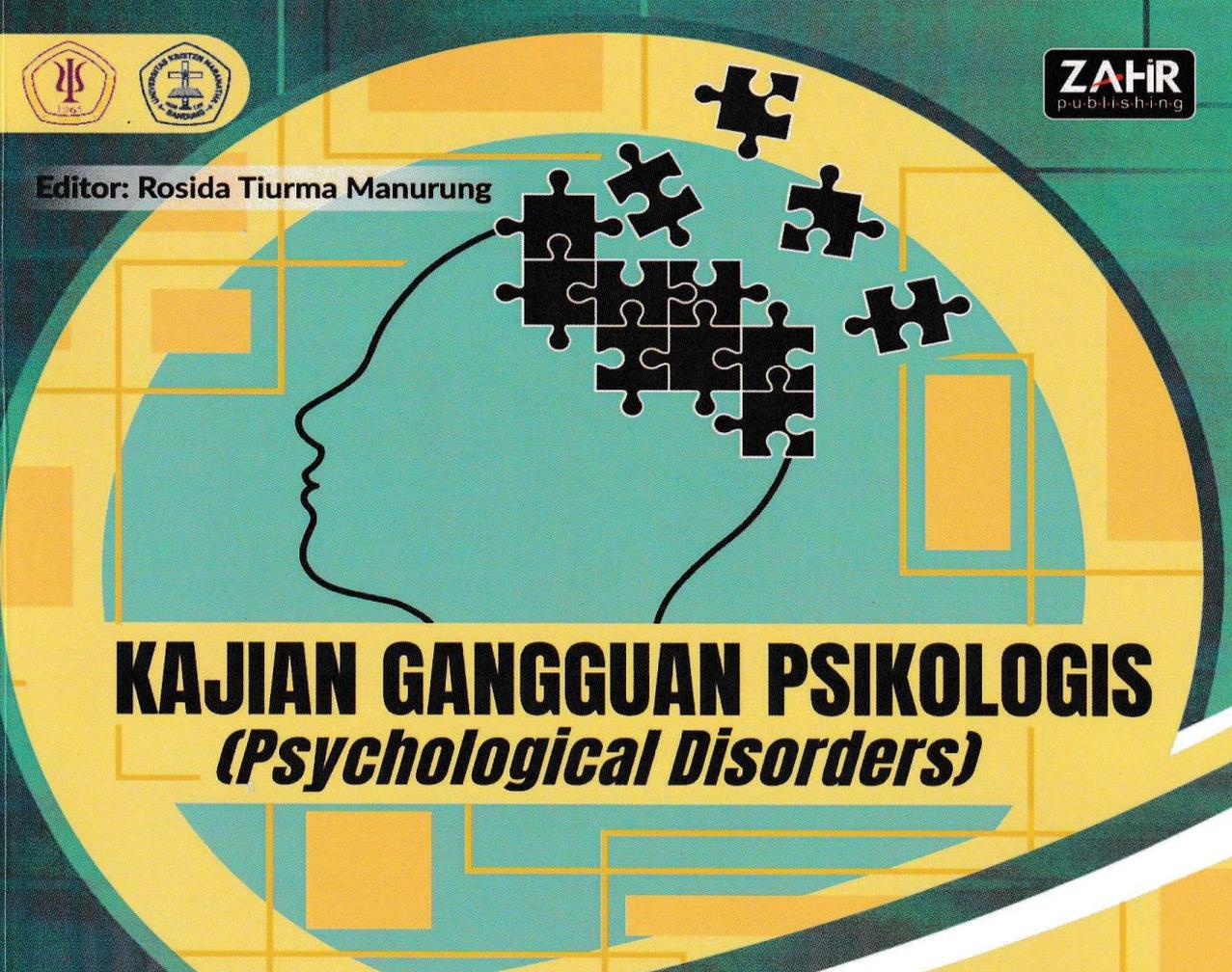




ZAHIR
publishing

Editor: Rosida Tiurma Manurung



KAJIAN GANGGUAN PSIKOLOGIS *(Psychological Disorders)*



Ellenoor Tasya, S.Psi. | Dr. O. Irene Prameswari Edwina, M.Si., Psikolog
Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi. | Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog
Maria Fenny, S.Psi. | Citra Batari Indriyani, S.Psi. | Reinne Rosa Edelin, S.Psi.
Fahmi Windia Rahayu, S.Psi. | Sri Nul Hakim, S.Psi. | Andre Tri Putra Jaya, S.Psi.
Evin Damayanti, S.Psi. | Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi. | Natazsa Octria Putri, S.Psi.
Pingkan Evelin Eunike Laritmas, S.Psi. | Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi.
Reynaldo Christianto, S.Psi. | Alya Febryana, S.Psi. | Karina Julia, S.Psi.
Sarah Fasya Aprilla, S.Psi. | Samuel Christprayer Siahaan, S.Psi.

KAJIAN GANGGUAN PSIKOLOGIS (PSYCHOLOGICAL DISORDERS)

Ellenoor Tasya, S.Psi.

Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog

Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi.

Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog

Maria Fenny, S.Psi.

Citra Batari Indriyani, S.Psi.

Reinne Rosa Edelin, S.Psi.

Fahmi Windia Rahayu, S.Psi.

Sri Nul Hakim S.Psi.

Andre Tri Putra Jaya, S.Psi.

Evin Damayanti

Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi.

Natazsa Octria Putri, S.Psi.

Pingkan Evelin Eunike Laritmas

Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi.

