

2. TINJAUAN LITERATUR

Pada bab ini akan dijelaskan mengenai landasan teori serta penjelasan para ahli yang berkaitan dengan masalah yang diangkat. Adapun teori-teori tersebut adalah gambaran mengenai gangguan bipolar secara umum, meliputi penjelasan tiap episode yang terjadi, perspektif terjadinya gangguan bipolar, penanganan yang selama ini dilakukan, pemulihan dari gangguan bipolar dan dukungan sosial.

2.1. Gangguan Bipolar

2.1.1. Definisi Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar merupakan suatu gangguan yang ditandai dengan perubahan *mood* antara rasa gembira yang ekstrem dan depresi yang parah (Nevid, Rathus & Greene, 2003). *American Psychology Association* (2000) mendefinisikan gangguan bipolar sebagai gangguan yang disertai satu atau lebih episode manik atau hipomanik, lalu digantikan dengan episode depresi mayor dengan jeda periode *mood* yang normal. Secara umum, gangguan bipolar didefinisikan sebagai gangguan perubahan *mood* yang drastis, dimana di dalamnya terdapat episode manik yang terjadi selama beberapa waktu kemudian diganti episode depresi.

2.1.2. Episode Manik

Episode manik adalah suatu periode peningkatan euphoria yang tidak realistis, sangat gelisah, dan aktivitas yang berlebihan. Ditandai dengan perilaku yang tidak terorganisasi (Nevid, Rathus & Greene, 2003). Dalam keadaan manik, pengatur *mood* berubah ke 'tinggi'. Manik biasanya bertahap dan membutuhkan waktu beberapa minggu sampai berkembang penuh (Mondimore, 2006).

Mondimore (2006) membagi episode manik menjadi tiga tahap:

Tahap pertama: meningkatnya aktivitas motorik, meliputi meningkatnya kecepatan berbicara, kegiatan fisik, dominasi perasaan bahagia, namun sekaligus

mudah marah karena penderita banyak menuntut. Sangat terbuka, merasa sebagai orang besar dan terlalu percaya diri. Terkadang apa yang dipikirkannya tidak berkaitan. Mengalami peningkatan ketertarikan terhadap masalah seks, agama, perilaku menghabiskan uang, perilaku merokok, penggunaan telepon dan menulis surat. Beberapa penderita dapat menyadari perubahan *mood* tersebut dalam beberapa level dan menggambarannya sebagai perasaan 'going high', memiliki pikiran yang tajam dan perasaan seperti berada dalam pesawat. Dalam tahapan ini, penderita belum keluar dari kendali.

Tahap kedua: ada penekanan dalam kata-kata, peningkatan aktivitas pun masih berlanjut. Terkadang masih mengalami perasaan sangat bahagia, namun terjadi perubahan yang mencolok dengan meningkatnya perasaan tidak senang dan depresi. Penderita menjadi mudah marah, hal ini dilihat dari sikap yang membuka permusuhan dan kemarahan, diiringi dengan seringnya muncul perilaku menyerang. Kecepatan berpikir meningkat menjadi tidak terorganisir. Ketertarikan yang terdahulu menjadi lebih intens, perasaan sebagai orang besar sekarang jelas menjadi delusi.

Tahap ketiga: merasa putus asa, pukulan panik, merasa tidak memiliki harapan, penuh dengan hiruk pikuk, dan menjadi sering melakukan aktivitas aneh. Proses berpikirnya menjadi sulit untuk diikuti dan tidak logis. Delusinya aneh dan mulai muncul halusinasi (sekitar 1/3 dari penderita). Beberapa peneliti mengungkapkan tahapan ketiga dari episode manik, hanya akan dialami oleh penderita dengan gangguan bipolar. Pembagian tahapan manik di atas menjadi penting, untuk mengetahui seberapa tinggi tingkat keparahan penderita dengan episode manik yang dialaminya (Mondimore, 2006).

2.1.3. Episode Hipomanik

Hipomanik memiliki kesamaan dengan kondisi bahagia yang sangat besar dalam jenis manik, namun dengan tingkatan perkembangan yang lebih rendah (Mendel, 1881 dalam Mondimore, 2006). Hipomanik dapat dikatakan sebagai awal mula munculnya gejala manik, seperti perasaan sangat bahagia, meningkatnya level energi, berpikir dan berbicara dengan cepat, dan terkadang sedikit mudah marah (Mondimore, 2006).

