

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan bipolar adalah gangguan mental kronis yang ditandai dengan perubahan suasana hati yang ekstrem dan fluktuasi energi yang berlebihan. Gangguan ini ditandai dengan seseorang yang jatuh ke dalam kondisi melankolis yang mendalam, yang sering berlangsung selama beberapa bulan dan disebut sebagai episode depresi. Episode depresi ini biasanya ditandai dengan energi yang rendah, kantuk berlebihan, kesulitan kognitif, penurunan hasrat seksual, keinginan mengonsumsi karbohidrat, dan peningkatan berat badan. Upaya bunuh diri sangat sering terjadi selama episode ini, dengan individu menggambarkan rasa putus asa yang mendalam dan merasa terjebak tanpa jalan keluar (Bronkhorst & Motubatse, 2017).

Di sisi lain, gangguan bipolar juga mencakup fase kegembiraan dan semangat tinggi yang dikenal sebagai episode mania. Episode mania ini ditandai dengan tingkat energi yang meningkat, halusinasi, delusi, kurang tidur, bicara cepat, dan kebutuhan terus-menerus untuk tetap aktif. Kedua episode bipolar ini memengaruhi kemampuan seseorang untuk menjalani aktivitas sehari-hari, berinteraksi dengan orang lain, dan menjaga fungsi emosional yang stabil (Bronkhorst & Motubatse, 2017).

Gangguan ini memengaruhi lebih dari 1% populasi global, tanpa memandang kebangsaan, latar belakang etnis, atau tingkat sosial ekonomi. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) tahun 2016, sekitar 60 juta orang di seluruh dunia hidup dengan gangguan bipolar (Kemenkes RI, 2016). Berdasarkan penelitian PDSKJI, prevalensi penderita gangguan Bipolar (Bipolar Disorder) di Indonesia diperkirakan berkisar antara 0,3% hingga 1,5% dari total kasus gangguan psikologis (Kemenkes RI, 2016).

Menurut DSM-5, gangguan bipolar diklasifikasikan menjadi beberapa bagian, yaitu gangguan bipolar tipe I, gangguan bipolar tipe II, gangguan siklotimik, gangguan bipolar dan gangguan terkait yang disebabkan oleh substansi/obat, gangguan bipolar dan gangguan terkait akibat kondisi medis lain, gangguan bipolar dan gangguan terkait yang ditentukan lainnya, serta gangguan bipolar dan gangguan terkait yang tidak ditentukan.

Etiologi dari gangguan ini masih belum jelas, namun seperti gangguan psikologis lainnya, gangguan bipolar kemungkinan disebabkan oleh interaksi kompleks dari berbagai faktor, baik pada tingkat individu maupun populasi. Faktor-faktor ini dapat dipahami melalui berbagai perspektif, termasuk genetika, jaringan otak, fungsi psikologis, dukungan sosial, serta faktor biologis dan lingkungan lainnya (Goes, 2023). Risiko gangguan bipolar secara signifikan lebih tinggi pada anak-anak dari orang tua yang didiagnosis dengan gangguan bipolar dibandingkan dengan anak-anak dari orang tua kontrol. Bahkan, banyak tanda dan gejala dapat menyertai risiko keluarga ini meskipun tanpa diagnosis penuh gangguan bipolar (Scaini et al., 2020). Peristiwa kehidupan yang penuh tekanan stres yang terkait dengan perkembangan gangguan bipolar meliputi kelahiran anak, perceraian, pengangguran, kecacatan, dan kehilangan orang tua di usia dini. Selama masa dewasa, lebih dari 60% individu dengan gangguan bipolar melaporkan mengalami setidaknya satu "peristiwa kehidupan yang penuh stres" dalam 6 bulan sebelum episode mania atau depresi (Rybakowski, 2021).

Hasil penelitian di RSUP Sanglah Denpasar pada tahun 2018 – 2019 mencatat bahwa jenis kelamin pasien terbanyak yang mengalami gangguan bipolar adalah perempuan sekitar 53,5% (Wirasugianto et al., 2021). Di samping itu, penelitian lain yang dilakukan di Rumah Sakit Dr. H. Marzuki Mahdi Bogor pada tahun 2014 – 2015 tercatat bahwa jenis kelamin yang memiliki jumlah perempuan dengan nilai sebesar 53,0% (Tinambunan et al., 2018).



Hasil penelitian lain di RSUP Sanglah Denpasar pada tahun 2018 – 2019 mencatat gangguan bipolar terbanyak yang dialami pasien adalah gangguan bipolar tipe F31.2 sebanyak 32 orang (45,1%) (Wirasugianto et al., 2021). Sedangkan hasil penelitian di Rumah Sakit Dr. H. Marzuki Mahdi Bogor pada tahun 2014 – 2015 juga mencatat jumlah pasien yang

mengalami gangguan bipolar I sebanyak 81,0% dan bipolar tipe II sebanyak 19,0% (Tinambunan et al., 2018).