Reynaldo Christianto, S. Psi.

Alya Febryana, S.Psi.

Karina Julia

Sarah Fasya Aprilla, S.Psi.

Samuel Christprayer Siahaan

KAJIAN GANGGUAN PSIKOLOGIS (*PSYCHOLOGICAL DISORDERS*)

Penulis

Ellenoor Tasya, S.Psi.
Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog
Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi.
Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog
Maria Fenny, S. Psi.
Citra Batari Indriyani, S.Psi.
Reinne Rosa Edelin, S.Psi.
Fahmi Windia Rahayu, S.Psi.
Sri Nul Hakim S.Psi.
Andre Tri Putra Jaya, S.Psi.
Evin Damayanti
Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi.
Natazsa Octria Putri, S.Psi.
Pingkan Evelin Eunike Laritmas
Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi.
Reynaldo Christianto, S. Psi.
Alya Febryana, S.Psi.
Karina Julia
Sarah Fasya Aprilla, S.Psi.
Samuel Christprayer Siahaan

Tata Letak

Ulfa

Desain Sampul

Faizin

15.5 x 23 cm, vi + 197 hlm.
Cetakan pertama, Juli 2022

ISBN: 978-623-466-085-2

Diterbitkan oleh:

ZAHIR PUBLISHING

Kadisoka RT. 05 RW. 02, Purwomartani,
Kalasan, Sleman, Yogyakarta 55571
e-mail : zahirpublishing@gmail.com

Anggota IKAPI D.I. Yogyakarta
No. 132/DIY/2020

Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

Dilarang mengutip atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Salam sejahtera,

Kesehatan mental manusia merupakan hal penting. Akan tetapi, tidak jarang terdapat gangguan pada kesehatan mental manusia atau dikenal sebagai gangguan psikologis. Pengetahuan mengenai berbagai gangguan psikologis, penyebab, dan intervensi terhadap gangguan psikologis merupakan hal yang dapat bermanfaat bagi individu yang mengalami gangguan, *family care giver*, maupun bagi praktisi kesehatan mental dan ilmuwan psikologi.

Gangguan psikologis secara umum terbagi dalam kelompok psikotik, neurotik, dan gangguan kepribadian. Pengelompokan gangguan psikologis tergambarkan dalam artikel di *book chapter* ini: 1) kajian psikotik dalam artikel nomor 1-3, yaitu gangguan delusi, skizofrenia, gangguan skizoafektif; 2) kajian neurotik dalam artikel 4-12, yaitu fobia spesifik, gangguan kecemasan sosial, gangguan kecemasan menyeluruh, gangguan stres pascatraumatik, gangguan obsesif kompulsif, gangguan kecemasan penyakit, faktor psikologi mempengaruhi kondisi medis lain, gangguan depresif, dan bipolar; 3) kajian gangguan kepribadian dalam artikel 13-19, yaitu gangguan kepribadian paranoid, skizotipal, antisosial, borderline, narsistik, avoidant, dan dependen.

Melalui penulisan artikel dalam *book chapter* "Kajian Gangguan Psikologis" ini diharapkan dapat bermanfaat bagi pembaca sehingga mendapatkan pengetahuan mengenai gangguan psikologis yang dialami manusia, penyebab, dan bagaimana penanganan gangguan psikologis yang dialami manusia. Semoga bermanfaat.

Sekian dan terima kasih.

Bandung, 26 Juli 2022

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
KETAHUI APA ITU GANGGUAN WAHAM DAN SEPERTI APA INTERVENSINYA Ellenoor Tasya, S.Psi. dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	1
SKIZOFRENIA (<i>SKIZOPHRENIA</i>) Bernadette Ansella Yerikha, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	9
MENGENAL LEBIH JAUH SKIZOAFEKTIF Maria Fenny, S.Psi. dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	26
FOBIA SPESIFIK (<i>SPECIFIC PHOBIA</i>) Citra Batari Indriyani, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	33
<i>SOCIAL ANXIETY DISORDERS</i> Reinne Rosa Edelin, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	45
GANGGUAN KECEMASAN MENYELURUH (<i>GENERALIZED ANXIETY DISORDER</i>) Fahmi Windia Rahayu, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	56
<i>MINDFULNESS</i> DALAM MENURUNKAN SIMPTOM <i>POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER</i> Sri Nul Hakim S.Psi. dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	66
<i>OBSESSIVE COMPULSIVE DISORDER</i> / GANGGUAN OBSESIF KOMPULSIF Andre Tri Putra Jaya, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	78
FAKTOR-FAKTOR YANG MEMENGARUHI GANGGUAN KECEMASAN Evin Damayanti dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	90

