



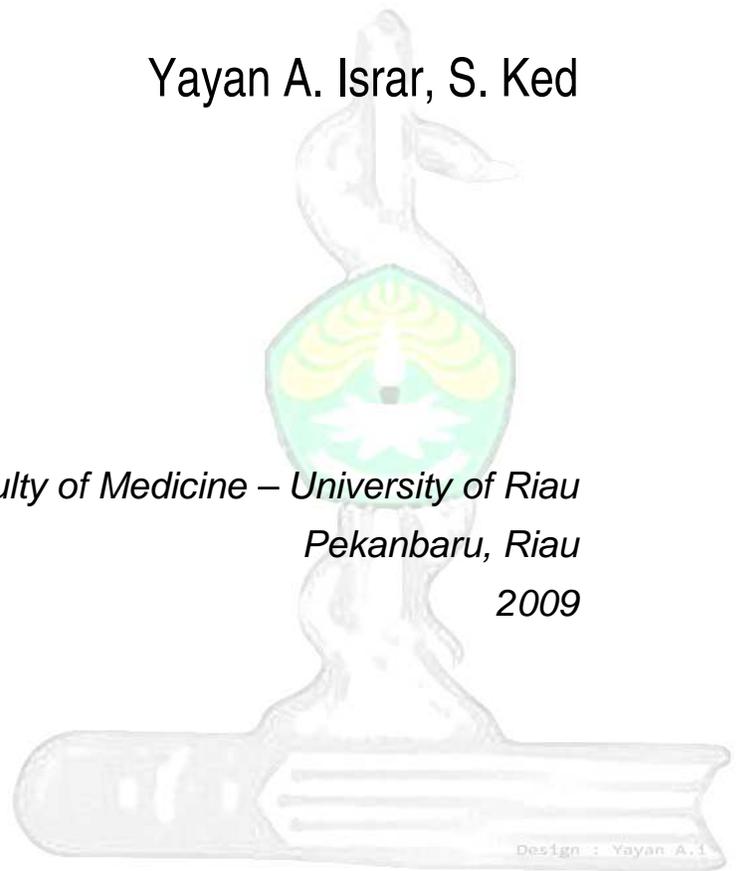
GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR

Author :

Yayan A. Israr, S. Ked



*Faculty of Medicine – University of Riau
Pekanbaru, Riau
2009*



Design : Yayan A. I

GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR

1. LATAR BELAKANG

Gangguan afektif bipolar adalah kondisi umum yang dijumpai, dan diantara gangguan mental menempati posisi kedua terbanyak sebagai penyebab ketidakmampuan/disabilitas. Depresi bipolar sama pada kelompok pria dan wanita dengan angka kejadian sekitar 5 per 1000 orang. Penderita depresi bipolar dapat mengalami bunuh diri 15 kali lebih banya dibandingkan dengan penduduk umum. Bunuh diri pertama-tama sering terjadi ketika tekanan pada pekerjaan, studi, tekanan emosional dalam keluarga terjadi pada tingkat yang paling berat. Pada risiko bunuh diri dapat meningkat selama menopause.¹

Kebanyakan pasien dengan gangguan afektif bipolar secara potensial dengan terapi yang optimal dapat kembali fungsi yang normal. Dengan pengobatan yang kurang optimal hasilnya kurang baik dan dapat kambuh untuk melakukan bunuh diri lagi. Data menunjukkan bahwa pengobatan sering kurang optimal.¹

Studi longitudinal bahwa pasien dengan kecenderungan bunuh diri pada kasus dengan afektif bipolar 50% dapat dikurangi dengan terapi maintenance/pemeliharaan dan terapi depresi yang tepat.¹

Prof dr Sasanto Wibisono, SpKJ (K), guru besar di bagian Psikiatri FKUI menjelaskan perbedaan ekstrem perasaan (manik dan depresi) penderita Bipolar tidak selalu bisa diamati oleh lingkungannya karena masing-masing individu reaksinya berlainan. Ada yang menonjol kutub maniknya, sementara yang lain menonjol depresinya.

Kondisi tidak normal itu bisa terjadi hanya beberapa minggu sampai 2-3 bulan. Setelah itu kembali "normal" untuk jangka waktu relatif lama, namun di kesempatan lain muncul kembali.²

2. DEFINISI

Gangguan Bipolar dikenal juga dengan gangguan manik depresi, yaitu gangguan pada fungsi otak yang menyebabkan perubahan yang tidak biasa pada suasana

perasaan, dan proses berfikir. Disebut Bipolar karena penyakit kejiwaan ini didominasi adanya fluktuasi periodik dua kutub, yakni kondisi manik (bergairah tinggi yang tidak terkendali) dan depresi.³

3. ETIOPATOFISIOLOGI

Dahulu virus sempat dianggap sebagai penyebab penyakit ini. Serangan virus pada otak berlangsung pada masa janin dalam kandungan atau tahun pertama sesudah kelahiran. Namun, gangguan bipolar bermanifestasi 15-20 tahun kemudian. Telatnya manifestasi itu timbul karena diduga pada usia 15 tahun kelenjar timus dan pineal yang memproduksi hormon yang mampu mencegah gangguan psikiatrik sudah berkurang 50%.²

Penyebab gangguan Bipolar multifaktor. Mencakup aspek bio-psikososial. Secara biologis dikaitkan dengan faktor genetik dan gangguan neurotransmitter di otak. Secara psikososial dikaitkan dengan pola asuh masa kana-kanak, stres yang menyakitkan, stres kehidupan yang berat dan berkepanjangan, dan banyak lagi faktor lainnya.⁴

