

10. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) Cancro R, Lehmann HE. *Schizophrenia: Clinical features*. Dalam: Kaplan dan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock VA, edit, seventh ed. Lippincott Williams dan Wilkins, A Wolter Kluwer Company, 2000, hal.1169-1198
- 3) Marder SR. *Schizophrenia: Somatic treatment* Dalam: Kaplan dan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock VA, edit, seventh ed. Lippincott Williams dan Wilkins, A Wolter Kluwer Company, 2000, hal.1199-1231
- 4) PDSKJI, Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia, 2011

F. GANGGUAN SKIZOAFEKTIF

1. Batasan dan Uraian Umum

Skizoafektif adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan dua gambaran yang berulang yaitu gambaran gangguan skizofrenia (memenuhi kriteria A skizofrenia) dan episod *mood* baik depresi mayor maupun bipolar.

2. Subtipe

Ada tiga subtipe gangguan skizoafektif yaitu:

- a. Tipe Manik
- b. Tipe Depresi
- c. Tipe Campuran

3. Pedoman Diagnosis (ICD-X/PPDGJ III)

Diagnosis gangguan skizoafektif hanya dibuat apabila gejala-gejala definitif adanya skizofrenia dan gangguan afektif sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan, atau dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain, dalam satu episode penyakit yang sama, dan sebagai konsekuensinya, episode penyakit tidak memenuhi kriteria baik skizofrenia maupun episode manik atau depresif.

a. Gangguan Skizoafektif Tipe Manik.

Suasana perasaan harus meningkat secara menonjol atau ada peningkatan suasana perasaan yang tak begitu mencolok dikombinasi dengan iritabilitas atau kegelisahan yang



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 32 -

meningkat. Dalam episode yang sama harus jelas ada sedikitnya satu, atau lebih baik lagi dua gejala skizofrenia yang khas (sebagaimana ditetapkan untuk skizofrenia).

b. Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif

Harus ada depresi yang menonjol, disertai oleh sedikitnya dua gejala depresif yang khas atau kelainan perilaku seperti yang terdapat dalam kriteria episode depresif; dalam episode yang sama, sedikitnya harus ada satu atau lebih dua gejala skizofrenia yang khas (sebagaimana ditetapkan untuk pedoman diagnostik skizofrenia).

c. Gangguan Skizoafektif Tipe Campuran

Gangguan dengan gejala-gejala skizofrenia ada secara bersama-sama dengan gejala-gejala gangguan afektif bipolar tipe campuran.

4. Diagnosis Banding

- a. Gangguan psikotik akibat kondisi medik umum
- b. Delirium
- c. Demensia
- d. Gangguan psikotik akibat zat
- e. Skizofrenia
- f. Gangguan *mood* dengan gambaran psikotik
- g. Gangguan waham

5. Pemeriksaan Tambahan

- a. Pemeriksaan berat badan (BMI), lingkaran pinggang, TD
- b. Pemeriksaan laboratorium, DPL, fungsi liver, profil lipid, fungsi ginjal, glukosa sewaktu, kadar litium plasma
- c. PANSS, YMRS, MADRS.

6. Penatalaksanaan

a. Fase Akut

- 1) Skizoafektif, Tipe Manik atau Tipe Campuran

a) Farmakoterapi

Injeksi

- Olanzapin, dosis 10 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari
- Aripiprazol, dosis 9,75 mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 29,25 mg/hari.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 33 -

- Haloperidol, dosis 5mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari.
- Diazepam 10mg/2 mL injeksi intravena/intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari.

Oral

- Olanzapin 1 x 10 – 30 mg / hari atau risperidone 2 x 1-3 mg / hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari III (600 mg) atau hari I (1x300 mg-XR), dan seterusnya dapat dinaikkan menjadi 1x600 mg-XR) atau aripirazol 1 x 10-30 mg / hari
- Litium karbonat 2 x 400 mg, dinaikkan sampai kisaran terapeutik 0,8-1,2 mEq/L (biasanya dicapai dengan dosis litium karbonat 1200-1800 mg / hari, pada fungsi ginjal normal) atau divalproat dengan dosis 2 x 250 mg / hari (atau konsentrasi plasma 50-125 µg/L) atau 1-2 x500mg/hari ER.
- Lorazepam 3 x 1-2 mg/hari kalau perlu (gaduh gelisah atau insomnia).
- Haloperidol 5-20 mg/hari

Terapi (Monoterapi)

- (1) Olanzapin, Risperidon, Quetiapin, Aripiprazol
- (2) Litium, Divalproat.

Terapi Kombinasi

- (1) Olz +; Li/Dival Olz + Lor; Olz + Li/Dival+Lor
- (2) Ris + Li/Dival; Ris + Lor; Ris + Li/Dival + Lor
- (3) Que + Li/Dival
- (4) Aripip + Li/Dival; Aripip + Lor; Aripip + Li/Dival + Lor

Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu atau sampai tercapai remisi absolut yaitu YMRS \leq 9 atau MADRS \leq 11 dan PANSS-EC \leq 3 per butir PANSS-EC.

- b) Psikoedukasi
- c) Terapi Lainnya
ECT (untuk pasien refrakter)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 34 -

2) Skizoafektif, Tipe Depresi

a) Psikofarmaka

Injeksi

- Olanzapin, dosis 10mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 30mg/hari
- Aripiprazol, dosis 9,75mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap 2 jam, dosis maksimum 29,25mg/hari.
- Haloperidol, dosis 5mg/mL injeksi intramuskulus, dapat diulang setiap setengah jam, dosis maksimum 20mg/hari
- Diazepam 10mg/2 mL injeksi intravena/ intramuskulus, dosis maksimum 30mg/hari

Oral

- Litium 2 x 400 mg/hari, dinaikkan sampai kisaran terapeutik 0,8-1,2 mEq/L (biasanya dicapai dengan dosis litium karbonat 1200-1800 mg/hari, pada fungsi ginjal normal) atau divalproat dengan dosis awal 3 x 250 mg/hari dan dinaikkan setiap beberapa hari hingga kadar plasma mencapai 50-100 mg/L atau karbamazepin dengan dosis awal 300-800 mg/hari dan dosis dapat dinaikkan 200 mg setiap dua –empat hari hingga mencapai kadar plasma 4-12 µg/mL sesuai dengan karbamazepin 800-1600 mg/hari atau Lamotrigin dengan dosis 200-400 mg/ hari
- Antidepresan, SSRI, misalnya fluoksetin 1 x 10-20 mg/hari
- Antipsikotika generasi kedua, olanzapin 1 x 10 – 30 mg/hari atau risperidone 2 x 1-3 mg/hari atau quetiapin hari I (200mg), hari II (400 mg), hari III (600 mg) dan seterusnya atau aripirazol 1 x 10-30 mg/hari.
- Haloperidol 5-20 mg/hari.