2.1.4. Episode Depresi

Seseorang yang mengalami depresi akan didominasi perasaan sedih dan kehilangan, rasa penyesalan, dan merasa tidak memiliki harapan. Selain itu, gejala utama lainnya adalah kehilangan ketertarikan untuk melakukan aktivitas yang menyenangkan. Semuanya menjadi tidak menarik, menjemukan, dan membosankan. Depresi berat hampir selalu menyebabkan terjadinya perubahan pola tidur. Penderita dapat menjadi insomnia atau sebaliknya, tidur terlalu banyak. Dapat dilihat, seseorang yang depresi akan memiliki ritme rutinitas yang aneh dari kekacauan pola tidur dan perubahan *mood* sepanjang hari (Mondimore, 2006).

Seperti gejala manik, pada gejala depresi seseorang juga dapat mengalami delusi. Seorang yang depresi dapat mempercayai bahwa sesuatu yang sangat buruk atau menakutkan dapat terjadi di sekitar dirinya. Pada delusi *poverty*, seseorang meyakini bahwa mereka mengalami sensasi fisik yang sangat tidak nyaman sehingga menyebabkan depresi, seperti mereka merasa mengidap AIDS, kanker, atau penyakit buruk lainnya. Delusi *paranoid* merupakan sebuah keyakinan bahwa akan terjadi bahaya dari suatu kejahatan oleh setan atau sebuah kekuatan. Oleh karena itu mudah dipahami mengapa seseorang yang mengalami depresi mayor memiliki pikiran atau perilaku bunuh diri (Mondimore, 2006).

Halusinasi juga terjadi pada penderita depresi berat tapi tidak sesering pada episode manik. Halusinasi konsisten dengan sesuatu yang menakutkan seperti penderita melihat energi setan, kematian, tangan binatang, atau kerumunan monster. Selain itu penderita juga mendengar jeritan dan ratapan penganiayaan, makanannya menjadi air sabun atau ekstrimnya menjadi mayat dan jamur-jamuran (Mondimore, 2006).

2.1.5. Gejala-gejala Gangguan Bipolar

Penderita gangguan bipolar seakan-akan mengendarai sebuah *roller coaster* emosional, berayun dari satu ketinggian rasa girang ke kedalaman depresi tanpa adanya penyebab eksternal. Episode pertama dapat berupa manik atau depresi. Episode manik biasanya bertahan beberapa minggu hingga beberapa bulan, umumnya lebih singkat durasinya dan berakhir secara lebih tiba-tiba daripada episode depresi mayor (Nevid, Rathus & Greene, 2003).

DSM IV-TR (dalam Davidson, Neale, & Kring 2004) mengungkapkan kriteria dari episode manik, yaitu apabila terjadi *mood* yang tinggi selama satu minggu disertai sekurang-kurangnya tiga dari gejala di bawah ini:

- meningkatnya jumlah aktivitas saat bekerja, bersosialisasi, atau hubungan seksual
- secara tidak biasa sangat suka berbicara dengan intonasi yang cepat
- munculnya ide-ide yang beterbangan, atau pengaruh subjektif pemikiran yang berlarian
- berkurangnya kebutuhan untuk tidur
- meningkatnya rasa percaya diri, meyakini bahwa memiliki satu talenta khusus, kekuatan, dan kemampuan
- perhatian sangat mudah teralihkan
- keterlibatan yang berlebihan dalam aktivitas yang menyenangkan

Kriteria dalam episode depresi menurut DSM IV-TR (dalam Davidson, Neale, & Kring 2004), yaitu merasa sedih dan depresi hampir sepanjang hari setiap hari dalam dua minggu, atau kehilangan semangat dan kegembiraan melakukan aktivitas sehari-hari, disertai sekurang-kurangnya empat gejala di bawah ini:

- insomnia, tidak bisa tidur, tidak bisa tidur kembali setelah terbangun saat tengah malam, dan bangun dengan segera di pagi hari.
- Perubahan level saat beraktivitas menjadi lesu atau menarik diri
- Nafsu makan berkurang, berat badan berkurang atau sebaliknya
- Kehilangan energi dan mudah lelah
- Memiliki konsep diri yang negatif, mencela dan menyalahkan diri sendiri, merasa tidak berharga dan gelisah
- Susah untuk berkonsentrasi
- Memiliki pikiran untuk bunuh diri

2.1.6. Kriteria Diagnostik Gangguan Bipolar

Klasifikasi diagnostik memiliki dua tujuan utama dalam pengobatan. Pertama untuk memprediksi rangkaian gangguan dan kedua membantu klinisian untuk menentukan *treatment* yang paling efektif (Mondimore, 2006).

