



Komorbiditas Fisik pada Gangguan Bipolar di RS. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor

Iriawan Rembak Tinambunan, Nurmiati Amir,
Richard Budiman, Profitasari Kusumaningrum

Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa (Psikiatri), Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia/
Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta

Abstrak

Pendahuluan: Gangguan bipolar dikenal memiliki kaitan dengan berbagai komorbiditas klinis yang memengaruhi pekerjaan, kehidupan berkeluarga, dan fungsi interpersonal. Duapertiga pasien dengan gangguan bipolar memiliki komorbid yang akan memperburuk luaran gangguan bipolar dan dapat mengganggu penatalaksanaan terhadap penyakitnya. Belum ada penelitian yang menggambarkan frekuensi komorbiditas fisik yang terjadi pada penderita bipolar di Indonesia. Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi sebagai rumah sakit jiwa tertua di Indonesia juga belum memiliki data mengenai jenis dan frekuensi komorbid fisik, mengingat bahwa rumah sakit ini juga menangani rawat inap umum di samping rawat inap psikiatri

Metode: Penelitian menggunakan rancangan potong lintang pada 100 orang dengan Gangguan Bipolar di Poliklinik Jiwa Dewasa dan Bangsal Psikiatri R.S. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Penelitian ini menggunakan instrument Structured Clinical Interview For the DSM-IV Axis I Disorders untuk menentukan Gangguan Bipolar, dan kriteria diagnostik sepuluh komorbid fisik yang mengacu pada kriteria diagnostik masing-masing komorbid fisik.

Hasil: Pada penelitian ini didapatkan adanya hubungan bermakna antara umur dengan terjadinya komorbid fisik yaitu $p = 0.001$ (p di bawah 0.005). Pada analisis tambahan didapatkan adanya hubungan bermakna antara pemberian obat polifarmasi/monoterapi dengan terjadinya komorbid fisik terbanyak yakni hipertensi (nilai $p = 0,0001$). Pada sepuluh komorbid fisik yang dinilai, migrain, hipertensi dan dermatitis merupakan yang paling banyak.

Kesimpulan: Hipertensi, migrain dan dermatitis merupakan tiga besar komorbid fisik di R.S. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor. Terdapat hubungan bermakna antara umur dengan terjadinya komorbid fisik. Pemberian obat polifarmasi/monoterapi juga bermakna dalam terjadinya hipertensi. Diperlukan kewaspadaan psikiater dalam mengawasi terjadinya komorbid fisik pada gangguan bipolar di layanan psikiatri.

Kata kunci: Depresi, kualitas hidup, stres psikososial, serta tingkat kontrol pada asma

Physical Comorbidities in Bipolar Disorder at Dr. H. Marzoeki Mahdi Hospital Bogor

Iriawan Rembak Tinambunan, Nurmiati Amir,
Richard Budiman, Profitasari Kusumaningrum

Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Universitas Indoensia/
Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital, Jakarta

Abstract

Introduction: Bipolar disorders are known to cause various clinical comorbidity that may affect work, family and interpersonal function. Two third of bipolar disorder have comorbidities that may worsen the outcome of bipolar itself and interfere with it's therapy. There has not been sufficient study about physical comorbidities in bipolar in Indonesia. As the oldest psychiatric hospital in Indonesia that treats physical and psychiatric inpatients, Dr. H. Marzoeki Mahdi hospital still lacks data concerning types and frequencies of physical comorbidities.

Method: This research uses cross-sectional design from 100 people with bipolar disorder at Psychiatric Clinic and Psychiatric Ward at Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor Hospital. This research also uses the Structured Clinical Interview For the DSM-IV Axis I Disorders to ensure the bipolar diagnosis, and criteria diagnostic for ten physical comorbidities from each of their field.