Lama pemberian obat untuk fase akut adalah 2-8 minggu atau sampai tercapai remisi absolut yaitu YMRS \leq 9 atau MADRS \leq 11 dan PANSS-EC \leq 3 untuk tiap butir PANSS-EC.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 35 -

- b) Psikoedukasi
- c) Terapi Lainnya
ECT untuk pasien refrakter terhadap obat atau katatonik.

b. Fase Lanjutan

1) Psikofarmaka

Terapi (Monoterapi)

- a) Litium karbonat 0,6-1 mEq/L biasanya dicapai dengan dosis 900-1200 mg / hari sekali sedengan dosis 500 mg/hari
- b) Olanzapin 1 x 10 mg/hari
- c) Quetiapin dengan dosis 300 – 600 mg/hari
- d) Risperidon dengan 1-4 mg/hari
- e) Aripirazol dengan dosis 10-20 mg/hari

Terapi Kombinasi

Kombinasi obat-obat di atas. Penggunaan antidepresan jangka panjang untuk skizoafektif tipe episode depresi mayor tidak dianjurkan karena dapat menginduksi terjadinya episode manik.

- *Klozapin* dosis 300-750mg/hari (pasien yang refrakter)

Lama pemberian obat fase lanjutan 2-6 bulan sampai tercapai *recovery* yaitu bebas gejala selama 2 bulan.

2) Psikoedukasi

7. Prognosis

Prognosis skizoafektif lebih baik dari pada skizofrenia tetapi lebih buruk bila dibandingkan dengan gangguan *mood*. Perjalanan penyakitnya cenderung tidak mengalami deteriorasi dan responsnya terhadap litium lebih baik daripada skizofrenia.

8. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) *American Psychiatric Associatio. Scizoffective Disorder*. Dalam: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Edition, Text Revision, Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000, hal. 319-323



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 36 -

- 3) Fening S, Fochtmann LJ, Carlson GA. *Schizoaffective Disorder*. Dalam: Kaplan dan Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Sadock BJ, Sadock VA. 8th Ed, Lippincott Williams dan Wilkins, A Wolters Cluwer Company, 2005: hal. 1633-1536 .

G. EPISODE DEPRESI

1. Batasan dan Uraian Umum

Episode depresi dapat berdiri sendiri atau menjadi bagian dari gangguan bipolar. Jika berdiri sendiri disebut Depresi Unipolar. Simtom terjadi sekurang-kurangnya dua minggu dan terdapat perubahan dari derajat fungsi sebelumnya.

2. Kriteria Diagnosis Menurut ICD-10 dan PPDGJ III

Gejala utama pada derajat ringan, sedang dan berat :

- Afek depresi
- Kehilangan minat dan kegembiraan
- Berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan yang mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

Gejala penyerta lainnya:

- Konsentrasi dan perhatian berkurang
- Harga diri dan kepercayaan diri berkurang
- Gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna
- Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
- Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
- Tidur terganggu
- Nafsu makan berkurang

Untuk episode depresi dan ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya 2 minggu untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.

Kategori diagnosis depresi ringan (F.32.0), sedang (F.32.1) dan berat (F.32.2) hanya digunakan untuk episode depresi tunggal (yang pertama). Episode depresi berikutnya harus diklasifikasikan di bawah salah satu diagnosis gangguan depresi berulang (F.33).

a) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Ringan

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dan 3 gejala utama depresi seperti tersebut di atas



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 37 -

- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya
- 3) Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
- 4) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.

b) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Sedang

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dan 3 gejala utama
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 3 atau 4 dari gejala lainnya.
- 3) Lamanya seluruh episode berlangsung minimum 2 minggu
- 4) Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga.

c) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Berat Tanpa Gejala Psikotik

- 1) Semua 3 gejala utama depresi harus ada
- 2) Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat
- 3) Bila ada gejala penting (misal retardasi psikomotor) yang menyolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresi berat masih dapat dibenarkan.
- 4) Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

d) Pedoman Diagnostik Episode Depresi Berat dengan Gejala Psikotik

Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut No. 3 di atas (F.32.2) tersebut di atas, disertai waham, halusinasi atau stupor depresi. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau alfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 38 -

3. Kategori

Kategori Ringan, Sedang atau Berat untuk episode depresif tunggal/pertama, bila berulang masuk dalam gangguan depresi berulang.

a) Episoda depresif ringan

- 1) Episoda Depresi Ringan Tanpa Gejala Somatik
- 2) Episoda Depresi ringan Dengan Gejala Somatik

Pedoman diagnostik

- 1) Sekurangnya dua dari:
 - a) *mood* yang depresif
 - b) kehilangan minat dan kesenangan
 - c) mudah lelah
- 2) ditambah sekurangnya dua gejala lain dari episode depresif
- 3) tidak boleh ada gejala yang berat
- 4) berlangsung sekurangnya dua minggu
- 5) resah tentang gejalanya dan sukar menjalankan kegiatan pekerjaan dan sosial yang biasanya, namun tidak berhenti berfungsi sama sekali.

b) Episoda depresif sedang

- 1) Episoda Depresi Sedang Tanpa Gejala Somatik
- 2) Episoda Depresi Sedang Dengan Gejala Somatik

Pedoman diagnostik

- 1) Sekurangnya dua dari tiga gejala paling khas untuk episode depresi ringan.
- 2) Ditambah sekurangnya tiga (sebaiknya 4) dari gejala depresi lainnya.
- 3) Berlangsung sekurang-kurangnya dua minggu
- 4) Kesulitan nyata dalam kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga

c) Episoda depresif berat tanpa gejala psikotik

Manifestasi klinis Episoda Depresi Berat

- 1) Ketegangan dan kegelisahan amat nyata, kecuali bila retardasi merupakan ciri terkemuka.
- 2) Kehilangan harga diri dan perasaan diri tidak berguna.
- 3) Bunuh diri merupakan bahaya nyata pada beberapa kasus berat.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 39 -

- 4) Sindroma somatik hampir selalu ada pada depresi berat.