2.1.6.1. Bipolar I

Bipolar I menunjukkan jenis klasik dari gangguan bipolar, dengan ciri-ciri mengalami episode manik penuh (*full-blown manic*) dan mendalam, melumpuhkan depresi. Pola dan ritme dari episode-episode *mood* yang abnormal terlihat berubah dan sangat meluas. Gejala bipolar I biasanya dimulai pada akhir remaja atau awal usia dua puluhan. Selama dalam rangkaian gangguan, bipolar I dapat kambuh dan berkurang, gejala-gejalanya dapat datang dan pergi secara tiba-tiba. Hal ini menyebabkan gangguan ini sulit untuk didiagnosis, ditanggulangi dan juga sulit dipelajari (dalam Mondimore, 2006).

Panjangnya durasi serangan pada setiap orang sangat bervariasi. Banyak orang menunjukkan mengalami episode depresi selama beberapa minggu atau bulan, lalu berganti menjadi episode manik yang dialami selama beberapa bulan juga. Beberapa penelitian menunjukkan penderita yang mengalami pergantian *mood* dari depresi menjadi manik lebih susah untuk diatasi dari pada sebaliknya (Koukopoulos, 1995 dalam Mondimore, 2006).

Bipolar I adalah gangguan klasik manik depresif, dengan perkembangan penuh episode manik dan episode depresi berat. Selain itu juga ditandai dengan lamanya periode 'hibernasi' yang ditandainya dengan menghilangnya gejala-gejala selama beberapa waktu (Mondimore, 2006).

2.1.6.2. Bipolar II

Bipolar II ditandai dengan penuhnya perkembangan episode depresi dan episode hipomanik. Penderita mengalami depresi yang berat, namun ketinggian itu tidak pernah berkembang menjadi manik. Bipolar II bukan merupakan sebuah pendahuluan gangguan 'full blown' *manik depressive*. Kedua gangguan tersebut terlihat jelas sebagai dua buah gangguan yang berbeda (dalam Mondimore, 2006).

2.1.6.3. *Cyclothymic Disorder*

Gangguan *cyclothymic* ditandai dengan frekuensi periode pendek (hari atau minggu) dari gejala depresi dan hipomanik yang dipisahkan oleh periode normal (yang cenderung pendek juga antara hari sampai minggu). Dengan kata lain, penderita tidak mengalami perkembangan penuh depresi mayor atau episode manik (Mondimore, 2006).

Emil Kraepelin menyatakan temperamen *cyclothymic* ditandai dengan frekuensi seseorang mengalami lebih atau kurang fluktuasi keadaan psikis, menjadi sisi manik atau sisi depresi (Kraepelin dalam Mondimore, 2006).

Seseorang dengan gangguan *cyclothymic* digambarkan sebagai keadaan konstan dua *mood* berlawanan yang selalu terombang-ambing, kadang gembira sampai mencapai langit, terkadang diliputi kesedihan seperti mau mati. Hari ini riang, berseri-seri, menikmati hidup, banyak berinisiatif, setelah beberapa waktu mereka menjadi depresi, terlihat lelah, kehilangan selera humor, setelah beberapa lama mereka akan kembali seperti riang seperti diawal (Kraepelin dalam Mondimore, 2006).

2.1.7. Penderita Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar biasanya berkembang sekitar usia 20 tahun, baik laki-laki ataupun perempuan (Goleman, 1994c dalam Nevid, Rathus & Greene, 2003). Biasanya penderita bipolar perempuan lebih sering mengalami episode depresi daripada episode manik dibandingkan penderita bipolar laki-laki (Leibenluft, 1996 dalam Davidson, Neale, & Kring 2004).

Myers et al. (1984, dalam Davidson, Neale, & Kring 2004) mengatakan umumnya terdapat 1% penderita bipolar dari sebuah populasi. Sebuah penelitian mengungkapkan hanya sekitar satu dari tiga orang dengan gangguan bipolar yang mendapatkan penanganan (Goleman, 1994c dalam Nevid, Rathus & Greene, 2003). Sayangnya sekitar satu dari lima orang yang tidak mendapat penanganan kemudian melakukan bunuh diri (Hilts, 1994 dalam Nevid, Rathus & Greene, 2003).