Didapatkan fakta bahwa gangguan alam perasaan (mood) tipe bipolar (adanya episode manik dan depresi) memiliki kecenderungan menurun kepada generasinya, berdasar etiologi biologik. 50% pasien bipolar memiliki satu orangtua dengan gangguan alam perasaan/gangguan afektif, yang tersering unipolar (depresi saja). Jika seorang orang tua mengidap gangguan bipolar maka 27% anaknya memiliki resiko mengidap gangguan alam perasaan. Bila kedua orangtua mengidap gangguan bipolar maka 75% anaknya memiliki resiko mengidap gangguan alam perasaan. Keturunan pertama dari seseorang yang menderita gangguan bipolar berisiko menderita gangguan serupa sebesar 7 kali. Bahkan risiko pada anak kembar sangat tinggi terutama pada kembar monozigot (40-80%), sedangkan kembar dizigot lebih rendah, yakni 10-20%.²

Beberapa studi berhasil membuktikan keterkaitan antara gangguan bipolar dengan kromosom 18 dan 22, namun masih belum dapat diselidiki lokus mana dari kromosom tersebut yang benar-benar terlibat. Beberapa diantaranya yang telah

diselidiki adalah 4p16, 12q23-q24, 18 sentromer, 18q22, 18q22-q23, dan 21q22. Yang menarik dari studi kromosom ini, ternyata penderita sindrom Down (trisomi 21) berisiko rendah menderita gangguan bipolar.²

Sejak ditemukannya beberapa obat yang berhasil meringankan gejala bipolar, peneliti mulai menduga adanya hubungan neurotransmitter dengan gangguan bipolar. Neurotransmitter tersebut adalah dopamine, serotonin, dan noradrenalin. Gen-gen yang berhubungan dengan neurotransmitter tersebut pun mulai diteliti seperti gen yang mengkode monoamine oksidase A (MAOA), tirosin hidroksilase, catechol-O-metiltransferase (COMT), dan serotonin transporter (5HTT).²

Penelitian terbaru menemukan gen lain yang berhubungan dengan penyakit ini yaitu gen yang mengekspresi *brain derived neurotrophic factor* (BDNF). BDNF adalah neurotropin yang berperan dalam regulasi plastisitas sinaps, neurogenesis dan perlindungan neuron otak. BDNF diduga ikut terlibat dalam mood. Gen yang mengatur BDNF terletak pada kromosom 11p13. Terdapat 3 penelitian yang mencari tahu hubungan antara BDNF dengan gangguan bipolar dan hasilnya positif.²

Kelainan pada otak juga dianggap dapat menjadi penyebab penyakit ini. Terdapat perbedaan gambaran otak antara kelompok sehat dengan penderita bipolar. Melalui pencitraan *magnetic resonance imaging* (MRI) dan *positron-emission tomography* (PET), didapatkan jumlah substansia nigra dan aliran darah yang berkurang pada korteks prefrontal subgenua. Tak hanya itu, Blumberg dkk dalam *Arch Gen Psychiatry* 2003 pun menemukan volume yang kecil pada amygdala dan hipokampus. Korteks prefrontal, amygdala dan hipokampus merupakan bagian dari otak yang terlibat dalam respon emosi (mood dan afek).²

Penelitian lain menunjukkan ekspresi oligodendrosit-myelin berkurang pada otak penderita bipolar. Seperti diketahui, oligodendrosit menghasilkan membran myelin yang membungkus akson sehingga mampu mempercepat hantaran konduksi antar saraf. Bila jumlah oligodendrosit berkurang, maka dapat dipastikan komunikasi antar saraf tidak berjalan lancar.²



4. EPIDEMIOLOGI

Dapat dikatakan insiden gangguan bipolar tidak tinggi, berkisar antara 0,3-1,5%. Namun, angka itu belum termasuk yang *misdiagnosis*. Risiko kematian terus membayangi penderita bipolar. Biasanya kematian itu dikarenakan mereka mengambil jalan pintas yaitu bunuh diri. Risiko bunuh diri meningkat pada penderita bipolar yang tidak diterapi yaitu 5,5 per 1000 pasien. Sementara yang diterapi 'hanya' 1,3 per 1000 pasien.²

Gangguan pada lelaki dan perempuan sama, umumnya timbul di usia remaja atau dewasa. Hal ini paling sering dimulai sewaktu seseorang baru menginjak dewasa, tetapi kasus-kasus gangguan bipolar telah didiagnosis pada remaja dan bahkan anak-anak.⁴

5. GAMBARAN KLINIS

Berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual (DSM) IV*, gangguan bipolar dibedakan menjadi 2 yaitu gangguan bipolar I dan II. Perbedaannya adalah pada gangguan bipolar I memiliki episode manik sedangkan pada gangguan bipolar II mempunyai episode hipomanik. Beberapa ahli menambahkan adanya bipolar III dan bipolar IV namun sementara ini yang 2 terakhir belum dijelaskan.⁶

Gangguan bipolar I dibagi lagi menjadi beberapa bagian menurut perjalanan longitudinal gangguannya. Namun hal yang pokok adalah paling tidak terdapat 1 episode manik di sana. Walaupun hanya terdapat 1 episode manik tanpa episode depresi lengkap maka tetap dikatakan gangguan bipolar I. Adapun episode-episode yang lain dapat berupa episode depresi lengkap maupun episode campuran, dan episode tersebut bisa mendahului ataupun didahului oleh episode manik.⁶

Gangguan bipolar II mempunyai ciri adanya episode hipomanik. Gangguan bipolar II dibagi menjadi 2 yaitu tipe hipomanik, bila sebelumnya didahului oleh episode depresi mayor dan disebut tipe depresi bila sebelum episode depresi tersebut didahului oleh episode hipomanik⁶

Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III, gangguan ini bersifat episode berulang yang menunjukkan suasana perasaan pasien

dan tingkat aktivitasnya jelas terganggu, dan gangguan ini pada waktu tertentu terdiri dari peninggian suasana perasaan serta peningkatan energi dan aktivitas (mania atau hipomania), dan pada waktu lain berupa penurunan suasana perasaan serta pengurangan energi dan aktivitas (depresi). Yang khas adalah terdapat penyembuhan sempurna antar episode. Episode manik biasanya mulai dengan tiba-tiba dan berlangsung antara 2 minggu sampai 4-5 bulan, sedangkan depresi cenderung berlangsung lebih lama.⁶

