

Studi Kualitatif *Cognitive Behaviour Therapy* pada *Bipolar Disorder*

Jurnal Ilmiah



Herditya Febrian Yosianto

NIM. 071664036

Satiningsih, S.Psi, M.Si

NIP. 19741125 200312 2 001

dr. Azimatul Karimah, SpKJ

NIP. 19780624 200501 2 013

Universitas Negeri Surabaya

Fakultas Ilmu Pendidikan

Jurusan Psikologi Pendidikan dan Bimbingan

Program Studi Psikologi

2012

Studi Kualitatif *Cognitif Behaviour Therapy* pada *Bipolar Disorder*

Herditya Febrian Yosianto*, Satiningsih, S.Psi, M.Si*, dr. Azimatul Karimah, SpKJ**

[Korespondensi : Herditya_gitu@yahoo.co.id](mailto:Herditya_gitu@yahoo.co.id)

*Program Studi Psikologi, Universitas Negeri Surabaya

**Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, Fakultas Kedokteran,
Universitas Airlangga – RSUD Dr. Soetomo, Surabaya

Abstrak: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas CBT pada pasien dengan gejala *Bipolar Disorder* dan membantu subjek penelitian dan keluarga mengenali pola gejala, dan tindakan pencegahan yang dapat dilakukan untuk mencegah rehospitalisasi. Metode penelitian ini adalah penelitian kualitatif sejak 10 April 2012 - 9 Juni 2012 dengan wawancara dan observasi, serta instrumen utama adalah *mood chart*. Teknik analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis model Miles dan Huberman. Hasil yang diperoleh dari *mood chart* didapatkan perubahan mood, pola tidur, dan energi sehingga subjek dapat mengenali simptom awal kekambuhan. *Mood chart* juga berguna sebagai media untuk memahami bagaimana cara coping terhadap stressor. Kesimpulan yang diperoleh dari penelitian ini adalah *mood chart* efektif sebagai alat edukasi dan deteksi dini kekambuhan pada *BD*, sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan sebelum gejala yang dialami subjek menjadi semakin buruk. Monitoring dan evaluasi secara periodik berguna untuk memberikan pemahaman yang lebih baik dan strategi coping yang baru.

Kata Kunci: *Mood Chart, Bipolar Disorder, Cognitive Behavior Therapy*

Abstract: This study aimed to determine the effectiveness of CBT in patients with symptoms of *Bipolar Disorder* and assist the subject and her family's recognize patterns of symptoms, and preventive actions that can be taken to prevent rehospitalisasi. This research method is qualitative research since 10th April 2012 – 9th June 2012 with interviews and observations, as well as the main instrument is a mood chart. Technique of data analysis this research are using Miles and Huberman model analysis. The results obtained from the mood chart are mood changes, sleep patterns, and energy so that the subject of this study can identify early symptoms of relapse. *Mood chart* is also useful as a means to understand how coping with the stressor. Conclusion of this research is mood chart are effective education and early detection of recurrence in *BD*, so that preventive action can be done before the symptoms experienced by subjects became progressively worse. Periodic monitoring and evaluation is useful to provide a better understanding and new coping strategies.

Keywords: *Mood Chart, Bipolar Disorder, Cognitive Behavior Therapy*

Gangguan *mood* adalah bagian integral dari psikologi klinis. Terdapat dua jenis gangguan *mood* yaitu mania dan depresi. Depresi adalah gangguan nomor 2 di dunia yang paling “mematikan”, dan diperkirakan pada 2020 akan menjadi “wabah” diseluruh penjuru dunia. Bunuh diri sebagai akibat dari tidak tertanganinya pasien penderita depresi dengan baik adalah masalah utama dalam kesehatan publik. (Stein, Dan J., 2006). Kasus bunuh diri juga terjadi pada remaja. Bahkan ada kecenderungan meningkat. Ini terlihat dari data *World Health Organization* (WHO) di tahun 2001 yang menyebutkan bahwa angka bunuh diri akibat depresi di Indonesia sekitar 1,6 – 1,8 orang per 100.000 penduduk, sementara laporan WHO di tahun 2005 – 4 tahun

kemudian - menyebutkan ada sekitar 24 orang dari 100.000 penduduk Indonesia. Data terakhir dari Kementerian Kesehatan RI untuk wilayah Jakarta saja, angka kematian akibat bunuh diri karena depresi mencapai 160 orang per tahun. (Veronica, 2011). Meskipun banyak faktor penyebab depresi ditengarai sebagai penyebabnya, seperti kesulitan ekonomi, masalah keluarga, juga rasa putus asa, penelitian yang dilakukan oleh Dr. Ghanshyam Pandey beserta timnya dari *University of Illinois, Chicago*, menemukan bahwa 9 dari 17 remaja yang meninggal akibat bunuh diri memiliki sejarah gangguan mental. Salah satu gangguan mental yang bisa membawa seseorang menuju pada keputusan bunuh diri adalah *Bipolar Disorder* (BD). (Veronica, 2011).