Pedoman diagnostik

- 1) Harus ada ketiga gejala khas pada depresi ringan dan sedang.
- 2) Ditambah sekurangnya empat gejala lainnya.
- 3) Beberapa di-antaranya harus berintensitas berat, kecuali agitasi/retardasi sudah mencolok.
- 4) Berlangsung sekurangnya dua minggu, atau lebih pendek bila gejala sangat berat dan awitannya sangat cepat.
- 5) Tidak mampu menjalankan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf sangat terbatas.

d) Episoda depresif berat dengan gejala psikotik

Pedoman diagnostik:

- 1) Memenuhi kriteria depresi berat disertai waham, halusinasi atau stupor depresif.
- 2) Isi waham biasanya ide tentang dosa, kemiskinan atau tentang malapetaka yang mengancam dan individu merasa bertanggung-jawab atas hal tersebut.
- 3) Halusinasi auditorik / olfaktorik berupa suara menghina atau menuduh atau bau kotoran / daging busuk
- 4) Retardasi motorik berat yang dapat menuju stupor.
- 5) Waham / halusinasi bisa serasi atau tidak serasi dengan afek.

e) Gangguan Depresif Berulang

Manifestasi klinis:

- Episode depresi berulang tanpa adanya riwayat mania atau hipomania.
- Awitan, keparahan, durasi, dan frekuensi episode depresi sangat bervariasi.
- Lama berlangsung antara 3 – 12 bulan, rata-rata enam bulan, frekuensi lebih jarang daripada bipolar
- Remisi sempurna antara episode, sebagian kecil, terutama pada usia lanjut bisa menetap.
- Seringkali tiap episode dicetuskan oleh stresor
- Bila dibandingkan dengan pada lelaki, kejadian pada wanita dua kali lebih sering.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 40 -

1) Gangguan depresi berulang, episode kini ringan

- Gangguan suasana perasaan berulang lainnya
- Gangguan depresi berulang, episode kini ringan, tanpa gejala somatik
- Gangguan depresi berulang, episode kini ringan, dengan gejala somatik

Pedoman diagnostik

- (a) Memenuhi kriteria gangguan depresi berulang, sekarang episode depresif ringan dan
- (b) Sekurangnya dua episode telah berlangsung selama minimal dua minggu dan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan suasana perasaan yang bermakna.

2) Gangguan depresi berulang, episode kini sedang

- Gangguan suasana perasaan berulang lainnya
- Gangguan depresi berulang, episode kini sedang, tanpa gejala somatik
- Gangguan depresi berulang, episode kini sedang, dengan gejala somatik

Pedoman diagnostik, pasti

- (a) Memenuhi kriteria gangguan depresi berulang, sekarang episode depresif sedang dan
- (b) Sekurangnya dua episode telah berlangsung selama minimal dua minggu dan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan suasana perasaan yang bermakna.

3) Gangguan Depresi Berulang, Episode Kini Berat Tanpa Gejala Psikotik

- Gangguan suasana perasaan berulang lainnya
- Gangguan depresi berulang, episode kini berat, tanpa gejala somatik
- Gangguan depresi berulang, episode kini berat, dengan gejala somatik

Pedoman diagnostik, pasti

- (a) Memenuhi kriteria gangguan depresi berulang, sekarang episode depresif berat tanpa gejala psikotik, dan
- (b) Sekurangnya dua episode telah berlangsung selama minimal dua minggu dan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan suasana perasaan yang bermakna.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 41 -

4) Gangguan Depresi Berulang, Episode Kini Berat Dengan Gejala Psikotik

Pedoman diagnostik

- (a) Memenuhi kriteria gangguan depresi berulang, sekarang episode depresif berat dengan gejala psikotik, dan
- (b) Sekurangnya dua episode telah berlangsung selama minimal dua minggu dan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan suasana perasaan yang bermakna.

5) Gangguan Depresi Berulang, Kini Remisi

Pedoman diagnostik

- (a) Dimasa lampau pernah gangguan depresi berulang sekarang tidak sedang mengalami gangguan apapun, dan
- (b) Sekurangnya dua episode telah berlangsung selama minimal dua minggu dan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan suasana perasaan yang bermakna.

4. Diagnosis Banding

- a. Gangguan *Mood* Disebabkan oleh Kondisi Medis Umum (Tumor otak, gangguan metabolik, HIV AIDS, Penyakit Parkinson dan Penyakit Cushing)
- b. Gangguan *Mood* diinduksi Zat
- c. Skizofrenia
- d. Berduka
- e. Gangguan Kepribadian
- f. Gangguan Skizoafektif
- g. Gangguan Penyesuaian dengan *Mood* Depresi
- h. Gangguan Tidur Primer

5. Penatalaksanaan

Tujuan utama terapi yaitu mengakhiri episode depresi saat ini dan mencegah timbulnya episode penyakit di masa yang akan datang.

Untuk itu dibagi menjadi 3 fase :

- Terapi fase akut
- Terapi fase lanjutan
- Terapi fase rumatan



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 42 -

a. Terapi Fase Akut

Dimulai dari keputusan untuk terapi dan berakhir dengan remisi. Skala penentuan beratnya depresi (HAM-D dan MADRS) dapat membantu menentukan beratnya penyakit dan perbaikan gejala.

Target pengobatan pada fase akut tercapainya respon atau remisi (lebih baik). Lama terapi pada fase akut 2-6 minggu.

Indikasi yang pasti untuk perawatan di rumah sakit adalah:

- 1) Prosedur diagnostik
- 2) Risiko bunuh diri atau pembunuhan
- 3) Kemunduran yang parah dalam kemampuan memenuhi kebutuhan makan dan perlindungan
- 4) Cepatnya perburukan gejala
- 5) Hilangnya sistem dukungan yang biasa didapatnya

Kombinasi terapi psikososial dan farmakoterapi memberikan hasil yang baik. Untuk kasus ringan terapi psikososial saja juga memberikan hasil yang baik.

Panduan memilih medikasi :

- 1) Riwayat respons pengobatan
- 2) Prediksi respons gejala terapi
- 3) Adanya gangguan psikiatri/medik lain
- 4) Keamanan
- 5) Potensi Efek Samping

Tabel 3
Jenis Obat Antidepresan, Dosis dan Efek Samping

Nama Obat	Dosis Harian (mg)	Efek Samping
SSRI		
Escitalopram	20-60	semua SSRI bisa menimbulkan insomnia, agitasi, sedasi, gangguan saluran cerna dan disfungsi seksual
Fluoksetin	10-40	
Sertralin	50-150	
Fluvoksamin	150-300	
Trisiklik/Tetrasiklik		
Amitriptilin	75-300	antikolinergik
Maprotilin	100-225	
Imipramin	75-300	



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 43 -

Nama Obat	Dosis Harian (mg)	Efek Samping
SNRI Duloksetin Venlafaksin	40-60 150-375	mengantuk, kenaikan BB, hipertensi, gangguan saluran cerna
RIMA Moklobemid	150-300	pusing, sakit kepala, mual, berkeringat, mulut kering, mata kabur
NaSSA Mirtazapin	15 - 45	somnolen, mual
SSRE Tianeptin	12.5 - 37.5	somnolen, mual, gangguan kardiovaskular
Melatonin Agonis Agomelatin	25 - 50	sakit kepala

b. Terapi Fase Lanjutan

Tujuan pengobatan pada fase ini adalah tercapainya remisi dan mencegah relaps. Remisi yaitu bila HAM-D ≤ 7 atau MADRS ≤ 8 , bertahan paling sedikit 3 minggu. Dosis obat sama dengan fase akut.

c. Terapi Fase Rumatan

Tujuan untuk mencegah rekurensi. Hal yang perlu dipertimbangkan adalah risiko rekuren, biaya dan keuntungan perpanjangan terapi. Pasien yang telah tiga kali atau lebih mengalami episode depresi atau dua episode berat dipertimbangkan terapi pemeliharaan jangka panjang. Antidepresan yang telah berhasil mencapai remisi dilanjutkan dengan dosis yang sama selama masa pemeliharaan.