Episode pertama bisa timbul pada setiap usia dari masa kanak-kanak sampai tua. Kebanyakan kasus terjadi pada dewasa muda berusia 20-30 tahun. Semakin dini seseorang menderita bipolar maka risiko penyakit akan lebih berat, kronik bahkan refrakter.⁶

Episode manik dibagi menjadi 3 menurut derajat keparahannya yaitu hipomanik, manik tanpa gejala psikotik, dan manik dengan gejala psikotik. Hipomanik dapat diidentikkan dengan seorang perempuan yang sedang dalam masa ovulasi ('estrus') atau seorang laki-laki yang dimabuk cinta. Perasaan senang, sangat bersemangat untuk beraktivitas, dan dorongan seksual yang meningkat adalah beberapa contoh gejala hipomanik. Derajat hipomanik lebih ringan daripada manik karena gejala-gejala tersebut tidak mengakibatkan disfungsi sosial.²

Pada manik, gejala-gejalanya sudah cukup berat hingga mengacaukan hampir seluruh pekerjaan dan aktivitas sosial. Harga diri membumbung tinggi dan terlalu optimis. Perasaan mudah tersinggung dan curiga lebih banyak daripada elasi.²

Tanda manik lainnya dapat berupa hiperaktifitas motorik berupa kerja yang tak kenal lelah melebihi batas wajar dan cenderung non-produktif, euphoria hingga logorrhea (banyak berbicara, dari yang isi bicara wajar hingga menceracau dengan 'word salad'), dan biasanya disertai dengan waham kebesaran, waham kebesaran ini bisa sistematis dalam artian berperilaku sesuai wahamnya, atau tidak sistematis, berperilaku tidak sesuai dengan wahamnya. Bila gejala tersebut sudah berkembang menjadi waham maka diagnosis mania dengan gejala psikotik perlu ditegakkan.¹

6. DIAGNOSIS DAN KLASIFIKASI

Berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual (DSM) IV*, gangguan bipolar dibedakan menjadi 2 yaitu gangguan bipolar I dan II. Gangguan bipolar I atau tipe klasik ditandai dengan adanya 2 episode yaitu manik dan depresi, sedangkan gangguan bipolar II ditandai dengan hipomanik dan depresi. PPDGJ III membaginya dalam klasifikasi yang berbeda yaitu menurut episode kini yang dialami penderita.⁶

Tabel 2. Pembagian Gangguan Afektif Bipolar Berdasarkan PPDGJ III (F31)

| | |
|-------|--|
| F31.0 | Gangguan afektif bipolar, episode kini hipomanik |
| F31.1 | Gangguan afektif bipolar, episode kini manik tanpa gejala psikotik |
| F31.2 | Gangguan afektif bipolar, episode kini manik dengan gejala psikotik |
| F31.3 | Gangguan afektif bipolar, episode kini depresif ringan atau sedang |
| F31.4 | Gangguan afektif bipolar, episode kini depresif berat tanpa gejala psikotik |
| F31.5 | Gangguan afektif bipolar, episode kini depresif berat dengan gejala psikotik |
| F31.6 | Gangguan afektif bipolar, episode kini campuran |
| F31.7 | Gangguan afektif bipolar, kini dalam remisi |
| F31.8 | Gangguan afektif bipolar lainnya |
| F31.9 | Gangguan afektif bipolar yang tidak tergolongkan |

F31 Gangguan Afektif Bipolar

Gangguan ini tersifat oleh episode berulang (yaitu sekurang-kurangnya dua) yang menunjukkan suasana perasaan (mood) pasien dan tingkat aktivitasnya jelas terganggu, dan gangguan ini pada waktu tertentu terdiri dari peninggian suasana perasaan (mood) serta peningkatan enersi dan aktivitas (mania atau hipomania), dan pada waktu lain berupa penurunan suasana perasaan (mood) serta pengurangan enersi dan aktivitas depresi). Yang khas adalah bahwa biasanya ada penyembuhan sempurna antar episode, dan insidensi pada kedua jenis kelamin kurang lebih sama dibanding dengan gangguan suasana perasaan (mood) lainnya. Dalam perbandingan, jarang

ditemukan pasien yang menderita hanya episode mania yang berulang-ulang, dan karena pasien-pasien tersebut menyerupai (dalam riwayat keluarga, kepribadian pramorbid, usia onset, dan prognosis jangka panjang) pasien yang mempunyai juga episode depresi sekali-sekali, maka pasien itu digolongkan sebagai bipolar.⁷

F31.0 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini hipomanik

Pedoman diagnostik

- a. Episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk hipomania (F30.0) dan,
- b. Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik atau campuran di masa lampau.⁷

F31.1 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Manik tanpa Gejala Psikotik

Pedoman diagnostik

- a. Episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk mania tanpa gejala psikotik (F30.1) dan,
- b. Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik atau campuran di masa lampau.⁷

F31.2 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Manik dengan Gejala Psikotik

Pedoman diagnostik

- a. Episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk mania dengan gejala psikotik (F30.2) dan,
- b. Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik atau campuran di masa lampau.⁷

F31.3 Gangguan Afektif Bipolar, episode kini Depresif Ringan atau Sedang

Pedoman diagnostik

Untuk mendiagnosis pasti :

- a. Episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif ringan (F32.0) ataupun sedang (F32.1), dan

Design : Yayan A.1

- b. Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik atau campuran di masa lampau.