Result: There is a significant relationship in this research between age and physical comorbidities $p=0.001$ (p below 0,005). In the additional analysis, there are significant relationship in this research between polypharmacy / monotherapy and hypertension ($p=0,0001$). Migraine, hypertension, and dermatitis were the top three physical comorbidities in this research.

Conclusion: Hypertension, migraine and dermatitis are the top three in our physical comorbidities in Dr. H. Marzoeki Mahdi hospital. Age has a significant relationship with physical comorbidities. Polipharmacy and monotherapy also has significances in hypertension. Therefore psychiatrist must be aware about the possibility of physical comorbidity in the psychiatric care.

Keywords: Depression, Quality of Life, Psychosocial Stressors, Level of Asthma Control.

Pendahuluan

Gangguan bipolar memiliki kaitan dengan berbagai komorbiditas klinis yang memengaruhi pekerjaan, kehidupan berkeluarga, dan fungsi interpersonal. Gangguan bipolar sering berkombid dengan gangguan fisik, dan bila tidak ditangani akan membuat komplikasi pada penatalaksanaannya. Kondisi umum seperti obesitas, sindrom metabolik, penyalahgunaan zat, dan gangguan cemas terbukti sering timbul bersama gangguan bipolar. Penyebab kematian paling besar berhubungan dengan penyebab kardiovaskular sehingga harus mendapat perhatian khusus.

Belum ada penelitian yang menggambarkan frekuensi komorbiditas fisik yang terjadi pada penderita bipolar di Indonesia. Rumah Sakit Dr. H. Marzoeki Mahdi sebagai rumah sakit jiwa tertua di Indonesia juga belum memiliki data mengenai jenis dan frekuensi komorbid fisik, mengingat bahwa rumah sakit ini juga menangani rawat --inap umum di samping rawat inap psikiatri.¹⁻³

Oleh karena itu, peneliti merasa perlu melakukan penelitian untuk memberikan gambaran mengenai keadaan komorbid fisik pada Gangguan Bipolar. Tujuan dari penelitian

ini yaitu untuk memberikan gambaran frekuensi komorbiditas fisik pada gangguan bipolar serta mencari hubungan antara faktor-faktor pada pasien Gangguan Bipolar dengan terjadinya komorbid fisik.^{2,3}

Beyer *et al* (2005) dalam penelitiannya terhadap 1397 pasien bipolar rawat jalan di departemen psikiatri di kota Zagreb (Kroasia), menghasilkan distribusi komorbid penyakit meliputi penyakit kardiovaskular/hipertensi (10,7%), PPOK/Asma (6,1%), diabetes (4,3%), HIV (2,8%), dan infeksi hepatitis C (1,9%). Penelitian lain yang dilakukan oleh Moriera *et al* (2011) pada 195 pasien rawat jalan didapatkan data : migraine (31,8%), hipotiroidisme (24,1%), hipertensi (11,3%), trauma kapitis (10,3%), asma (9,7%), epilepsi (8,2%), diabetes (5,1%), stroke (2,1%) dan hipertiroidisme (1%).⁴⁻⁶

Secara garis besar, komorbiditas fisik yang terjadi pada bipolar dibagi menurut beberapa sistem dalam tubuh kita, yakni sistem kardiovaskular (contoh: hipertensi), serebrovaskular (contoh: stroke), metabolik (contoh : diabetes melitus), neurologi (contoh : migraine), respirasi (contoh: asma), infeksi (contoh: hepatitis), endokrin (contoh:

hipotiroidisme), kulit (contoh: dermatitis) dan sistem lain (seperti artritis).