6. Terapi psikososial

- a. Terapi Kognitif
- b. Terapi Interpersonal
- c. Terapi Perilaku
- d. Terapi orientasi-psikoanalitik
- e. Terapi Keluarga

7. Terapi Lainnya

ECT untuk depresi katatonik, tendensi bunuh diri berulang, refrakter



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 44 -

8. Prognosis

Prognosis tiap episode adalah baik, akan tetapi gangguan ini bersifat kronis sehingga psikiater harus menganjurkan strategi terapi untuk mencegah kekambuhan di masa yang akan datang.

9. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) *American Psychiatric Association. Major Depressive Episode. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. Text Revision, DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, 2000, hal. 365-376.*
- 3) Sadock BJ, Sadock JA. *Mood Disorder*. Dalam: Kaplan dan Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/Clinical Psychiatry, 10th Ed. Wolters Kluwer, Lippincott Williams dan Wilkins, Philadelphia 2007, hal. 527-462.

H. GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR

1. Batasan dan Uraian Umum

Gangguan afektif bipolar (GB) merupakan gangguan jiwa yang bersifat episodik dan ditandai oleh gejala-gejala manik, hipomanik, depresi, dan campuran, biasanya rekuren serta dapat berlangsung seumur hidup.

2. Kriteria Diagnosis Menurut ICD-10 + PPDGJ III

a. F31. Gangguan Afektif Bipolar

Gangguan ini tersifat oleh episode berulang (sekurang-kurangnya dua episode) dimana afek pasien dan tingkat aktivitasnya jelas terganggu, pada waktu tertentu terdiri dari peningkatan afek disertai penambahan energi dan aktivitas (mania atau hipomania) dan pada waktu lain berupa penurunan afek disertai pengurangan energi dan aktivitas (depresi). Episode berulang hanya hipomania atau mania digolongkan sebagai gangguan bipolar.

Episode manik biasanya dimulai dengan tiba-tiba dan berlangsung antara 2 minggu sampai 4-5 bulan (rata-rata sekitar 4 bulan). Depresi cenderung berlangsung lebih lama (rata-rata sekitar 6 bulan) meskipun jarang melebihi setahun kecuali pada orang lanjut usia.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 45 -

Termasuk : penyakit, psikosis atau reaksi manik-depresif.

Tidak termasuk Gangguan bipolar, episode manik tunggal dan siklotimia.

b. F31.0 Gangguan afektif bipolar, episode kini hipomanik

Pasien saat ini hipomanik, dan mengalami sekurangnya satu riwayat episode afektif (hipomanik, manik, depresi atau campuran).

c. F31.1 Gangguan afektif bipolar, episode kini manik tanpa gejala psikotik

Pasien saat ini manik, tanpa gejala psikotik dan memiliki sekurangnya satu riwayat episode afektif (hipomanik, manik, depresi atau campuran).

d. F31.2 Gangguan afektif bipolar, episode kini manik dengan gejala psikotik

Pasien saat ini manik, dengan gejala psikotik dan memiliki sekurangnya satu riwayat episode afektif (hipomanik, manik, depresi atau campuran).

e. F31.3 Gangguan afektif bipolar, episode kini depresi ringan atau sedang

Pasien saat ini depresi, dengan derajat ringan atau sedang, serta sekurangnya satu riwayat episode afektif hipomanik, manik atau campuran.

f. F31.4 Gangguan afektif bipolar, episode kini depresi berat tanpa gejala psikotik

Pasien saat ini depresi berat tanpa gejala psikotik, dan mengalami sekurangnya satu riwayat episode afektif hipomanik, manik atau campuran.

g. F31.5 Gangguan afektif bipolar, episode kini depresi berat dengan gejala psikotik

Pasien saat ini depresi berat dengan gejala psikotik, dan mengalami sekurangnya satu riwayat episode afektif hipomanik, manik atau campuran.

h. F31.6 Gangguan afektif bipolar, episode kini campuran

Pasien sekurangnya mengalami satu riwayat episode afektif hipomanik, manik, depresi atau campuran, serta saat ini memperlihatkan gejala campuran atau perubahan cepat gejala manik dan depresi.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 46 -

i. F31.7 Gangguan afektif bipolar, saat ini remisi

Pasien mengalami sekurangnya satu riwayat episode afektif hipomanik, manik atau campuran, serta satu episode afektif (hipomanik, manik, depresi atau campuran) tapi saat ini tidak menderita gangguan *mood* yang nyata selama beberapa bulan terakhir. Periode remisi selama terapi profilaksis harus diberi kode.

j. F31.8 Gangguan afektif bipolar lainnya

Gangguan Bipolar II

Episode manik berulang NOS

k. F31.9 Gangguan afektif Bipolar YTT

Pedoman diagnostik juga menggunakan DSM-IV-TR seperti berikut ini.