Karakter kelima dapat digunakan untuk menentukan ada atau tidaknya gejala somatic dalam episode depresif yang sedang berlangsung.⁷

F31.30 Tanpa gejala somatik

F31.31 Dengan gejala somatik

F31.4 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik

Pedoman diagnostik

Untuk mendiagnosis pasti :⁷

- a. Episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif berat tanpa gejala psikotik (F32.2), dan
- b. Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik atau campuran di masa lampau.

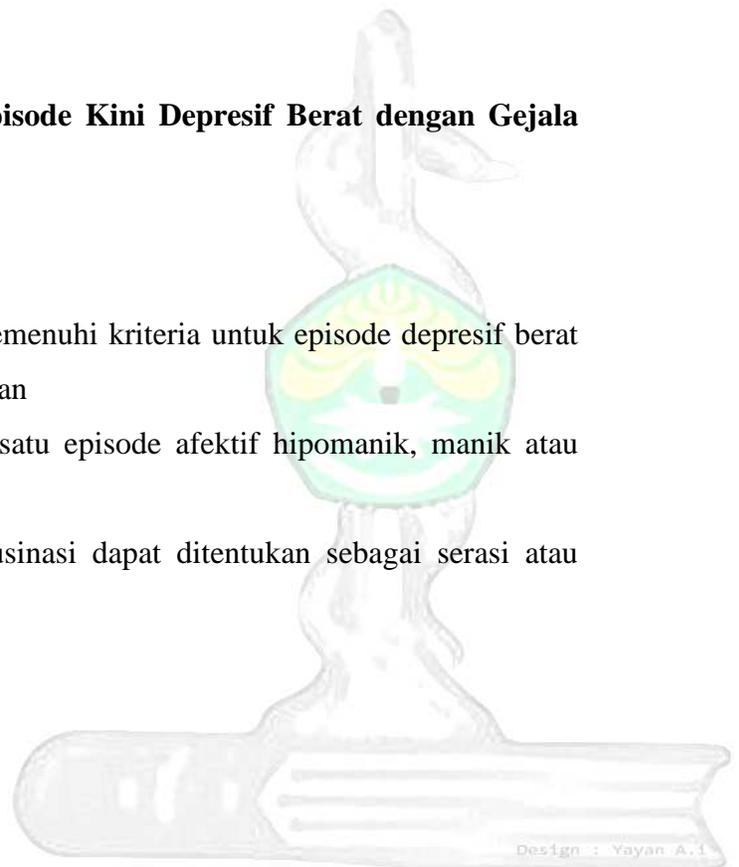
F31.5 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Berat dengan Gejala Psikotik

Pedoman diagnostik

Untuk mendiagnosis pasti :⁷

- a. Episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif berat dengan gejala psikotik (F32.3), dan
- b. Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik atau campuran di masa lampau.

Jika dikehendaki, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afeknya.⁷



F31.6 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Campuran

Pedoman diagnostic⁷

- a. Episode yang sekarang menunjukkan gejala-gejala manik, hipomanik dan depresif yang tercampur atau bergantian dengan cepat (gejala mania/hipomania dan depresi sama-sama mencolok selama masa terbesar dari episode penyakit yang sekarang, dan telah berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu) dan
- b. Harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik atau campuran di masa lampau.

F31.7 Gangguan Afektif Bipolar, Kini dalam Remisi

Sekarang tidak menderita gangguan afektif yang nyata selama beberapa bulan terakhir ini, tetapi pernah mengalami sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik atau campuran di masa lampau dan ditambah sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif atau campuran).⁷

F31.8 Gangguan Afektif Bipolar Lainnya

F31.9 Gangguan Afektif Bipolar YTT

7. KRITERIA EPISODE DEPRESI

F32 Episode Depresif

Pada semua tiga variasi dari episode depresif khas yang tercantum di bawah ini, ringan (F32.0), sedang (F32.1), dan berat (F32.2 dan F32.3), individu biasanya menderita suasana perasaan (mood) yang depresif, kehilangan minat dan kegembiraan, dan berkurangnya enersi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah dan berkurangnya aktivitas. Biasanya ada rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja. Gejala lazim lainnya adalah :⁷

- a. Konsentrasi dan perhatian berkurang
- b. Harga diri dan kepercayaan diri berkurang

Design : Yayan A.1

- c. Gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna (bahkan pada episode tipe ringan sekali pun)
- d. Pandangan masa depan yang suram dan pesimistis
- e. Gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri
- f. Tidur terganggu
- g. Nafsu makan berkurang

F32.0 Episode Depresif Ringan

Pedoman diagnosis

Suasana perasaan (mood) yang depresif, kehilangan minat dan kesenangan, dan mudah menjadi lelah biasanya dipandang sebagai gejala dari depresi yang paling khas, dan sekurang-kurangnya dua gejala dari ini, ditambah sekurang-kurangnya dua gejala lain (untuk F32.-) harus ada untuk menegakkan diagnosis pasti. Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya. Lamanya episode berlangsung ialah sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.⁷

Individu yang mengalami episode depresif ringan biasanya resah tentang gejalanya dan agak sukar baginya untuk meneruskan pekerjaan biasa dan kegiatan sosial, namun mungkin ia tidak akan berhenti berfungsi sama sekali.⁷

