

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

Gangguan Bipolar (GB) adalah gangguan *mood* yang ditandai dengan perpindahan (*swing*) *mood*, pikiran, energi, perilaku, dan biasanya kronik serta berat. Pasien mengalami perubahan *mood* yang dramatis yaitu dari *mood* yang sangat meningkat dan atau iritabel menjadi *mood* yang sangat menurun. Perubahan *mood* disertai dengan perubahan yang serius pada energi dan perilaku. Di antara episode *mood* tersebut dapat terjadi periode *mood* yang normal (eutimik). Selama periode *mood* eutimik, pasien tetap beresiko mengalami kekambuhan, misalnya mengalami mania, hipomania, atau depresi. Istilah “bipolar” berarti dua kutub yaitu pasien mengalami perpindahan antara spectrum emosi yang berlawanan. (Nurmiati Amir, 2017).

*The World Mental Health Survey Initiative*, meneliti sebanyak 61932 subjek, pada Sembilan negara di Amerika Utara dan Selatan, Eropa dan Asia, melaporkan bahwa perkiraan prevalensi GB selama hidup dan 12 bulan adalah 0,6% dan 0,4% untuk GB I, 0,4% dan 0,3% untuk GB-II, dan 1,4% dan 0,8% untuk subambang GB. Sebuah penelitian lintas negara lainnya, jumlah subjeknya lebih besar, melaporkan bahwa prevalensi selama kehidupan berkisar antara 0%-1% untuk GB-I, 0%-1,1% untuk GB-II, dan 0,1%-2,4% untuk subambang GB. Penelitian *the Canadian Community Health Survey-Mental Health and Well-Being* (CCHS) menunjukkan hasil yang lebih rendah pada imigran bila dibandingkan dengan non imigran. Ada dugaan bahwa subjek imigran kurang kontak dengan profesi kesehatan jiwa.

*The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments* (CANMAT) memuplikasikan tuntunan untuk menatalaksanai gangguan bipolar. Pada

publikasi tahun 2013, rekomendasi mania akut tidak banyak berubah. Lithium, valproate, dan beberapa antipsikotika atipik tetap terletak di lini pertama untuk mania akut. Meskipun beberapa obat dirujuk secara klinis sebagai *mood stabilizer*, the *US Food and Drug Administration* (FDA) belum pernah memberikan persetujuannya terhadap satu pun obat sebagai *mood stabilizer*. Istilah *mood stabilizer* berasal dari bidang klinik. (Amir, 2017).

Sederhananya, *Mood stabilizer* adalah obat yang digunakan untuk mengobati gangguan suasana hati seperti gangguan bipolar dan depresi. Gangguan bipolar ditandai oleh perubahan suasana hati di mana siklus individu antara mania dan depresi. Gejala-gejala berfluktuasi dari euforia dan energi tak terbatas dalam fase manik ke kedalaman depresi dengan sedikit energi, rasa bersalah, kesedihan, konsentrasi menurun, kurang nafsu makan, dan gangguan tidur. Karena berbagai gejala, dari mania hingga depresi, gangguan bipolar sering disebut manik depresi.

*Mood Stabilizer* digunakan untuk mengobati mania akut, hipomania (bentuk ringan mania), episode campuran (ketika mania dan depresi berdampingan dalam suatu episode), dan depresi. Setelah episode akut, *mood stabilizer* digunakan dalam terapi pemeliharaan untuk mencegah kekambuhan siklus dari peningkatan suasana hati dan depresi yang abnormal. Tujuan perawatan pemeliharaan dengan *mood stabilisator* adalah untuk 1) mengurangi gejala sisa, 2) mencegah manik atau depresi kambuh, 3) mengurangi frekuensi berubah ke episode manik atau depresi berikutnya, 4) meningkatkan fungsi, dan 5) mengurangi risiko bunuh diri.

