



## DIAGNOSIS DAN TATALAKSANA BULIMIA NERVOSA

Afina Hasna<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

**Corresponding Author:** Afina Hasna, Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas.Lampung

E-Mail: [afinahasna16@gmail.com](mailto:afinahasna16@gmail.com)

Received Juni 30, 2021; Accepted Juli 04, 2021; Online Published Juli 14, 2021

### Abstrak

Gangguan makan merupakan salah satu penyakit kejiwaan yang umumnya berkembang pada masa remaja atau dewasa muda. Studi menunjukkan bahwa terdapat peningkatan prevalensi gangguan makan dari 3.5% pada tahun 2000-2006 menjadi 7.8% pada tahun 2013-2018. Gangguan ini merupakan salah satu gangguan kejiwaan dengan tingkat mortalitas tertinggi. Salah satunya Bulimia nervosa yang merupakan sindrom yang ditandai dengan adanya preokupasi menetap untuk makan yang tidak dapat dilawan. Hal ini diikuti dengan perilaku kompensasi yang tidak tepat. Misalnya menginduksi muntah atau olahraga dan berpuasa berlebihan. Bulimia nervosa juga merupakan gangguan psikiatri yang dapat mengakibatkan berbagai komplikasi, di antaranya GERD, refluks laringofaringeal, akalasia, bahkan aritmia. Sehingga perlu diberikan tatalaksana yang sesuai, tatalaksana pada pasien bulimia nervosa dapat berupa psikoterapi, farmakoterapi, dan konseling nutrisi guna menghindari berbagai komplikasi yang mungkin terjadi.

**Keywords:** *Bulimia nervosa, Gangguan Makan, Diagnosis, Tatalaksana*

## PENDAHULUAN

Gangguan makan merupakan salah satu penyakit kejiwaan yang umumnya berkembang pada masa remaja atau dewasa muda. Gangguan makan sendiri merupakan gangguan pada perilaku makan, pikiran, sikap, dan emosi terkait, juga dampaknya pada terhadap gangguan fisiologis. Gangguan ini merupakan salah satu gangguan kejiwaan dengan tingkat mortalitas tertinggi<sup>1</sup>. Anorexia nervosa dan bulimia nervosa, salah satu gangguan makan yang sering terjadi, lebih sering terjadi pada perempuan. Hal ini disebabkan karena berbagai alasan, satu diantaranya merupakan penilaian yang berlebihan terhadap bentuk tubuh<sup>1</sup>

Penelitian menunjukkan bahwa terdapat peningkatan prevalensi gangguan makan secara global.

Prevalensi ini meningkat dari 3.5% pada tahun 2000-2006 menjadi 7.8% pada tahun 2013-2018<sup>2</sup>. Studi terbaru menunjukkan gangguan makan tidak hanya terjadi di amerika serikat, namun juga di Asia. Di Taiwan, terdapat 10,542 penduduk yang memiliki bulimia nervosa sejak 2002 hingga 2013<sup>3</sup>. Sedangkan, studi di Korea menunjukkan angka prevalensi anorexia nervosa dan bulimia nervosa pada remaja wanita adalah 0,01% dan 0,1%<sup>4</sup>. Meskibegitu, karena kurangnya penelitian, angka prevalensi dan insidensi yang terjadi di Indonesia masih belum dapat diketahui secara pasti.

Bulimia nervosa sendiri ditandai dengan adanya perilaku makan berlebihan, di mana penderita akan mengonsumsi makanan dalam jumlah yang terlalu banyak dan dalam waktu singkat, perilaku ini akan

memicu perasaan bersalah dalam diri penderita yang diikuti dengan timbulnya perilaku lain sebagai bentuk kompensasi, misalnya puasa dan olahraga secara berlebihan, menginduksi diri sendiri untuk muntah, hingga penyalahgunaan diuretik dan enema.

## ISI

Bulimia nervosa merupakan sindrom yang ditandai dengan adanya preokupasi menetap untuk makan yang tidak dapat dilawan. Pasien tidak dapat menahan adanya nafsu makan sehingga dalam waktu singkat dapat mengonsumsi berbagai makanan dalam jumlah yang besar. Penderita bulimia nervosa memiliki ketakutan yang luar biasa akan kegemukan sehingga penderita akan membuat batasan yang sangat ketat dari ambang berat badannya. Pada beberapa kasus terdapat riwayat episode anorexia nervosa sebelumnya dengan interval antara beberapa bulan hingga beberapa tahun sebelum gangguan bulimia nervosa<sup>5</sup>.