SCID atau *Structured Clinical Interview for DSM IV Disorder* merupakan salah satu standar baku emas diagnosis (*gold standard diagnosis*). *SCID* terdiri dari dua bentuk, yaitu *SCID-I* dan *SCID-II*. *SCID-I* adalah sebuah wawancara klinis terstruktur, yang dibuat untuk membuat diagnosis Aksis I berdasarkan *DSM IV*, sedangkan *SCID-II* digunakan untuk membuat diagnosis Aksis II. Klinisi menggunakan seluruh validitas kriteria yang tersedia untuk mencapai diagnosis yang paling akurat. Penggunaan wawancara terstruktur dapat meningkatkan keakuratan diagnosis dibandingkan dengan menggunakan ketrampilan klinis saja. Reliabilitas data yang didapatkan menggunakan *SCID*, lebih baik untuk gangguan mental berat (seperti gangguan bipolar) dibandingkan gangguan mental ringan. Validitasnya masih terbatas walaupun *SCID-I* sering digunakan sebagai bahan baku emas bagi instrumen-instrumen lain. Wawancara menggunakan *SCID-I* menghabiskan waktu kurang lebih satu hingga tiga jam. *SCID-I* telah diadaptasi dalam versi bahasa Indonesia oleh dr. AAAA Kusumawardhani, SpKJ(K), dr. Heriani, SpKJ(K), dr. Nurmiati Amir, SpKJ(K), dr. Irmansyah, SpKJ, dan Herlina Handoko, serta telah digunakan pada penelitian genetik di Departemen Psikiatri FKUI-RSCM.

Pemilihan kriteria komorbiditas fisik mengacu pada jurnal di internet dan konsensus bidang terkait (neurologi, penyakit dalam, Kulit dan kelamin, dan sebagainya). Penentuan komorbid fisik dilakukan dengan penunjang laboratorium dan wawancara terhadap pasien dan keluarganya. Semua hal ini dibuat tabel dan diringkas untuk kepentingan pengolahan data. Riwayat komorbid fisik juga dilakukan melalui penelusuran rekam medik lama pasien.

Metode Penelitian

Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian potong lintang deskriptif (*descriptive cross sectional*) dan potong lintang analitik (*analytic cross sectional*) untuk mengetahui frekuensi dan hubungan komorbiditas fisik (kondisi medik umum) dengan pasien gangguan bipolar di bangsal dan poli psikiatri.

Tempat dan Waktu

Penelitian dilakukan di Bangsal Psikiatri dan Poli Psikiatri R.S. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor pada bulan Juli 2014–Mei 2015

Sampel

Sampel yang digunakan yaitu pasien yang di diagnosis Gangguan Bipolar sebanyak 100 subyek yang kontrol ke Poli Rawat Jalan Psikiatri dan Rawat Inap Psikiatri R.S. Dr. H Marzoeki Mahdi Bogor. Diperlukan 118 subyek untuk mendapatkan 100 subyek yang terbukti bipolar menurut SCID I. Subyek-subyek ini juga sudah dilakukan penapisan untuk

kriteria inklusi dan eksklusi.

Definisi Operasional

Dalam menentukan komorbiditas fisik, dilakukan penetapan definisi operasional sesuai ilmu terkait. Misalnya Hipertensi diambil menurut JNC VII, Stroke menurut *American Stroke Association*, dan sebagainya

Hasil Penelitian

Karakteristik Demografi

Didapatkan 100 subyek penelitian sebagai berikut :

Tabel 1. Karakteristik Responden Penelitian

Variabel		n	%
Umur	18 - 25 Tahun	11	11.0
	26 - 45 Tahun	67	67.0
	> 45 Tahun	22	22.0
Jenis kelamin	Laki-laki	47	47.0
	Perempuan	53	53.0
Status Pernikahan	Menikah	31	31.1
	Cerai/belum menikah	69	69.0
Pendidikan	SMP – SMA	72	72.0
	Sarjana	28	28.0
Pekerjaan	Pegawai	24	24.0
	Non-pegawai	76	76.0

Didapatkan jumlah subyek perempuan sebanyak 53,0% sedangkan laki-laki sebanyak 47,0%. Kategori umur paling banyak ada pada rentang 26–45 tahun sebanyak 67,0%. Pada status pernikahan terlihat persentase subyek yang cerai/ belum menikah lebih banyak yaitu 69,0%. Tingkat pendidikan terbanyak pada subyek penelitian ini adalah SMA sebanyak 72,0%. Pekerjaan paling banyak adalah non pegawai sebanyak 76,0%