<i>PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING OTHER MEDICAL CONDITIONS</i> (FAKTOR PSIKOLOGIS YANG MEMPENGARUHI KONDISI MEDIS LAINNYA) Fadilla Puteri Ismarini, B.A., S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog	102
HAMBATAN DALAM PENCARIAN BANTUAN PSIKOLOGIS PADA INDIVIDU DENGAN GANGGUAN DEPRESI DAN SOLUSINYA Natazsa Octria Putri, S.Psi., dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi, Psikolog.....	114
<i>"MENGAPA AKU TIBA-TIBA CERIA LALU MENANGIS?"</i> : MENJELAJAHI LEBIH JAUH PERJALANAN <i>BIPOLAR DISORDER</i> SEBAGAI PERILAKU ABNORMAL Pingkan Evelin Eunike Laritmas dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	125
GANGGUAN KEPERIBADIAN PARANOID Sarah Fatimah Azzahra, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog.....	139
<i>SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER</i> Reynaldo Christianto, S. Psi., dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	151
APA ITU GANGGUAN KEPERIBADIAN ANTISOSIAL (<i>ANTISOCIAL PERSONALITY</i>) <i>DISORDER</i> ? Alya Febryana, S.Psi. dan Dr. Evany Victoriana, M.Psi., Psikolog.....	163
MENGETAHUI RELASI SOSIAL <i>BORDERLINE PERSONALITY DISORDER</i> (GANGGUAN KEPERIBADIAN AMBANG) Karina Julia dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	176
<i>NARCISSISTIC PERSONALITY DISORDER</i> Sarah Fasya Aprilla, S.Psi, dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog....	183
KENALI APA ITU <i>AVOIDANT PERSONALITY DISORDER</i> (GANGGUAN KEPERIBADIAN MENGHINDAR) Samuel Christprayer Siahaan dan Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog	190

“MENGAPA AKU TIBA-TIBA CERIA LALU MENANGIS?”: MENJELAJAHI LEBIH JAUH PERJALANAN BIPOLAR DISORDER SEBAGAI PERILAKU ABNORMAL

Pingkan Evelin Eunike Laritmas¹⁾, Dr. O. Irene P., M.Si., Psikolog²⁾

Magister Psikologi Profesi, Universitas Kristen Maranatha
peelartimas@gmail.com¹⁾, irene.pe@psy.maranatha.edu²⁾

A. Pendahuluan

Di zaman sekarang, individu akan dengan mudah mendapatkan informasi melalui internet maupun media sosial yang ada di *gadget*, laptop, dan lain sebagainya. Tidak sedikit pula individu akan *searching* setiap informasi yang ingin diketahui, salah satunya adalah untuk mencari tahu informasi mengenai gejala-gejala kesehatan yang dirasakannya. Kemudian, mereka akan menetapkan penyakit dalam dirinya sesuai dengan apa yang dibaca dan didengar tanpa pergi memeriksakan diri ke tenaga profesional. Alasan yang paling mendasari perilaku ini adalah tidak membutuhkan waktu yang lama dan juga pengeluaran yang banyak untuk membayar biaya jasa konsultasi ke tenaga profesional. Pada akhirnya, hal tersebut akan menghantarkan individu untuk melakukan *self diagnosis*. Pertanyaannya adalah apakah semua informasi yang tersedia di internet adalah valid? Tentu, tidak.

Self diagnosis bukanlah hal yang baru, perilaku ini sudah sangat menyebar dalam lingkup remaja maupun orang dewasa. Bahkan para remaja akan dengan terang-terangan menyampaikan *self diagnosis* yang mereka buat kepada orang di sekitar mereka. *Self diagnosis* diartikan sebagai proses di mana individu mengamati diri mereka sendiri, mengamati gejala yang dirasakan, dan mengidentifikasi penyakit atau gangguan tanpa konsultasi medis (Ahmed & Samuel, 2017). Ya, perlu digarisbawahi “tanpa konsultasi medis”. Saat mendiagnosis diri, individu akan memunculkan asumsi-asumsi atas masalah kesehatan yang dirasakannya baik secara psikologis

maupun fisik berdasarkan informasi yang dimiliki. Padahal, tenaga profesional dalam melakukan diagnosis, membutuhkan waktu yang tidak sebentar untuk menganalisis lebih dalam gejala-gejala yang dirasakan pasien sampai pada akhirnya menetapkan gangguan yang dialami oleh pasiennya. Lalu, mengapa dengan mudah kita melakukan diagnosis pada diri kita sendiri?.

Fenomena yang terjadi akhir-akhir ini, di mana di masa remaja *mood/suasana* hati masih sering tidak stabil. Tidak sedikit remaja yang mengalami kondisi suasana hati yang berubah-ubah, biasanya hal ini dikenal dengan sebutan *moody*. Oleh karena itu, sudah tidak asing kita dengar kalimat seperti, "kamu itu orangnya *moody-an*". Biasanya para remaja yang disebut *moody-an* ini akan mencari tahu di internet penyebab dan mengapa mereka dikatakan *moody*. *Moody* sering dikaitkan dengan *bipolar disorder*. Pada akhirnya dengan informasi yang didapatkan dari internet akan mendukung asumsi bahwa mereka sepertinya mengalami *bipolar disorder*. Apakah ini masuk ke dalam *self diagnosis*? Ya. Dan bolehkah kita melakukannya? Dengan singkat jawabannya adalah tidak.

Jika ditinjau lebih jauh, *Mental Health America* (MHA) mengatakan bahwa ketika individu mengalami pasang surut suasana hati itu merupakan suatu hal yang normal, terlebih jika ada sesuatu yang membuat kita merasa senang atau sedih. Individu normal akan mengalami perubahan suasana hati, di mana perasaan bahagia pada satu waktu akan disusul juga dengan suasana hati yang patah semangat dan sedih. Pada dasarnya, di dunia ini tidak ada orang yang selalu merasa bahagia atau bahkan tidak bahagia sepanjang waktu (Semiun, 2006). Sedangkan, menurut Semiun (2006) *bipolar disorder* memiliki perubahan suasana hati yang ekstrem yaitu sedikit bahagia dan sedikit sedih sehingga sulit untuk orang lain menduga bagaimana ia berperilaku. *Bipolar disorder* sendiri sudah tergolong sebagai perilaku abnormal. Ruang lingkup psikologi terkhususnya psikologi abnormalitas membahas mengenai perilaku abnormal individu yang biasa terjadi dan ditemui di kehidupan sehari-hari. Salah satunya, yang sudah disinggung di atas yaitu *bipolar disorder*.