2.1.8. Perspektif Terjadinya Gangguan Bipolar

2.1.8.1. Pandangan Psikodinamis

Kejadian traumatis yang penuh tekanan dapat memainkan peran penting dalam siklus gangguan bipolar, meski mungkin tidak dalam onset gangguan tersebut (Hammen & Gitlin, 1997; Miklowitz & Alloy, 1999 dalam Nevid, Rathus & Greene, 2003).

Menurut pandangan psikodinamika, gangguan bipolar mewakili dominasi yang berubah-ubah dari kepribadian individu antara ego dan superego. Dalam fase depresi, superego adalah dominan, memproduksi kesadaran yang berlebihan atas kesalahan-kesalahan, dan membanjiri individu dengan perasaan bersalah dan ketidakberhargaan. Setelah beberapa waktu, ego muncul kembali dan mengambil alih supremasi, memproduksi perasaan girang dan *self-confidence* yang menandai fase manik. Ekshibisi ego yang berlebihan nantinya akan memicu kembalinya rasa bersalah, sekali lagi menenggelamkan individu ke dalam depresi (Nevid, Rathus & Greene, 2003).

2.1.8.2. Genetik

Gangguan bipolar besar kemungkinannya merupakan sebuah penyakit keturunan (Gershon et al. 1982, dalam El-Mallakh & Ghaemi, 2006). Beberapa penelitian menunjukkan apabila saudara kandung menderita gangguan bipolar maka 5%-10% saudara yang lain menderita gangguan yang sama, apabila saudara kembar dengan satu zigot kemungkinannya bertambah besar menjadi 47%-70% (Craddock & Jones, 1999, El-Mallakh & Ghaemi, 2006).

2.1.8.3. Pengaruh Lingkungan

Miklowitz (2002) mengatakan bahwa lingkungan dapat menjadi salah satu faktor penyebab timbulnya gangguan bipolar. Salah satu situasi lingkungan yang berpotensi menyebabkan gangguan adalah perubahan hidup besar yang dialami seseorang. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa peristiwa hidup seperti menikah, mempunyai anak, mendapat atau kehilangan pekerjaan, kehilangan orang yang dicintai dapat menjadi pemicu munculnya gangguan bipolar (Johnson & Robert, 1995 dalam Miklowitz, 2002). Konflik dengan *significant other* juga

berperan memunculkan gangguan bipolar. Dari sebuah penelitian diperoleh hasil bahwa konflik di antara keluarga dapat memicu munculnya perilaku manik atau depresi (O'Connell et al., 1991; Priebe et al., 1989; Honig et al., 1997 dalam Miklowitz, 2002). *Significant other* pun tidak hanya keluarga, namun termasuk di dalamnya kekasih, teman, atau atasan di kantor (Miklowitz, 2002).

2.1.9. Penanganan Terhadap Gangguan Bipolar

2.1.9.1. Obat-obatan Farmakologi

a. Litium

Litium efektif dalam menstabilkan *mood* orang yang menderita gangguan bipolar dan dalam mengurangi episode-episode kambuh dari maniak dan depresi (Baldessarini & Tondo 2000; Grof & Alda, 2000 dalam Nevid, Rathus & Greene, 2003). Namun litium umumnya lebih efektif dalam menangani simptom-simptom manik daripada depresi (Sachs dkk., 1994 dalam Nevid, Rathus & Greene, 2003). Orang dengan gangguan bipolar kemungkinan perlu menggunakan litium secara terus-menerus untuk mengontrol perubahan *mood*-nya (Nevid, Rathus & Greene, 2003).

b. Obat Anti Konvulsan

Obat antikonvulsan juga digunakan untuk menstabilisasi *mood* dan menghilangkan simptom-simptom manik pada orang dengan gangguan bipolar (Alao & Dewan, 2001; Baldessarini, Tohen, & Tondo, 2000; Bowden dkk., 2000 dalam Nevid, Rathus & Greene, 2003). Obat antikonvulsan dapat memberikan manfaat dalam menangani penderita gangguan bipolar yang tidak berespon pada litium maupun yang tidak dapat menoleransi litium karena efek sampingnya. Obat antikonvulsan biasanya menyebabkan efek samping yang lebih ringan daripada litium. (Bowden dkk., 2000; Tohen dkk., dalam Nevid, Rathus & Greene, 2003).

c. Carbamazepine

Carbamazepine disebut juga sebagai obat anti epilepsi. *Carbamazepine* merupakan anti konvulsan agen. Saat ini, obat ini telah menjadi alternatif apabila litium tidak dapat bekerja dengan baik. Dapat digunakan untuk mengobati manik

akut dan juga untuk terapi profilaksi. Efek sampingnya tidak banyak bahkan lebih sedikit dibandingkan litium. Cara kerja obat ini tidak jelas, tetapi mungkin dengan cara menurunkan sensitivitas otak untuk episode berulang dari peralihan pikiran (*mood swing*). Mekanisme tersebut sama dengan efek antikonvulsan. *Carbamazepine* digunakan sebagai stabilisator pikiran. Dosisnya mulai dari 200mg per hari, dan jika perlu dapat ditingkatkan (Katzung, 1998).

Efek samping yang sering ditemui adalah menyebabkan diplopia (kelainan di mata), ataksia, keluhan pencernaan, gelisah, dan apabila dengan dosis tinggi menyebabkan mengantuk (Champe, 1997).

d. Chlorpromazine HCL (CPZ)

Klorpromazin merupakan obat-obatan neuroleptic. Obat ini digunakan untuk menterapi gangguan schizophrenia, juga efektif untuk gangguan psikosis, seperti manik dan delirium. Efek samping dari obat ini adalah menyebabkan dampak antikolinergic, meliputi gangguan penglihatan, mulut kering, efek ketenangan (sedasi), mengalami kebingungan, susah buang air kecil dan besar, tremor, tekanan darah rendah dan seksual disfungsi (Champe, 1997).

e. Trihexyphenidyl

Obat ini berfungsi untuk mendorong terjadinya perubahan *mood*. Salah satu efek sampingnya adalah kekeringan di mulut dan gangguan penglihatan (Champe, 1997).

2.1.9.2. Intervensi Psikologi

Seperti unipolar depresi, tekanan hidup berperan besar menyebabkan terjadinya *mood swings* pada penderita gangguan bipolar (Johnson & Miller, 1997; Malkoff-Schwartz et al., 1998, dalam Davidson, Neale, & Kring 2004). Johnson dkk. (1999) menemukan bahwa dukungan sosial diprediksi mampu mempercepat proses pemulihan dengan menurunkan gejala-gejala depresi. Sebuah penelitian kecil membuktikan bahwa pemberian pengetahuan mengenai gangguan bipolar dan cara menanganinya dapat meningkatkan kepatuhan penderita untuk mengkonsumsi obat-obatan seperti litium yang membantu mengurangi *mood*

swings sehingga *mood* penderita menjadi lebih stabil (Craighead et al., 1998; Peet & Harvey, 1991; Van Gent, 2000, dalam Davidson, Neale, & Kring 2004). Namun, umumnya penderita tidak dapat mempertahankan keteraturan meminum obat, karena merasa telah sembuh dan salah memahami proses pemulihan. Oleh karena itu untuk meningkatkan kepatuhan meminum obat, dukungan dari keluarga, teman, dapat berperan penting untuk mengurangi perubahan emosi pada penderita dan diharapkan dapat mengurangi tekanan yang dirasakan penderita (Craighead et al., 1998; Bland & Harrison 2000 dalam Davidson, Neale, & Kring 2004) selain itu juga dengan pemberian pengetahuan kepada keluarga mengenai gangguan bipolar, menciptakan suasana kerja yang menyenangkan, mengurangi tekanan di rumah, dan melanjutkan pengobatan untuk menjaga kestabilan *mood* pada penderita (Glick et al., 1991; Wang et al., 2000, dalam Davidson, Neale, & Kring 2004). Blairy et al (2004) menambahkan penderita bipolar memiliki kepercayaan diri yang rendah yang dipasangkan dengan kontrol diri. Hal ini dapat ditingkatkan dengan beberapa jenis psikoterapi. Beberapa jenis intervensi psikologis diantaranya:

- a. *Family-Focus Treatment (FFT)*
- b. *Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT)*
- c. *Cognitive-Behavioral Therapy*
- d. *Psychotherapy Treatment Of Nuclear Symptom and Associated Problems*

Intervensi psikologi menunjukkan kegunaan dalam meningkatkan beberapa kondisi inti yang serius, seperti kambuh (Colom et al. 2003a; Lam et al. 2003 dalam El-Mallakh & Ghaemi, 2006).