Tabel 4
Kriteria Episod Mania Berdasarkan DSM IV-TR

Tipe Episode	Kriteria
Mania	<p>A. <i>Mood</i> elasi, ekspansif atau iritabel yang menetap, selama periode tertentu, <i>berlangsung paling sedikit satu minggu (atau waktunya bisa kurang dari satu minggu bila dirawat-inap)</i></p> <p>B. Selama periode gangguan <i>mood</i> tersebut, tiga (atau lebih) gejala di bawah ini menetap dengan derajat berat yang bermakna:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Grandiositas atau meningkatnya kepercayaan diri2. Berkurangnya kebutuhan tidur (merasa segar dengan hanya tidur tiga jam)3. Bicara lebih banyak dari biasanya atau adanya desakan untuk tetap berbicara.4. Loncatan gagasan atau pengalaman subjektif bahwa pikirannya berlomba5. Distraktibilitas (perhatian mudah teralih kepada stimulus eksternal yang tidak relevan atau tidak penting)6. Meningkatnya aktivitas yang bertujuan (sosial, pekerjaan, sekolah, seksual) atau agitasi psikomotor



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 47 -

Tipe Episode	Kriteria
	<p>7. Keterlibatan yang berlebihan dalam aktivitas yang menyenangkan yang berpotensi merugikan (investasi bisnis yang kurang perhitungan, hubungan seksual yang sembrono, atau terlalu boros)</p> <p>C. Gejala-gejala tidak memenuhi kriteria episod campuran</p> <p>D. Gangguan mood sangat berat sehingga menyebabkan hendaya yang jelas dalam fungsi pekerjaan, aktivitas sosial yang biasa dilakukan, hubungan dengan orang lain, atau memerlukan perawatan untuk menghindari melukai diri sendiri atau orang lain, atau dengan gambaran psikotik</p> <p>E. Gejala-gejala tidak disebabkan oleh efek fisiologik langsung penggunaan zat (misalnya, penyalahgunaan zat, obat, atau terapi lainnya) atau kondisi medik umum (misalnya, hipertiroid).</p>

Tabel 5

Kriteria Episod Depresi Mayor Berdasarkan DSM IV-TR

Tipe Episode	Kriteria
Depresi Mayor	<p>A. Lima (atau lebih) gejala berikut terdapat, paling sedikit, dalam dua minggu, dan memperlihatkan terjadinya perubahan fungsi. Paling sedikit satu dari gejala ini harus ada yaitu (1) <i>mood</i> depresi atau (2) hilangnya minat atau rasa senang.</p> <p>Catatan: tidak boleh memasukkan gejala yang jelas-jelas disebabkan oleh kondisi medik umum atau halusinasi atau waham yang tidak serasi dengan <i>mood</i>.</p>



Tipe Episode	Kriteria
	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="711 518 1403 854">1. <i>Mood</i> depresi yang terjadi hampir sepanjang hari, hampir setiap hari, yang ditunjukkan baik oleh laporan subjektif (misalnya, merasa sedih atau hampa), atau yang dapat diobservasi oleh orang lain (misalnya, terlihat menangis). Catatan: pada anak-anak atau remaja, <i>mood</i> bisa bersifat iritabel.<li data-bbox="711 867 1403 1128">2. Berkurangnya minat atau rasa senang yang sangat jelas pada semua, atau hampir semua aktivitas sepanjang hari, hampir setiap hari (yang diindikasikan oleh laporan subjektif atau diobservasi oleh orang lain)<li data-bbox="711 1141 1403 1427">3. Penurunan berat badan yang bermakna ketika tidak sedang diit atau peningkatan berat badan (misalnya, perubahan berat badan lebih dari 5% dalam satu bulan) atau penurunan atau peningkatan nafsu makan hampir setiap hari.<li data-bbox="711 1440 1403 1527">4. Insomnia atau hipersomnia hampir setiap hari<li data-bbox="711 1540 1403 1751">5. Agitasi atau retardasi psikomotor hampir setiap hari (dapat diobservasi oleh orang lain, tidak hanya perasaan subjektif tentang adanya kegelisahan atau perasaan menjadi lamban).<li data-bbox="711 1764 1403 1851">6. Letih atau tidak bertenaga hampir setiap hari<li data-bbox="711 1864 1403 2100">7. Rasa tidak berharga atau berlebihan atau rasa bersalah yang tidak pantas atau sesuai (mungkin bertaraf waham) hampir setiap hari (tidak hanya rasa bersalah karena berada dalam keadaan sakit)<li data-bbox="711 2113 1403 2250">8. Berkurangnya kemampuan untuk berpikir atau konsentrasi, ragu-ragu, hampir setiap hari (baik dilaporkan



Tipe Episode	Kriteria
	<p>secara subjektif atau dapat diobservasi oleh orang lain)</p> <p>9. Berulangnya pikiran tentang kematian (tidak hanya takut mati), berulangnya ide-ide bunuh diri tanpa rencana spesifik, atau tindakan-tindakan bunuh diri atau rencana spesifik untuk melakukan bunuh diri.</p> <p>B. Gejala-gejala yang ada tidak memenuhi kriteria untuk episod campuran.</p> <p>C. Gejala-gejala menyebabkan penderitaan yang bermakna secara klinik atau terjadinya hendaya social, pekerjaan, atau fungsi penting lainnya.</p> <p>D. Gejala tidak disebabkan oleh efek fisiologik langsung dari zat (misalnya penyalahgunaan zat atau obat) atau kondisi medik umum (misalnya hipotiroid).</p> <p>E. Gejala bukan disebabkan oleh berkabung, misalnya kehilangan orang yang dicintai, gejala menetap lebih dari dua bulan, atau ditandai oleh hendaya fungsi yang jelas, preokupasi dengan rasa tidak berharga, ide bunuh diri, gejala psikotik atau retardasi psikomotor.</p>
Episode Campuran	<p>A. Memenuhi kriteria episod manik dan episod depresi mayor (kecuali untuk durasi) hampir setiap hari selama paling sedikit satu minggu.</p> <p>B. Gangguan <i>mood</i> cukup berat hingga menyebabkan hendaya nyata dalam fungsi pekerjaan atau aktivitas sosial yang biasa dilakukan atau hubungan dengan orang lain, atau memerlukan hospitalisasi untuk mencegah melukai diri sendiri atau orang lain, atau terdapat gambaran psikotik.</p>



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 50 -

Tipe Episode	Kriteria
	C. Gejala-gejala tidak disebabkan oleh efek fisiologik langsung penggunaan zat (penyalahgunaan zat, atau obat, atau terapi lainnya) atau kondisi medik umum (hipertiroid)

Tabel 6
Kriteria Episod Hipomanik

Tipe Episode	Kriteria
Hipomanik	<p>A. <i>Mood</i> elasi, ekspansif atau iritabel, menetap, <i>paling sedikit empat hari, mood jelas terlihat berbeda dengan mood biasa atau ketika tidak sedang depresi</i></p> <p>B. Selama periode gangguan <i>mood</i>, tiga (atau lebih) gejala berikut menetap (empat bila <i>mood</i> hanya iritabel), dengan derajat berat yang cukup bermakna:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Grandiositas atau meningkatnya kepercayaan diri2. Berkurangnya kebutuhan tidur (merasa segar dengan hanya tidur tiga jam)3. Bicara lebih banyak dari biasanya atau adanya desakan untuk tetap berbicara.4. Loncatan gagasan atau pengalaman subjektif adanya pikiran yang berlomba5. Distraktibilitas (perhatian mudah teralih kepada stimulus eksternal yang tidak relevan atau tidak penting)6. Meningkatnya aktivitas yang diarahkan ke tujuan (sosial, pekerjaan, sekolah, seksual) atau agitasi psikomotor7. Keterlibatan yang berlebihan dalam aktivitas yang menyenangkan yang berpotensi merugikan (investasi bisnis yang kurang perhitungan, hubungan seksual yang sembrono, atau terlalu boros)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 51 -