Bipolar disorder masuk ke dalam gangguan suasana hati, di mana individu akan memunculkan dua fase perasaan atau dua kutub yang bertolak belakang dengan sangat ekstrem. Maka dari itu, *book chapter* ini akan membahas lebih jauh mengenai *bipolar disorder* yang cukup kompleks, sehingga individu tidak secara mudah melakukan *self diagnosis* terhadap psikis/mental mereka tanpa melakukan pemeriksaan dan konsultasi pada tenaga profesional.

Di Indonesia, berdasarkan Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) tahun 2018 didapatkan bahwa prevalensi jumlah penduduk yang mengalami gangguan mental emosional sebanyak 706.688 orang, terjadi peningkatan prevalensi dari tahun 2013 sebanyak 703.946 orang mengalami gangguan mental emosional (Riskesmas, 2013; 2019). *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan *bipolar disorder* sebagai penyakit medis di mana individu mengalami perubahan yang ekstrem terhadap suasana hati dan tingkat aktivitasnya. Pada data *National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement* (NCS-A) dikatakan bahwa *bipolar disorder* memiliki presentase yang lebih tinggi dialami perempuan (3.3%) dibandingkan laki-laki (2.6%), serta perempuan juga akan lebih sering mengalami episode depresi (Merikangas, Avenevoli, Costello, Korets, & Kessler, 2009; Hooley, Butcher, Nock, & Mineka, 2018). WHO tahun 2019 kembali mencatatkan bahwa *bipolar disorder* memberikan pengaruh terhadap 45 juta orang di seluruh dunia (*World Health Organization*, 2019). Diperkirakan bahwa pengaruh ini menjadikan *bipolar disorder* menempati peringkat keenam penyebab kecacatan di seluruh dunia, dengan data prevalensi bahwa 60 persen individu yang terdiagnosa *bipolar disorder* mengalami masalah pekerjaan atau interpersonal kronis di beberapa episode (Mardon & Steen, 2021; Hooley, Butcher, Nock, & Mineka, 2018). Hal ini secara langsung menunjukkan bahwa *bipolar disorder* merupakan gangguan mental yang serius dan dapat mengancam dunia termasuk Indonesia.

Individu dengan *bipolar disorder* mengalami pergantian periode dari suasana hati yang meningkat menjadi murung secara tidak

normal dan secara tiba-tiba tanpa diketahui sebelumnya kapan akan “kambuh” (Fink & Kraynak, 2016). Episode yang “tertinggi” disebut sebagai episode manik, dan dalam kasus yang kurang parah dapat dikategorikan sebagai episode hipomanik. Sedangkan, episode “terendah” disebut sebagai episode depresi (Mardon & Steen, 2021). Dalam PPDGJ III (Maslim, 2014) Episode pada *bipolar disorder* seringkali terjadi ketika individu melewati masalah hidup yang penuh dengan *traumatik* dan *stress*. Perilaku yang ditunjukkan pada setiap episode juga akan berbeda-beda. Pada kondisi manik atau kemunculan emosi gembira yang berlebihan akan menjadikan individu sangat bersemangat, hiperaktif, dan antusias, sedangkan pada kondisi depresi atau kemunculan emosi sedih yang berlebihan menjadikan individu sangat pesimis, putus asa, gelisah, tekanan pikiran, tidak berdaya, bahkan dapat memunculkan keinginan untuk bunuh diri (Widianti, Afriyanti, Saraswati, Nursyamsiah, Ningrum, & Ustami, 2021). Episode manik biasanya akan dimulai secara tiba-tiba dan berlangsung antara 2 (dua) minggu hingga 4-5 bulan, sedangkan untuk episode depresi cenderung berlangsung lebih lama sekitar 6 (enam) bulan (Maslim, 2014).

Bipolar disorder terbagi 2 jenis yaitu Bipolar I dan Bipolar II, serta terdapat gangguan siklotimik sebagai gangguan suasana hati namun tidak terlalu parah. Pada bipolar disorder I ditandai dengan episode manik yang parah yang dapat mengakibatkan individu tersebut dirawat inap, *bipolar disorder* II ditandai dengan episode depresif dan hipomaniknya. Gangguan siklotimik ditandai dengan beberapa episode hipomania dan gejala depresi yang tidak memenuhi kriteria untuk episode manik atau episode depresi berat dalam intensitas dan durasinya (Mardon & Steen, 2021; Fink & Kraynak, 2016).