Berdasarkan hal tersebut, pemahaman yang lebih mendalam dan komprehensif mengenai gangguan bipolar sangat penting guna mendukung upaya penanganan yang lebih efektif terhadap pasien yang mengidap gangguan ini. Oleh karena itu, penelitian yang meneliti karakteristik pasien gangguan bipolar di RS Universitas Hasanuddin, sangat diperlukan, mengingat belum tersedianya data yang lengkap terkait dengan gangguan bipolar di rumah sakit tersebut. Selain itu, penelitian ini diharapkan dapat menjadi landasan yang kokoh bagi pengembangan studi analitik lainnya yang relevan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, diambil rumusan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Gambaran Karakteristik Pasien Gangguan Bipolar Rawat Jalan di RS Universitas Hasanuddin Periode 2022 – 2024?”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui Gambaran Karakteristik Pasien Gangguan Bipolar Rawat Jalan di RS Universitas Hasanuddin Periode 2022 – 2024.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui angka kejadian Gangguan Bipolar Rawat Jalan di RS Universitas Hasanuddin Periode 2022 – 2024.
2. Mengetahui distribusi usia pasien Gangguan Bipolar Rawat Jalan di RS Universitas Hasanuddin Periode 2022 – 2024.
3. Mengetahui distribusi jenis kelamin pasien Gangguan Bipolar Rawat Jalan di RS Universitas Hasanuddin Periode 2022 – 2024.
4. Mengetahui distribusi pendidikan pasien Gangguan Bipolar Rawat Jalan di RS Universitas Hasanuddin Periode 2022 – 2024.
5. Mengetahui distribusi pekerjaan pasien Gangguan Bipolar Rawat Jalan di RS Universitas Hasanuddin Periode 2022 – 2024.
6. Mengetahui distribusi jenis Gangguan Bipolar Rawat Jalan di RS Universitas Hasanuddin Periode 2022 – 2024.
7. Mengetahui distribusi terapi farmakologi pasien Gangguan Bipolar Rawat Jalan di RS Universitas Hasanuddin Periode 2022 – 2024.
8. Mengetahui distribusi lama penyakit pasien Gangguan Bipolar Rawat Jalan di RS Universitas Hasanuddin Periode 2022 – 2024.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Klinis

1. Memberikan informasi yang lebih mendalam tentang karakteristik pasien gangguan afektif bipolar, sehingga tenaga medis dapat lebih tepat dalam diagnosis, pemilihan pengobatan, dan penanganan pasien rawat jalan.
2. Menyediakan informasi mengenai faktor psikososial yang dapat mempengaruhi kondisi pasien, sehingga memungkinkan tindakan pencegahan atau intervensi yang lebih baik.
3. Membantu pengembangan strategi pengobatan yang lebih individual dan efektif, baik m aspek farmakologis maupun non-farmakologis.



kademis

ambah literatur mengenai karakteristik pasien gangguan afektif bipolar, khususnya di Universitas Hasanuddin, yang dapat menjadi referensi untuk penelitian lebih lanjut.

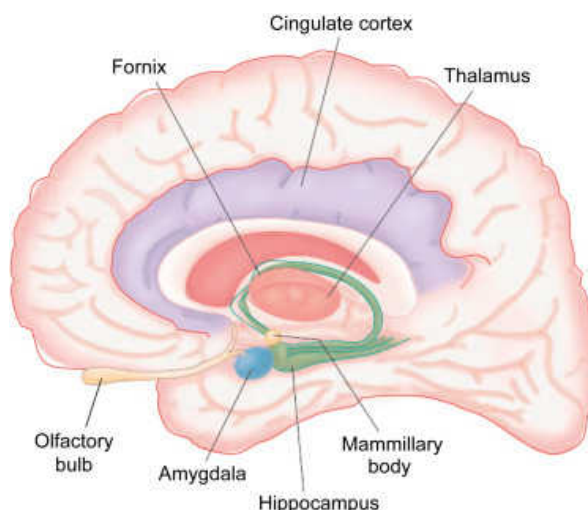
2. Hasil dalam penelitian ini dapat dijadikan acuan untuk penelitian lebih lanjut mengenai berbagai faktor yang berperan dalam perkembangan gangguan afektif bipolar serta dampaknya terhadap metode terapi yang digunakan.
3. Memberikan wawasan kepada mahasiswa dan peneliti mengenai gangguan afektif bipolar, yang dapat digunakan sebagai bahan ajar atau topik penelitian.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi Sistem Limbik

Sistem limbik merupakan kumpulan struktur otak yang umumnya terletak di sisi thalamus, di bawah korteks serebral, dan di atas batang otak. Struktur-struktur yang termasuk dalam sistem limbik terletak di wilayah yang umumnya membatasi hemisfer serebral dan batang otak, di samping thalamus, di bawah korteks serebral, namun di atas batang otak (Torricon & Abdijadid, 2023). Asal-usul embriologis yang berbeda dapat memisahkan struktur-struktur utama yang kini didefinisikan dalam sistem limbik.