Etiologi dari bulimia sendiri terdiri dari berbagai macam faktor (multifactorial)<sup>6</sup>.

- a. Faktor sosiokultural; Pengaruh lingkungan yang seringkali memberikan stereotip terkait berat dan bentuk tubuh yang ideal, memiliki peran yang cukup tinggi dalam peningkatan prevalensi gangguan makan. Selain itu, rasa cemas dan beberapa ciri kepribadian yang menjadi faktor resiko dari gangguan makan bisa juga disebabkan karena adanya stresor dari lingkungan rumah<sup>6</sup>.
- b. Faktor biologi; Studi menunjukkan adanya faktor genetik pada kejadian gangguan makan. Gangguan makan juga seringkali dikaitkan dengan abnormalitas system neurotransmitter, antara lain dopamine dan serotonin yang secara tidak langsung berperan dalam perkembangan gangguan makan<sup>6,7</sup>

- c. Faktor Psikologi; Ciri kepribadian perfeksionis, impulsive, obsesif-kompulsif, dan neurotism sering kali memiliki keterkaitan dengan berbagai jenis gangguan makan<sup>7</sup>
- d. Faktor Perkembangan; Gangguan pada masa kanak-kanak ataupun pelecehan seksual, memiliki resiko yang cukup tinggi terhadap kejadian gangguan makan pada remaja dan dewasa muda<sup>7,8</sup>.

Berdasarkan *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health*, edisi ke-5 (DSM-5) Bulimia nervosa didefinisikan sebagai gangguan makan dengan 5 kriteria diagnostik, yaitu<sup>9</sup> :

1. Episode berulang *binge-eating* yang ditandai dengan mengonsumsi makanan secara berlebihan dan dalam singkat disertai rasa tidak bisa mengontrol selama episode makan
2. Perilaku kompensasi yang tidak tepat secara berulang untuk menghindari efek penambahan berat badan, dengan salah satu atau lebih cara, yaitu :
  - Memuntahkan makanan dengan sengaja;
  - Penyalahgunaan obat pencahar, diuretic, ataupun obat lainnya; dan
  - Puasa atau olahraga secara berlebihan
3. Perilaku *binge-eating* dan kompensasi tersebut terjadi minimal seminggu sekali selama 3 bulan
4. Evaluasi diri yang dipengaruhi oleh berat badan dan bentuk tubuh
5. Gangguan tidak muncul selama episode Anorexia Nervosa

Kriteria diagnosa Bulimia nervosa hanya terpaku kepada *binge-eating* dan perilaku kompensasi yang tidak sesuai. Artinya penderita bulimia nervosa tidak hanya memiliki berat badan yang rendah. Namun bisa juga memiliki berat badan yang normal ataupun *overweight*. Maka dari itu, pasien dengan berat badan

normal dan *overweight* tidak dapat diabaikan apabila memiliki gejala atau tanda lainnya. Penderita bulimia yang menunjukkan gejala *purging* (menginduksi muntah secara sengaja) umumnya disertai dengan seringnya pergi ke kamar mandi. Penderita bulimia dapat menunjukkan tanda-tanda sakit tenggorokan, siklus menstruasi yang tidak teratur, konstipasi, sakit kepala, lelah, nyeri perut, hingga kembung.<sup>10</sup>

Beberapa pemeriksaan fisik seperti pengukuran berat badan, tinggi badan, juga tanda-tanda vital juga dapat dilakukan. Untuk menunjang penegakkan diagnosis. Pemeriksaan pada mulut, kulit, dan perut juga dapat dilakukan.

Adapun tanda-tanda pemeriksaan fisik yang memiliki keterkaitan dengan bulimia nervosa adalah hipotensi, kulit kering, Kapalan pada area punggung tangan (tanda russel), pembengkakan kelenjar parotis, erosi gigi, dan gigi kotor. Bulimia nervosa juga memiliki kaitan dengan kerontokan pada rambut, edema, juga epistaksis.<sup>6,7</sup>

Muntah berulang yang dilakukan secara sengaja akan menyebabkan defisiensi mineral dan naiknya enzim dan asam lambung ke dalam mulut. Hal ini dapat menyebabkan adanya erosi pada enamel gigi dan pembesaran kelenjar paratiorid. Edema yang terlihat pada pemeriksaan dapat disebabkan karena adanya hipoproteinuria, ketidakseimbangan elektrolit, dan penyalahgunaan pencahar. Adapun muntah yang dirangsang dengan tangan dapat menimbulkan adanya gambaran *Russell sign*, di mana terdapat gambaran luka atau kapalan pada tangan. Selain itu penderita bulimia nervosa juga mengalami perubahan berat badan secara fluktuatif akibat perilaku *binge-eating* dan *purging* yang bergantian.<sup>11</sup>