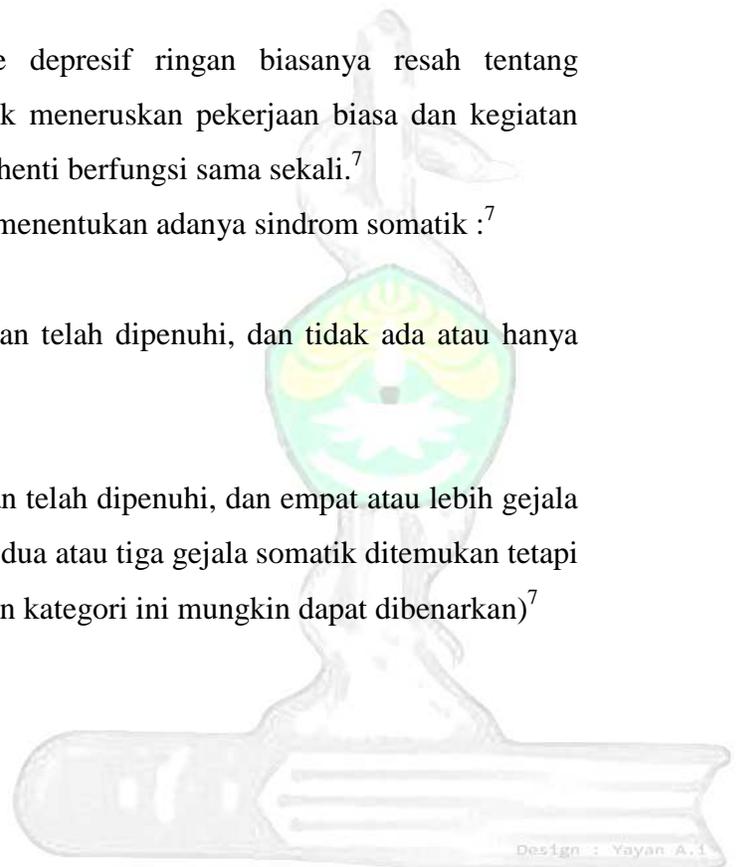
Karakter kelima dapat digunakan untuk menentukan adanya sindrom somatik :⁷

F32.00 Tanpa gejala somatik

Kriteria untuk episode depresif ringan telah dipenuhi, dan tidak ada atau hanya sedikit sekali gejala somatik⁷

F32.01 Dengan gejala somatik

Kriteria untuk episode depresif ringan telah dipenuhi, dan empat atau lebih gejala somatik juga ditemukan. (jika hanya dua atau tiga gejala somatik ditemukan tetapi luar biasa beratnya, maka penggunaan kategori ini mungkin dapat dibenarkan)⁷



F32.1 Episode Depresif Sedang

Pedoman diagnosis

Sekurang-kurangnya harus ada dua dari tiga gejala paling khas yang ditentukan untuk episode depresif ringan (F32.0), ditambah sekurang-kurangnya tiga (dan sebaiknya empat) gejala lainnya. Beberapa gejala mungkin amat menyolok, namun tidak esensial apabila secara keseluruhan ada cukup banyak variasi gejalanya. Lamanya keseluruhan episode berlangsung ialah sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.⁷

Individu yang mengalami episode depresif taraf sedang biasanya menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan, dan urusan rumah tangga.⁷

Karakter kelima dapat digunakan untuk menentukan adanya sindrom somatik :⁷

F32.10 Tanpa gejala somatik

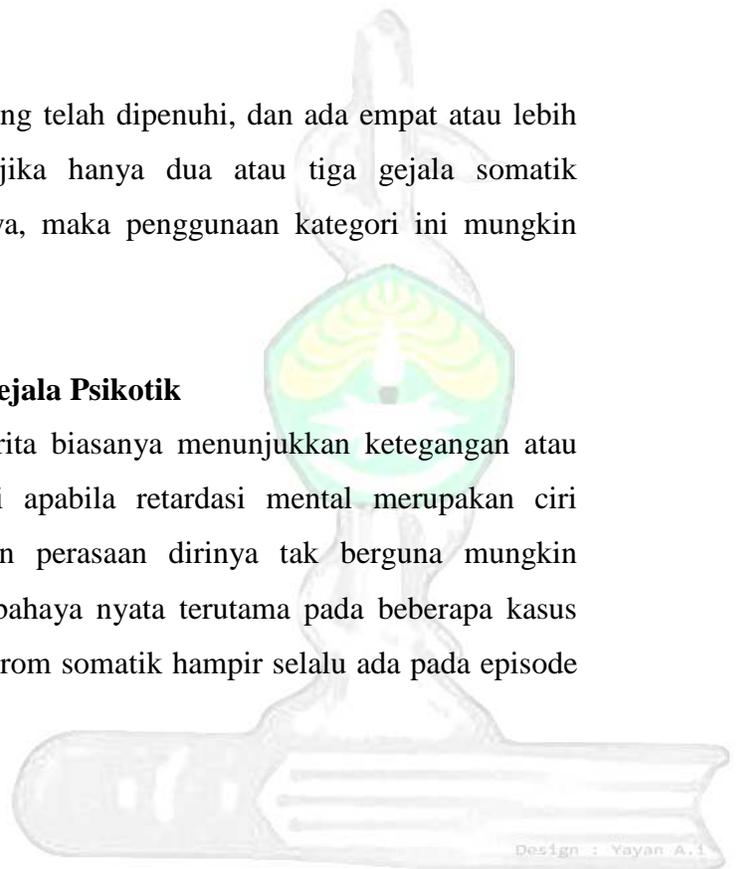
Kriteria untuk episode depresif sedang telah dipenuhi, dan tidak ada atau hanya sedikit sekali gejala somatik⁷

F32.11 Dengan gejala somatik

Kriteria untuk episode depresif sedang telah dipenuhi, dan ada empat atau lebih gejala somatik juga ditemukan. (jika hanya dua atau tiga gejala somatik ditemukan tetapi luar biasa beratnya, maka penggunaan kategori ini mungkin dapat dibenarkan)⁷

F32.2 Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik

Pada episode depresif berat, penderita biasanya menunjukkan ketegangan atau gelisah yang amat nyata, kecuali apabila retardasi mental merupakan ciri terkemuka. Kehilangan harga diri dan perasaan dirinya tak berguna mungkin mencolok, dan bunuh diri merupakan bahaya nyata terutama pada beberapa kasus berat. Anggapan disini ialah bahwa sindrom somatik hampir selalu ada pada episode depresif berat.⁷



