

Studi Kasus pada Penderita *Bipolar Disorder* Menggunakan Pendekatan Model Keperawatan *Stuart Stress Adaptation* di Probolinggo

(Case Study of Bipolar Disorder Patients using Nursing Model Approach *Stuart Stress Adaptation* in Probolinggo)

Emi Wuri Wuryaningsih¹, Zuiffah Lailatul Zuhro², Jon Hafan S³

^{1,2,3}Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Jl. Kalimantan No.37, Jember

e-mail: emi_wuri.psyk@unej.ac.id

Abstract

The problem that is often faced by people with bipolar disorder is that they cannot control the emotions and feelings they feel because they do not know the cause and also how to cope or respond when patients experience both episodes. The purpose of this study is to identify problems associated with predisposing and precipitation factors in order to get the right diagnosis. The research design used in this study is a case study. Predisposing factors include biological factors, loss of objects, personality, learning, and behavior. Precipitation factors in patients include loss, life events, roles and physiology. Diagnosis The problem is based on complaints experienced by patients and those closest to them, anxiety and low self-esteem. The intervention that has been done by researchers to patients or participants for several weeks the patient is quite independent. Efforts can be made to improve the health quality of patients themselves by providing psychoeducation and nursing interventions. Humans are a denial of depression, individuals who experience mania are dominated by id with few manifestations of the super ego until the individual experiences a cycle back to the normal state or depressive phase of bipolar disorder.

Keywords: *Bipolar Disorder, Stuart Stress Adaptation, Anxiety and Low Self-Esteem*

Abstrak

Masalah yang sering dihadapi oleh orang dengan gangguan bipolar adalah bahwa mereka tidak dapat mengendalikan emosi dan perasaan yang mereka rasakan karena mereka tidak tahu penyebabnya dan juga bagaimana cara mengatasi atau merespons ketika pasien mengalami kedua episode. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi masalah yang terkait dengan faktor predisposisi dan presipitasi untuk mendapatkan diagnosis yang tepat. Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi kasus. Faktor predisposisi meliputi faktor biologis, kehilangan benda, kepribadian, pembelajaran, dan perilaku. Faktor curah hujan pada pasien termasuk kehilangan, kejadian kehidupan, peran dan fisiologi. Diagnosis Masalahnya didasarkan pada keluhan yang dialami oleh pasien dan mereka yang terdekat dengan mereka, kecemasan dan harga diri yang rendah. Intervensi yang telah dilakukan oleh peneliti terhadap pasien atau partisipan selama beberapa minggu pasien cukup mandiri. Upaya dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas kesehatan pasien itu sendiri dengan memberikan intervensi psikoedukasi dan keperawatan. Manusia adalah penyangkalan depresi, individu yang mengalami mania didominasi oleh id dengan beberapa manifestasi dari super ego sampai individu mengalami siklus kembali ke keadaan normal atau fase depresi dari gangguan bipolar.

Kata kunci: *Bipolar Disorder, Stuart Stress Adaptation, Anxiety and Low Self-Esteem*

Pendahuluan

Suasana hati adalah keadaan emosional berkepanjangan yang mempengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan seseorang. Fluktuasi suasana hati adalah hal biasa dalam hidup, terutama ketika dihadapkan pada peristiwa yang membuat stres. Namun, ketika perubahan suasana hati mencolok dan persisten dan menghasilkan tekanan atau gangguan yang signifikan mungkin ada gangguan efektif yang mendasarinya [1]. Gangguan suasana hati, juga disebut gangguan afektif dimana terjadi perubahan luas dalam emosi yang ditandai oleh depresi, mania, atau keduanya. Mereka mengganggu kehidupan seseorang dengan kesedihan, kegelisahan atau dengan kegembiraan yang drastis dan jangka panjang [2].

Prevalensi penyakit gangguan mental di dunia pada tahun 2017 terdapat beberapa macam gangguan mental yang memiliki populasi cukup tinggi yaitu ansietas sebanyak 284 juta orang, depresi sebanyak 264 juta orang, gangguan penyalahgunaan alcohol sebanyak 107 juta orang, bipolar disorder sebanyak 46 juta orang, skizofrenia sebanyak 20 juta orang, dan gangguan makan sebanyak 16 juta orang. Penyakit bipolar disorder termasuk dalam urutan ke 4 dalam prevalensi penyakit dengan populasi cukup tinggi dimana penderita perempuan lebih banyak (0,65% dari 46 juta orang) dibandingkan dengan pria (0,55% dari 46 juta orang) [3].