Meskipun penegakkan diagnosis dapat dilakukan tanpa pemeriksaan penunjang, Beberapa pemeriksaan laboratorium juga dapat dilakukan pada penderita

bulimia untuk menyingkirkan diagnosis banding lain. Misalnya pemeriksaan hitung darah lengkap, urinalisis, tingkat amilase<sup>12</sup>. Elektrokardiografi (EKG) dapat dilakukan pada pasien yang sangat kurus, palpitasi, atau memiliki tanda dan gejala lain yang berkaitan dengan kardiovaskular, EKG dapat dilakukan mengingat adanya potensi aritmia dan kardiomiopati sebagai salah satu komplikasi bulimia nervosa<sup>13</sup>. Penderita bulimia nervosa juga berpotensi untuk mengalami osteoporosis, sehingga pemeriksaan DEXA (*Dual Energy Absorptiometry*) scan dapat dilakukan pada pasien dengan keluhan menstruasi tidak teratur, gangguan mood, dan/atau perokok.<sup>12</sup>

Bulimia nervosa juga merupakan gangguan psikiatri yang dapat mengakibatkan berbagai komplikasi, hal ini dapat dinilai berdasarkan frekuensi dan cara yang digunakan penderita untuk memuntahkan kembali makanannya.<sup>14</sup> Beberapa di antara komplikasi yang mungkin timbul, naiknya asam lambung ke kerongkongan secara berulang dapat mengakibatkan beberapa penyakit seperti GERD, Barret esofagus, refluks laringofaringeal, dan akalasia.<sup>15,16</sup> Studi menunjukkan *Irritable Bowel Syndrome* dapat terjadi pada 69% penderita bulimia nervosa. Komplikasi pada kardiovaskuler seperti aritmia juga dapat terjadi akibat hipokalemia pada penderita. Erosi pada enamel gigi juga mungkin terjadi akibat refluks asam lambung hingga ke mulut.<sup>17</sup>

Terdapat berbagai macam cara yang dapat dilakukan dalam memberikan tatalaksana pada penderita gangguan makan. Manajemen yang dapat diberikan terdiri dari psikoterapi, farmakoterapi, hingga konseling nutrisi, Adapun manajemen pada pasien dengan bulimia nervosa tetap perlu disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing pasien.

Terapi psikoterapi umumnya dapat diberikan melalui rawat jalan. *Enhanced Cognitive Behaviour Therapy* (CBT-E) merupakan pengobatan lini pertama

yang dapat diberikan untuk semua pasien dengan gangguan makan. Pengobatan ini merupakan pengobatan dengan hasil terbesar, terutama terhadap pengurangan gejala.<sup>19,20</sup>

Selain itu, pengobatan berbasis keluarga atau *Family Based Treatment* (FBT) dapat juga diberikan pada pasien dengan gangguan makan termasuk bulimia nervosa. Pada remaja dan anak-anak, FBT merupakan modalitas utama dari perawatan gangguan makan, pengobatan ini dapat diaplikasikan di seluruh keluarga. Pengobatan lainnya dari terapi psikoterapi adalah terapi intrapersonal sebagai alternative pengganti dari CBT.<sup>19</sup> Untuk terapi farmakoterapi, fluoxetine dapat diberikan sebagai pengobatan untuk bulimia nervosa. Antidepresan, Antipsikotik dan *mood stabilizer* tidak berperan banyak. Namun dapat diberikan apabila terdapat depresi berat atau cemas pada penderita.<sup>21</sup>

Terapi nutrisi diberikan kepada seluruh pasien dengan gangguan makan, termasuk anorexia nervosa, bulimia nervosa, dan *binge eating disorder*. Pada tahap awal asupan kalori yang masuk minimal 30-40 kkal/KgBB/hari. Selanjutnya, asupan kalori dapat ditingkatkan secara perlahan hingga 70-100 kkal/KgBB/hari. Pada penderita bulimia nervosa, selain asupan kalori yang masuk, keseimbangan elektrolit dan dehidrasi penting untuk diperhatikan guna pencegahan komplikasi medis lainnya. perlu dilakukan pemantauan kadar elektrolit secara berkala. Penggantian vitamin dan mineral, khususnya seng, merupakan upaya meningkatkan tingkat pemulihan pada pasien, sehingga pemberian suplemen multivitamin dan multimineral sangat dianjurkan untuk penderita bulimia nervosa.<sup>6</sup>