Pedoman diagnosis

Semua ketiga gejala khas yang ditentukan untuk episode depresif ringan dan sedang harus ada, ditambah sekurang-kurangnya empat gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat. Namun, apabila gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi) menyolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara terinci. Dalam hal demikian, penentuan menyeluruh dalam subkategori episode berat masih dapat dibenarkan. Episode depresif biasanya seharusnya berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka mungkin dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam waktu kurang dari 2 minggu.⁷

Selama episode depresif berat, sangat tidak mungkin penderita akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.⁷

Kategori ini hendaknya digunakan untuk episode depresif berat tunggal tanpa gejala psikotik, untuk episode selanjutnya harus digunakan subkategori dari gangguan depresif berulang.⁷

F32.3 Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik

Pedoman diagnosis

Episode depresif berat yang memenuhi kriteria menurut F32.2 tersebut diatas, disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Wahamnya biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien dapat merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor. Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan suasana perasaan (mood)⁷

8. KOMORBID

Sebagian besar penderita bipolar tidak hanya menderita bipolar saja tetapi juga menderita gangguan jiwa yang lain (komorbid). Penelitian oleh Goldstein BI dkk,

Design : Yayan A.1

seperti dilansir dari *Am J Psychiatry* 2006, menyebutkan bahwa dari 84 penderita bipolar berusia diatas 65 tahun ternyata sebanyak 38,1% terlibat dalam penyalahgunaan alkohol, 15,5% distimia, 20,5% gangguan cemas menyeluruh, dan 19% gangguan panik.²

Sementara itu, *attention deficit hyperactivity disorder* (ADHD) menjadi komorbid yang paling sering didapatkan pada 90% anak-anak dan 30% remaja yang bipolar.²

9. PENATALAKSANAAN

A. Farmakoterapi

Fluoxetin (prozac) telah digunakan dengan suatu keberhasilan pada remaja dengan gangguan depresif berat. Karena beberapa anak dan remaja yang menderita depresif akan mengalami gangguan bipolar, klinisi harus mencatat gejala hipomanik yang mungkin terjadi selama pemakaian fluoxetin dan anti depresan lain. Pada kasus tersebut medikasi harus dihentikan untuk menentukan apakah episode hipomanik selanjutnya menghilang. Tetapi, respon hipomanik terhadap antidepresan tidak selalu meramalkan bahwa gangguan bipolar telah terjadi.⁸

Gangguan bipolar pada masa anak-anak dan remaja adalah diobati dengan lithium (Eskalith) dengan hasil yang baik. Tetapi, anak-anak yang memiliki gangguan defisit-atenasi/hiperaktivitas) dan selanjutnya mengalami gangguan bipolar pada awal masa remaja adalah lebih kecil kemungkinannya untuk berespon baik terhadap lithium dibandingkan mereka yang tanpa gangguan perilaku.⁸

Pasien dengan gangguan bipolar membutuhkan dorongan untuk mencari dan mempertahankan pengobatan dan tindak lanjutnya dengan segala keterbatasannya lithium merupakan pengobatan untuk gangguan bipolar yang telah lama digunakan meskipun banyak obat-obat generasi baru yang ditemukan, namun efektifitas pencegahan bunuh diri masih belum jelas.^{1,8}

Garam Lithium (carbonate) merupakan antidepresan yang dianjurkan untuk gangguan depresi bipolar (terdapatnya episode depresi dan mania) dan penderita gangguan depresi. Lithium tidak bersifat sedative, depresan ataupun eforian, inilah yang membedakannya dari antidepresan lain.²

Mekanis aksi lithium mengendalikan alam perasaan belum diketahui, diduga akibat efeknya sebagai membrana biologi. Sifat khas ion lithium dengan ukuran yang amat kecil tersebar melalui membrana biologik, berbeda dari ion Na dan K. Ion lithium menggantikan ion Na mendukung aksi potensial tunggal di sel saraf dan melestarikan membrana potensial itu. Masih belum jelas betul makna interaksi antara lithium (dengan konsentrasi 1 mEq per liter) dan transportasi monovalent atau divalent kation oleh sel saraf.²

Aksi lithium disusunan saraf pusat dispekulasikan merobah distribusi ion didalam sel susunan saraf pusat, perhatian terpusat pada efek konsentrasi ionnya yang rendah dalam metabolisme biogenik amin yang berperanan utama dalam patofisiologi gangguan alam perasaan.²

Sudah lebih dari 50 tahun lithium digunakan sebagai terapi gangguan bipolar. Keefektivitasannya telah terbukti dalam mengobati 60-80% pasien. 'Pamornya' semakin berkibar karena dapat menekan ongkos perawatan dan angka kematian akibat bunuh diri.²

Tapi bukan berarti lithium tanpa cela. Terdapat orang-orang yang kurang memberi respon terhadap lithium di antaranya penderita dengan riwayat cedera kepala, mania derajat berat (dengan gejala psikotik), dan yang disertai dengan komorbid. Bila penggunaannya dihentikan tiba-tiba, penderita cepat mengalami relaps. Selain itu, indeks terapinya sempit dan perlu monitor ketat kadar lithium dalam darah. Gangguan ginjal menjadi kontraindikasi penggunaan lithium karena akan menghambat proses eliminasi sehingga menghasilkan kadar toksik. Di samping itu, pernah juga dilaporkan lithium dapat merusak ginjal bila digunakan dalam jangka lama. Karena keterbatasan itulah, penggunaan lithium mulai ditinggalkan.²

Antipsikotik mulai digunakan sebagai antimanik sejak tahun 1950-an. Antipsikotik lebih baik daripada lithium pada penderita bipolar dengan agitasi psikomotor. Perhatian ekstra harus dilakukan bila hendak merencanakan pemberian antipsikotik jangka panjang terutama generasi pertama (golongan tipikal) sebab dapat menimbulkan beberapa efek samping seperti ekstrapiramidal, *neuroleptic malignant syndrome*, dan tardive dyskinesia.²