Data Rikesdas 2018 menunjukkan bahwa prevalensi pada penderita gangguan emosional yang sering dialami pada usia 15 tahun keatas yaitu meningkat dari tahun 2013 sebanyak 6% meningkat menjadi 9,8% dari jumlah penduduk Indonesia. Sedangkan prevalensi penderita yang mengalami gangguan jiwa berat seperti skizofrenia mencapai 7% per 1.000 penduduk [4]. Saat ini prevalensi gangguan bipolar dalam populasi cukup tinggi, mencapai 1,3-3%. Bahkan prevalensi untuk spektrum bipolar mencapai 2,6-6,5%. Tujuh dari sepuluh pasien pada awalnya mengalami kesalahan diagnosa atau misdiagnosis. Prevalensi antara laki-laki dan perempuan sama besarnya terutama pada gangguan bipolar I, sedangkan pada gangguan bipolar II, prevalensi pada perempuan lebih besar. Depresi atau distimia yang terjadi

pertama kali pada masa pubertas yang memiliki resiko untuk menjadi gangguan bipolar [5].

Penderita dengan bipolar disorder tidak langsung didiagnosa bipolar disorder karena banyak dari penderita yang tidak menyadari akan gejala yang dialaminya dan mereka merasa tidak ada yang salah didalam dirinya. Tidak hanya itu, untuk mendiagnosis gangguan bipolar sulit untuk dibuat karena gejala gangguan bipolar yang bertumpang tindih dengan gangguan psikiatrik lainnya yaitu skizoaktif, skizofrenia, dan gangguan bipolar berbeda-beda pada setiap penelitian yang dilakukan [5]. Pada penderita bipolar disorder memiliki persamaan dengan penyakit skizoaktif dimana mereka merasakan adanya gangguan mood dan halusinasi. Pada penderita skizoaktif episode yang dirasakan hanya satu kali dan hal tersebut tidak berulang sedangkan pada penderita bipolar mereka merasakan minimal ada 2 episode yang berbeda dan berlangsung seperti siklus atau berulang [6].

Institut Nasional Kesehatan Mental Amerika Serikat (USA government's National Institute of Mental Health) atau NIMH (2015) melaporkan Bipolar Disorder tidak hanya disebabkan oleh satu faktor saja melainkan dari beberapa faktor yang bersama-sama memicu terbentuknya penyakit ini. Oleh karenanya banyaknya faktor yang terlibat, Bipolar Disorder ini juga disebut dengan penyakit multifaktor [7]. Penyebab gangguan bipolar juga sampai saat ini belum diketahui dengan pasti. Banyak faktor yang mempengaruhi gangguan bipolar meliputi faktor genetik, faktor biokimia, faktor neurofisiologi, faktor psikodinamik dan faktor lingkungan [5].

Perjalanan penyakit gangguan bipolar sangat bervariasi dan biasanya kronik. Episode mania dan depresi yang berulang dapat menyebabkan gangguan fungsi yang serius, seperti kinerja yang tidak menentu, peningkatan angka perceraian, dan morbiditas psikososial [8]. Mengingat pernyataan penelitian sebelumnya bahwa perubahan mood yang dialami penderita bipolar tidak hanya berdampak pada orang disekitarnya melainkan juga menimbulkan penderitaan tersendiri bagi penderitanya [9]. Dampak emosional yang akan dirasakan oleh penderita bipolar itu sendiri yaitu malu, kesedihan, keraguan diri,

menyesali/menyalahkan diri sendiri, kesendirian, penderitaan, keputusan, dan hidup dalam ketakutan (takut kambuh, sendirian dan takut akan adanya konflik dengan lingkungan disekitarnya) [10].