Tipe Episode	Kriteria
	<p>C. <i>Episod yang terjadi berkaitan dengan perubahan yang jelas dalam fungsi yang tidak khas bagi orang tersebut ketika ia tidak ada gejala</i></p> <p>D. <i>Perubahan mood dan fungsi tersebut dapat terlihat oleh orang lain</i></p> <p>E. <i>Episod yang terjadi tidak cukup berat untuk menyebabkan hendaya yang jelas dalam fungsi sosial atau pekerjaan, atau tidak memerlukan perawatan, atau tidak ada gambaran psikotik.</i></p> <p>F. <i>Gejala-gejala tidak disebabkan oleh efek fisiologik langsung penggunaan zat (misalnya, penyalahgunaan zat, atau terapi lainnya) atau kondisi medik umum (misalnya, hipertiroid).</i></p>

3. **Diagnosis Banding**

- a. Gangguan psikotik akibat kondisi medik umum
- b. Gangguan psikotik akibat zat
- c. Skizofrenia
- d. Gangguan skizoafektif
- e. Gangguan waham

4. **Pemeriksaan Tambahan**

- a. Pemeriksaan Berat Badan (BB), Tinggi Badan (TB), BMI, lingkar pinggang, TD
- b. Pemeriksaan laboratorium, DPL, fungsi liver, profil lipid, fungsi ginjal, glukosa sewaktu, kadar litium plasma.
- c. YMRS, MADRS, MDQ, PANSS-EC

Tidak ada bukti yang menunjukkan bahwa skala diagnostik lebih superior bila dibandingkan dengan wawancara klinis.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 52 -

5. Penatalaksanaan

a. Terapi Gangguan Bipolar, Agitasi Akut

Injeksi

- Lini I
 - Injeksi IM Aripiprazol, dosis adalah 9,75 mg/mL injeksi, maksimum adalah 29,25mg/hari (tiga kali injeksi per hari dengan interval dua jam).
 - Injeksi IM Olanzapin, dosis 10 mg/injeksi, maksimum adalah 30 mg/hari. Interval pengulangan injeksi adalah dua jam.
- Lini II
 - Injeksi IM Haloperidol yaitu 5 mg/kali injeksi. Dapat diulang setelah 30 menit. Dosis maksimum adalah 15 mg/hari.
 - Injeksi IM Diazepam yaitu 10 mg/kali injeksi. Dosis 20-30 mg/hari. Dapat diberikan bersamaan dengan injeksi haloperidol IM. Jangan dicampur dalam satu jarum suntik

b. Terapi Gangguan Bipolar, Episod Mania Akut

Oral

- Lini I
Litium, divalproat, olanzapin, risperidon, quetiapin, quetiapin XR, aripiprazol, litium atau divalproat+risperidon, litium atau divalproat+quetiapin, litium atau divalproat+olanzapin, litium atau divalproat + aripiprazol
- Lini II
Karbamazepin, terapi kejang listrik (TKL), litium+divalproat, paliperidon
- Lini III
Haloperidol, klorpromazin, litium atau divalproat+haloperidol, litium+karbamazepin, klozapin

Tidak direkomendasikan

Gabapentin, topiramate, lamotrigine, risperidon+karbamazepin, olanzapin+karbamazepin



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 53 -

c. Terapi Gangguan Bipolar, Episod Depresi Akut

Oral

- Lini I
Litium, lamotrigin, quetiapin, quetiapin XR, litium atau divalproat+SSRI, olanzapin+SSRI, litium+divalproat
- Lini II
Quetiapin+SSRI, divalproat, litium atau divalproat+lamotrigin
- Lini III
Karbamazepin, olanzapin, litium+karbamazepin, litium atau divalproat+venlafaksin, litium+MAOI, TKL, litium atau divalproat atau AA+TCA, litium atau divalproat atau karbamazepin+SSRI+lamotrigin, penambahan topiramat.

Tidak direkomendasikan

Gabapentin monoterapi, aripiprazol monoterapi

d. Terapi Rumatan pada Gangguan Bipolar I

- Lini I
Litium, lamotrigin monoterapi, divalproat, olanzapin, quetiapin, litium atau divalproat+quetiapin, *Risperidon Injeksi Jangka Panjang* (RIJP), penambahan RIJP, aripiprazol.
- Lini II
Karbamazepin, litium+divalproat, litium+karbamazepin, litium atau divalproat+olanzapin, litium+risperidon, litium+lamotrigin, olanzapin+fluoksetin
- Lini III
Penambahan fenitoin, penambahan olanzapin, penambahan ECT, penambahan topiramat, penambahan asam lemak omega-3, penambahan okskarbazepin

Tidak direkomendasikan

Gabapentin, topiramat atau antidepresan monoterapi

e. Terapi Gangguan Bipolar II, Episod Depresi Akut

- Lini I
Quetiapin



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 54 -

- Lini II
Litium, lamotrigin, divalproat, litium atau divalproat + antidepresan, litium + divalproat, antipsikotika atipik + antidepresan
- Lini III
Antidepresan monoterapi (terutama untuk pasien yang jarang mengalami hipomania)

f. Terapi Rumatan Gangguan Bipolar

- Lini I
Litium, lamotrigin
- Lini II
Divalproat, litium atau divalproat atau antipsikotika atipik + antidepresan, kombinasi dua dari: litium, lamotrigin, divalproat, atau antipsikotika atipik
- Lini III
Karbamazepin, antipsikotika atipik, ECT.

Tidak direkomendasikan

Gabapentin

6. Intervensi Psikososial

Intervensi psikososial meliputi berbagai pendekatan misalnya, *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT), terapi keluarga, terapi interpersonal, terapi kelompok, psikoedukasi, dan berbagai bentuk terapi psikologi atau psikososial lainnya. Intervensi psikososial sangat perlu untuk mempertahankan keadaan remisi.