Sistem limbik terdiri dari beberapa komponen yang berperan penting dalam setiap fungsinya. Komponen mesensefalik berasal dari input visual, auditorik, dan somatosensorik yang diproses di wilayah ini. Komponen diensefalik meliputi hipotalamus, inti thalamus anterior, dan komisura habenula. Komponen telensefalik mencakup wilayah kortikal dan subkortikal, yaitu bola olfaktori, hipokampus, girus parahippokampal, fornix, kolom fornix, tubuh mamilar, septum pellucidum, amigdala, girus cinguli, dan korteks entorhinal (Torricon & Abdijadid, 2023).

2.2 Fisiologi

Secara umum, sistem limbik berperan dalam berbagai proses yang terkait dengan kognisi, termasuk memori spasial, pembelajaran, motivasi, pengolahan emosi, dan pengolahan sosial (Kaushal et al., 2024). Secara spesifik, pemrosesan pengalaman penciuman dikelola oleh sistem limbik, yang terhubung erat dengan korteks olfaktori. Secara khusus, entorhinal cortex (ERC) berperan dalam memori penciuman, sementara amigdala bertanggung jawab atas respons emosional yang dipicu oleh bau. Selain itu, amigdala juga memengaruhi perilaku makan dengan memengaruhi pilihan makanan dan porsi yang dikonsumsi secara emosional. Hipotalamus terlibat dalam pengaturan nafsu makan, dengan nukleus ventromedial berfungsi sebagai pusat kenyang, sedangkan nukleus lateral mengatur asupan makanan (Kaushal et al., 2024).

Emosi memiliki pengaruh besar terhadap memori dan pembelajaran. Proses konsolidasi dan pengambilan memori emosional melibatkan amigdala, otak prefrontal, dan lobus temporal medial.

Selain itu, pembelajaran, penghapusan, dan pemulihan kecemasan sebagai respons terhadap isyarat dimediasi oleh amigdala, PFC, dan hipokampus. Formasi hipokampus sangat penting dalam memori deklaratif jangka Panjang (Rudolph et al., 2023).

dan nukleus accumbens adalah bagian utama dari sistem penghargaan di otak yang aktif. Amigdala memiliki peran penting dalam ambuh yang dipicu oleh isyarat.



Selama kambuh yang terkait dengan isyarat, stres, atau satu dosis zat adiktif, neurotransmitter eksitatori dilepaskan di area otak seperti amygdala dan hipokampus (Kaushal et al., 2024).

Sistem limbik, jaringan yang terdiri dari berbagai wilayah otak yang saling terhubung, memainkan peran utama dalam mengelola pengalaman dan ekspresi emosional. Sering disebut sebagai "otak emosional," sistem ini penting untuk kemampuan kita merasakan berbagai emosi, seperti kebahagiaan, ketakutan, kemarahan, dan cinta. Sistem limbik memproses emosi positif, seperti kegembiraan dan cinta, serta emosi negatif, seperti ketakutan dan kemarahan. Hippocampus, salah satu komponen penting dalam sistem ini, membantu membentuk memori yang terkait dengan emosi-emosi tersebut, memungkinkan kita untuk merenungkan dan belajar dari pengalaman emosional kita (Banwinkler et al., 2022).

Selain itu, sistem limbik berinteraksi dengan wilayah otak lainnya, termasuk korteks prefrontal, yang berperan dalam perilaku sosial dan pengambilan keputusan. Hubungan ini menunjukkan pengaruh besar sistem limbik pada kehidupan sehari-hari, karena memungkinkan emosi memengaruhi keputusan dan tindakan kita (Daisy S, 2017).

Selain sistem limbik, neurotransmitter seperti monoamina (DA, NE, dan 5-HT) telah lama dianggap sebagai dasar dari proses emosional sejak ditemukan. Selain itu, banyak teori emosi modern, termasuk "model tiga warna primer emosi dasar", didasarkan pada tiga monoamina ini (Wang et al., 2022). Model ini menyatakan bahwa semua hewan hanya mengalami tiga emosi dasar: jijik, kebahagiaan, dan ketakutan. Emosi-emosi ini erat kaitannya dengan neuromodulator monoamina tertentu: 5-HT berperan sebagai dasar untuk jijik, DA mendasari kebahagiaan, dan NE bertindak sebagai fondasi saraf untuk respons simpatik serta emosi ketakutan (atau marah), yang terkait dengan perilaku "lawan atau lari" (Liang et al., 2021).

2.3 Definisi Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar adalah kondisi kejiwaan yang melibatkan episode berulang berupa mania atau hipomania, disertai episode depresi, yang dapat secara signifikan mengganggu kualitas hidup dan menyebabkan ketidakmampuan bagi individu yang mengalaminya (Goldschmied et al., 2025). Selain memengaruhi aspek emosional, gangguan bipolar juga berdampak luas pada berbagai aspek kehidupan, termasuk hubungan interpersonal, pekerjaan, dan kesehatan fisik.