Kemunculan terjadinya *bipolar disorder* pada individu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti genetik, adanya disregulasi neurotransmitter, struktur anatomis otak, regulasi neuroendokrin, dan faktor psikososial (Miklowitz & Johnson, 2006). Penelitian menunjukkan bahwa gen menyumbang sekitar 80 hingga 90 persen

varian dalam mengembangkan *bipolar disorder I* (Hooley, Butcher, Nock, & Mineka, 2018). Dari segi neurotransmitter, didapatkan bahwa pada episode depresi berkaitan dengan rendahnya norepinefrin dan dopamin, sedangkan pada episode mania berkaitan dengan tingginya norepinefrin dan dopamin. Namun, pada kedua episode ini berkaitan dengan rendahnya tingkat serotonin. Pada beberapa penelitian ditemukan pula masalah dalam jaringan untuk menggunakan *glutamate*, yang berfungsi untuk mengaktifkan neurotransmitter pada individu (Miklowitz & Johnson, 2006; Fink & Kraynak, 2016). Faktor lingkungan juga memberikan peran penting dalam kondisi individu dengan *bipolar disorder*, seperti keluarga yang menjadi salah satu faktor yang kuat terhadap kondisi individu yang merupakan lingkungan terdekat dari individu tersebut. Cara keluarga dalam mengungkapkan dan mengekspresikan emosi kepada anggota keluarga dengan *bipolar disorder* dapat menjadi faktor utama dalam kekambuhan gejala individu dengan *bipolar disorder* (Widianti, Afriyanti, Saraswati, Nursyamsiah, Ningrum, & Ustami, 2021).

Berdasarkan pada hal di atas, terdapat gambaran jelas bahwa ketika individu sudah terdiagnosa *bipolar disorder*, maka dibutuhkan penanganan secara profesional. Hal ini bertujuan agar individu tersebut dapat kembali berfungsi dengan baik dalam kehidupan kesehariannya. Penanganan dalam penyembuhan *bipolar disorder* dapat dengan *pharmacological treatment* dan psikoterapi. Di sisi lain, pentingnya pula dukungan sosial dari keluarga dan kerabat di sekitar individu tersebut. *Pharmacological treatment* pada individu dengan *bipolar disorder* adalah dengan pemberian obat-obatan seperti obat antipsikotik, *mood stabilizer*, *lithium*, *valproate*, dan *lamotrigine*. Sedangkan, dalam pemberian psikoterapi dapat dilakukan *family focused therapy* beserta dengan *cognitive behavioural therapy* (CBT) (Mardon & Steen, 2021). Intervensi psikososial dalam proses penyembuhan juga penting diberikan, karena pada dasarnya lingkungan sekitar individu seperti lingkungan pekerjaan dan juga hubungan perkawinan akan cenderung terganggu. Maka dari itu, dibutuhkan dukungan serta menciptakan kondisi lingkungan yang

positif di sekitar individu maupun anggota keluarga dengan *bipolar disorder* (Budiarti, Wibhawa, Ishartono, & Venty, 2018). Melalui pengobatan, terapi, dan dukungan yang diberikan, maka diharapkan terlihat sebuah kemajuan pada individu dengan *bipolar disorder*.

Kemajuan dalam individu yang mengalami *bipolar disorder* bergantung dari pilihan yang dibuat dan ditentukan oleh individu, psikiater, psikolog, keluarga maupun kerabat. Ketika individu mampu menerima keadaan dirinya, serta bersama-sama dengan tenaga profesional baik psikiater maupun psikolog dapat menemukan obat maupun *treatment* yang efektif, dan jika keluarga bersama dengan kerabat dapat memberikan *support*, maka kemajuan yang dirasakan akan lebih baik dan sangat positif. Namun di sisi lain, jika individu memberikan penolakan atas apa yang dialaminya, menghindari rencana dalam menjalani perawatan, atau bahkan tidak mengikutinya, maka penyakit dan konsekuensinya akan memiliki kemungkinan memburuk (Fink & Kraynak, 2016).

B. Pembahasan

1. Apa itu *Bipolar Disorder*?

American Psychological Association (APA) (2020) menyatakan *bipolar disorder* adalah penyakit mental yang serius, di mana pada umumnya emosi akan muncul dengan intensitas yang sering dan tidak terduga emosi tersebut juga dapat meluap-luap. *Bipolar disorder* juga diartikan sebagai penyakit medis yang ditandai dengan bergantinya periode dari suasana hati yang meningkat menjadi tertekan secara tidak normal (Fink & Kraynak, 2016). Orang dengan *bipolar disorder* memiliki perubahan *mood* yang ekstrem yang pada akhirnya akan sejalan dengan perubahan tingkat energi dan aktivitas yang ditunjukkannya, mereka dapat sangat semangat dalam melakukan sesuatu, tetapi tanpa alasan mereka juga dapat sangat tertekan dan tidak bersemangat.

DSM 5 mengidentifikasi bahwa terdapat dua jenis gangguan bipolar, yaitu *gangguan bipolar I* dan *gangguan bipolar II*. Diagnosa pada *gangguan bipolar I* berlaku pada individu yang pernah

mengalami setidaknya satu episode manik secara penuh pada periode di dalam hidupnya. Pada umumnya, *gangguan bipolar I* akan memberikan keterlibatan perubahan *mood* yang ekstrem antara episode manik dan episode depresi mayor. Walaupun begitu episode depresi tidak menjadi patokan utama, dalam diagnosa *gangguan bipolar I* ini, sehingga jika individu tidak mengalami episode depresi maka diagnosa *gangguan bipolar I* tetap dapat ditegakkan. *Gangguan bipolar II* diberlakukan pada individu mengalami episode hipomanik dan episode depresi yang jelas, namun tidak mengalami episode manik secara penuh. Episode depresi setidaknya berlangsung selama dua minggu, dan episode hipomaniknya selama empat hari. Beberapa individu dengan *gangguan bipolar II* biasanya akan melanjutkan dan mengembangkan *gangguan bipolar I* (Nevid, Rathus, & Greene, 2014; Hooley, Butcher, Nock, & Mineka, 2018; Fink & Kraynak, 2016; Bareda, 2002).