Pada penelitian ini juga didapatkan tipe 1 bipolar sebanyak 81,0% dan tipe 2 sebanyak 19,0%.; sebanyak 56,0% memiliki riwayat satu episod bipolar sebelumnya dan sebanyak 44,0% memiliki riwayat lebih dari satu episod bipolar sebelumnya. Pada golongan obat, didapatkan bahwa sebanyak 40,0% subyek hanya mengkonsumsi penyetabil *mood*, sedangkan yang menggunakan obat kombinasi lebih banyak yaitu 55,0%.

Gambaran Jenis Komorbiditas Fisik pada Gangguan Bipolar. Didapatkan hasil dari sepuluh komorbiditas fisik sebagai berikut (Tabel 2).:

Jenis penyakit fisik yang paling banyak diderita oleh pasien dengan gangguan bipolar adalah migrain sebanyak 36,0% diikuti oleh hipertensi sebanyak 25,0% dan Dermatitis sebanyak 11,0%.

Hubungan Komorbiditas Fisik dengan Berbagai Faktor Gangguan Bipolar

Didapatkan hubungan bermakna pada faktor umur terhadap terjadinya komorbid fisik

Tabel 2. Komorbiditas Fisik pada Gangguan Bipolar

Variabel	n	(%)	
Penyakit yang diderita	Hipertensi	25	25.0
	Stroke	7	7.0
	Diabetes Melitus	9	9.0
	Migrain	36	36.0
	Asma	5	5.0
	Hipotiroid	3	3.0
	Hipertiroid	1	1.0
	Dermatitis Atopik	11	11.0
	Hiperbilirubinemia	1	1.0
	Atritis	5	5.0

Tabel 3. Hubungan Komorbiditas Fisik terhadap Faktor Umur

	Komorbid	Tidak komorbid	Nilai p
Umur			
18-25 tahun	3 (27.3)	8 (72.7)	0,001
26-45 tahun	38 (56.7)	29 (43.3)	
>45 tahun	21 (95.5)	1 (4.5)	

Fisher's Exact test

Didapatkan nilai *p value* 0,001 (di bawah 0,05) yang menandakan adanya perbedaan bermakna. Hal ini menggambarkan bahwa ada hubungan antara kelompok umur dengan adanya komorbid fisik.

Tidak didapat hubungan bermakna secara statistik pada faktor jenis kelamin, status pernikahan, status pendidikan, maupun pekerjaan.

Pada **analisis tambahan** dilakukan analisis statistik pada migrain dan hipertensi (dua komorbid fisik paling banyak) terhadap pemberian obat kombinasi (polifarmasi) dan monoterapi

Tabel 4. Analisis hubungan Migrain terhadap Terapi Kombinasi (polifarmasi) dan Monoterapi

	Polifarmasi	Monoterapi	Nilai p
Migrain			
Ya	24 (66.7)	12 (33.3)	0,121
Tidak	31 (48.4)	33 (51.6)	

Chi-square

Didapatkan nilai *p value* 0,121 (di atas 0,05) yang menandakan tidak ada perbedaan bermakna. Hal ini menggambarkan bahwa tidak ada hubungan antara polifarmasi/monoterapi terhadap adanya migrain pada penelitian ini.

Diskusi

Jenis komorbid fisik yang paling banyak diderita pada gangguan bipolar yakni migrain sebanyak 36,0% diikuti oleh hipertensi sebanyak 25,0%. Hal ini sesuai dengan penelitian Moriera et al (2011) yang menyimpulkan bahwa migrain dan

hipertensi termasuk dalam tiga besar komorbid fisik bersama hipotiroid. Perbedaannya dengan penelitian ini, subyek gangguan bipolar yang menderita hipotiroid hanya sebesar 1% dan tidak masuk tiga besar komorbid fisik seperti halnya penelitian Moriera.