Emosi penderita bipolar yang menggebu-gebu saat manik mungkin membuat penderita tidak disenangi didalam pergaulan [10]. Sedangkan saat penderita dalam keadaan depresi, mereka menjadi malas untuk bergaul, pesimis, cemas dan takut atau bahkan ada kemungkinan untuk menyakiti diri sendiri (bunuh diri). Beberapa riset menjelaskan bahwa bunuh diri dapat diturunkan secara genetik, ada juga yang berpendapat bahwa bunuh diri bisa berhubungan dengan trauma atau stress masa kecil dimana bunuh diri dianggap sebagai masalah filosofi, fenomena sosiologi serta dilema analitis dan eksistensi. Risiko bunuh diri lebih besar pada orang dengan gangguan mood yang parah, seperti depresi mayor dan gangguan bipolar. Sekitar 20% hingga 35% kematian karena bunuh diri di Amerika Serikat disebabkan oleh depresi mayor. Satu dari lima orang dengan gangguan bipolar pada akhirnya melakukan bunuh diri [10].

Peelitian ini bertujuan sebagai dasar dalam melakukan asuhan keperawatan kepada penderita secara holistik baik itu dari segi biopsikososiokultural. Dengan menggunakan pendekatan *nursing model: stuart stress adaptasi perawat* dapat mengetahui faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi penderita sehingga memiliki mekanisme coping yang maladaptif serta mengidentifikasi sumber coping yang dapat meningkatkan mekanisme coping penderita dari maladaptive menjadi coping yang adaptif.

Metode Penelitian

Metode yang dipakai didalam penelitian ini yaitu metode penelitian kualitatif. Tipe metode kualitatif yang akan dipakai dalam penelitian ini adalah metode kualitatif studi kasus. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah satu orang yaitu perempuan berusia 22 tahun. Lokasi dari penelitian studi kasus ini terletak di Kabupaten Probolinggo Provinsi Jawa Timur. Waktu Penelitian dilakukan mulai dari pembuatan proposal sampai dengan penyusunan laporan bulan Desember 2019.

Hasil

A. Karakteristik Partisipan

Partisipan adalah seorang perempuan berusia 22 tahun. Saat ini partisipan sedang menjalani pendidikan disalah satu PTN di Jember. Sebelumnya partisipan pernah menjalani pendidikan SD, SMP, SMA di sekolah yang ada di Kabupaten Probolinggo. Partisipan saat ini tinggal bersama kedua orang tuanya namun karena ia harus menjalani pendidikan kuliahnya ia harus tinggal bersama temannya dan berpisah dari orang tuanya.

B. Faktor Predisposisi

1. Faktor Biologis

Menurut peneliti, pasien mania mengalami kesulitan dalam tidur. Pasien mengatakan kepada peneliti bahwa mereka tidak merasakan lelah ataupun mengantuk dan juga mereka tidak memerlukan tidur. Pasien lebih energetic dalam melakukan aktivitas dan memiliki beberapa keinginan ataupun hal-hal yang dilakukan dengan sesegera mungkin. Namun, perilaku pasien kacau dimana hal itu dapat melelahkan pasien secara fisik. Tidak hanya disebabkan ritme tidur tetapi faktor genetik juga menjadi pemicu timbulnya penyakit bipolar disorder ini. Bipolar disorder merupakan kumpulan dari beberapa gejala. Partisipan mengatakan bahwa salah satu orangtuanya mengalami hal serupa dengannya yaitu gangguan mood. Tidak hanya itu salah satu kerabatnya juga ada yang mengalami gangguan mental.

2. Faktor Kepribadian

Dari yang peneliti lihat, pasien tampak kurang percaya diri. Ketika melakukan wawancara dan bercerita tentang kehidupannya secara pribadi pasien selalu menundukkan kepalanya; merasa sulit untuk melupakan kejadian kelam dimasa lalunya; sulit untuk percaya dan terbuka tidak hanya kepada peneliti tetapi orang disekitarnya; sulit untuk bersyukur dengan kelebihan yang dimilikinya; selalu melihat kekurangan dan merasa minder dengan dirinya. Pasien mengatakan bahwa:

“Saya tidak ingin membebani orang lain dengan masalah yang dialami oleh saya, saya ingin mencoba menyelesaikan masalah saya”.