Terdapat pula *gangguan siklotimik* yang mana berasal dari bahasa Yunani "*kyklos*", berarti "lingkaran" dan "*thymos*" berarti "jiwa". *Gangguan siklotimik* ini merupakan *bipolar disorder* yang tidak terlalu parah (Nolen, 2014). Gangguan ini mengacu pada pengalaman yang berulang dari episode hipomanik setidaknya selama dua tahun. Periode dari suasana hati dan *mood* kesenangan atau tertekan belum terlalu parah untuk dapat didiagnosa sebagai *gangguan bipolar/bipolar disorder*. Maka dari itu, meskipun *gangguan siklotimik* merupakan *gangguan bipolar* yang paling umum namun diagnosa terhadap gangguan ini masih belum terlalu banyak dalam praktik klinis. Hal tersebut dikarenakan batasan antara *gangguan bipolar/bipolar disorder* dengan gangguan siklotimik masih sangatlah tipis, diperkirakan bahwa satu dari 3 orang yang terdiagnosa gangguan siklotimik cenderung akan mengembangkan *bipolar disorder* (Nevid, Rathus, & Greene, 2014).

2. Berteman dengan 2 (dua) Kutub Perasaan: Manik dan Depresi

Perubahan suasana hati merupakan suatu siklus yang sangat menggambarkan *bipolar disorder*. Diawal abad ke-6, 1899 Kraepelin

memperkenalkan istilah kegilaan manik-depresif atau *manic-depressive insanity*. Sebelum dikenal sebagai *bipolar disorder*, istilah yang digunakan adalah penyakit manik-depresif tersebut (Hooley, Butcher, Nock, & Mineka, 2018). Oleh karena itu, episode yang sangat dikenal pada *bipolar disorder* juga disebut dengan Episode Manik dan Episode Depresi. Reaksi dari kedua episode ini yang pada akhirnya mempengaruhi pikiran dan tingkah laku orang dengan *bipolar disorder*.

a. Episode Manik

Episode manik atau *mania* dicirikan dengan adanya peningkatan aktivitas atau energi di dalam diri individu. Individu dalam episode manik akan menunjukkan perilaku yang sangat produktif bahkan mereka seperti memiliki energi yang tidak ada batasnya. Hal tersebut dikarenakan selama episode ini individu akan mengalami peningkatan atau penambahan *mood* secara tiba-tiba, sehingga akan merasakan kesenangan yang menghayutkan mereka pada *euforia* dan optimistis. Individu dengan manik memiliki harga diri yang positif bahkan cenderung berlebihan, mereka akan berbicara dengan cepat dan lantang. Pikiran mereka cenderung melompat-lompat dari topik yang satu ke topik yang lain (*flight of ideas*) karena individu dengan episode manik akan sangat mudah dialihkan dan terdistraksi bahkan seperti disaat mendengar jam dan orang yang sedang bercerita di sebelah mereka. Perilaku lainnya mereka seperti sangat bersemangat yang pada akhirnya tidak bisa untuk duduk diam dan sulit untuk tidur. Bagi beberapa orang di sekitar mereka akan melihat perilaku mereka seperti sangat berlebihan dan mengganggu (Nevid, Rathus, & Greene, 2014; Nolen, 2014; Hooley, Butcher, Nock, & Mineka, 2018).

Individu dengan episode manik akan menjadi impulsif, mereka tidak mampu mempertimbangkan konsekuensi dari perilaku mereka sendiri. Hal ini tentunya menghantarkan mereka pada masalah-masalah baru yang menyulitkan diri mereka sendiri. Seringkali, mereka menghabiskan uang tanpa perhitungan, berkendara ugal-ugalan di jalan, atau melakukan perselingkuhan dan melakukan

aktivitas seksual. Dalam kasus yang lebih parah, akan ada kemunculan delusi di dalam diri individu tersebut (Nolen, 2014; Nevid, Rathus, & Greene, 2014).

Dalam episode manik terdapat episode *hipomanik*, hal mendasar yang membedakannya adalah dari tingkat keparahannya. Episode *hipomanik* memiliki tingkat keparahan lebih rendah dibandingkan episode manik.

b. Episode Depresi

Secara singkat, dapat dikatakan bahwa episode depresi ini merupakan episode yang berbanding terbalik dengan episode manik. Pada episode ini, individu akan menunjukkan perasaan sedih, putus asa, menangis, mengeluh, dan memiliki keyakinan bahwa dirinya tidak berharga. Individu tidak memiliki semangat dalam menjalani aktivitas kehidupannya, bahkan dalam memecahkan permasalahan yang sederhana individu dengan episode depresi akan mengalami kesulitan dan ketidakmampuan. Cara bicara mereka akan cenderung lambat atau sama sekali mereka tidak ingin berkomunikasi dengan orang di sekitarnya. Berbanding terbalik dengan episode manik, pada episode depresi ini maka individu cenderung mampu duduk dan berbaring di tempat tidurnya berjam-jam tanpa melakukan aktivitas. Individu juga akan mengalami halusinasi dan delusi. Delusi yang muncul bertemakan bahwa diri mereka tidak berdaya dan bersalah, sedangkan halusinasi yang dialami berupa suara-suara yang mencaci maki diri mereka. Individu ini juga akan kehilangan selera makan, sembelit, tekana darah yang menurun, dan tidak dapat tidur yang akan mengembangkan penyakit fisik lainnya (Semiun, 2014).