7. Prognosis

Prognosis gangguan bipolar I lebih buruk bila dibandingkan dengan gangguan depresi mayor. Sekitar 40%-50% pasien dengan gangguan bipolar I mengalami kekambuhan dalam dua tahun setelah episod pertama. Sekitar 7% pasien dengan gangguan bipolar tidak mengalami kekambuhan. Sebanyak 45% mengalami lebih dari satu episod dan 40% menjadi kronik. Prognosis gangguan bipolar II belum begitu banyak diteliti. Diagnosisnya lebih stabil dan merupakan penyakit kronik yang memerlukan terapi jangka panjang.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 55 -

8. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993.
- 2) *American Psychiatric Association: Mood Disorders.* Dalam: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th Edition, Text Revision, Washington, DC, 2005, hal. 345-429
- 3) *American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry* 2002; 159: 1-50
- 4) Yatham LN, Kennedy SH, Schaffer A, dkk. *Canadian Network for Mood and Anxiety Treatment (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for management of patients with bipolar disorder: update 2009. Bipolar Disord* 2009; 11: 225-255

I. GANGGUAN PANIK

1. Batasan dan Uraian Umum

Gangguan panik yaitu adanya serangan panik yang berulang. Serangan panik adalah perasaan sangat ketakutan yang muncul secara tiba-tiba, kekhawatiran yang berlebihan atau teror, pada suatu periode tertentu, yang sering disertai dengan perasaan akan terjadinya malapetaka.

2. Subtipe

- Gangguan panik tanpa agorafobia
- Gangguan panik dengan agorafobia
- Agorafobia tanpa riwayat gangguan panik

3. Kriteria Diagnosis Gangguan Panik (menurut ICD X + PPDGJ III)

Gambaran khas gangguan panik (ansietas paroksismal episodik) berupa serangan cemas berat (panik) berulang, tidak terbatas pada situasi tertentu dan olehnya itu tidak bisa diprediksi. Seperti pada gangguan cemas lainnya, simtom yang dominan yaitu palpitasi, nyeri dada, rasa tercekik, pusing, depersonalisasi atau derealisasi. Sering pula ditemukan rasa takut mati, kehilangan kontrol atau menjadi gila. Gangguan panik tidak boleh dijadikan diagnosis utama jika pasien mengalami gangguan depresi saat serangan terjadi. Dalam situasi seperti ini, serangan panik mungkin sekunder dari depresinya.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 56 -

Gangguan Panik pada PPDGJ III disebut juga Ansietas Paroksismal Episodik

- a. Gangguan panik baru ditegakkan sebagai diagnostik utama bila tidak ditemukan adanya gangguan ansietas fobik.
- b. Untuk diagnostik pasti harus ditemukan adanya beberapa kali serangan ansietas berat (*severe attacks of autonomic anxiety*) dalam masa kira-kira 1 bulan :
 - 1) Pada keadaan-keadaan sebenarnya secara obyektif tidak ada bahaya;
 - 2) Tidak terbatas pada situasi yang diketahui atau yang dapat diduga sebelumnya (*unpredictable situation*);
 - 3) Dengan keadaan yang relatif bebas dari gejala-gejala ansietas pada periode di antara serangan-serangan panik (meskipun demikian, umumnya dapat terjadi juga ansietas antisipatorik, yaitu ansietas yang terjadi setelah membayangkan sesuatu yang mengkhawatirkan akan terjadi).

a. Kriteria Diagnostik Agorafobia

Catatan: Agorafobia bukan merupakan gangguan yang dapat dikodekan. Berikan kode gangguan spesifik ini bila agorafobia muncul (misalnya, gangguan panik dengan agorafobia atau agorafobia tanpa riwayat gangguan panik)

- 1) Terjadinya ansietas ketika berada di suatu tempat atau situasi yang kemungkinan sulit untuk meloloskan diri (atau merasa malu) atau kemungkinan tidak terdapat pertolongan jika mendapatkan serangan panik atau gejala mirip panik. Karakteristik situasi yang menimbulkan rasa takut agorafobik tersebut meliputi;
 - a) berada sendirian di luar rumah
 - b) berada di tempat ramai atau berada dalam antrian
 - c) berada di atas jembatan
 - d) bepergian sendirian dengan bis, kereta api, atau mobil

Catatan: pertimbangkan diagnosis fobia spesifik bila penghindaran adalah terbatas pada suatu atau hanya beberapa situasi spesifik, atau fobia sosial jika penghindaran terbatas pada situasi sosial

- 2) Situasi tersebut dihindari (misalnya, membatasi bepergian) atau jika dilakukan biasanya disertai penderitaan yang nyata atau dengan ansietas akan mengalami serangan panik atau



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 57 -

gejala mirip panik, atau memerlukan pendamping atau ditemani.

- 3) Ansietas atau penghindaran fobik tidak memenuhi kriteria gangguan mental lainnya contohnya, fobia sosial (penghindaran terbatas pada situasi sosial karena rasa takut terhadap situasi tertentu, misalnya di elevator), gangguan obsesif-kompulsif (misalnya, menghindari kotoran pada seseorang dengan obsesi kontaminasi), gangguan stres pasca traumatik (misalnya, menghindari stimuli yang berhubungan dengan stresor yang katastrofik), atau gangguan ansietas perpisahan (misalnya, menghindari meninggalkan rumah atau saudara)

b. Kriteria Diagnostik Gangguan Panik Tanpa Agorafobia (DSM-IV-TR)

- 1) Baik 1 dan 2:
 - a) Berulangnya (rekuren) serangan panik
 - b) Sekurangnya satu serangan yang diikuti oleh sekurangnya satu bulan (atau lebih) gejala berikut ini:
 - (1) Kekhawatiran yang menetap akan mengalami serangan ulang
 - (2) Ketakutan tentang arti serangan atau akibatnya (misalnya, kehilangan kendali, menderita serangan jantung, atau “menjadi gila”)
 - (3) Perubahan perilaku bermakna berhubungan dengan serangan
- 2) Tidak terdapat agorafobia
- 3) Serangan panik bukan karena efek fisiologik langsung zat (misalnya, penyalahgunaan zat, medikasi) atau suatu kondisi medik umum (misalnya, hipertiroidisme)
- 4) Serangan panik bukan gangguan mental lainnya misalnya, fobia sosial (biasanya terjadi saat berhadapan dengan situasi sosial yang ditakuti), fobia spesifik (misalnya, mengalami situasi fobik tertentu), gangguan obsesif-kompulsif (misalnya, terpapar kotoran pada seseorang dengan obsesi tentang kontaminasi), gangguan stres pasca traumatik (misalnya, sebagai respons terhadap stimuli yang berhubungan dengan stresor katastrofik), atau gangguan ansietas perpisahan (misalnya, sebagai respons jauh dari rumah atau sanak saudara dekat)



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 58 -

c. Kriteria Diagnostik Gangguan Panik dengan Agorafobia (DSM-IV-TR)