Terdapat beberapa masalah yang sering berasosiasi dengan gangguan bipolar yang menambah rusak kualitas hidup seseorang dan perlu mendapat perhatian khusus. Penderita dapat melarikan diri dari masalahnya selama mereka menyesuaikan diri dengan diagnosis; reaksi umum saat menerima diagnosis gangguan berat adalah menolak, marah, mengalami pertentangan dalam diri, dan kecemasan (Goodwin & Jamison 1990 dalam El-Mallakh & Ghaemi, 2006). Ini penting bagi klinisian untuk melakukan pendekatan agar dapat meningkatkan kesadaran mengenai gangguan, kepatuhan kepada treatment dan menghindari

masalah dengan harga diri (Colom & Vieta 2002a, 2002b dalam El-Mallakh & Ghaemi, 2006). Masalah lain yang harus diperhatikan adalah perasaan kehilangan dan kesedihan setelah kehilangan objek nyata atau abstrak seperti pekerjaan, status pekerjaan, status ekonomi, dan kehilangan hubungan cinta juga dukungan keluarga (El-Mallakh & Ghaemi, 2006). Salah satu contoh kehilangan abstrak seperti kesedihan karena kehilangan diri yang sehat, yang semakin sering terasa selama kecemasan penderita berlebihan melebihi gangguan itu sendiri.

2.1.10. Relapse

Menurut Weber & Weber (2001), *relapse* adalah suatu keadaan dimana penderita kembali kepada keadaan awal sesudah menunjukkan kemajuan dan perkembangan.

Beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya *relapse*, seperti tekanan lingkungan dan penyalahgunaan obat. Penderita gangguan bipolar yang baru keluar dari rumah sakit akan lebih cepat kambuh kembali jika iklim di rumah terasa menyerang (Miklowitz et al., 1996 dalam Davidson, Neale, & Kring 2004). Penyalahgunaan obat-obatan juga dapat dijadikan prediktor *relapse* (LeDuc & Mittleman; Ayuso-Gutierrez & del Rio Vega, dalam Hirsch & Weinberger, 2003).

Seperti gangguan depresi mayor, gangguan bipolar cenderung kambuh lagi, lebih dari 50% dari kasus yang ditemukan memiliki empat atau lebih episode (Goodwin & Jamison, 1990 dalam Davidson, Neale, & Kring 2004). Beratnya gangguan ini ditandai dengan fakta bahwa dua belas bulan setelah keluar dari rumah sakit, 76% pasien mengalami kerusakan yang cepat dan 52% mengalami perubahan episode *mood* secara terus-menerus (Keck et al., 1998 dalam Davidson, Neale, & Kring 2004)

2.1.11. Compliance

Sejauh mana seorang penderita patuh terhadap nasehat-nasehat yang diberikan oleh ahli medis sangatlah berperan dalam kesembuhan penderita itu sendiri. Buchanan (1996) mengatakan *compliance* adalah sebuah kesadaran dimana seorang penderita mencari pengobatan, dengan derajat sejauh mana dia patuh untuk mengikuti instruksi pengobatan dan kerelaannya untuk tinggal di

rumah sakit setelah masuk. *Compliance* merupakan keadaan dimana tingkah laku seseorang sama dengan nasehat tim medis (Haynes, dalam Buchanan 1996).

Berdasarkan definisi di atas, terdapat dua hal penting mengenai *compliance*, yaitu kemauan seseorang untuk bersikap patuh terhadap instruksi-instruksi medis yang diberikan kepadanya, dimana kemudian kemauan ini akan mendukung segala perilakunya.

2.1.12. Recovery

Gangguan bipolar merupakan sebuah gangguan yang kompleks. Gangguan ini dapat mempengaruhi dan berdampak pada semua aspek kehidupan penderita. Oleh karena itu untuk memulihkan seseorang dari gangguan bipolar, diperlukan intervensi multi aspek (Lam & Wong, 2005 dalam Straughan & Buckenham, 2006).