Pada episode depresi terdapat 3 (tiga) subtype yang dibedakan berdasarkan tingkat keparahannya. *Pertama*, depresi ringan (retardasi biasa) yaitu individu akan merasa murung dan putus asa, dirinya jika memiliki kesulitan untuk berkonsentrasi, patah semangat, tidak memiliki gambaran untuk masa depan, bahkan memandang bahwa dirinya tidak mampu, selera makan berkurang,

dan ingatan menurun. Perilaku mereka ini akan dipahami oleh keluarga dan orang di sekitar sebagai manifestasi akan rasa malas, yang membahayakan jika individu ini memiliki rasa putus asa yang berat dan mengarahkannya pada tindakan bunuh diri. *Kedua*, depresi akut (*acute melancholia*) yaitu pasien akan menjauhkan diri mereka secara penuh dari lingkungannya, mengalami kesulitan berbicara, dan akan menunda-nunda dalam menjawab pertanyaan orang lain, bahkan mereka tidak akan menjawabnya. Selera makan mereka berkurang, hubungan dengan kenyataan mereka menjadi sangat lemah. Individu ini juga memunculkan delusi dan halusinasi yang bertemakan perasaan bersalah dan berdosa. Keinginan untuk mati begitu kuat mengalir dalam pikirannya sehingga jika memiliki kesempatan mereka akan mencoba untuk bunuh diri. *Ketiga*, depresi stupor yang di mana individu bukan hanya menjauhkan diri secara total dari lingkungan, tetapi mereka akan benar-benar terdiam seperti patung, menolak untuk berbicara dan bergerak. Selera makan mereka sudah tidak ada, sehingga akan menolak untuk makan bahkan menolak untuk memenuhi kebutuhan fisiologisnya. Munculnya delusi, serta kegiatan jantung dan peredaran darah mereka melemah dan membahayakan kehidupannya (Semion, 2014).

3. Mengapa “Aku” Bisa Seperti Ini?

Pada *bipolar disorder* tentunya terdapat hal yang menjadi penyebab kemunculan gangguan tersebut. Pembahasan ini akan menjawab pertanyaan mengapa bisa “aku” terdiagnosa *bipolar disorder*, yang ditinjau berdasarkan pendekatan psikologis, fisiologis, dan biologis.

a. Pendekatan Psikologis

Pada teori psikoanalisis individu yang mengalami *bipolar disorder* pada dasarnya sangat menderita depresi, depresi yang dirasakan dapat disebabkan oleh kemarahan terhadap orang yang dicintainya. Namun, perilaku mania muncul ketika depresi yang hebat tersebut dihindari (Semion, 2014). Namun, perlu

dipertimbangkan pula bahwa kesalahan dalam pengasuhan akan membuat individu menjadi sangat rentan terhadap pengalaman hidup yang membuatnya stres hingga akhirnya membawanya pada pengembangan kondisi depresi. Pengalaman buruk pada masa kecil seperti perpisahan kedua orang tua atau kekerasan juga menjadi penyebab individu mengalami gangguan bipolar, hal ini dikarenakan mereka akan memiliki kerentanan dalam menghadapi fase kehidupan akan sebuah kekecewaan, kegagalan, atau peristiwa hidup yang membuat stres (Nevid, Rathus, & Greene, 2014). Pada akhirnya individu dengan gangguan bipolar memiliki kerentanan terhadap kondisi stres dalam kehidupan mereka, bahkan dalam penelitian yang dilakukan oleh Ramadhan dan Syahrudin (2019) terhadap orang dengan gangguan bipolar didapatkan bahwa ketika individu gangguan bipolar menghadapi kondisi stres mereka cenderung melakukan penghindaran terhadap stres di mana individu ini akan menjadi *introvert* dan mengisolasi diri dari lingkungan di sekitarnya.

Berdasarkan pada teori humanistik bahwa individu yang mengisi kehidupan dengan rasa bersalah atas apa yang sudah mereka lakukan sehingga akhirnya kita tidak memaknai hidup dan tidak dapat mencapai aktualisasi diri. Akhirnya hal tersebut menetap di dalam diri dan diekspresikan dalam perilaku depresi yang dapat mengarah pada simtom *bipolar disorder*. Teori humanistik sejalan dengan apa yang dikemukakan oleh teori kognitif dalam menjelaskan penyebab individu mengalami *bipolar disorder*. Menurut teori kognitif, bahwa individu yang terus menerus memasukkan pemikiran negatif akan memiliki risiko depresi yang besar ketika dihadapkan dengan pengalaman hidup yang membuatnya stres (Nevid, Rathus, & Greene, 2014).

b. Pendekatan Fisiologis dan Biologis

Bipolar disorder menurut pendekatan fisiologis disebabkan karena adanya ketidakseimbangan fisiologis yang terdapat kemungkinan yaitu kadar dalam neurotransmitter dan kepekaan *postsinaptik* yang berubah. Sedangkan pada pendekatan biologis,

faktor yang kuat adalah dari genetik, di mana, seperti yang sudah dikemukakan pada pendekatan fisiologis bahwa adanya sistem saraf yang selalu berubah. Dan salah satu kemungkinan dari perubahan tersebut adalah faktor genetik yang di mana diduga bahwa individu dengan gangguan bipolar itu mewarisi ketidakstabilan neurologis (Semiu, 2014).