Pasien cukup pendiam dan sulit untuk terbuka dengan keluarga atau bahkan temannya sekalipun, dia lebih memilih untuk memendamnya. Begitu pula saat beradaptasi dengan teman-temannya, pasien mengatakan bahwa:

“Sulit bagi saya untuk berbaur dengan lingkungan disekitar saya, saya takut orang-

orang tidak menerima saya, saya juga takut saya dibully seperti dulu”.

Pasien tampak sedih dan tertekan saat menceritakan masa lalunya. Peneliti melihat bahwa pasien belum bisa berdamai dengan masa lalunya sehingga selalu terbayang-bayang akan masa kelamnya.

3. Faktor Kognitif

Peneliti menyatakan bahwa pasien manik sering berbicara tanpa henti dan terkadang sulit dimengerti oleh orang disekitarnya. Ketika ini terjadi, pasien biasanya hanya merespon dengan “Ya tapi....” Batas tidak diterima, dan masalah hanya ditolak. Pasien gelisah; bicara dengan keras; dan agitasi pasien lebih mengarah kepada agresi verbal. Ada kehilangan fokus. Pasien juga sering berdebat dengan seseorang disekitar mereka (misalnya, keluarga, profesional perawatan, ataupun teman). Perilaku ini berlangsung siang dan malam yang dapat mengganggu orang lain. Pasien mudah marah dan kemarahan ini dapat dengan cepat menyala.

4. Faktor Pembelajaran Perilaku

Disaat peneliti menanyakan support system seperti keluarga terdekatnya pasien menangis tersedu-sedu kembali. Pasien mengatakan:

“Dari saya kecil saya itu sulit untuk melakukan keinginan dan kemauan saya. Ibu saya sangat otoriter terhadap saya, ibu saya terlalu membatasi saya dalam banyak hal baik itu pergaulan, dalam hal berpakaian, dan lain-lain. Tidak hanya itu ibu saya tidak segan untuk memarahi saya didepan teman-teman saya hingga teman saya saat kerumah selalu merasa sungkan.”

Peneliti melihat pasien tampak terkekang dengan kondisinya dimasa kecil. Pasien terlihat sulit mengeksplor pengalaman hidupnya sehingga pasien mudah takut akan sesuatu bahkan sedikit dibentakpun dia langsung menangis. Pasien berkata:

“Saat saya dan keluarga saya mengetahui penyakit saya. Ibu saya langsung berkata kepada saya bahwa iman saya itu kurang, saya kurang banyak dalam beribadah dan dzikir sehingga saya menjadi seperti ini. Ibu saya selalu mengatakan bahwa saya bisa sembuh tanpa bergantung pada obat dengan cara lebih mendekat pada Tuhan.”

Pasien selalu menyalahkan keadaan dan kondisi yang terjadi didalam dirinya. Peneliti menilai bahwa yang dirasakan pasien saat adalah denial atau dia beum bisa menerima apa yang terjadi didalam dirinya sehingga dia hanya

menyalahkan keadaan dan berusaha untuk lari dari kenyataan yang ada.

C. Faktor Presipitasi

1. Faktor Kehilangan

Pada saat dilakukan wawancara terkait dengan beberapa orang terkasih yang pernah meninggalkan pasien terlihat tampak muram. Pasien berkata:

“Salah satu orang terdekat saya saat itu meninggal. Nenek saya meninggal, saya sangat dekat dengan beliau. Setelah nenek saya meninggal entah kenapa saya merasa ada yang kosong, dan yang selalu menjadi pertanyaan bagi saya kenapa nenek harus meninggalkan saya begitu cepat? Saya merasa sendiri disini.”

Pasien tampak sangat murung saat berbicara mengenai neneknya. Pasien berlarut-larut dalam kesedihan. Dan tidak hanya itu, pasien juga mengatakan bahwa tubuhnya terasa sangat lemas dalam melakukan kegiatan setelah meninggalnya sang nenek.

2. Peristiwa hidup

Peneliti menanyakan terkait yang terjadi didalam hidupnya pada saat kecil namun saat pasien menceritakan masa kecilnya pasien tampak takut. Pasien berkata:

“Saya dulu sering dibully oleh teman-teman saya. Saya sering dibilang aneh oleh teman-teman saya.”