Berdasarkan kenyataan diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih lanjut mengenai *Bipolar Disorder* (BD). Subjek penelitian ini didiagnosa sebagai pasien BD dengan tingkat rehospitalisasi yang cukup tinggi. Subjek adalah anak perempuan ke 6 dari 10 bersaudara. Subjek termasuk anak yang biasa-biasa saja saat masih kecil. Ayah subjek sangat keras dalam mendidik anak-anaknya. Namun dibalik sifat keras sang ayah, subjek berkata bahwa ayahnya adalah sosok yang sabar dan sayang pada anak-anaknya. Hal ini berbeda dengan sifat ibunya yang dinilai subjek sebagai sosok yang judes, sering marah-marah, dan sebagainya. Subjek juga sering merasa sedih bila dimarahi saat kecil, namun sang ayah hanya diam saja, subjek merasa diabaikan, dan menurut subjek cenderung berlebihan rasa sayangnya terhadap anak bungsunya. Saat ditemui setelah kematian Tn. Sut, subjek tampak sangat kehilangan, karena dibanding ibunya, subjek lebih sayang kepada ayahnya. Hal ini tampaknya memicu kesedihan dan depresi subjek saat itu (Yosianto, 2010). Subjek mengenyam pendidikan hanya sampai bangku SMP. Subjek hanya mampu menamatkan pendidikan sampai jenjang SMP karena alasan ekonomi. Saat remaja subjek memiliki banyak teman, kadang temannya bermain ke rumah subjek atau subjek bermain ke suatu tempat dengan teman-temannya. Subjek sempat memiliki pacar saat remaja, pacar pertama, dan berasal dari satu desa. Namun suatu hari subjek merasa kesal dengan semua orang di rumah (*irritable*), kemudian subjek memutuskan untuk kabur dari rumah (*impulsive behaviour*) menuju ke Surabaya dan kemudian subjek bekerja (diperkirakan saat tersebut subjek sedang mengalami episode mania) (Yosianto, 2010). Subjek bekerja di sebuah pabrik lampu petromax tahun 1982. Saat itu di kantor ada kejadian uang kantor hilang. Dan seluruh karyawan yang berada disana saat itu dituduh oleh bosnya tersebut. Subjek merasa marah dan tidak senang atas kejadian tersebut. Setelah pulang dari kantor, subjek pinjam sepeda tetangga untuk menuju rumah temannya dan sepulang dari rumah temannya, subjek terjatuh dari sepeda di jembatan panjang jiwo. Namun subjek tidak pingsan dan amnesia, bahkan subjek mampu bangkit walau dengan luka sedikit akibat terjatuh. Malam harinya, subjek bicara melantur tentang masalah uang perusahaan yang hilang tersebut, namun dibawa ke seorang kiai dan dapat sembuh (Yosianto, 2010). Sejak saat itu subjek mulai sering menginap di instalasi rawat inap (irna) jiwa Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Soetomo maupun di Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Menur. Tercatat sudah lebih dari 25 kali subjek keluar masuk rawat inap jiwa sejak tahun 1998-2008, dan sudah 1,5 tahun ini subjek tidak lagi kambuh. Hingga saat ini subjek masih rutin kontrol sebulan sekali ke poli jiwa RSUD Dr. Soetomo. Tapi saat ayah subjek meninggal akhir maret 2010 kemarin, subjek menunjukkan gejala depresi berupa mulai susah tidur, tidak enak makan, timbul *irrational belief* berupa suara-suara bisikan dan suara gemercik air, sehingga keluarga menyarankan untuk menaikkan dosis obat yang diminum 2x dari biasanya untuk mencegah subjek untuk kambuh (relapse) lagi (Yosianto, 2010).

Alasan peneliti memilih kasus ini dikarenakan peneliti melanjutkan hasil rekomendasi saat studi kasus PKL dan karena kenyataan bahwa subjek penelitian selama ini ”hanya” memperoleh

terapi farmakologi dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya, tanpa adanya terapi pendamping, karena itu peneliti menganggap diperlukan terapi pendamping berupa *Cognitive Behaviour Therapy* dalam hal ini CBT yang diterapkan adalah dengan penggunaan *mood chart* guna mengurangi frekuensi kekambuhan/hospitalisasi, selain itu peneliti juga ingin mengetahui adakah pengaruh intervensi CBT pada penderita BD. CBT dipilih karena adanya penelitian terdahulu yang mengatakan bahwa pengobatan psikososial, khususnya CBT, adalah tritmen utama untuk penderita BD utamanya pasien rawat jalan, sebelum era farmakoterapi dan dikenalnya litium dan obat penstabil mood yang lain. (Lieberman, dll, 2009).

Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui efektivitas CBT dan membantu subjek untuk memahami gejala kekambuhan, sehingga diharapkan dapat dilakukan langkah-langkah antisipasi dan pencegahan untuk mencegah hospitalisasi pada subjek. Apabila dengan terpaksa subjek harus rawat inap, diharapkan dengan adanya intervensi ini gejala psikotik yang muncul tidak terlalu destruktif dan mengganggu masyarakat sekitarnya karena telah dilakukan deteksi sedini mungkin.