Valproat menjadi pilihan ketika penderita bipolar tidak memberi respon terhadap lithium. Bahkan valproat mulai menggeser dominasi lithium sebagai regimen lini pertama. Salah satu kelebihan valproat adalah memberikan respon yang baik pada kelompok *rapid cycler*. Penderita bipolar digolongkan *rapid cycler* bila dalam 1 tahun mengalami 4 atau lebih episode manik atau depresi. Efek terapeutik tercapai pada kadar optimal dalam darah yaitu 60-90 mg/L. Efek samping dapat timbul ketika kadar melebihi 125 mg/L, di antaranya mual, berat badan meningkat, gangguan fungsi hati, tremor, sedasi, dan rambut rontok. Dosis akselerasi valproat yang dianjurkan adalah *loading dose* 30 mg/kg pada 2 hari pertama dilanjutkan dengan 20 mg/kg pada 7 hari selanjutnya.²

Pencarian obat alternatif terus diupayakan. Salah satunya adalah lamotrigine. Lamotrigine merupakan antikonvulsan yang digunakan untuk mengobati epilepsi. Beberapa studi acak, buta ganda telah menyimpulkan, lamotrigine efektif sebagai terapi akut pada gangguan bipolar episode kini depresi dan kelompok *rapid cycler*. Sayangnya, lamotrigine kurang baik pada episode manik.²

Tabel 1. Panduan Obat-Obatan Bipolar Berdasarkan *British Association of Psychopharmacology* (Sumber: *Journal of Psychopharmacology* 2003)²

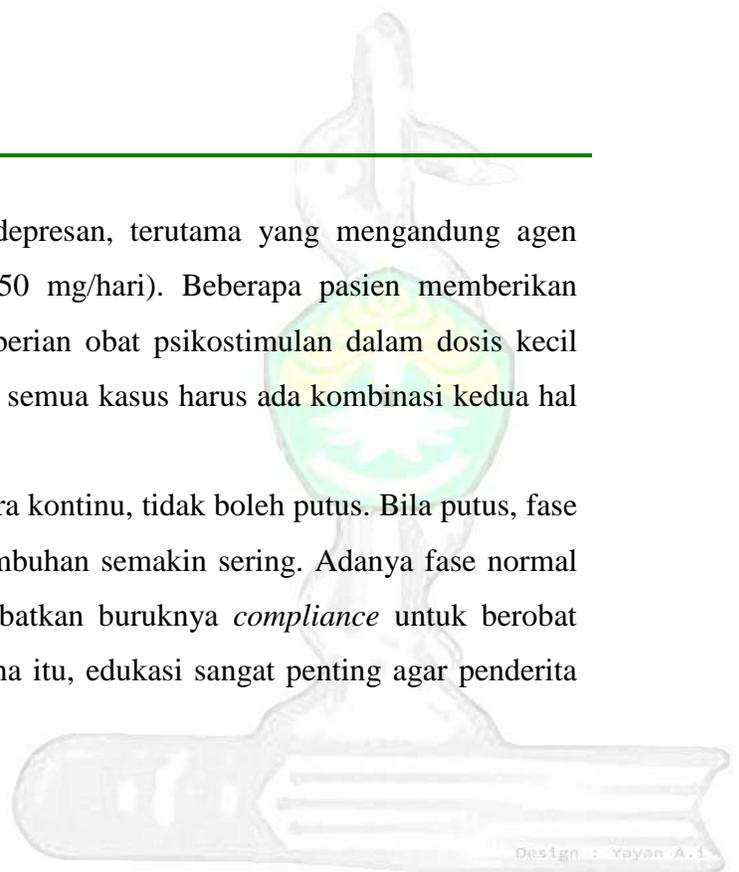
| Obat | Dosis | Monitoring | Efek samping |
|-------------------------|--|--|--|
| Lithium | Dosis tunggal 800 mg, malam hari. Dosis direndahkan pada pasien diatas 65 tahun dan yang mempunyai gangguan ginjal. | Kadar lithium dalam serum harus dipantau setiap 3-6 bulan, sedangkan tes fungsi ginjal dan tiroid diperiksa setiap 12 bulan. | Tremor, poliuria, polidipsi, peningkatan berat badan, gangguan kognitif, gangguan saluran cerna, rambut rontok, leukositosis, jerawat, dan edema |
| Valproate (divalproate) | Rawat inap: dosis inisial 20-30 mg/kg/hari. | Tes fungsi hati pada 6 bulan | Nyeri pada saluran cerna, peningkatan |

Design : Yayan A.1

| | | | |
|--------------|---|--|--|
| semisodium) | Rawat jalan: dosis inisial pertama. 500 mg, titrasi 250-500 mg/hari. Dosis maksimum 60 mg/kg/hari. | | ringan enzim hati, tremor, dan sedasi |
| Karbamazepin | Dosis inisial 400 mg. Dosis maintenance 200-1600 mg/hari. | Darah rutin, dan tes fungsi hati dilakukan pada 2 bulan pertama. | Lelah, mual, diplopia, pandangan kabur, dan ataxia |
| Lamotrigine | Dosis inisial 25 mg/hari pada 2 minggu pertama, lalu 50 mg pada minggu kedua dan ketiga. Dosis diturunkan setengahnya bila pasien juga mendapat valproate. | | Rash kulit, hipersensitifitas, sindrom Steven Johnson, toksik epidermal nekrolisis |

Selain itu pengobatan dengan antidepresan, terutama yang mengandung agen serotonergik seperti sertraline (zoloft 50 mg/hari). Beberapa pasien memberikan respon yang cukup bagus dengan pemberian obat psikostimulan dalam dosis kecil seperti amfetamin 5-15 mg/ hari. Dalam semua kasus harus ada kombinasi kedua hal tadi.²