Kenangan yang dirasakan pasien dimasa kecilnya cukup menyakitkan baginya. Peneliti melihat karena kenangan ini pasien cukup sulit untuk beradaptasi dengan lingkungan disekitarnya bahkan pasien sering mengisolasi dirinya.

3. Ketegangan Peran

Peneliti melihat bahwa pasien tampak sulit untuk memainkan peran dalam bersosial dengan lingkungan disekitarnya. Pasien tampak tertutup dan sulit untuk percaya dengan orang disekitarnya. Pasien sulit untuk terbuka bahkan dengan orang terdekatnya sekalipun.

D. Respon terhadap Stressor

1. Respon Kognitif

Partisipan mengatakan bahwa partisipan sedikit was-was dengan hal yang ada dilingkungan sekitarnya. Dia merasa seperti ada yang mengikutinya. Tidak hanya itu saat diajak wawancara terkadang partisipan sedikit sulit untuk diajak fokus dikarenakan seringnya berganti dari satu topik ke topik lain. Pasien berkata:

“Setiap hari saya selalu mendengar suara yang keras dari benda-benda disekitar saya

(seperti jam dinding yang berdetak, angin, dll) dan itu cukup mengganggu fokus saya.

Partisipan mengalami ketidakmampuan untuk berkonsentrasi karena perhatian yang terbatas.

2. Respon Afektif

Partisipan mengatakan bahwa "saat saya mendapatkan stressor atau tekanan, saya cenderung berfikir terlebih dahulu. Saya bingung jika dihadapkan dalam keputusan. Saya cenderung bertanya kepada orang lain atau bahkan menghindari. Saya tahu itu keputusan yang salah tapi saya benar-benar bingung dan takut jika keputusan yang saya ambil itu akan berdampak buruk tidak hanya bagi saya tetapi juga bagi orang lain."

3. Respon Fisiologis

Respon fisiologis yang dirasakan pasien cukup banyak dikarenakan dua episode yang dirasakan oleh pasien. Pasien berkata:

"Dari kecil saya berkeringat pada telapak tangan dan kaki saya tetapi pada saat saya gugup keringat itu cukup banyak bahkan sampai keringat dingin. Terkadang saya sering merasakan mual dan lambung saya terasa sakit."

Agitasi atau kecemasan yang dirasakan pasien cukup tinggi. Bahkan jika tidak diobati dengan baik hal itu dapat memperburuk keadaan. Agitasi yang dirasakan cukup mengganggu aktivitas pasien.

4. Respon Perilaku

Pada saat dilakukan wawancara pasien mengatakan bahwa "pada saat episode manik datang, saya cenderung tidak bisa diam. Saya cenderung memutuskan untuk travelling bersama teman-teman saya. Terkadang saya memilih untuk berbelanja yang terkadang bahkan itu tidak begitu saya butuhkan. Namun berbanding terbalik pada saat saya depresi, saya hanya bisa diam di tempat tidur karena merasa lemas, lesu dan setiap saya bangkit dari tempat tidur rasanya seperti badan saya terasa sakit."

5. Respon Sosial

Partisipan mengatakan kepada peneliti bahwa "ketika saya mendapatkan tekanan atau mempunyai suatu masalah saya cenderung menyimpannya sendiri dan mencoba untuk menyelesaikan masalah itu sendiri. Saya tidak ingin membebani orang disekitar saya. Jika saya sudah kewalahan saya mencoba untuk bercerita kepada beberapa orang untuk mendapatkan solusi."

E. Sumber Koping

e-Journal Pustaka Kesehatan, vol. 11 (no. 3), September 2023

Pasien mengatakan bahwa keluarganya cukup memberikan dukungan secara ekonomi, pendidikan, dan emosional. Pasien berkata:

"Ayah dan ibu saya selalu mencoba untuk memenuhi kebutuhan saya. Ayah dan ibu saya bekerja setiap hari untuk memenuhi kebutuhan hidup saya. Hanya saja tuntutan mereka kepada saya cukup besar sehingga membuat saya takut untuk menyalurkan keinginan, mimpi atau bahkan pendapat sekalipun".