## SIMPULAN

Bulimia nervosa berdasarkan DSM 5 merupakan suatu kondisi di mana terdapat episode berulang *binge-eating*, di mana penderita akan mengonsumsi berbagai makanan dalam jumlah besar dan dalam waktu yang

singkat. Episode ini diikuti dengan adanya perilaku kompensasi yang tidak tepat guna menghindari penambahan berat badan dan perasaan bersalah setelah episode *binge-eating*. Adapun cara yang digunakan mulai dari memuntahkan makanan dengan sengaja (*Purging*) hingga melakukan olahraga dan puasa yang berlebihan (*non-purging*). Adapun diagnosis bulimia dapat ditegakkan apabila kedua perilaku tersebut terjadi minimal seminggu sekali selama 3 bulan. Tatalaksana yang dapat diberikan pada pasien bulimia nervosa dapat berupa psikoterapi, farmakoterapi, dan konseling nutrisi guna menghindari berbagai komplikasi yang mungkin terjadi.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Sharan P, Sundar AS. Eating Disorders in Women. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015;57 (2):286-95.
2. Galmiche M, Déchelotte P, Lambert G, Tavolacci MP. Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2019; 1-13.
3. Pike KM, Dunne PE. The Rise of Eating Disorders in Asia. *Journal of Eating Disorders*. 2015; 3(1):33.
4. Jung JY, Kim KH, Woo HY, et. Al. Binge Eating is Associates With trait Anxiety in Korean Adolescent Girls : A Cross Sectional Study. *BMC Women's Health*.2017;7(8).
5. DEPKES RI. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III(PPDGJ-III). Direktorat Kesehatan Jiwa Depkes RI. 2013.
6. Balasundaram P, Santhanam P. Eating Disorders. [Updated 2021 Feb 13]. In: StatPearls [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567717/?report=classic>.
7. Harrington BC, Jimerson M, Haxton C, Jimerson DC. Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment Of

- Anorexia Nervosa and Bulimia nervosa. *American Family Physician*. 2015; 91(1):46-52.
8. La Flair LN, Franko DL, Herzog DB. Sexual Assault and Disordered Eating in Asian Women. *Harvard Review of Psychiatry*. 2008; 16(4): 248–57.
  9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). 2013.
  10. Rushing JM, Jones LE, Carney CP. Bulimia nervosa: A Primary Care Review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2003;5(5):217-24.
  11. Jain A, Yilanli M. Bulimia nervosa. [Updated 2020 Dec 15]. In: StatPearls [Internet]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562178/?report=classic>. 2020.
  12. Hilty DM. *Bulimia nervosa, Medscape*. Available at : <https://emedicine.medscape.com/article/286485-overview>. 2020.
  13. Treasure J, Duarte TA, Schmidt U. Eating disorders. *Lancet*. 2020;395(10227):899-911.
  14. Johnson JG, Spitzer RL, Williams JB. Health problems, impairment and illnesses associated with bulimia nervosa and binge eating disorder among primary care and obstetric gynaecology patients. *Psychol Med*. 2001; 31(8):1455-66.
  15. Forney KJ, Buchman-Schmitt JM, Keel PK, Frank GK. The medical complications associated with purging. *Int J Eat Disord*. 2016; 49(3):249-59.
  16. Denholm M, Jankowski J. Gastroesophageal reflux disease and bulimia nervosa--a review of the literature. *Dis Esophagus*. 2011; 24(2):79-85.
  17. Gibson D, Workman C, Mehler PS. Medical Complications of Anorexia Nervosa and Bulimia nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*. 2019; 42(2).
  18. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J*. 2020;50(1):24-29.
  19. Hilbert A, Hoek HW, Schmidt R. Evidence-Based Clinical Guidelines for Eating Disorders: international comparison. *Curr Opin Psychiatry*. 2017; 30(6):423-37.
  20. Murphy R, Straebler S, Cooper Z, Fairburn CG. Cognitive Behavioral Therapy for Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 2010;33(3):611-27.
  21. Sathyapriya B, Lakshmanan P, Sumanthy G, et al. Bulimia nervosa – A Psychiatric Eating Disorder. *Acta Scientific Medical Sciences*. 2018; 2 (2):21-6.