4. Membangun *Treatment Plan* pada *Bipolar Disorder*

Dalam menangani individu dengan *bipolar disorder* dapat diberikan *Cognitive Behaviour Therapy* bertujuan untuk mengubah pemikiran disfungsiannya serta untuk mengembangkan perilaku yang lebih adaptif dengan mengkombinasikan antara terapi kognitif dan terapi perilaku (Nevid, Rathus, & Greene, 2014). Namun, tetap mengkombinasikan terapi CBT dengan terapi farmakologis yang mana dapat diberikan litium atau placebo, di mana pasien dengan pemberian litium 11% kembali *relapse* dan yang diberi placebo sebesar 51% yang *relapse* (Semiu, 2014).

C. Penutup

Bipolar disorder merupakan gangguan suasana hati yang muncul dalam aktivitas perilaku individu tersebut di mana individu akan menjadi sangat bersemangat dan dalam satu waktu menjadi sangat tertekan dan depresi. Gangguan ini dimanifestasikan ke dalam 2 episode yaitu episode manik dengan kegembiraan yang penuh dan episode depresi dengan kesedihan yang penuh. Genetika menjadi salah satu penyebab dalam individu mengalami *bipolar disorder*, namun di sisi lain pengalaman hidup yang membuat individu stres juga memiliki kontribusi yang cukup besar dalam kemunculan *bipolar disorder*.

Bipolar disorder dapat ditangani dengan *treatment* psikologi dan farmakologi. Pada *treatment* psikologi dapat diberikan *Cognitive Behaviour Therapy* untuk memberikan pengembangan terhadap perilaku yang lebih adaptif dan mengarahkan pemikiran disfungsi menjadi fungsional. Sedangkan, pada *treatment* farmakologi secara rutin dapat diberikan litium atau placebo.

Dukungan sosial dan penerimaan diri juga menjadi sesuatu yang penting untuk mempercepat pemulihan individu dengan *bipolar disorder*.

REFERENSI

- American Psychological Association (APA) (n.d). *Bipolar disorder*. Diakses dari <https://www.apa.org/topics/bipolar-disorder> tanggal 13 Mei 2022.
- Budiarti, M., Wibhawa, B., Ishartono., & Venty. F. (2018). Pekerjaan sosial: Bekerja bersama orang dengan bipolar disorder. *Prosiding Penelitian & Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(1), 1-110. Dikutip dari <http://jurnal.unpad.ac.id/prosiding/article/view/16019> pada tanggal 13 Mei 2022.
- Fink, C., & Kraynak, J. (2016). *Bipolar Disorder fo Dummies (3rd ed)*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Hooley, J. M., Butcher. J. N., Nock. M. K., & Mineka. S. (2018). *Psikologi Abnormal (17th ed)*. Jakarta: Salemba Humanika.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2018. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Perkembangan Kesehatan 2019.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013. Jakarta: Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Perkembangan Kesehatan 2013.
- Mardon, A. A., & Steen. J. (2021). *Bipolar Disorder*. Edmonton: Golden Meteorite Press.
- Maslim, R. (2013). *Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-V*. Cetakan 2-Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya. Jakarta: PT Nuh Jaya.
- Mental Health America (n.d). *Am i bipolar or just moody?*. Diakses dari https://screening.mhanational.org/content/am-i-bipolar-or-just-moody/?layout=actions_ah_topics pada tanggal 15 Juni 2022.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Costello, E. J., Koretz. D., & Kessler, R. C. (2009). National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): I. Background and measures. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(4), 367-379. Doi: 10.1016/j.jaac.2010.05.017.

- Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2006). The psychopathology and treatment of bipolar disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 199-235. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095332>
- Ramadhan, F., & Syahrudin, A. (2019). Gambaran Coping Stress Pada Individu Bipolar Dewasa Awal. *Jurnal Psikologi SKISO (Sosial Klinis Industri Organisasi)*, 1(1), 10-18. Diakses dari <https://uit.e-journal.id/JPS/article/view/160> pada tanggal 17 Juni 2022.
- Nolen, S. (2014). *Abnormal psychology* (3rd ed.). Boston: Mass McGraw-Hill.
- Widianti, E., Afriyanti., Saraswati, N. P. S. D., Utami, A., Nursyamsiah, L., Ningrum, V. C., ... Ustami, L. (2021). Intervensi pada remaja dengan bipolar disorder: Kajian literatur. *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ)*, 9(1), 79-94. Dikutip dari <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/6726> pada tanggal 13 Mei 2022.
- World Health Organization (WHO). (2019, November 28). Mental disorder. Dikutip dari <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> pada tanggal 13 Mei 2022.
- Semiun, Y. (2006). *Kesehatan mental 3: Gangguan-gangguan Mental yang sangat berat, simtomatologi, proses diagnosis, dan proses terapi gangguan-gangguan mental*. Yogyakarta: Kanisius.

RIWAYAT HIDUP PENULIS



Pingkan Evelin Eunike Laritmas lahir di Pematang Siantar. Pendidikan terakhir merupakan Sarjana Psikologi (S1) dan telah menyelesaikan Pendidikan S1 dari Fakultas Psikologi Universitas Kristen Satya Wacana (UKSW). Saat ini, sedang menjalani S2 di Fakultas Psikologi Program Studi Magister

Psikologi Profesi Universitas Kristen Maranatha. Fokus peminatan dalam S2 Profesi yang sedang dijalani saat ini adalah Klinis Dewasa. Pada tahun 2020 memiliki pengalaman *internship* di Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah. Memiliki pengalaman berorganisasi saat S1 sebagai Staf Sekretaris pada Senat Mahasiswa Fakultas (SMF) Fakultas Psikologi dari tahun 2017-2018.