Pasien mencoba menutupi beberapa hal yang terjadi didalam dirinya kepada keluarganya dikarenakan respon dari keluarganya kurang memuaskan hati pasien. Pasien juga mendapatkan support dari saudara dan teman-teman terdekatnya yang selalu mendukung aktivitas-aktivitas yang dilakukannya.

F. Mekanisme Koping

Strategi koping yang dilakukan partisipan saat menghadapi stressor adalah dengan cara menyelesaikannya sendiri terlebih dahulu karena tidak ingin membebani orang disekitarnya, melakukan aktivitas yang membuatnya senang seperti belibur bersama teman-temannya dan bahkan mencoba mendekatkan diri pada Tuhan.

Pembahasan

Data menunjukkan bahwa partisipan merawisi penyakit genetik gangguan mood atau yang sering disebut dengan bipolar disorder. Menurut penelitian sebelumnya jika salah satu orang tua memiliki gangguan mood, seorang anak akan memiliki risiko antara 10 dan 25 persen untuk gangguan mood [11]. Risikonya lebih besar jika anggota keluarga yang terkena adalah kerabat tingkat pertama daripada kerabat yang jauh. Penderita bipolar sering mengalami gangguan pola tidur dimana hal itu berdampak pada siklus mood selanjutnya. Berdasarkan teori gangguan dalam pengaturan ritme biologis yang menyinkronkan fungsi-fungsi tubuh adalah kongruen dengan sifat siklus ritmis gangguan mood [11]. Tidak hanya mengalami perubahan pola tidur tetapi penderita bipolar juga mengalami perubahan waktu sirkadian berdasarkan teori dari Mental Health Foundation (2011), meskipun tidak jelas apakah waktu sirkadian atau homeostatis tidur yang bertanggung jawab atas gangguan tidur yang mendasarinya [10].

Sesuai dengan teori dari Yusuf, dkk (2015) bahwa pola asuh orang tua juga

berdampak terhadap harga diri seseorang. Pola asuh yang otoriter seperti tidak bolehnya partisipan untuk mengemukakan pendapat pada masa kanak-kanak dan kekerasan psikis yang dialami di dalam keluarga mengakibatkan partisipan tidak mendapatkan kasih sayang dan figur orang tua. Pola asuh orang yang terlalu menuntut dan terlalu menuruti menyebabkan partisipan takut dalam bertindak atau mengambil resiko dan tidak mampu untuk mengenali identitas atau jati dirinya. Hal ini mengakibatkan partisipan selalu merendahkan diri dan merasa hampa atau kosong seperti tidak ada tujuan hidup. Tidak hanya itu, perilaku otoriter dari pola asuh orang tua yang diberikan kepada partisipan menyebabkan partisipan mengalami kegagalan dimasa kanak-kanak untuk membangun keintiman terhadap orang-orang disekitarnya. Individu akan merasa harga dirinya tinggi bila sering mengalami keberhasilan. Sebaliknya, individu akan merasa harga dirinya rendah bila mengalami kegagalan, tidak dicintai, atau tidak diterima lingkungan. Harga diri dibentuk sejak kecil dan akan berkembang sesuai meningkatnya usia [11]. Ancaman terhadap harga diri muncul dari kinerja peran yang buruk dan tidak adanya identitas yang jelas sebelum menyelesaikan fase depresi [12].

Pada penderita bipolar dimasa depresi, keputusan muncul karena ketidakberdayaan yang dipelajari dari kognitif yang negatif. Karena pemikiran yang negatif atau menyimpang, kecemasan dipertahankan atau penilaian disfungsi dari suatu situasi [13]. Orang yang rentan terhadap depresi memiliki efikasi diri yang rendah dan memiliki kehidupan tanpa penguasaan. Pengalaman mereka membuat mereka percaya bahwa mereka tidak berdaya dan tidak mampu mempengaruhi sumber penderitaan mereka [12]. Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Ramadhan & Syahrudin (2015), pada saat fase depresi subjek yang menderita bipolar disorder cenderung mengisolasi diri baik dilingkungan keluarga dan lingkungan sosialnya [14]. Subjek cenderung mengurung diri di kamar membayangkan kesalahan yang diperbuat di masa lalu sehingga muncul pikiran untuk mengakhiri hidupnya. Pada saat fase mania, partisipan cenderung berbicara sangat cepat dan mudah untuk berganti satu topik ke topik lainnya. Pada fase ini partisipan tidak bisa mengendalikan euphoria yang dirasakannya. Sesuai dengan teori dari Baradero dkk, (2015) bahwa terdapat gangguan

e-Journal Pustaka Kesehatan, vol. 11 (no. 3), September 2023

pada sistem limbik dimana penderita tidak bisa mengendalikan impuls atau emosi sehingga perilaku yang dilakukan bersifat psikotik. Pola asuh keluarga yang terlalu otoriter mengakibatkan penderita mengalami tekanan dan depresi [14]. Menurut Stuart (2013), tingkat penguatan positif yang rendah menyebabkan perilaku depresi. Dua elemen dari model ini yaitu orang tersebut mungkin gagal menghasilkan respon dalam penguatan positif dan atau mungkin lingkungan yang gagal dalam memberikan penguatan sehingga memperburuk kondisi penderita [12].

Sesuai dengan teori dari Stuart (2013), kehilangan dapat memicu depresi. Kehilangan bisa nyata atau dibayangkan dan mungkin termasuk kehilangan cinta, orang, fisik, dan harga diri. Keadaan kehilangan dan hubungan patologis dengan orang atau objek yang hilang merupakan kegagalan faktor lain dalam menyelesaikan kesedihan [12]. Kehilangan objek yang dicintainya itu mengakibatkan rasa tidak aman, kehampaan, kesedihan dan kemarahan. Kehilangan ini terjadi pada tahap oral, ketika bayi yang penuh ketergantungan belum memiliki konsepsi tentang individuasi dari orang tua [15]. Saat menjadi dewasa, individu berduka kembali ke tahap oral dan mengintroyeksikan kemarahan mereka tentang pengabaian atau konflik yang tidak selesai pada objek yang hilang menjadi kemarahan pada diri mereka sendiri. Sedangkan mania dikaitkan dengan rasa takut bahwa kemandirian anak yang meningkat akan membuat orang tua tidak berarti dalam kehidupan. Cinta atau kebencian menimbulkan ambivalensi dan depresi disertai ego yang lemah dan superego yang lebih dominan, yang pada mania disangkal. Karena manusia merupakan penyangkalan depresi, individu yang mengalami mania didominasi oleh id dengan sedikit manifestasi super ego sampai individu mengalami siklus kembali ke keadaan normal atau fase depresif gangguan bipolar [15].

Dari hasil wawancara terkait dengan peristiwa traumatis yang pernah dialami oleh partisipan yaitu partisipan pernah dibully secara verbal. Menurut penelitian sebelumnya bahwa peristiwa traumatis menghasilkan kecemasan dan ketidaknyamanan [12]. Individu belajar untuk mencegah kecemasan dan ketidaknyamanan dengan menghindari situasi yang berhubungan dengan mereka atau menjauh dari sumber (penghindaran pasif).

Ketika penghindaran pasif tidak dimungkinkan, individu tersebut belajar untuk terlibat dalam perilaku yang memberikan kelegaan dari kecemasan dan ketidaknyamanan yang terkait dengan situasi traumatis. Hal ini disebut dengan penghindaran aktif dan menggambarkan perilaku obsesif-kompulsif.

Berdasarkan kasus yang dialami partisipan, partisipan mengalami kegagalan untuk mengembangkan definisi-diri yang baru menghasilkan perasaan ragu dan bingung tentang peran seseorang dalam kehidupan. Hal ini terjadi ketika pada masa remaja partisipan dididik terlalu keras, tidak konsisten, dan ketika dukungan orang tua kurang [6]. Kegagalan ini tidak hanya dalam mengembangkan diri melainkan juga dalam hal mencapai keintiman sehingga timbul penarikan diri, isolasi sosial, kesendirian, dan ketidakmampuan untuk membentuk hubungan intim dengan seseorang.

Diantara kekuatan dari penelitian ini adalah peneliti mampu menggali secara mendalam dan mengidentifikasi berbagai faktor pemicu dan faktor predisposisi yang terjadi didalam diri partisipan sehingga dapat memecahkan diagnose atau masalah yang dikeluhkan oleh partisipan selama ini. Keyakinan diri peneliti dan pengetahuan yang cukup dinilai cukup penting untuk mensukseskannya penelitian ini [15]. Selain itu penelitian ini juga telah dicek dan dibantu oleh kedua perawat profesional (yaitu perawat psikiatri) untuk meningkatkan kredibilitas dalam penelitian.

Simpulan dan Saran

Penelitian ini menyimpulkan bahwa faktor yang dapat digunakan untuk mengatasi stres berupa faktor risiko dan faktor protektif diri, terdiri dari faktor biologis, kepribadian, pembelajaran perilaku, dan kognitif. Sedangkan faktor yang mengancam individu sehingga menimbulkan ketegangan dan stres pada individu dapat berasal dari lingkungan internal maupun eksternal, yang terdiri dari kehilangan, peristiwa hidup, dan ketegangan peran. Respon terhadap stressor berupa penilaian individu terhadap stressor dibagi menjadi lima yaitu respon afektif, respon fisiologis, respon kognitif, respon perilaku dan respon sosial. Sumber koping terdiri atas dua faktor yaitu faktor dari luar dan faktor dari dalam. Mekanisme koping sebagai proses penyelesaian masalah yang

dialami individu terhadap stressor bersifat konstruktif dan destruktif.

Penelitian ini memerlukan penelitian lanjutan untuk menelaah lebih lanjut konsep tentang bipolar disorder, terkait keteraturan berobat yang dilakukan pasien dan keefektifan dari intervensi yang diberikan kepada pasien sebelum dan sesudah diberikan intervensi dan dengan pendekatan keperawatan yang berbeda.

Daftar Pustaka

- [1] Grande, dkk. 2016. Bipolar Disorder. *Journal the Lancet*. 2016. 387 (10027): 1561-1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- [2] Videbeck S. 2011. *Psychiatric Mental Health Nursing*. Ed 5. USA: Lippincott.
- [3] Ritchie, Rose. 2018. *Mental Health*. Diakses dari <https://ourworldindata.org/mental-health#empirical-view> pada 25 Juni 2019 pukul 06.00
- [4] Kementerian Kesehatan RI. 2018. Hasil Utama Rikesdas 2018. Kementerian Kesehatan: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan
- [5] Fithriyah I, Margono H. 2013. Gangguan Afektif Bipolar Episode Manik dengan Gejala Psikotik Fokus pada Penatalaksanaan. Diakses pada <http://journal.unair.ac.id/download-fullpapers-psikiatric27896aa80full.pdf> 28 Februari 2019.
- [6] Townsend, M. 2009. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care in Evidence-Based Practice*. Ed 6. USA: FA Davis Company.
- [7] National Institute of Mental Health. 2015. Bipolar Disorder. Diakses dari <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/bipolar-disorder/index.shtml#pub1> pada 26 Maret 2019 pukul 19.00
- [8] Butler, 2018. *Treatment for Bipolar Disorder in Adults: A Systematic Review*. USA:AHRQ. No. 18-EHC012-EF
- [9] Panggabean, Laurentius M, Rona D. (2015). *Apakah Aku Bipolar? 100 Tanya*

- Jawab Dengan Psikiater + Bedah Kasus.
Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- [10] Granek, dkk. 2016. Living with Bipolar Disorder: The Impact on Patients, Spouses, and Their Marital Relationship. *Journal Bipolar Disorder*. 18 (2). <https://doi.org/10.1111/bdi.12370>
- [11] Yusuf, dkk. 2015. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Salemba Medika
- [12] Stuart GW. 2013. *Principles of Psychiatric Nursing*. 10th edition. Mosby: Elsevier.
- [13] Ramadhan, Syahrudin. 2015. Gambaran Koping Stress pada Individu Bipolar Dewasa Awal. *Jurnal Psikologi Universitas Indonesia Timur*
- [14] Baradero, dkk. 2015. *Kesehatan Mental Psikiatri*. Jakarta: EGC. ISBN978-979-044-633-5
- [15] Daggenvoorde, dkk. 2015. A Qualitative Study of Nursing Care for Hospitalized Patients with Acute Mania. Diakses pada <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2015.02.003> 27 November 2019