Coleman (1999 dalam Straughan & Buckenham, 2006) mengatakan bahwa kemampuan seseorang untuk memelihara kondisi yang stabil sama artinya dengan pulih. Jika gangguan mental sering diartikan sebagai hilangnya citra diri, kebermaknaan hidup, dan harapan, pemulihan adalah keadaan seseorang yang memperoleh kembali kendali atas hidupnya dan pulihnya keyakinan pada dirinya (Repper & Perkins, 2003 dalam Straughan & Buckenham, 2006). Dalam pendekatan terapeutik, *treatment non spesifik* berperan penting dalam proses pemulihan. Harapan adalah landasan kuat pendekatan pemulihan (Copeland, 1992; 1997 dalam Straughan & Buckenham, 2006).

Pemulihan jangka panjang merupakan peningkatan yang terjadi pada penderita dari 'korban pasif' dari sebuah penyakit menjadi agen yang lebih aktif, dalam usaha untuk menguasai dampak sekunder yang negatif, meliputi kerawanan untuk kambuh kembali. Pencarian makna seseorang, pengembangan rasa percaya diri, keinginan bangkit dari rasa sakit, mampu menikmati dan merasa sejahtera, harapan dan sikap optimis adalah seluruh bagian dari proses pemulihan (Mueser et al, 2002 dalam Straughan & Buckenham, 2006).

Para pakar kesehatan mental juga melengkapi maksud pemulihan sebagai kembali kepada keadaan sebelum terjadinya pikiran yang tidak wajar. Pulih menunjukkan hubungan sosial yang lebih positif walaupun masih memungkinkan

terjadinya gejala-gejala gangguan (Warner, 1994 dalam Straughan & Buckenham, 2006). Lebih lanjut lagi *The Recovery Advisory Group's Model* memaparkan enam tahapan menuju kesehatan mental yaitu pertama mengalami penderitaan mental, kedua bangkit, lalu mampu memahami sesuatu, selanjutnya rencana tindakan, dan yang terakhir tekad untuk mencapai sehat mental (Ralph, 1999 dalam Straughan & Buckenham, 2006).

Mondimore (2006), menjelaskan beberapa hal yang dapat membantu proses pemulihan pada penderita bipolar, yaitu:

1. Menghadapi dan menerima gangguan bipolar

Penderita gangguan bipolar dapat melalui bertahun-tahun hidupnya dengan menolak dan marah terhadap gangguan yang dideritanya. Hal ini juga berpengaruh terhadap kepatuhan mereka meminum obat. Banyak yang menolak untuk meminum obat karena mereka merasa mereka tidak sakit. Mau menghadapi dan menerima hasil diagnosis, dapat menjadi langkah awal yang sangat signifikan yang dapat membantu proses pemulihan seseorang. (Mondimore, 2006).

2. Melatih memelihara dan mengendalikan *mood*

Melatih memelihara dan mengendalikan *mood* disini berarti kemampuan mengelola stres dan mengatur gaya hidup. Kemampuan melatih memelihara dan mengendalikan *mood* diperlukan sebagai upaya pencegahan terhadap *relapse* (Mondimore, 2006).

Beberapa sumber stres yang cukup serius adalah mengenai hubungan utama dan konflik pernikahan, masalah pekerjaan dan karir, dan masalah keuangan. Upaya-upaya yang dapat dilakukan untuk melatih memelihara dan mengendalikan *mood* adalah dengan membuat struktur dalam hidup, menetapkan jadwal personal meliputi jadwal kegiatan sehari-hari, tidak menunda-nunda pekerjaan, dan tidak mendekati minuman beralkohol dan obat-obatan terlarang (Mondimore, 2006).

3. Membangun *supporting system*

Orang-orang yang berperan penting dalam proses pemulihan adalah orang tua dan teman. Berusaha untuk mempercayai mereka dapat menjadi penolong penderita ketika mulai bersikap tidak wajar. Orangtua dan teman

dapat memberikan pandangan yang objektif mengenai sikap-sikap yang teramati dan perubahan *mood* yang terjadi pada penderita, baik yang disadarinya ataupun tidak (Mondimore, 2006).

4. Tidak menjadi ‘korban bipolar’

Berusaha untuk bersikap tidak terlalu meremehkan gangguan bipolar dan juga tidak menanggapinya dengan terlalu serius.