Episode mania atau hipomania sering kali ditandai dengan peningkatan energi, impulsivitas, dan pengambilan risiko yang berlebihan, yang dapat berujung pada konsekuensi serius seperti masalah keuangan atau konflik sosial. Sebaliknya, fase depresi yang dalam dapat menyebabkan hilangnya motivasi, perasaan tidak berharga, dan bahkan pikiran untuk mengakhiri hidup, sehingga memperparah tantangan yang dihadapi individu (KATO, 2022). Kompleksitas gangguan ini sering kali memerlukan pendekatan multidisipliner dalam pengobatan, yang mencakup terapi psikologis, farmakoterapi, dan dukungan sosial untuk membantu pasien mengelola gejala serta mencegah kekambuhan.

2.4 Etiologi Gangguan Bipolar

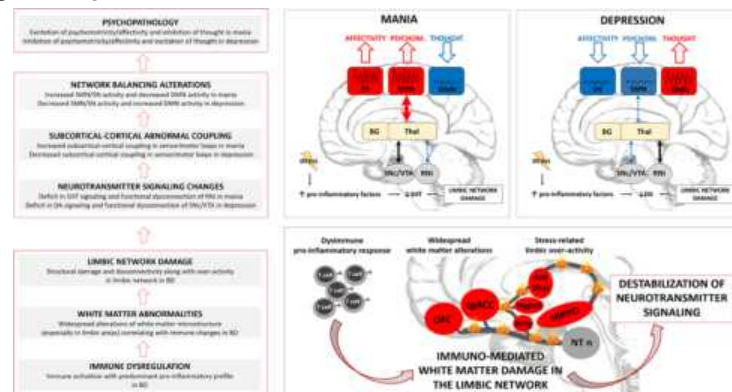
Etiologi pasti dari gangguan bipolar belum sepenuhnya dipahami, namun sejumlah penelitian menunjukkan bahwa kondisi ini melibatkan berbagai faktor yang saling berinteraksi secara kompleks. Heritabilitas telah teruji dengan baik. Berbagai lokus genetik telah diidentifikasi sebagai faktor yang meningkatkan risiko gangguan bipolar. Penemuan pertama, yang dilakukan pada tahun 1987, melibatkan "penanda DNA" yang terletak di lengan pendek kromosom 11. Sejak saat itu, setidaknya 30 gen telah dikaitkan dengan peningkatan risiko kondisi tersebut (Jain & Mitra, 2023). Selain itu, disregulasi neurotransmitter seperti dopamin, norepinefrin, dan serotonin dapat berkontribusi pada perkembangan gangguan bipolar. Studi biokimia dan farmakologi telah menyimpulkan bahwa ar, terutama mania, terkait dengan penurunan sekresi katekolamin. Sebaliknya, tema terkait dengan depresi (Ujawane et al., 2023). rodegeneratif. Analisis pencitraan resonansi magnetik pada pasien menunjukkan ne seluruh otak dan lobus prefrontal, disertai peningkatan ventrikel serebral lateral dus. Tingkat keparahan perubahan ini bergantung pada usia dan durasi penyakit itu



sendiri. Analisis fungsional juga menunjukkan peningkatan aktivitas metabolik di thalamus (Safiye et al., 2022).

Teori Psikodinamik. Freud menghubungkan depresi dengan proses berduka yang tidak terselesaikan dengan baik setelah kehilangan. Alih-alih mengarahkan emosi negatif terhadap objek yang hilang, individu justru mengarahkannya ke dirinya sendiri. Menurut teori ini, depresi mencerminkan regresi ke tahap oral dalam perkembangan psikoseksual, di mana individu mencari kenyamanan, perhatian, dan kasih sayang—pada dasarnya merupakan permohonan putus asa untuk cinta. Mania dianggap sebagai reaksi terhadap depresi, yang ditandai dengan penyangkalan terhadap ketergantungan pada objek yang hilang. Mekanisme penyangkalan ini memungkinkan individu menghindari tanggung jawab dan mengurangi perasaan depresi (Ventimiglia, 2020).

2.5 Patofisiologi Gangguan Bipolar



Gambar 2.2 Patofisiologi Gangguan Bipolar

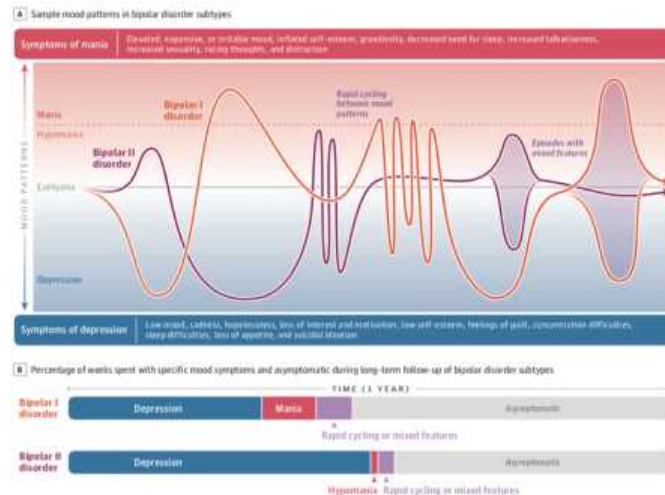
Pada tingkat paling dasar, gangguan bipolar melibatkan disregulasi imun yang ditandai oleh profil pro-inflamasi dominan. Aktivasi imun, terutama melalui sel T, memicu respons inflamasi yang berlebihan. Proses ini menyebabkan kerusakan jaringan otak, terutama pada materi putih di area limbik. Abnormalitas materi putih ini mencakup perubahan mikrostruktur yang tersebar luas, yang berhubungan erat dengan disregulasi imun. Area limbik, yang penting untuk regulasi emosi, menunjukkan disfungsi konektivitas akibat kerusakan ini, yang memperburuk ketidakseimbangan jaringan (Magioncalda & Martino, 2022).

Kerusakan pada jaringan limbik menghasilkan disfungsi struktural dan hiperaktivitas, yang menjadi dasar untuk perubahan signifikan dalam sinyal neurotransmitter. Pada tahap ini, terdapat ketidakseimbangan neurotransmitter, di mana serotonin (5HT) menurun pada mania dan dopamin (DA) menurun pada depresi. Gangguan neurotransmitter ini juga melibatkan disfungsi koneksi antara struktur subkortikal seperti raphe nuclei (RNi) dan substantia nigra pars compacta/ventral tegmental area (SNc/VTa), yang berkontribusi pada perubahan mood ekstrem pada BD (Magioncalda & Martino, 2022).

Disfungsi lebih lanjut terlihat pada tingkat jaringan otak, dengan ketidakseimbangan aktivitas jaringan *default mode network* (DMN), *salience network* (SN), dan *sensorimotor network* (SMN). Pada mania, aktivitas SN dan SMN meningkat sementara DMN menurun, sejalan dengan peningkatan afektivitas dan psikometris, serta penurunan aktivitas berpikir. Sebaliknya, depresi ditandai dengan peningkatan aktivitas DMN tetapi penurunan SN dan SMN, mencerminkan inhibisi afektivitas dan psikometris tetapi peningkatan aktivitas berpikir yang berlebihan. Pada akhirnya, semua perubahan ini berkontribusi pada manifestasi psikopatologi BD, dengan mania yang melibatkan eksitasi psikomotorik dan afektif, serta depresi yang ditandai oleh inhibisi fungsi tersebut dan peningkatan ojektif (Magioncalda & Martino, 2022).



2.6 Gejala Klinis Gangguan Bipolar



Gambar 2.3 Mood Pattern Bipolar Disorder

Menurut DSM-5, ada dua episode pada gangguan bipolar. Pertama, mania ditandai dengan suasana hati yang meningkat, meluas, atau mudah tersinggung yang berlangsung setidaknya selama 1 minggu, dengan konsekuensi signifikan yang sering kali memerlukan rawat inap (Bipolar I). Gejala mania meliputi peningkatan suasana hati, rasa kebesaran diri (grandiositas), impulsivitas, perilaku berisiko, gelisah, pikiran yang berlomba-lomba (racing thoughts), kebutuhan tidur yang berkurang, peningkatan produktivitas, rasa percaya diri yang berlebihan, pengambilan keputusan yang buruk, iritabilitas, dan agitasi.

Selanjutnya, hipomania, adalah bentuk mania yang lebih ringan yang membutuhkan suasana hati yang meningkat atau mudah tersinggung serta peningkatan energi dan perilaku yang terarah pada tujuan selama setidaknya 4 hari berturut-turut (Bipolar II).

Kedua, episode depresi yang ditandai dengan gejala yang mencakup suasana hati tertekan atau iritabilitas (pada anak-anak), kehilangan minat atau kesenangan dalam aktivitas, perubahan berat badan atau nafsu makan yang signifikan, insomnia atau hipersomnia, kelelahan atau kurang energi, perasaan tidak berharga atau rasa bersalah yang berlebihan, kesulitan berkonsentrasi atau mengambil keputusan, serta pikiran berulang tentang kematian atau keinginan untuk bunuh diri. Gejala ini biasanya terjadi hampir setiap hari dan menyebabkan gangguan signifikan dalam fungsi sehari-hari.

Adapun gangguan bipolar siklus cepat ditandai dengan munculnya empat atau lebih episode suasana hati (depresi, mania, atau hipomania) dalam periode 12 bulan. Gangguan ini terkait dengan respons yang terbatas terhadap litium dan telah diidentifikasi sebagai prediktor respons yang buruk terhadap pengobatan standar bipolar lainnya (Bourla et al., 2022).

2.7 Kriteria Diagnostik Gangguan Bipolar

Menurut DSM-5, kriteria diagnostik dari gangguan bipolar itu sendiri terdiri dari dari tujuh, yaitu gangguan bipolar I, gangguan bipolar II, gangguan siklotimik, gangguan bipolar dan terkait yang diinduksi oleh zat/obat, gangguan bipolar dan terkait yang disebabkan oleh kondisi medis lain, gangguan bipolar tertentu lainnya, serta gangguan bipolar dan terkait yang tidak ditentukan.

a. Gangguan Bipolar I

Diagnosis ditetapkan jika memenuhi kriteria untuk setidaknya 1 episode mania, yang mungkin didahului atau diikuti oleh episode hipomania atau gangguan depresi mayor. Kehadiran episode

psikosis tidak wajib untuk diagnosis.

Bipolar II

litetapkan jika memenuhi kriteria untuk setidaknya 1 episode hipomania (saat ini atau di masa lalu) dan 1 episode depresi mayor.

Siklotimik



Ditandai dengan gejala hipomania yang tidak memenuhi kriteria hipomania dan gejala depresi yang tidak memenuhi kriteria episode depresi mayor. Gejala terjadi dalam berbagai periode (setidaknya setengah dari waktu) selama minimal 2 tahun (atau 1 tahun pada individu di bawah usia 18 tahun). Kriteria untuk episode depresi mayor, mania, atau hipomania tidak pernah terpenuhi.

- d. Gangguan Bipolar dan Terkait yang Diinduksi oleh Zat/Obat
Gejala muncul sebelum penggunaan zat/obat dimulai; gejala bertahan untuk jangka waktu yang cukup lama (misalnya, sekitar 1 bulan) setelah penghentian gejala putus zat akut atau intoksikasi berat; atau terdapat bukti lain yang menunjukkan adanya gangguan bipolar dan terkait yang independen, yang tidak diinduksi oleh zat/obat (misalnya, riwayat episode berulang yang tidak terkait dengan zat/obat).
- e. Gangguan Bipolar dan Terkait yang Disebabkan oleh Kondisi Medis Lain
Seseorang mengalami periode yang menetap dan mencolok dengan suasana hati yang meningkat secara tidak wajar, mudah tersinggung, atau meluas, disertai dengan peningkatan energi atau aktivitas yang berlebihan. Bukti medis menunjukkan bahwa kondisi ini secara langsung disebabkan oleh masalah kesehatan lain. Gangguan ini tidak dapat dijelaskan oleh gangguan mental lain atau delirium. Kondisi ini menyebabkan tekanan yang signifikan atau gangguan dalam kehidupan sehari-hari, mungkin memerlukan rawat inap, atau disertai gejala psikotik.
- f. Gangguan Bipolar Tertentu Lainnya
Fenomena spektrum bipolar yang tidak memenuhi kriteria untuk gangguan bipolar I, bipolar II, atau siklotimik (misalnya, durasi singkat atau keparahan rendah dari episode hipomania, atau episode hipomania tanpa adanya episode depresi mayor sebelumnya).
- g. Gangguan Bipolar dan Terkait yang Tidak Ditentukan
Gejala dalam spektrum bipolar yang menyebabkan distress klinis yang signifikan atau gangguan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau area penting lainnya, tetapi tidak memenuhi kriteria penuh untuk salah satu gangguan dalam klasifikasi gangguan bipolar dan gangguan terkait.

Menurut PPDGJ, telah mengalami setidaknya dua episode gangguan afektif, dengan minimal satu episode berupa mania atau hipomania. Kriteria diagnostik dari gangguan bipolar dibagi berdasarkan jenis episode yang kini dialami oleh pasien.

- a. F31.0 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Hipomania
Episode saat ini harus memenuhi kriteria untuk hipomania dan harus ada setidaknya satu episode afektif lain di masa lalu, seperti hipomania, mania, depresi, atau campuran.
- b. F31.1 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Mania tanpa Gejala Psikotik
Episode saat ini harus memenuhi kriteria untuk mania tanpa gejala psikotik dan harus ada setidaknya satu episode afektif lain di masa lalu, seperti hipomania, mania, depresi, atau campuran.
- c. F31.2 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Mania dengan Gejala Psikotik
Episode saat ini harus memenuhi kriteria untuk mania dengan gejala psikotik dan harus ada setidaknya satu episode afektif lain di masa lalu, seperti hipomania, mania, depresi, atau campuran.
- d. F31.3 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresi Ringan atau Sedang
Episode saat ini harus memenuhi kriteria untuk episode depresi ringan atau sedang dan harus ada setidaknya satu episode afektif hipomania, mania, atau campuran di masa lalu.
- e. F31.4 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresi Berat tanpa Gejala Psikotik
Episode saat ini harus memenuhi kriteria untuk episode depresi berat tanpa gejala psikotik dan setidaknya satu episode afektif hipomania, mania, atau campuran di masa lalu.
- f. F31.5 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresi Berat dengan Gejala Psikotik
Episode saat ini harus memenuhi kriteria untuk episode depresi berat dengan gejala psikotik dan setidaknya satu episode afektif hipomania, mania, atau campuran di masa lalu.
- g. F31.6 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Campuran
Episode saat ini harus memenuhi kriteria untuk episode campuran dan setidaknya satu episode afektif hipomania, mania, atau campuran di masa lalu.



Episode saat ini menunjukkan kombinasi gejala mania, hipomania, dan depresi yang bercampur atau berubah dengan cepat. Gejala mania/hipomania dan depresi sama-sama menonjol selama sebagian besar episode ini, yang telah berlangsung setidaknya selama 2 minggu. Selain itu, harus ada riwayat setidaknya satu episode afektif sebelumnya, baik hipomania, mania, maupun campuran.

- h. F31.7 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini dalam Remisi
Saat ini tidak mengalami gangguan afektif yang nyata selama beberapa bulan terakhir, tetapi pernah mengalami setidaknya satu episode afektif hipomania, mania, atau campuran di masa lalu, serta setidaknya satu episode afektif lain (hipomania, mania, depresi, atau campuran).
- i. F31.8 Gangguan Afektif Bipolar Lainnya
- j. F31.9 Gangguan Afektif Bipolar YTT

2.8 Tata Laksana Gangguan Bipolar

Fokus utama dalam pengobatan gangguan bipolar adalah mengelola episode mania, campuran, atau depresi yang muncul dalam perawatan klinis, serta mencegah terjadinya episode serupa di masa depan. Fase pemeliharaan bertujuan untuk mencegah kekambuhan, mengurangi gejala yang tidak sepenuhnya muncul, meningkatkan kemampuan fungsi sosial, menurunkan risiko bunuh diri, serta mengatasi ketidakstabilan suasana hati (Zannah et al., 2018).

a. Pengobatan akut bipolar episode mania/hipomania

Mania ditandai dengan gangguan penilaian, yang membuat individu berisiko melakukan perilaku berisiko tinggi dan berpotensi berbahaya yang dapat mengakibatkan konsekuensi pribadi, profesional, dan keuangan yang signifikan. Oleh karena itu, pengobatan mania sering dianggap sebagai keadaan darurat psikiatri dan, jika memungkinkan, paling aman dilakukan di lingkungan rawat inap. Terdapat tiga kelas utama pengobatan untuk mania, yaitu lithium, antikonvulsan penstabil suasana hati (seperti divalproat dan karbamazepin), serta obat antipsikotik. Sebagian besar antipsikotik efektif dalam mengatasi mania, dengan antagonis reseptor dopamin D2 yang lebih kuat, seperti risperidon dan haloperidol, menunjukkan efektivitas yang sedikit lebih tinggi (Kishi et al., 2022).

Di Amerika Serikat, FDA telah menyetujui penggunaan semua antipsikotik generasi kedua untuk mengobati mania seperti risperidone, kecuali lurasidon dan breksipiprazol. Antipsikotik generasi kedua bekerja lebih cepat dibandingkan dengan penstabil suasana hati, sehingga menjadi pilihan utama dalam menangani gejala mania yang parah dan memerlukan penanganan segera. Pemilihan antipsikotik generasi kedua didasarkan pada keseimbangan antara efektivitas, tolerabilitas, dan pertimbangan biaya. Penstabil suasana hati tradisional seperti lithium, divalproat, dan karbamazepin juga efektif dalam mengatasi mania akut. Karena memiliki sifat pencegahan yang kuat, lithium sering direkomendasikan sebagai pengobatan pilihan utama dan dapat digunakan sebagai monoterapi jika pengurangan gejala secara cepat bukan merupakan prioritas klinis (Goes, 2023).

b. Pengobatan akut untuk bipolar episode depresi

Lima obat antipsikotik atau kombinasi obat telah disetujui oleh Badan Pengawas Obat dan Makanan Amerika Serikat (FDA) untuk mengatasi depresi bipolar akut: kombinasi olanzapin/fluoksetin, quetiapin, lurasidon, kariprazin, dan lumateperon. Pedoman klinis juga merekomendasikan lithium dan lamotrigin untuk depresi bipolar akut, meskipun keduanya dianggap sebagai agen lini kedua untuk depresi akut pada bipolar II (Yatham et al., 2018).

Penggunaan antidepresan untuk mengobati depresi bipolar akut tetap menjadi topik yang kontroversial. Pedoman klinis menyarankan untuk tidak menggunakan antidepresan sebagai monoterapi untuk depresi bipolar, terutama pada individu dengan bipolar I, karena risiko memicu episode mania atau hipomania serta meningkatkan frekuensi perubahan suasana hati. Antidepresan sebaiknya dihindari pada pasien yang menunjukkan gejala mania atau sering mengalami perubahan

Selain itu, tanda-tanda agitasi atau iritabilitas dapat mengindikasikan adanya fitur depresi dan hipomania yang terjadi bersamaan), sehingga dalam kasus ini tidak dianjurkan dan harus dihentikan (Nierenberg et al., 2023).

umatan



Sebagian besar pasien memerlukan pengobatan seumur hidup untuk meminimalkan kekambuhan, meningkatkan fungsi, dan memperbaiki kualitas hidup. Pendekatan standar melibatkan penggunaan penstabil suasana hati, seperti lithium, valproat, atau lamotrigin, baik sebagai monoterapi maupun dikombinasikan dengan antipsikotik atipikal seperti quetiapin, aripiprazol, asenapin, atau lurasidon (Goodwin et al., 2016). Untuk gangguan bipolar II, quetiapin, lithium, dan lamotrigin dianggap sebagai pilihan lini pertama untuk pengelolaan jangka panjang. Meskipun penggunaan antidepresan jangka panjang selama fase pemeliharaan gangguan bipolar umumnya tidak direkomendasikan, hal ini dapat dipertimbangkan pada kasus bipolar II, asalkan dikombinasikan dengan penstabil suasana hati atau antipsikotik (Yatham et al., 2018). Pengobatan yang efektif selama fase akut biasanya dilanjutkan ke fase pemeliharaan (Baldessarini et al., 2019).

Lithium, yang diresepkan sebagai monoterapi atau dikombinasikan dengan obat lain, tetap menjadi pengobatan lini pertama untuk stabilisasi suasana hati dan pengelolaan jangka panjang gangguan bipolar dalam sebagian besar pedoman. Lithium mencegah baik episode mania maupun depresi (Goodwin et al., 2016). Meskipun efektif, penggunaan lithium telah menurun dalam dua dekade terakhir, sebagian karena promosi obat antipsikotik dan kekhawatiran tentang tolerabilitas lithium serta potensi efek sampingnya, termasuk dampak pada fungsi ginjal dan tiroid/paratiroid (Post, 2018).

Penstabil suasana hati dari golongan antikonvulsan, seperti valproat dan lamotrigin, juga disarankan untuk terapi pemeliharaan gangguan bipolar. Karbamazepin dianggap sebagai pilihan lini kedua (Yatham et al., 2018). Namun, valproat dan karbamazepin sebaiknya dihindari pada individu usia subur karena risiko malformasi kongenital (sekitar 6% untuk valproat dan 3%-6% untuk karbamazepin) serta potensi keterlambatan perkembangan saraf atau penurunan IQ pada anak yang terpapar obat-obatan ini selama kehamilan (Nie et al., 2016).

Antipsikotik atipikal, seperti quetiapin, aripiprazol, dan kariprazin, juga disarankan untuk pengobatan jangka panjang gangguan bipolar. Obat-obat ini efektif dalam mengurangi terjadinya episode mania, meskipun efeknya pada gejala depresi bervariasi. Efek antidepresan paling terbukti pada kombinasi olanzapin/fluoksetin, serta pada quetiapin, lurasidon, dan kariprazin, baik sebagai monoterapi atau pengobatan tambahan. Namun, penggunaan antipsikotik jangka panjang dalam gangguan bipolar memerlukan evaluasi yang cermat karena risiko kardiovaskular dan metabolik yang meningkat terkait dengan pengobatan jangka panjang ini (Nierenberg et al., 2023).

d. Terapi pendukung

Seringnya muncul gejala sisa, yang sering kali terkait dengan disfungsi psikososial dan pekerjaan, telah menyebabkan minat baru dalam pendekatan psikoterapi dan psikososial untuk gangguan bipolar. Mengingat gangguan penilaian yang terlihat pada mania, psikoterapi memiliki peran yang lebih bersifat mendukung dan edukatif dalam pengobatan mania, sementara dapat menjadi fokus utama dalam pengobatan kondisi depresi (Goes, 2023). Secara luas, pendekatan psikoterapi yang efektif untuk depresi akut, seperti terapi perilaku kognitif, terapi interpersonal, aktivasi perilaku, dan strategi berbasis perhatian (*mindfulness*), juga dapat direkomendasikan untuk kondisi depresi akut pada individu dengan gangguan bipolar (Cuijpers et al., 2021).

Uji coba terkontrol acak tentang psikoedukasi, yang diberikan dalam format individu, kelompok, dan keluarga, telah menunjukkan manfaat seperti tingkat kekambuhan yang lebih rendah, waktu yang lebih lama hingga kambuh, pengurangan gejala mania dan depresi, jumlah rawat inap yang lebih sedikit, dan peningkatan kepatuhan terhadap pengobatan jika dibandingkan dengan intervensi yang tidak terstruktur tanpa psikoedukasi (Nierenberg et al., 2023). Terapi elektrokonvulsif (ECT) diperuntukkan bagi pasien dengan depresi bipolar yang tidak merespons pengobatan, dan dianggap sebagai pengobatan yang paling efektif untuk depresi berat dan depresi yang resisten terhadap pengobatan, termasuk depresi bipolar. Indikasi lain untuk ECT meliputi kebutuhan akan respons yang cepat, seperti pada pasien dengan ideasi bunuh diri, pasien dengan penyakit berat, atau pasien lansia yang memiliki toleransi rendah terhadap pengobatan (Bahji et al.,