Metode Penelitian

Metode

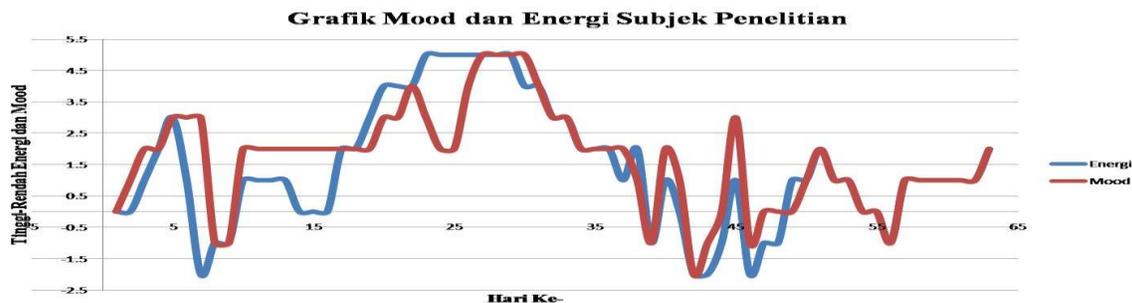
Penelitian ini menggunakan metode studi kualitatif dengan studi kasus tunggal penelitian kualitatif sejak 10 April 2012 - 9 Juni 2012 dengan wawancara dan observasi, instrumen *mood chart*. Penelitian terbagi dalam 5 sesi, yaitu: Sesi 1, Analisis Keadaan Terkini Subjek + Psikoedukasi; Sesi 2, Pemantauan Kondisi Mood dan Energi via *Mood Chart* + Observasi; Sesi 3 dan sesi 4, Fase relapse dan rawat inap; Sesi 5, Follow up pasca keluar dari rumah sakit. Teknik analisis data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan analisis model Miles dan Huberman.

Partisipan

Subjek yang akan diteliti Ny. A (*key informant*), wanita, 47 tahun, janda ditinggal meninggal suami, merupakan pasien tetap RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Subjek sebelumnya hanya diketahui menderita gangguan jiwa dan sering keluar-masuk rumah sakit (hospitalisasi). Selanjutnya teknik pemilihan subjek penelitian akan menggunakan teknik *snowball sampling* mengikuti alur data yang diperoleh selama penelitian berlangsung.

Teknik Pengumpulan Data

Sesuai dengan tujuan penelitian, selama penelitian berlangsung, kegiatan pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan beberapa instrumen, antara lain *field notes*, observasi partisipatif, dokumentasi dan wawancara mendalam pada subjek dan keluarga subjek, serta orang-orang di sekitar lingkungan tempat tinggal subjek, dan orang-orang yang mengenal subjek, YMRS, BDI, terapi supportif berupa terapi CBT dengan pemberian *Homework* berupa *Mood Chart*. Sehingga dalam penelitian ini instrumen utama adalah instrument berupa mood chart dan didukung dengan instrumen-instrumen pengumpul data yang lain sebagai pelengkap dan pembanding hasil yang diperoleh dari mood chart. Berikut ini adalah salah satu contoh mood chart:



Gbr 2. Hasil Akumulasi Mood Chart Selama Penelitian

Sesi 1, Analisis Keadaan Terkini Subjek + Psikoedukasi

Penelitian ini dimulai pada 10 April 2012 dimana peneliti datang ke rumah subjek (Dusun Songol, desa Tarik, Kecamatan Tarik, Kabupaten Sidoarjo), subjek diketahui baru selesai menstruasi dan kini berada dalam kondisi normal F31.7 (kode PPDGJ untuk kondisi Gangguan Afektif Bipolar kini dalam masa remisi), kesimpulan ini diambil berdasarkan hasil dari wawancara peneliti dengan subjek, hasil tes YMRS dan BDI serta hasil dari observasi langsung pada subjek. Skor YMRS subjek saat ini 4 yang interpretasinya naik turunnya tergolong wajar, demikian juga skor BDI subjek yang menunjukkan skor 10 yang interpretasinya naik turunnya tergolong wajar.

Pada awal penelitian, peneliti melakukan psikoedukasi mengenai penyakit yang diderita subjek melalui media brosur yang berisi tentang nama penyakit, gejala yang muncul, dan cara mengatasi, karena subjek sebelumnya tidak mengetahui nama sakit yang dideritanya dan gejala-gejala yang muncul, sehingga diharapkan apabila muncul gejala kekambuhan, subjek penelitian maupun keluarga terdekat dapat memberikan pertolongan sehingga jika sampai masuk RS tidak sampai tahap yang terlalu parah dan mengganggu masyarakat sekitar.

Sesi 2, Pemantauan Kondisi Mood dan Energi via *Mood Chart* + Observasi

Pada sesi ini, peneliti memberikan panduan pengisian *mood chart* dengan aspek-aspek yang perlu diamati dan dituliskan adalah sebagai berikut: 1.) Level Mood, 2.) Level Energi, 3.) Level Kebutuhan Tidur, 4.) Ketaatan Minum Obat (Psikofarmaka).

Mood Chart adalah sebuah grafik yang menunjukkan naik turunnya tingkat suasana hati dari waktu ke waktu. Grafik suasana hati yang sangat berguna dalam memprediksi terjadinya episode mood dan mendokumentasikan respon subjek penelitian terhadap obat-obatan yang diberikan. *Mood chart* diaplikasikan sejak tanggal 16 April 2012 diisi setiap hari dan dimonitor setiap seminggu sekali.

Pada fase ini subjek mulai mengalami susah tidur dengan ditandai berkurangnya jam tidur yang biasanya 11 jam menjadi hanya 3 jam (data observasi 11 april). Pada 13 April 2012, subjek mengeluhkan tidak bisa tidur sama sekali, sehingga peneliti berkonsultasi dengan pembimbing lapangan, pembimbing memperkirakan subjek menjadi mania karena pengaruh aktivitas hormonal subjek menjelang masa menopause (mengingat usia subjek yang telah mencapai 47 Tahun) dan pada malam hari pembimbing menyarankan agar subjek menaikkan dosis minum obatnya (clozaril) yang biasanya hanya 1x minum malam sebelum tidur (25mg) menjadi 2x (50mg).

Mulai 16 April 2012 (minggu kedua penelitian), **peneliti mulai memberikan mood chart pada subjek penelitian karena pertimbangan subjek mulai tidak bisa tidur** sehingga hal ini memperkuat posisi instrumen tersebut sebagai alat untuk memonitor perkembangan mood dan energi subjek hari per hari. Pada hari ini, subjek terlihat murung, tidak memasak, tidur-tiduran dan bermalas-malasan. Pada tanggal 17 April 2012 subjek sudah mulai mau memasak namun masih terlihat murung dan bermalas-malasan, namun masih tetap mengeluh tidak bisa tidur. Kemudian oleh pembimbing lapangan peneliti dr. Azimatul Karimah, SpKJ menyarankan untuk menaikkan lagi dosis obat subjek karena **sudah 4 hari subjek tidak bisa tidur sama sekali**. Sehingga psikofarmaka subjek menjadi: Trihexyphenidyl 1mg 0-0-1 menjadi 0-0-2 (diminum malam hari 2 tablet), Clozaryl 25mg 0-0-2 menjadi 2-0-2 (diminum pagi hari 2 tablet dan malam 2 tablet), Haloperidol 5mg 0-0-1 menjadi 0-0-2 (diminum malam hari 2 tablet). Subjek melaporkan setelah dosis obatnya dinaikkan, subjek sudah bisa tidur kembali, walaupun beberapa hari kedepan jam tidur subjek terpantau masih kacau.

Mulai 22 April hingga 26 April tidak nampak gejala apapun pada subjek, subjek dalam kondisi baik, pola pikir wajar, tidak terjadi peningkatan bicara dan jam tidurnya juga terpantau stabil 5jam setiap hari. Ketika 27 April obat subjek habis dan subjek kontrol ke RSUD Sidoarjo tanpa sepengetahuan peneliti (karena peneliti mengira subjek baru senin kontrol dan saat akhir pekan peneliti tidak ke rumah subjek). Saat kontrol, subjek dimarahi psikiater karena dosis obat minum yang tinggi, saat pulang, subjek mulai marah-marah dan mengumpat kepada psikiater tersebut. Setelah kejadian tersebut, energi dan mood subjek mulai terpantau **tinggi** (trigger 1). Pada 2 Mei, subjek mengurus uang pensiunan suami ke BRI Tarik, namun uang tersebut belum masuk, sehingga subjek pada keesokan harinya (3 Mei 2012) bersama peneliti mengurus hal tersebut ke Taspen di Surabaya (trigger 2).

Saat 4 Mei 2012, subjek bertengkar dengan pacar anak pertama subjek, anak pertama subjek melawan, subjek merasa marah kemudian mengusir anak pertama subjek, dan anak pertama subjek pergi dari rumah (trigger 3). Sejak saat itu emosi subjek tidak terkendali, waham mulai muncul (waham kebesaran), bicara semakin banyak, *flight of idea*, keterlibatan yang berlebihan dalam aktivitas yang menyenangkan (seperti belanja berlebihan, menyanyi dan menari). Sejak menjadi pasien rawat inap di ruang Sejahtera instalasi rawat inap RSUD dr. Soetomo dan mendapat tambahan obat (psikofarmaka) depakote (*mood stabilizer*), kondisi mood dan energi subjek terpantau masih fluktuatif dengan kecenderungan membaik (menurun dibandingkan saat pertama datang), tetapi subjek masi menyanyi-nyanyi, banyak bicara, berdandan menor, dan tidak bisa diam selama minggu pertama rawat inap. Selama fase awal relapse, peneliti **tidak melakukan intervensi** apapun pada subjek penelitian, karena yang lebih dominan adalah terapi psikofarmaka untuk memulihkan kondisi kejiwaan subjek penelitian.

Saat 14 Mei, salah satu obat subjek (clozaryl) diganti oleh pembimbing lapangan peneliti karena mengakibatkan nafsu makan subjek meningkat drastis, pada saat yang sama, subjek mengeluhkan susah buang air besar, sehingga perlu minta obat pencahar. Ketika 15 Mei, saat peneliti datang membesuk, subjek mengeluhkan bosan minum obat, karena obat yang harus diminum begitu banyak (hingga 10 butir saat malam dan 7 butir saat pagi). Pada 16 Mei, subjek dikonsulkan ke poli gigi untuk melakukan cabut gigi, karena saat masuk RS, akibat sakit gigi, subjek tidak bisa tidur sehingga memicu perilaku yang tidak terkendali. Saat 16 Mei, malam hari subjek meminta tambahan obat karena merasa badannya sakit semua, namun tidak ditanggapi suster jaga, sehingga subjek berteriak-teriak (berpura-pura menurut subjek) supaya mendapatkan perhatian suster jaga (menurut pengamatan peneliti, suster jaga di ruangan tersebut memang kurang responsif). Pada minggu-minggu ini kondisi mood dan energi subjek masih fluktuatif, dan

kondisi jam tidur terpantau sudah stabil, namun mood dan energi subjek tersebut lebih baik dibandingkan minggu pertama masuk RS.

Pada saat 21 Mei, anak subjek melaporkan bila subjek buang air besar di karpet tempat mereka tidur, subjek seperti tidak sadar telah melakukan hal tersebut dan tidak dapat mengontrolnya, karena hal tersebut, subjek dijadwalkan oleh dr Aimee dan pembimbing lapangan peneliti untuk dilakukan pemeriksaan EEG (rekam otak) pada tanggal 29 Mei karena ditakutkan ada sesuatu pada syaraf subjek.

Saat 23 Mei, anak kedua subjek (Nn T.Z) yang sedang menjaga subjek, ketahuan oleh keluarga pasien sebelah sedang berpacaran dengan tukang bangunan yang sedang merenovasi ruangan, karena hal itu, peneliti penasaran untuk menyelidiki lebih jauh. Hasil yang peneliti dapat cukup mengejutkan, Nn T.Z berpacaran dengan banyak pria dan berdasarkan laporan yang masuk ke peneliti dari adik kandung subjek dan tetangga sekitar rumah subjek, serta pantauan data sms Nn T.Z, peneliti menyimpulkan Nn. Tz terlibat dalam perilaku seks bebas dengan pacar-pacarnya, begitu pula hasil sms dengan tukang bangunan diatas, terdapat sms dari tukang tersebut yang menurut peneliti diluar batas kewajaran orang **normal** berpacaran. Karena hal tersebut, peneliti curiga (*suspect*) Nn T.Z terkena **bipolar disorder**, karena terdapat tiga indikasi kuat yang mengarah ke arah tersebut 1.) Nn. T.Z terlibat seks bebas karena tidak bisa mengendalikan dorongan seks akibat *bipolar*, 2.) Nn T.Z sering berani melawan orang tua, nenek, dan keluarga lain, 3.) Faktor genetik yang diturunkan.

Ketika 29 Mei, subjek menjalani EEG (rekam otak), ketika peneliti datang, subjek sudah masuk ke dalam ruang EEG, selesai EEG subjek mandi, lalu mengikuti *family gathering* yang diadakan pihak ruangan, ketika family gathering, subjek terlihat antusias mengikuti, namun ketika sesi tanya jawab dan kuis, subjek terkesan malu-malu dan menyuruh peneliti untuk bertanya dan menjawab pertanyaan kuis. Esok harinya

30 Mei, hasil EEG sudah keluar dan tidak ditemukan keanehan pada hasil rekam otak subjek, sehingga pada 31 Mei subjek dipulangkan oleh pembimbing lapangan peneliti dengan pertimbangan kondisinya yang mulai stabil dan tidak ada keluarga yang menunggu subjek. Pada minggu ini kondisi mood dan energi subjek terpantau stabil di kondisi hipomanik dengan jam tidur yang stabil 7 jam setiap harinya.

Sesi 3 dan sesi 4, Fase relapse dan rawat inap di ruang Sejahtera Instalasi Rawat Inap Jiwa RSUD dr. Soetomo

Subjek kembali mengalami rawat inap dengan gejala sebagai berikut: 1.) Mudah tersinggung (*irritable*), 2.) Dandan berlebihan (menor), 3.) Bicara melantur.

Berikut ini kutipan *chase report* dr. Aimee Nugroho, dokter PPDS yang sedang bertugas di IRD dr. Soetomo saat subjek dilarikan ke rumah sakit:

Autoanamnesis (dilakukan pada 6 Mei 2012 di R. Sejahtera)

Pasien wanita, perawakan gemuk, wajah sesuai usia mengenakan baju coklat bermanik-manik, celana hitam, berlipstik merah menyala dan memegang sisir duduk di hadapan pemeriksa. Saat pemeriksa mengulurkan tangan untuk menyapa pasien, pasien mampu menyambut uluran tangan pemeriksa dan menyebutkan namanya dengan benar sambil tertawa keras. Pasien mengetahui waktu, tempat, dan orang yang mengantar. Ketika pemeriksa menanyakan alasan pasien dibawa kemari, pasien marah dan berkata "*Aku iki gendeng dok. Jangan nanya terus. Nanya bolak-balik. Gak seneng aku. Takoko nang Didit (Peneliti) ae. Cepetan to dok, suwene.*"

Pasien berulang kali menyisir rambutnya, sambil sesekali bicara dengan keluarganya dengan suara keras dan cepat sambil tertawa. Saat pemeriksa menanyakan alasan pasien menyisir rambutnya terus menerus, pasien menjawab " *Iya dok, saya kan cantik seperti bidadari. Dokter saya kasih tahu ya, kalau orang yang lahir saat gerhana bulan itu pasti nanti besarnya cantik. Sudah terbukti, saya lahir pas gerhana bulan, mangkakno aku ayu. Anakku Fanny juga gitu. Dia lahir pas gerhana bulan, mangkakno dia kan juga cantik, kayak ibunya.*"

Penegakan diagnosis saat subjek masuk rumah sakit diperkuat oleh hasil skor YMRS ketika subjek datang yang dilakukan oleh dr Aimee dengan nilai skor **31** yang interpretasinya subjek saat ini dalam kondisi **mania parah**.

Heteroanamnesis

(dilakukan pada tanggal 6 Mei 2012 di R. Jiwa Sejahtera, oleh Nn.TZ, 17 tahun, anak kedua pasien)

Pasien sulit tidur sejak 1 bulan yang lalu. Pasien hanya tidur kurang lebih 1-2 jam / hari. Pasien bicara banyak, cepat, dan keras sejak 2 minggu yang lalu. Pasien marah-marah sejak 1 minggu SMRS, memukul dan menendang orang-orang di sekitarnya. Pasien merasa cantik, selalu menyisir rambut, membawa sisir kemana-mana, berlipstik merah menyala sejak 5 hari yang lalu. Pasien menghabiskan banyak uang untuk beli baju, bedak dan foundation. Pasien sering menyuruh anaknya membeli makanan yang enak-enak seperti roti, susu, pisang. Pasien sering berhutang dengan orang-orang di sekitarnya.

Anak pertama pasien pergi dari rumah dari rumah 2 hari SMRS. Anak pasien pergi dari rumah dari rumah dikarenakan pasien melarangnya berpacaran dengan seorang gadis anak kuli batu. Ketika pacar anak pasien datang ke rumah, pasien berbicara kasar terhadap pacarnya dan secara terang-terangan melarang untuk berpacaran. Anak pasien kemudian marah dan berkata akan pergi dari rumah. Kemudian pasien emosi dan berkata " *Pergi dari rumah pergi dari rumah!*". Akhirnya anak pasien benar-benar pergi dari rumah. Setelah anak pasien pergi dari rumah, pasien menjadi semakin marah-marah. Selain itu pasien juga marah setelah mengetahui bahwa uang pensiun almarhum suami pasien tidak keluar. Saat MRS pasien sedang menstruasi. Emosi pasien sering dipengaruhi oleh siklus menstruasi. Berikut ini adalah tabel yang dapat menggambarkan dinamika psikologis subjek penelitian sebelum relapse dan tindakan intervensi *CBT* yang dilakukan:

Tabel 1
(halaman sengaja dikosongkan karena gambar di file terpisah)

Sesi 5, Fase pasca keluar RS dan akhir penelitian (*follow up*)

Pada sesi yang terakhir ini peneliti bersama subjek penelitian meninjau kembali hal-hal yang telah dilakukan pada sesi-sesi sebelumnya dan merefresh kembali memori subjek supaya teknik-teknik terapi yang telah dilakukan dapat dilakukan sendiri oleh subjek supaya subjek dapat bertindak secara benar dalam mengatasi hal yang sama apabila ditemukan kejadian yang sama dikemudian hari selain itu peneliti tetap melakukan pemantauan mood dan energi subjek pasca keluar dari RSUD dr. Soetomo. Pada 3 Juni, subjek bermasalah dengan adik kandungnya (Ny. Lip), karena subjek menuduh Ny. Lip mengambil uangnya, subjek dapat ditenangkan oleh ayah peneliti yang masih kakak kandung subjek, namun subjek menangis karena hal tersebut. Ketika 6 Juni, subjek mulai bicara cepat lagi dan banyak ide. Subjek marah-marah dengan anaknya. Pada 10 Juni, peneliti mengakhiri penelitian dan pemantauan terhadap kondisi subjek dilanjutkan oleh dr Aimee Nugroho. Berikut ini ringkasan timeline intervensi yang peneliti lakukan terhadap subjek dan anak kedua subjek:

Gambar 3

(halaman sengaja dikosongkan karena gambar di file terpisah)

Diskusi

Bipolar Disorder (BD) adalah penyakit Psikologi yang diakibatkan oleh depresi atau mania yang berkepanjangan, dan ditandai oleh perubahan ekspresi yang sangat ekstrim berupa depresi dan mania. Pengambilan istilah *BD* sendiri diambil dari sifat penyakit ini yang dapat mengubah suasana hati penderitanya secara tiba-tiba antara dua kutub (*bipolar*) yaitu kesedihan dan kebahagiaan. Walau pada umumnya orang normal biasa merasakan suasana hati yang baik (*mood highs*) dan suasana hati yang buruk (*mood low*). Tapi, berbeda dengan penderita penyakit ini, perubahan *mood* mereka secara tiba-tiba dan sangat ekstrim. Suatu ketika, seorang pengidap *BD* bisa saja merasa sangat antusias dan bersemangat (mania). Namun, ketika *mood*-nya berubah buruk, ia bisa sangat depresi, pesimis, putus asa, bahkan sampai mempunyai keinginan untuk bunuh diri (depresi).

Berdasarkan hal diatas, peneliti tertarik untuk lebih mendalami mengenai *BD*. Menurut Institut Nasional Kesehatan Mental Amerika Serikat (*USA government's National Institute of Mental Health*) atau *NIMH*, *BD* tidak hanya disebabkan oleh faktor tunggal saja, melainkan dari banyak faktor yang secara bersama-sama memicu terbentuknya penyakit ini. Oleh karena banyaknya faktor yang terlibat, *BD* juga disebut dengan penyakit multifaktor. Sebenarnya, penyebab bipolar disorder mungkin beragam antara individu yang satu dengan yang lain. Akan tetapi, banyak penelitian yang menunjukkan kontribusi genetik dan pengaruh lingkungan memiliki peran besar dalam penyakit ini. Berikut ini adalah beberapa faktor yang menyebabkan *BD* yaitu:

1. Faktor Genetik
2. Faktor Lingkungan
3. Sistem *Neurochemistry* dan *Mood Disorders*
4. Sistem Neuroendokrin

Alasan peneliti memilih kasus ini dikarenakan peneliti melanjutkan hasil rekomendasi saat studi kasus PKL dan karena kenyataan bahwa subjek penelitian selama ini **hanya** memperoleh terapi farmakologi dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya, tanpa adanya terapi pendamping, karena itu peneliti menganggap diperlukan terapi pendamping berupa *Cognitive Behaviour Therapy* dalam hal ini *CBT*. *CBT* dipilih karena adanya penelitian terdahulu yang mengatakan bahwa pengobatan psikososial, khususnya *CBT*, adalah tritmen utama untuk penderita *BD* utamanya pasien rawat jalan, sebelum era farmakoterapi dan dikenalnya litium dan obat penstabil mood yang lain. *CBT* yang diterapkan adalah dengan penggunaan *mood chart* guna mengurangi frekuensi kekambuhan/hospitalisasi, selain itu peneliti juga ingin mengetahui adakah pengaruh intervensi *CBT* pada penderita *BD*.

Mood Chart adalah sebuah grafik yang menunjukkan naik turunnya tingkat suasana hati dari waktu ke waktu. Grafik suasana hati yang sangat berguna dalam memprediksi terjadinya episode mood dan mendokumentasikan respon subjek penelitian terhadap obat-obatan yang diberikan. Keuntungan penggunaan *mood chart* antara lain:

1. *Mood chart* memaksa penggunaanya untuk lebih berfikir tentang kesehatan mental harian dan pemikiran yang sedang dipikirkan kala itu.
2. *Mood chart* dapat merekam kejadian penting pada saat itu dan bagaimana penggunaanya merespon kejadian tersebut. Sebagai contoh, menerima berita buruk, atau promosi jabatan, atau peristiwa lain yang mampu mempengaruhi perubahan mood
3. *Mood chart* dapat melacak jam tidur, siklus personal (*haid*) dan faktor lain yang dapat menjadi pencetus. Sebagai contoh, ketika pengguna *mood chart* terdeteksi tidur kurang dari 4 jam dan menjadi mudah marah, hal itu bisa jadi sebagai tanda awal dari gejala

mania, sementara itu, jika pengguna terdeteksi tidur lebih dari 8 jam, hal itu adalah tanda awal dari gejala depresi.

4. *Mood chart* dapat merekam penggantian obat yang digunakan oleh penggunanya.

Kekurangan dari penggunaan *mood chart* antara lain:

1. Pengisian tiap hari dan monoton, menyebabkan pengguna *mood chart* yang kurang sadar akan pentingnya alat ini enggan untuk menuliskan keadaan moodnya, sehingga diperlukan pendamping (*caregiver*) yang mampu menggantikan tugas mengisi *mood chart* tiap hari.
2. Pengguna kurang paham menilai tinggi rendah mood yang dirasakan dirinya, sehingga mengisi asal-asalan.

Berdasarkan data yang diperoleh selama penelitian berlangsung, peneliti dapat menyimpulkan bahwa penyebab subjek relapse kali ini diakibatkan karena akumulasi emosi subjek terhadap anak pertama, dimana ketika pacar anak pertama datang ke rumah, subjek memarahi pacar anak pertama, karena subjek tidak setuju anak pertama berhubungan dengan pacarnya tersebut, kemudian anak pertama marah kepada subjek, sementara itu subjek yang sedang dalam masa menstruasi dan akibat akumulasi emosi terhadap anak pertama (rasa jengkel), maka terjadilah tindakan pengusiran oleh subjek kepada anak pertama. Akibat selanjutnya dari hal itu, anak pertama pergi dari rumah, dan terjadi efek domino seperti yang tertera pada skema diatas, sehingga intervensi CBT yang dilakukan adalah untuk mengubah perilaku subjek yang **mengusir** anak pertama pada *behavior* 1 sehingga efek domino dari perilaku tersebut dapat diputus dan diubah dengan teknik coping yang lebih baik sehingga dapat mencegah subjek opname berulang (rehospitalisasi) jika menemui *antecedent* (kejadian) yang sama dikemudian hari.

Kesimpulan

Berdasarkan hasil data penelitian, didapatkan bahwa penggunaan *mood chart* efektif digunakan sebagai alat deteksi dini kekambuhan dan perbaikan pada subjek penelitian yang didiagnosis menderita gangguan afektif bipolar (F.31), dengan indikator yang didapatkan dengan menggunakan *mood chart* adalah data mengenai perkembangan tinggi rendah mood dan energi subjek setiap minggu sehingga kondisi terkini subjek dapat terus dipantau, jam tidur subjek, serta dapat mengetahui ketaatan subjek dalam meminum obat (psikofarmaka).

Saran

- Metode *CBT* dengan menggunakan *Mood Chart* telah terbukti sebagai salah satu metode intervensi pada penderita *BD*. Namun akan lebih baik lagi bila selanjutnya dilakukan penelitian-penelitian dengan menggunakan metode *CBT* atau metode psikoterapi yang lain yang memiliki efektivitas terapi untuk penderita *BD*.
- Dalam penelitian ini peneliti mengakui bahwa *CBT* bukan menjadi satu-satunya teknik intervensi yang berhasil menunjukkan efektivitasnya pada subjek, untuk itu perlu dilakukan penelitian kuantitatif eksperimental dengan membandingkan metode intervensi yang lain untuk membuktikan efektivitas *CBT* pada penderita *BD*.
- Mengingat dalam penelitian ini ditemukan adanya faktor resiko keluarga menderita *BD* juga, selanjutnya bisa dilakukan penelitian bersama pada subjek-subjek yang ditemukan pada keluarga yang sama fokus pada faktor genetika dari *BD*.

Daftar Pustaka

- Ardiani, Widya, Tiara Deysha Rianti, dll. (2009). "Bipolar Disorder: pengintaian seumur hidup." <http://www.lintasberita.com/go/609093>. Diakses 20 Januari 2011.
- Blumer, Dietrich. (2002). " *The Illness of Vincent van Gogh* ", *American Journal of Psychiatry*
- Burns, David D, M.D. (1988). "Terapi Kognitif. Pendekatan baru bagi penanganan depresi," terjemahan Drs. Santosa. Jakarta: Erlangga.
- Guba, E.G. dan Lincoln, Y.S. (1982). "Naturalistic Inquiry." London: Sage Publication, inc.
- Krishnachang. (2011). "Cegah Kekambuhan Gangguan Jiwa Dengan Empati." <http://www.psikologitimur.wordpress.com.2011/01/20/cegah-kekambuhan-gangguan-jiwa-dengan-empati/>. Diakses 16 Februari 2011
- Lam, D., Wright, K., Smith, N. (2004). " *Dysfunctional assumptions in bipolar disorder*". *Journal of Affective Disorders*
- Lieberman, Daniel Z George Kolodner, MD, Suenah Massey, MD, Kenneth P. Williams, MD. (2009). "Antidepressant-Induced Mania with Concomitant Mood Stabilizer in Patients with Comorbid Substance Abuse and Bipolar Disorder." *Journal of Addictive Diseases*.
- Melinda Smith, M.A., Jeanne Segal, Ph.D., and Robert Segal, M.A. (2009). "Understanding Bipolar Disorder. Signs, Symptoms, and Treatment of Manic Depression." http://www.helpguide.org/mental/bipolar_disorder_symptoms_treatment.htm. Diakses 27 April 2010.
- Maslim, Rusdi, Dr. (2001). *Diagnosis Gangguan Jiwa*. Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III. Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa. Departemen Kesehatan RI.
- Miklowitz DJ, Scott J. (2009). "Journal of Psychosocial treatments for bipolar disorder: cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions."
- Pri'e. (2009). <http://perawatpsikiatri.blogspot.com/2009/02/cognitive-behavioral-therapy-cbt.html>. Diakses 08 Februari 2011.
- Ratna, Josephine. (2010). <http://josephine-ratna.blogspot.com/2010/10/penerapan-cognitive-behaviour-therapy.html>. Diakses 08 Februari 2011.
- Riyanto, Yatim. (2007). *Metodologi Penelitian Pendidikan*. Surabaya: Unesa University Press.
- _____, (2001). *Metodologi Penelitian Pendidikan*. Surabaya: SIC
- Stensland, Michael, Jennifer F. Schultz dan Jennifer R. Frytak. (2010). "Research article Depression diagnoses following the identification of bipolar disorder: costly incongruent diagnoses").
- Stein, Dan J, David J. Kuffer, and Alan F. Schatzberg. (2006). "Textbook of Mood Disorder". Washington DC: APP, Inc.
- Sri Utami, Veronica. (2011). <http://www.nirmalamagazine.com/articles/viewArticleCategory/35/page:6>. Diakses 3 September 2011.
- Yosianto, Herditya F. (2010). *Laporan PKL bidang klinis* (tidak diterbitkan) "Studi Kasus Psikotik Individual". Program Studi Psikologi Fakultas Ilmu Pendidikan Universitas Negeri Surabaya