2.2. Dukungan Sosial

2.2.1. Definisi Dukungan Sosial

Menurut Baron dan Byrne (1991), dukungan sosial didefinisikan sebagai adanya pihak yang dapat diandalkan atau dipercaya. Pihak tersebut menyadari bahwa mereka peduli dan mencintai kita. Sejalan dengan definisi tersebut, Sarafino (1990, dalam Smet, 1994) mengatakan dukungan sosial mengacu pada kesenangan yang dirasakan, penghargaan akan kepedulian, atau membantu orang menerima orang atau kelompok lain.

House (dalam Smet, 1994) memperluas definisi dukungan sosial dengan membedakannya menjadi lima dimensi yang meliputi:

1. Dukungan emosional: mencakup ungkapan empati, kepedulian, dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan
2. Dukungan penghargaan: terjadi melalui ungkapan hormat (penghargaan) positif untuk orang lain, dorongan majun atau persetujuan atas gagasan atau perasaan individu, dan perbandingan positif seseorang dengan orang lain
3. Dukungan instrumental: mencakup bantuan secara langsung, seperti ketika orang-orang memberikan pinjaman uang kepada orang lain atau menolong dengan membantu menyelesaikan pekerjaan orang lain ketika orang itu sedang tertekan
4. Dukungan informatif: mencakup pemberian nasehat, petunjuk, saran, atau umpan balik.
5. *Network support*: menimbulkan perasaan menjadi suatu bagian di dalam suatu kelompok tertentu, seperti kelompok yang mempunyai minat atau terlibat dalam suatu aktivitas sosial tertentu.

2.2.2. Sumber Dukungan Sosial

Sumber dukungan merupakan dimensi yang penting dalam konsep dukungan itu sendiri (Thoits, 1982). Sumber dukungan dapat diperoleh melalui hubungan sosial dengan individu lain, anggota keluarga, dan lingkungan masyarakat yang lebih luas. Orford (1992, dalam Taylor 2006) berpendapat bahwa sumber dukungan yang terbesar datangnya dari orang-orang yang berarti (*significant other*) dan memiliki kedekatan emosional seperti pasangan jika sudah menikah, pacar atau sahabat maupun rekan kerja dan atasan.

Keluarga adalah tempat seseorang pertama kali bersosialisasi. Ketika stres, keluarga dapat memberikan dukungan secara emosional, seperti memberikan perhatian terhadap masalah yang sedang dihadapi atau dengan mendengarkan apa yang dikeluhkan orang tersebut. Orang terdekat lainnya adalah teman atau sahabat. Mereka juga dapat menjadi pendengar yang baik terhadap masalah yang dihadapi seseorang. Terkadang pendapat atau saran dari teman sebaya atau sahabat dekat lebih dapat diterima sebagai masukan yang berarti bagi orang tersebut.

Lingkungan pekerjaan dapat menjadi tempat yang dapat memberikan dukungan sosial pada seorang pekerja. Di lingkungan pekerjaan, rekan sejawat, supervisor ataupun atasan merupakan sumber dukungan. Melalui mereka, seseorang memperoleh *feedback*, informasi, nasehat, saran, ataupun pengarahan untuk mengatasi stresnya.

Hanya dengan bersama orang lain, kecemasan dapat berkurang (*emotional focus coping*). Teman-teman dan keluarga juga mungkin dapat membantu memecahkan masalah (*problem focus coping*). Kedua macam dukungan ini mempunyai efek positif terhadap aliran darah, kelenjar endokrin, dan sistem kekebalan (Uchino, Uno, & Holt-Lunstad, 1999 dalam Baron & Byrne, 2005). Selain itu, bercerita kepada orang lain juga dapat mengurangi perasaan-perasaan negatif (Clark, 1993 dalam Baron & Byrne, 2005).

Dukungan yang diberikan orang lain dapat diberikan dalam bentuk verbal maupun non-verbal (Gottlieb, 1983 dalam Smet 1994). Dalam bentuk verbal, dukungan diberikan dengan cara penyampaian informasi, saran, nasehat, atau penghargaan. Dukungan dalam bentuk non-verbal lebih banyak tampak dalam perilaku yang ditampilkan oleh orang lain, seperti menunjukkan bahwa dia

mendengarkan atau memberikan pengertian atau perhatian ketika seseorang mengalami tekanan atau masalah.

Jadi, sumber dukungan sosial dapat berupa bahasa verbal atau non-verbal yang ditunjukkan oleh orang-orang yang berarti di sekitar kita seperti keluarga, sahabat atau rekan kerja, yang berpengaruh positif terutama ketika kita dalam keadaan tertekan.