Beyer et al (2005) dalam penelitiannya mengatakan komorbid penyakit paling banyak adalah kardiovaskular/ hipertensi (10,7%). Migrain (36%) dan hipertensi (25%) terjadi dalam jumlah cukup besar pada penelitian ini, dan keduanya merupakan komorbid fisik bidang kardiovaskular. Penelitian ini juga menyimpulkan bahwa terdapat hubungan bermakna secara statistik terhadap faktor umur subyek dengan terjadinya komorbiditas fisik.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pada gangguan bipolar tipe I terjadi komorbid hipertensi cukup banyak yakni 80% dari seluruh responden gangguan bipolar yang mengalami hipertensi. Hal ini bertentangan dengan teori yang mengatakan pada hipertensi terjadi peningkatan kortisol sehingga akan lebih banyak pada penderita gangguan bipolar II. Perbedaan ini disebabkan karena responden yang diambil tidak didasari pada fase hipertensi, dan banyak sampel didapatkan dari riwayat hipertensi yang sudah mendapatkan anti hipertensi. Pada penelitian ini didapatkan subyek sebanyak 83,3% bipolar tipe I mengalami migrain, dan 16,7% subyek dengan bipolar tipe II. Hal ini berbeda dengan beberapa jurnal, yang menemukan bahwa migrain banyak terjadi pada gangguan bipolar II. Beberapa penelitian epidemiologi menunjukkan terjadi hubungan antara migraine dan depresi. Sebuah studi di Detroit Amerika Serikat mengatakan terjadi prevalensi seumur hidup pada depresi mayor sebanyak tiga kali lebih besar dibandingkan pasien tanpa migrain (27% dibandingkan 9%). Gangguan bipolar I dan II juga timbul lebih sering di antara pasien dengan migrain, yakni 5% pada bipolar I dan 4% pada bipolar II.

Kesimpulan

Dari penelitian ini dapat disimpulkan bahwa komorbiditas fisik di Poli Psikiatri dan Bangsal Psikiatri R.S. Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor paling banyak pada Gangguan Bipolar adalah migrain, hipertensi serta dermatitis. Didapatkan juga hubungan bermakna antara faktor umur penderita Gangguan Bipolar dengan terjadinya komorbiditas fisik. Pada analisis tambahan juga didapatkan hubungan bermakna secara statistik antara pemberian obat monoterapi/polifarmasi dengan terjadinya hipertensi.

Saran

Psikiater yang mengobati dan memberikan obat Gangguan Bipolar dalam jangka waktu lama perlu memiliki kewaspadaan yang cukup tinggi, mengingat besarnya jumlah komorbid fisik yang terjadi pada penelitian ini. Perlu dilakukan pemeriksaan laboratorium dan wawancara secara rutin untuk mengantisipasi timbulnya komorbiditas fisik pada penderita Gangguan Bipolar.

Daftar Pustaka

1. Parker B.G. Comorbidities in bipolar disorder : models and management. MJA vol 193 number 4.2010
2. Sagman D, Tohen M. Comorbidity in bipolar disorder. Psychiatric Times Vol 26. 2009
3. McElroy SL, Altshuler LL, Suppes T, Keck PE Jr, Frye MA, Denicoff KD, et al. Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. Am J Psychiatry. 2001
4. Andreasen NC: *Mood Disorders*. Dalam: Brave New Brain. OXFORD University Press, 215-245.2002
5. Vieta E. Managing Bipolar Disorder in Clinical Practice. Current Medicine Group. 2009
6. Oreski I, Jakovljević M, Aukst-Margetić B, Orlić ZC, Āusa BV. Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences. *Psychiatria Danubiavol* 24 no 1. p. 80-85.2012