Pengenalan antikonvulsan untuk pengobatan gangguan suasana hati muncul sebagai salah satu kemajuan paling signifikan dalam psikiatri modern. Tegretol (carbamazepine) telah digunakan selama lebih dari dua dekade untuk mengobati gangguan bipolar tanpa indikasi yang disetujui untuk tujuan ini dari *US Food and Drug Administration* (FDA). Equetro

(carbamazepine) disetujui FDA untuk pengobatan episode mania akut dan campuran yang terkait dengan gangguan bipolar. Depakote dan Depakote ER (divalproex), Stavzor (asam valproik), dan Lamictal (lamotrigine) disetujui oleh FDA untuk pengobatan kejang dan episode manik akut yang berhubungan dengan gangguan bipolar. Antikonvulsan lainnya diindikasikan terutama untuk pengobatan epilepsi. Penggunaan obat untuk indikasi yang disetujui disebut penggunaan berlabel. Namun, dalam praktik klinis, dokter-dokter sering meresepkan obat-obatan untuk penggunaan yang tidak berlabel (“*off-label*”) ketika studi klinis yang diterbitkan, laporan kasus, atau pengalaman klinis mereka sendiri mendukung kemanjuran dan keamanan perawatan-perawatan tersebut. Berdasarkan sejumlah studi klinis, beberapa obat dengan sifat anti-epilepsi juga efektif untuk mengobati gangguan bipolar, meskipun tidak ada indikasi yang disetujui FDA untuk tujuan ini.

Antipsikotik sering diresepkan dalam kombinasi dengan *mood stabilizer*, seperti lithium atau Depakote, untuk mengobati mania akut. Antipsikotik sangat membantu untuk mengurangi mania dengan cepat, terutama selama selang waktu sampai *mood stabilizer*, yang memiliki onset kerja yang lebih lambat, mulai berkerja. Umumnya, psikiater akan menghentikan antipsikotik setelah mania mereda, mempertahankan stabilisasi suasana hati dengan penstabil mood saja. Ini adalah praktik konvensional ketika hanya antipsikotik generasi pertama misalnya, klorpromazin, fluphenazin, Haldol (haloperidol), dan tioridazin tersedia. Penggunaan antipsikotik konvensional jangka panjang tidak dianjurkan karena agen yang lebih tua dikaitkan dengan risiko signifikan tardive dyskinesia (melumpuhkan, kelainan gerakan onset lambat) dan gejala ekstrapiramidal, yang merupakan efek samping yang mempengaruhi koordinasi dan gerakan. Selain itu, agen konvensional dapat memperburuk gejala depresi pada beberapa pasien.

Terapi kombinasi dengan antipsikotik atipikal quetiapine, aripiprazole, risperidone, atau asenapine dan lithium atau divalproex juga direkomendasikan sebagai pilihan lini pertama pengobatan dengan khasiat yang lebih besar dari monoterapi dengan lithium atau divalproex sendiri, terutama pada mereka dengan keparahan indeks yang lebih tinggi (Ogawa *et al* 2014). Secara umum, terapi kombinasi lebih disukai daripada monoterapi karena uji klinis menunjukkan bahwa rata-rata 20% pasien lebih banyak berespon dengan terapi kombinasi (Ketter. 2008). Ada juga beberapa bukti yang menunjukkan manfaat kombinasi terapi dibandingkan dengan monoterapi antipsikotik atipikal, meskipun ada lebih sedikit uji coba. Secara khusus, lithium dengan quetiapine menunjukkan superioritas dari quetiapine sendiri (Bourin *et al.* 2014).

Lithium tetap menjadi pilihan pertama sebagai pengobatan untuk gangguan afektif bipolar. Namun, sekitar setengah dari semua individu dapat menghentikan pengobatan mereka di beberapa titik, meskipun manfaat lithium terbukti mencegah episode afektif yang parah dan bunuh diri. Berdasarkan penelitian mengenai pemberian terapi pada pasien GB yang dilakukan oleh Öhlund L *et al* pada tahun 2013 di Norrbotten Swedia menunjukkan Dari 873 pasien yang diobati dengan lithium, 54% menghentikan lithium, sesuai dengan 561 episode penghentian litium. Dalam 62% dari episode, litium dihentikan karena efek samping, dalam 44% karena alasan kejiwaan, dan 12% karena alasan fisik yang mengganggu pengobatan litium. Lima efek samping yang paling umum yang menyebabkan penghentian lithium adalah diare (13%), tremor (11%), poliuria / polidipsia / diabetes insipidus (9%), peningkatan kreatinin (9%) dan berat badan (7%). Perempuan sama mungkin dengan laki-laki untuk mengambil inisiatif untuk menghentikan lithium, tetapi dua kali lebih mungkin untuk berkonsultasi dengan dokter sebelum mengambil tindakan. Pasien dengan GB-I atau GSZ lebih mungkin untuk menghentikan litium dibandingkan pasien

dengan GB-II atau GB yang tidak spesifik ( $p < 0,01$ ). Pasien dengan GB-I atau GSZ lebih cenderung menolak pengobatan ( $p < 0,01$ ). Sebaliknya, pasien dengan GB-II atau GB tidak spesifik tiga kali lebih mungkin untuk menghentikan lithium karena kekurangan atau dianggap kurang efektif ( $p < 0,001$ ). (Öhlund L et al, 2018)