Gangguan bipolar harus diobati secara kontinu, tidak boleh putus. Bila putus, fase normal akan memendek sehingga kekambuhan semakin sering. Adanya fase normal pada gangguan bipolar sering mengakibatkan buruknya *compliance* untuk berobat karena dikira sudah sembuh. Oleh karena itu, edukasi sangat penting agar penderita dapat ditangani lebih dini.²

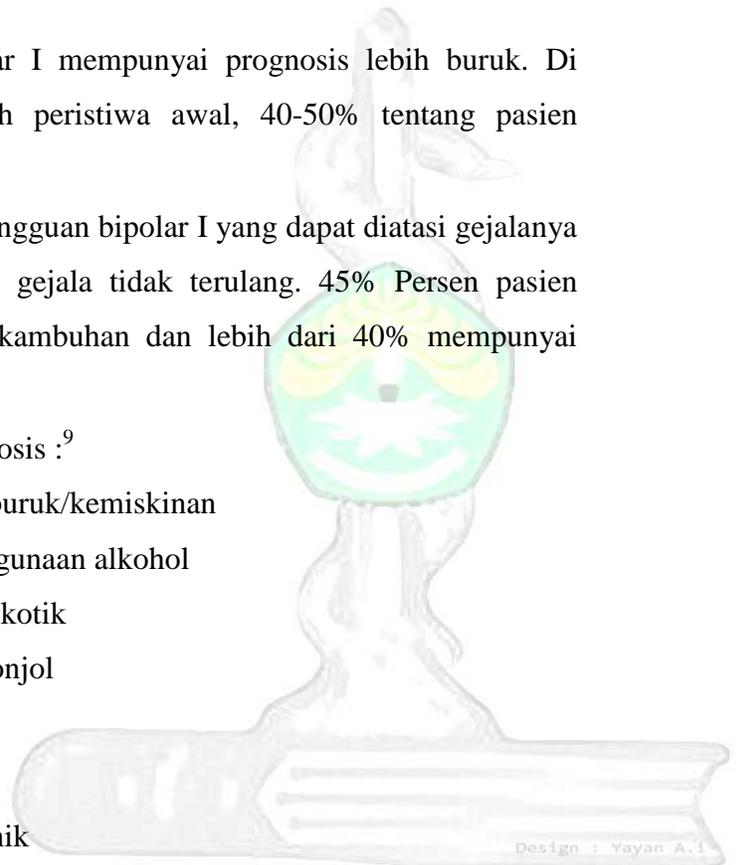


B. Psikoterapi

Sedikit data yang menguatkan keunggulan salah satu pendekatan psikoterapi dibandingkan yang lain dalam terapi gangguan mood masa anak-anak dan remaja. Tetapi, terapi keluarga adalah diperlukan untuk mengajarkan keluarga tentang gangguan mood serius yang dapat terjadi pada anak-anak saat terjadinya stres keluarga yang berat. Pendekatan psikoterapeutik bagi anak terdepresi adalah pendekatan kognitif dan pendekatan yang lebih terarah dan lebih terstruktur dibandingkan yang biasanya digunakan pada orang dewasa. Karena fungsi psikososial anak yang terdepresi mungkin tetap terganggu untuk periode yang lama, walaupun setelah episode depresif telah menghilang, intervensi keterampilan sosial jangka panjang adalah diperlukan. Pada beberapa program terapi, modeling dan permainan peran dapat membantu menegakkan keterampilan memecahkan masalah yang baik. Psikoterapi adalah pilihan utama dalam pengobatan depresi.⁸

10. PROGNOSIS

- Pasien dengan gangguan bipolar I mempunyai prognosis lebih buruk. Di dalam 2 tahun pertama setelah peristiwa awal, 40-50% tentang pasien mengalami serangan manik lain.⁹
- Hanya 50-60% pasien dengan gangguan bipolar I yang dapat diatasi gejalanya dengan lithium. 7% pasien ini, gejala tidak terulang. 45% Persen pasien mengalami lebih dari sekali kekambuhan dan lebih dari 40% mempunyai suatu gejala yang menetap.⁹
- Faktor yang memperburuk prognosis :⁹
 - Riwayat pekerjaan yang buruk/kemiskinan
 - Disertai dengan penyalahgunaan alkohol
 - Disertai dengan gejala psikotik
 - Gejala depresi lebih menonjol
 - Jenis kelamin laki-laki
- Prognosis lebih baik bila :⁹
 - Masih dalam episode manik



- Usia lanjut
- Sedikit pemikiran bunuh diri
- Tanpa atau minimal gejala psikotik
- Sedikit masalah kesehatan medis



DAFTAR PUSTAKA

1. Widiodiningrat R. Membangun Kesadaran-Mengurangi Resiko gangguan Mental dan Bunuh Diri. <http://pdpersi.co.id> [diakses 28 juli 2008]
2. Andra. Memahami Kepribadian Dua Kutub. <http://www.majalah-farmacia.com> [diakses 28 juli 2008]
3. Atmaji W. Gangguan Bipolar Sering berakhir Bunuh Diri. <http://www.suaramerdeka.com> [diakses 28 juli 2008]
4. Anonim. Gangguan Kejiwaan dan Macamnya. <http://www.ikhwah.informe.com> [diakses 28 juli 2008]
5. Anonim. Gangguan Afektif, Depresi dan Gangguan Bipolar. <http://www.sivalintar.com> [diakses 28 juli 2008]
6. Hilary. Bipolar Disorder. <http://hilary.wordpress.com> [diakses 28 juli 2008]
7. Depkes RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III. Jakarta. Departemen Kesehatan. 1993. 145-156.
8. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Sinopsis Psikiatri Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis Edisi Ketujuh Jilid Dua. Jakarta. Binarupa Aksara. 1997.809-816
9. Soref S. Bipolar Affective Disorder. <http://www.emedicine.com> [diakses 28 juli 2008]

