmakoterapi lini pertama: SSRI/SNRI (sertraline 50–200 mg, escitalopram 10–20 mg, paroxetine 20–60 mg, venlafaxine XR 75–225 mg). Dosis rendah inisial untuk mengurangi ansietas awal. Efek penuh 4–6 minggu. Bridging benzodiazepin (alprazolam/lorazepam) maks 1–2 minggu. Psikoterapi berbasis bukti: CBT dan PCT (Barlow). Di layanan primer, lakukan intervensi singkat: teknik relaksasi pernapasan diafragma (tarik 4 detik, tahan 4 detik, hembuskan 6 detik), grounding 5-4-3-2-1 (5 benda dilihat, 4 dirasakan, 3 didengar, 2 dicium, 1 dikecap), edukasi hiperventilasi, dan eliminasi safety behavior. Monitor ketat 1–2 minggu awal, lalu bulanan.

Poin Kunci: Tata laksana 3 pilar, dosis SSRI/SNRI, dan teknik relaksasi non-farmakologis.

Refleksi: Latih teknik pernapasan diafragma dan grounding 5-4-3-2-1 untuk siap mengajarkannya.

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

3.2 Lesson 2: Indikasi Rujukan, Komplikasi, Agorafobia dan Prognosis

Indikasi rujuk: diagnosis tidak pasti, gagal respon SSRI dosis optimal 6–8 minggu, gejala berat, komorbid depresi mayor dengan pikiran bunuh diri, gangguan penggunaan zat, anak/remaja/lansia, kehamilan/menyusui, atau pertimbangan CBT formal. Indikasi rawat inap: pikiran bunuh diri aktif, ancaman keselamatan, dekompensasi berat. Agorafobia: 30–50% pasien mengalami ketakutan meninggalkan rumah/tempat ramai, hindari transportasi umum, keramaian, ruang tertutup. Penatalaksanaan awal: eksposur bertahap terstruktur, hindari penguatan penghindaran, libatkan keluarga, rujuk untuk CBT/eksposur formal. Komplikasi lain: depresi mayor (60%), penyalahgunaan alkohol/benzodiazepin, risiko bunuh diri, utilisasi layanan kesehatan tinggi, disabilitas sosial-pekerjaan, komplikasi kardiovaskular. Prognosis: 60–80% mencapai remisi dengan tata laksana adekuat, namun relapse ~50% dalam 2 tahun. Terapi pemeliharaan SSRI 6–12 bulan, tapering perlahan. Prognosis lebih buruk pada onset dini, komorbid banyak, dukungan sosial kurang.

Poin Kunci: Kriteria rujukan, tatalaksana agorafobia, komplikasi, dan prognosis.

Refleksi: Bagaimana rencana edukasi pasien Anda tentang risiko relapse dan pentingnya terapi pemeliharaan?

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. PDSKJI. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa Indonesia III (PPDGJ III). PDSKJI (2018).
2. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics: 6B02 Panic Disorder. WHO (2022).
3. Kaplan HI, Saddock BJ, Grebb JA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 11th ed. Wolters Kluwer (2015).
4. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, Wittchen HU. Anxiety disorders. Nature Reviews Disease Primers (2017).
5. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. Dialogues in Clinical Neuroscience (2017).
6. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Panic Disorder, 2nd ed. American Journal of Psychiatry (2009).
7. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Panic Disorder and Agoraphobia. RANZCP (2018).
8. Maramis WF, Maramis AA. Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa, edisi 2. Airlangga University Press (2010).
9. Katon W. Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained symptoms and treatment. Medical Clinics of North America (2020).
10. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. NICE (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.