- 1) Baik 1 dan 2:
 - a) Berulangnya serangan panik
 - b) Sekurangnya satu serangan yang diikuti oleh sekurangnya satu bulan (atau lebih) berikut ini:
 - (1) Kekhawatiran yang menetap akan mengalami serangan ulang
 - (2) Ketakutan tentang arti serangan atau akibatnya (misalnya, kehilangan kendali, menderita serangan jantung, atau “menjadi gila”)
 - (3) Perubahan perilaku bermakna berhubungan dengan serangan
- 2) Terdapat agorafobia
- 3) Serangan panik bukan karena efek fisiologik langsung dari zat (misalnya, penyalahgunaan zat, medikasi) atau suatu kondisi medik umum (misalnya, hipertiroidisme)
- 4) Serangan panik bukan disebabkan oleh gangguan mental lainnya misalnya, fobia sosial (terjadi saat mengalami situasi sosial yang ditakuti), fobia spesifik (misalnya, mengalami situasi fobik tertentu), gangguan obsesif-kompulsif (misalnya, terpapar kotoran pada seseorang dengan obsesi tentang kontaminasi), gangguan stres pasca traumatik (misalnya, sebagai respons terhadap stimuli yang berhubungan dengan stresor katastrofik), atau gangguan ansietas perpisahan (misalnya, sebagai respons jauh dari rumah atau sanak saudara dekat).

d. Kriteria Diagnostik Agorafobia Tanpa Riwayat Gangguan Panik

- 1) Keberadaan agorafobia dikaitkan dengan rasa takut akan terjadinya gejala seperti panik (misalnya, pusing atau diare)
- 2) Tidak pernah memenuhi kriteria gangguan panik
- 3) Gangguan bukan karena efek fisiologik langsung dari suatu zat (misalnya, penyalahgunaan zat, medikasi) atau suatu kondisi medik umum
- 4) Jika terdapat kondisi medik umum yang berhubungan, rasa takut yang digambarkan dalam kriteria A jelas melebihi yang biasanya berhubungan dengan kondisi tersebut.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 59 -

Perlu diingat bahwa sebagian penderita agorafobia hanya mengalami sedikit ansietas karena mereka secara konsisten dapat menghindari objek atau situasi fobik. Adanya gejala lain seperti depresi, depersonalisasi, obsesi, dan fobia sosial, tidak mengubah diagnosis tersebut, asalkan gejala ini tidak mendominasi gambaran kliniknya. Namun demikian, bilamana penderita tersebut jelas sudah mengalami depresi pada saat gejala fobik tersebut pertama kali timbul, maka lebih tepat didiagnosis sebagai episode depresif.

4. Diagnosis Banding

- a. Gangguan jantung (misalnya aritmia, takikardia supraventrikular)
- b. Gangguan endokrin (misalnya hipertiroid, hiperparatiroid dan peokromositoma)
- c. Disfungsi vestibular
- d. Gangguan kejang
- e. Kondisi psikiatrik lainnya (misalnya, gangguan mood, gangguan stres akut, gangguan obsesif-kompulsif, atau gangguan stres pasca trauma)
- f. Gangguan psikotik
- g. Ketergantungan atau penyalahgunaan zat (misalnya, gejala putus alkohol, intoksikasi kafein, penyalahgunaan stimulan, atau kanabis)

5. Pemeriksaan Tambahan

- a. HAM-A
- b. Pemeriksaan EKG
- c. Pemeriksaan laboratorium, DPL, fungsi liver, profil lipid, fungsi ginjal, glukosa sewaktu, dan fungsi tiroid.

6. Terapi

a. Farmakoterapi

Alprazolam dan fluoksetin merupakan dua obat yang telah disetujui penggunaannya oleh *Food and Drug Administration* (FDA) AS untuk penatalaksanaan gangguan panik.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 60 -

Tabel 7
Rekomendasi Farmakoterapi untuk Gangguan Panik

	Nama Obat	Dosis (mg/hari)	Efek Samping
Lini pertama	escitalopram,	5-20	Gangguan pencernaan, mual, muntah diare, konstipasi
	fluoksetin,	10-20	
	sertralin,	25-200	
	venlafaksin-XR	75-250	
Lini kedua	klomipramin,	25-250	antikolinergik
	imipramin,	50-300	
	mirtazapin,	15-45	antihistamin
	Alprazolam	2-6	sedasi
	<i>adjunctive</i> klonazepam	1-3	
Lini ketiga	divalproat	250-1500	Sedasi, somnolens, peningkatan berat badan, system pencernaan
	gabapentin	300-1200	Somnolens, sedasi
	<i>adjunctive</i> olanzapin	5-12.5	Peningkatan berat badan
	risperidon	0.5-1	Sindrom ekstrapiramidal
Tidak direkomendasikan buspiron, trazodon, propranolol, karbamazepin			

b. Terapi Psikososial

- Terapi Perilaku Kognitif
- Psikoedukasi
- Terapi Relaksasi

7. Prognosis

Prognosisnya baik bila pasien mendapat penatalaksanaan yang sesuai. Sebanyak 30%-40% pasien dapat mengalami kepulihan sempurna dan sekitar 50% pasien berlanjut mengalami gejala panik yang derajatnya ringan yang tidak mempengaruhi, secara bermakna, kehidupan sehari-hari pasien.



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

- 69 -

- Fluoksetin, dosis awal 1 x 5-10mg/hari, dapat dinaikkan menjadi 1 x 20-40mg/hari
 - Fluvoksamin, dosis awal 1 x 25mg, dapat dinaikkan menjadi 1x 50-100mg/hari
 - Escitalopram, dosis awal 1x 5-10 mg/hari, dapat dinaikkan menjadi 1x20 mg/hari
- b) Derivat trisiklik:
- Amitriptilin: 2x (10-25) mg
 - Imipramin: 1-2 x (10-25) mg
- c) Bila ada gejala psikotik, berikan antipsikotik, contohnya:
- Haloperidol, dosis 2 x 1-5mg atau
 - Risperidon, dosis 2 x 1-2mg atau
 - Olanzapin, 1-2 x 2,5-10mg
 - Quetiapin, 50-100mg

b. Terapi Psikososial

Tujuan terapi menurunkan atau menghilangkan reaksi kecemasan pasien terhadap trauma yg berkaitan dengan stimulus, terdiri atas:

- 1) Edukasi tentang reaksi umum terhadap trauma
- 2) Latihan relaksasi
- 3) Terapi Kognitif Perilaku
- 4) *Eye Movement Desensitisation Reprocessing* (EMDR)
- 5) *Prolonged Exposure* (PE)

6. Daftar Pustaka

- 1) Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) III. Cetakan Pertama. 1993
- 2) Kaplan dan Sadock. *Comprehensive textbook of Psychiatry* 7th ed. Lippincott William & Wilkins (2000): 1500-1501.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK