

Intoksikasi Akut Zat Psikoaktif

Psikiatri • SKDI Intoksikasi akut zat psikoaktif

Course komprehensif level 3B tentang intoksikasi akut zat psikoaktif: pendekatan diagnostik, tatalaksana darurat, penatalaksanaan komplikasi, serta indikasi rujukan psikiatri dan detoksifikasi.

Modul 1: Modul 1: Dasar Intoksikasi Akut Zat Psikoaktif

1.1 Definisi, Klasifikasi, dan Epidemiologi

Intoksikasi akut zat psikoaktif adalah sindrom reversibel akibat penggunaan zat psikoaktif dosis tinggi yang mengganggu kesadaran, kognisi, persepsi, afek, perilaku, dan fungsi fisiologis. Menurut ICD-11 dan DSM-5, diagnosis ditegakkan bila gejala langsung disebabkan konsumsi zat dan bersifat sementara.

Klasifikasi: (1) depresan SSP (opioid, alkohol, benzodiazepin, barbiturat); (2) stimulan SSP (amfetamin, metamfetamin, kokain, MDMA); (3) kanabinoid; (4) halusinogen (LSD, psilosibin); (5) inhalansia (lem, thinner).

Epidemiologi global: WHO melaporkan alkohol menyebabkan lebih dari 3 juta kematian per tahun; opioid bertanggung jawab atas sekitar 70% kematian terkait zat. Di Asia Tenggara, prevalensi tinggi pada usia 15-34 tahun. Metamfetamin dan opioid adalah zat dominan. Data BNN Indonesia menunjukkan kebutuhan peningkatan kapasitas gawat darurat dan psikiatri. Dampaknya mengancam nyawa (gagal napas, aritmia, kejang) dan sosial-ekonomi.

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

1.2 Patofisiologi dan Farmakologi Zat Psikoaktif

Zat psikoaktif bekerja melalui modulasi neurotransmisi, terutama jalur dopaminergik mesolimbik (reward), dengan meningkatkan dopamin di nukleus accumbens. Stimulan: kokain menghambat DAT (reuptake), amfetamin meningkatkan pelepasan dopamin. Opioid menghambat neuron GABAergic di VTA sehingga dopamin tidak terinhibisi. Alkohol mempotensiasi GABA-A dan menghambat reseptor NMDA glutamat. Kanabinoid mengaktifkan reseptor CB1/CB2.

Farmakokinetik: rute IV/inhalasi memberi onset detik-menit; oral 30-60 menit. Opioid (heroin) sangat lipofilik, cepat menembus sawar darah otak. Metamfetamin $t_{1/2}$ 10-12 jam, kokain 1-2 jam.

Efek sistemik: opioid menekan pusat napas (reseptor μ) menyebabkan bradipnea-apnea. Stimulan menimbulkan takikardia, hipertensi, hipertermia. Alkohol dosis besar menyebabkan depresi miokard, hipoglikemia, asidosis. Inhalansia berisiko aritmia letalis karena sensitisasi miokard terhadap katekolamin. Saat resusitasi, hindari epinefrin/ adrenergik karena dapat memicu ventricular fibrillation. Gunakan lidokain atau amiodaron sesuai ACLS.

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

Modul 2: Pendekatan Klinis dan Tatalaksana

2.1 Anamnesis, Pemeriksaan Fisik, dan Diagnosis

Pendekatan awal menggunakan prinsip ABCDE: Airway, Breathing, Circulation, Disability (GCS), Exposure. Stabilisasi hemodinamik dan jalan napas adalah prioritas sebelum evaluasi psikiatri.

Anamnesis mencakup zat, dosis, rute, waktu, polifarmakologi, riwayat overdosis, dan komorbid psikiatri. Bila pasien tidak kooperatif, sumber sekunder (keluarga, polisi, laboratorium) sangat penting.

Pemeriksaan fisik sistematis: tanda vital, pupil, kulit, tanda trauma. Tanda patognomonis: triad opioid (penurunan kesadaran, pupil pinpoint, depresi pernapasan). Midriasis + hiperaktivitas (stimulan). Nistagmus (benzodiazepin/fenobarbital). Bau alkohol, bekas jarum suntik. Midriasis + takikardia + mulut kering (kanabis).

Pemeriksaan penunjang: GDS, elektrolit, fungsi hati-ginjal, AGD, EKG, urinalisis. Skrining toksikologi urine memiliki keterbatasan jendela deteksi. Kadar alkohol darah adalah baku emas. CT-scan kepala bila penurunan kesadaran tidak proporsional, tanda fokal, atau riwayat trauma. Diagnosis banding: perdarahan intrakranial, ensefalopati metabolik, hipoglikemia, infeksi SSP, status epileptikus non-konvulsif.

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

2.2 Tatalaksana Emergensi dan Farmakologi

Prinsip tatalaksana: suportif dan eliminasi. Eliminasi spesifik (mis. nalokson) bermanfaat untuk zat tertentu; suportif tetap utama.

Tatalaksana suportif: oksigen target SpO₂ $\geq$ 94% via nasal kanul 2-4 L/menit atau masker. Cairan IV kristaloid (RL/NaCl 0,9%) bolus 20 mL/kgBB pada hipotensi, titrasi hingga MAP $\geq$ 65 mmHg. Koreksi elektrolit dan asam-basa. Kejang aktif: diazepam 10 mg IV, dapat diulang tiap 10 menit hingga maksimal 30 mg. Agitasi: benzodiazepin atau antipsikotik atipikal dosis rendah. Intubasi endotrakeal bila GCS $\leq$ 8. Observasi ketat 6-24 jam.

Antidotum spesifik: Nalokson 0,4-2 mg IV, ulangi tiap 2-3 menit hingga maks 10 mg. $\frac{1}{2}$ lebih pendek dari opioid; observasi wajib. Dosis ulang tiap 20-60 menit bila gejala rebound. Flumazenil 0,2 mg IV: KONTRAINDIKASI ABSOLUT pada riwayat kejang atau penggunaan benzodiazepin kronis. Hanya untuk overdosis benzodiazepin murni.

Komplikasi: hipertermia (pendinginan agresif jika $>40^{\circ}\text{C}$), rhabdomyolisis (hidrasi agresif, alkalinisasi urin). Activated charcoal 1-2 g/kg dalam 1-2 jam pasca-ingesti oral.

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

2.3 Tatalaksana Khusus per Golongan Zat

Opioid: tatalaksana mengikuti triad opioid. Berikan nalokson IV, efek dalam 1-2 menit. Titrasasi bertahap 0,04-0,1 mg IV pada pengguna kronis untuk menghindari withdrawal akut.

Observasi saturasi dan napas 4-6 jam. Intubasi bila gagal napas berlanjut. Edukasi keluarga tentang risiko rebound.

Stimulan (amfetamin, kokain, MDMA): stimulasi simpatis berlebihan. Komplikasi: infark miokard, stroke hemoragik, kejang, hipertermia maligna. Tatalaksana: benzodiazepin lini pertama, diazepam mulai 5 mg IV titrasi hingga dosis maksimal dewasa 20 mg per episode atau lorazepam 2-4 mg IM/IV. Antipsikotik (haloperidol) lini kedua dengan monitoring EKG. Sindrom koroner akut: nitrogliserin, aspirin. Hipertermia berat/maligna: pendinginan aktif ditambah dantrolene 1-2 mg/kg IV dan benzodiazepin dosis tinggi. Hindari antipiretik.

Alkohol/benzodiazepin: sedasi progresif, ataksia, koma; tatalaksana suportif. Flumazenil hanya untuk intoksikasi benzodiazepin terisolasi. Kanabis suportif. Halusinogen: talk down dan benzodiazepin jika agitasi. Inhalansia: hindari stimulasi adrenergik 24-48 jam pasca-exposure.

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

Modul 3: Modul 3: Aspek Khusus dan Pendalaman

3.1 Komplikasi Psikiatri dan Sindrom Withdrawal

Komplikasi psikiatri pascaintoksikasi: psikosis toksik (sembuh jam-hari), mood labil, perilaku kekerasan. Stimulan seperti metamfetamin dapat memicu episode psikotik menyerupai skizofrenia. Evaluasi psikiatri sulit saat intoksikasi; tunggu minimal 24-72 jam bebas zat sebelum diagnosis gangguan primer. Depresi pasca-intoksikasi (opioid/stimulan) berisiko bunuh diri.

Withdrawal: terjadi saat zat kronis dihentikan. Yang mengancam jiwa: delirium tremens (alkohol, 48-96 jam, hiperaktivitas otonom, halusinasi, kejang) dan withdrawal benzodiazepin. Withdrawal opioid sangat tidak nyaman, jarang fatal. Skrining: CIWA-Ar untuk alkohol (tatalaksana farmakologis dimulai pada skor "e8-10), COWS untuk opioid (tatalaksana dimulai pada skor "e5-8 ringan, "e13 sedang).

Tatalaksana withdrawal: Alkohol ringan-sedang: diazepam 10 mg oral 3-4x/hari ke-1, symptom-triggered atau fixed-dose, tapering 10-15%/hari. Thiamine 100 mg IV/IM SEBELUM glukosa untuk mencegah ensefalopati Wernicke. Opioid: buprenorfin/metadon atau klonidin (ringan). Rujuk psikiater setelah stabil.

Komplikasi medis: hepatitis B/C, HIV, endokarditis, TB, malnutrisi. Skrining rutin dan harm reduction penting.

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

3.2 Kasus Klinis, Pendekatan Holistik, dan Algoritme Rujukan

Kasus 1: Pria 22 tahun tidak sadar di pesta. TD 90/60, nadi 50x/menit, SpO2 82%, napas 6x/menit, GCS 6, pupil pinpoint, bekas jarum. Tatalaksana sesuai ABCDE: buka jalan napas head-tilt chin-lift, pertimbangkan OPA/NPA; berikan oksigen dan bantu ventilasi BVM jika hipoventilasi; akses IV dan monitoring; nalokson 0,4 mg IV. Evaluasi ulang setiap 30 detik. 90 detik kemudian napas 14x/menit, GCS 11. Observasi ketat 4-6 jam. Dosis ulang nalokson 0,4 mg IV tiap 20-60 menit bila rebound. Edukasi keluarga dan rujuk program terapi rumatan opioid (MMT).

Kasus 2: Pria 28 tahun, agitasi berat, kejang, riwayat metamfetamin. TD 180/110, nadi 145x/menit, suhu 40,2°C. EKG sinus takikardia. Tatalaksana: diazepam 10 mg IV (titrasi dari 5 mg, maks 20 mg), pendinginan aktif, dantrolene 1-2 mg/kg IV karena hipertermia maligna, laboratorium lengkap. Rujuk psikiatri setelah stabil.

Algoritme rujukan: (1) Stabilisasi medis IGD; (2) Intoksikasi berulang/gangguan penggunaan berat rujuk psikiater; (3) Komorbid psikiatri konsul fase akut; (4) Withdrawal risiko tinggi

rawat inap; (5) Program rumatan rujuk RS tipe B/C; (6) Pascastabilisasi rehabilitasi terstruktur.

Strategi pencegahan: skrining rutin (AUDIT, DAST-10, ASSIST), brief intervention, motivational interviewing. Peran dokter 3B: first responder, evaluator risiko, inisiator terapi rumatan, koordinator rujukan dalam collaborative care.

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

Daftar Pustaka / Referensi

1. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa: Gangguan Penggunaan Zat Psikoaktif. Kemenkes RI (2020).
2. Kementerian Kesehatan RI. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran: Tata Laksana Intoksikasi dan Withdrawal Zat Psikoaktif. Kemenkes RI (2021).
3. PERDOSKI. Panduan Praktis Tatalaksana Gangguan Penggunaan NAPZA. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (2022).
4. World Health Organization. The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO (2019).
5. American Heart Association. 2020 Guidelines for CPR and ECC: Toxicology in Cardiac Arrest. Circulation (2020).
6. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, 12th Edition. Wolters Kluwer (2021).
7. Connery HS, McHugh RK, Reilly M, et al.. Substance Use Disorders in DSM-5. American Journal of Psychiatry (2014).
8. Warner M, Trinidad JP, Bastian BA, et al.. Trends in Drug-Induced Deaths in the United States, 1999-2016. MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report (2017).

Disclaimer / Pernyataan Penting

Materi dalam dokumen ini disusun untuk tujuan pendidikan kedokteran berdasarkan kurikulum SKDI 2012. Informasi klinis harus selalu diverifikasi dengan sumber terkini (pedoman nasional, jurnal terindeks, konsultasi supervisor klinis). Penulis dan Malayan Saintifika tidak bertanggung jawab atas keputusan klinis yang diambil berdasarkan materi ini semata.