Penggunaan terapi kombinasi dengan *mood stabilizer* dan antipsikotik pada mania akut gangguan bipolar tersebar luas, meskipun sebagian besar pedoman untuk pengobatan mania akut di gangguan bipolar merekomendasikan monoterapi. Entah terapi mungkin lebih efektif masih dalam perdebatan tetapi kebanyakan bukti menunjukkan tidak hanya lebih banyak efektifitasnya tetapi juga lebih banyak efek samping dengan terapi kombinasi. Alasan untuk meresepkan terapi kombinasi termasuk kurangnya kemanjuran pengobatan saat ini (baik nyata atau karena ketidakpatuhan yang dirahasiakan), komorbiditas psikiatri, perjalanan penyakit yang parah sebelumnya, slow cross-tapering selama perubahan pengobatan, dan manfaat potensial dari kombinasi yang khusus. (Grande dan Vieta. 2015)

Para ahli fikih dari berbagai mazhab; yaitu ulama mazhab Hanafi, Maliki, Syafi'i dan ulama mazhab Hambali sepakat tentang bolehnya seseorang mengobati penyakit yang dideritanya. Pendapat para ulama tersebut didasari oleh banyaknya dalil yang menunjukkan kebolehan mengobati penyakit. Di antara dalil-dalil tersebut adalah diriwayatkan oleh Imam Muslim "Setiap penyakit pasti memiliki obat. Bila sebuah obat sesuai dengan penyakitnya maka dia akan sembuh dengan seizin Allah Subhanahu wa Ta'ala." (HR. Muslim) Hadits di atas mengisyaratkan diizinkan seseorang Muslim mengobati penyakit yang dideritanya. Sebab, setiap penyakit pasti ada obatnya. Jika obat yang digunakan tepat mengenai sumber penyakit, maka dengan izin Allah SWT penyakit tersebut akan hilang dan orang yang

sakit akan mendapatkan kesembuhan. Meski demikian, kesembuhannya kadang terjadi dalam waktu yang agak lama, jika penyebab penyakitnya belum diketahui atau obatnya belum ditemukan. (Muhammad U.S. 2005).

## **1.2 Perumusan Masalah**

Litium masih direkomendasikan sebagai pengobatan awal untuk fase manik gangguan bipolar (GB), dengan terapi kombinasi yang disediakan untuk kasus-kasus berat atau sebagai pilihan berikutnya. Tetapi beberapa pengobatan alternatif telah diperkenalkan dalam guideline beberapa tahun terakhir, seperti obat antipsikotik atipikal dan antikonvulsan untuk terapi bipolar. Masih sedikit yang diketahui tentang bagaimana perubahan ini telah mengubah pola pemberian terapi terhadap pasien bipolar.

Dikarenakan hal-hal tersebut peneliti tertarik untuk mengetahui gambaran penggunaan *mood stabilizer* pada pasien gangguan bipolar di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan dan tinjauannya dari kedokteran dan Islam.

## **1.3 Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana gambaran penggunaan *mood stabilizer* pada pasien gangguan bipolar di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan?
2. Bagaimana gambaran penggunaan *mood stabilizer* pada pasien gangguan bipolar di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan ditinjau dari segi Islam?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

1. Untuk mengetahui gambaran penggunaan *mood stabilizer* pada pasien gangguan bipolar di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan.

2. Untuk mengetahui gambaran penggunaan *mood stabilizer* pada pasien gangguan bipolar di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan ditinjau dari segi Islam.

### **1.5 Manfaat Penelitian**

- a. Bagi pelayanan kesehatan

Diharapkan penelitian ini bisa bermanfaat bagi klinisi untuk evaluasi penatalaksanaan pada gangguan afektif bipolar.

- b. Bagi peneliti

Penelitian ini bermanfaat untuk menambah wawasan dan pengetahuan peneliti tentang penatalaksanaan gangguan afektif bipolar.

- c. Bagi pengembangan penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu data dasar maupun acuan pustaka untuk melakukan penelitian selanjutnya.