

Penatalaksanaan Gangguan Afektif Bipolar Episode Kini Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik melalui Pendekatan Kedokteran Keluarga

Syahrizal¹, Muhammad Ridho Akbar Eljatin², Yurnailis³, Nurul Hanifah Lubis⁴

¹Bagian Family Medicine, Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, Indonesia

^{2,3,4}Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Syiah Kuala, Banda Aceh, Indonesia

Email: ¹syahrizalmedicine05@gmail.com, ²ridhoakbar@mhs.usk.ac.id, ³yurnailis.yn@gmail.com,

⁴nurul67@mhs.usk.ac.id

Abstract

Bipolar disorder is a group of affective or mood disorders characterized by depressive and manic or hypomanic periods. The prevalence of bipolar disorder is estimated to be around 10-15 per 100,000 individuals annually in the human population, with higher rates in women, which can reach up to 30 per 100,000. Comprehensive management with a family medicine approach is necessary to improve the quality of life of patients. Service activities are conducted using counseling/support for patients with bipolar affective disorder experiencing severe depressive episodes without psychotic symptoms, reviewed through self-report, collateral history, mental status examination, home visits, and secondary data obtained from patient medical records with the application of a holistic and comprehensive family medicine approach. The goal of counseling/support for patients is to increase disease awareness and improve the patient's quality of life. The results of service activities show better understanding of the disease by patients and medication adherence levels that impact therapy success. Holistic management with a family medicine approach is necessary to identify problems in various aspects and support therapy success as well as improve patient quality of life.

Keywords: Family Medicine Services, Holistic Management, Bipolar Affective Disorder.

Abstrak

Gangguan bipolar merupakan kumpulan gangguan afektif atau *mood* yang dicirikan oleh periode depresif dan manik atau hipomanik. Prevalensi gangguan bipolar diperkirakan mencapai 10-15 per 100.000 individu setiap tahun dalam populasi manusia, dengan angka yang lebih tinggi pada wanita yang dapat mencapai 30 per 100.000. Penanganan secara komprehensif dengan pendekatan kedokteran keluarga diperlukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Kegiatan pengabdian yang dilakukan menggunakan konseling/pendampingan pada pasien dengan gangguan afektif bipolar yang mengalami episode depresif berat tanpa gejala psikotik yang ditinjau melalui autoanamnesis, alloanamnesis, pemeriksaan status mental, kunjungan rumah, dan data sekunder yang diperoleh dari rekam medis pasien dengan penerapan pendekatan kedokteran keluarga yang holistik dan komprehensif. Tujuan dari konseling/pendampingan pada pasien yaitu untuk meningkatkan kesadaran akan penyakit dan memperbaiki kualitas hidup pasien yang lebih baik. Hasil kegiatan pengabdian menunjukkan pemahaman yang lebih baik pada pasien tentang penyakit dan tingkat kepatuhan berobat yang berdampak pada keberhasilan terapi. Penanganan holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga diperlukan untuk mengidentifikasi masalah pada berbagai aspek dan mendukung keberhasilan terapi serta peningkatan kualitas hidup pasien.

Kata Kunci: Pelayanan Kedokteran Keluarga, Penatalaksanaan Holistik, Gangguan Afektif Bipolar.

A. PENDAHULUAN

Gangguan bipolar adalah sekelompok gangguan afektif atau gangguan *mood*, yang ditandai dengan episode depresif dan manik atau hipomanik. Secara sederhana bipolar diibaratkan dengan adanya dua kutub ektrim emosi (manik dan depresi). Dua kutub yang berlawanan tersebut dapat berganti secara tiba-tiba. Pada saat episode manik seseorang akan merasa gembira yang berlebihan dan penderita bipolar akan menjadi sangat antusias, bersemangat, hiperaktif. Sebaliknya saat sedang dalam periode depresi maka akan merasakan

emosi sedih yang berlebihan dan penderita bipolar akan menjadi sangat pesimis, gelisah, sedih dan berputus asa bahkan muncul pikiran untuk mengakhiri hidup (Widianti *et al.*, 2021).

Gangguan bipolar umumnya teridentifikasi pada masa remaja atau dewasa muda dan dapat memberikan dampak negatif terhadap kualitas hidup pasien dan keluarganya. Pasien sering mengalami hambatan kognitif, kesulitan belajar, kendala dalam dunia kerja, masalah dalam hubungan interpersonal, disfungsi psikososial, kecacatan, masalah pernikahan, percobaan bunuh diri berulang, dan konsekuensi negatif dari penggunaan obat-obatan. (Shah, Grover and Rao, 2017).

Menurut klasifikasi PPDGJ III, gangguan afektif bipolar merupakan suatu kondisi suasana perasaan yang ditandai oleh adanya episode berulang (minimal dua episode) yang menghasilkan ketidakstabilan afek dan tingkat aktivitas, termanifestasi dengan peningkatan afek bersamaan dengan peningkatan energi dan aktivitas (mania atau hipomania), dan pada saat lain, mengalami penurunan afek bersamaan dengan penurunan energi dan aktivitas (depresi). Kesembuhan total antar episode umumnya terjadi, dengan episode manik cenderung berlangsung singkat (dari 2 minggu hingga 4-5 bulan) sementara episode depresi cenderung berlangsung lebih lama (rata-rata sekitar 6 bulan), meskipun jarang melebihi satu tahun, kecuali pada usia lanjut. Kedua jenis episode ini sering dikaitkan dengan peristiwa hidup yang berisiko tinggi atau trauma mental lainnya (stres bukan syarat wajib untuk diagnosis) (Maslim, 2013).

Jumlah kejadian gangguan bipolar dalam populasi diperkirakan berkisar antara 10-15 per 100.000 individu setiap tahun, dengan tingkat kejadian yang lebih tinggi pada wanita dan dapat mencapai 30 per 100.000. Kondisi ini dapat memengaruhi individu dari berbagai rentang usia, mulai dari anak-anak hingga lanjut usia. Saat ini, prevalensi gangguan bipolar di dalam populasi mencapai tingkat yang cukup signifikan, mencapai 1,3-3%. Prevalensi gangguan bipolar secara global adalah 2,4% di Amerika Serikat, Eropa, Asia, Timur Tengah, dan Selandia Baru. Gangguan bipolar menyebabkan menurunnya harapan hidup lebih dari 10 tahun, meningkatkan kemungkinan percobaan bunuh diri sebanyak 30 kali, dan membawa beban ekonomi yang berat (Maramis *et al.*, 2017; Atsira *et al.*, 2020).

Tipe bipolar dibagi menjadi bipolar I dan II dalam konteks kedokteran. Pada bipolar I, setidaknya harus ada satu episode manik selama perjalanan penyakit. Sementara pada bipolar II, tidak terdapat episode manik, melainkan hipomanik. Episode depresi ditandai dengan afek yang rendah dan gejala terkait, seperti kehilangan kesenangan dan penurunan energi. Episode manik dicirikan oleh afek yang elasi atau iritabel dan gejala terkait, termasuk peningkatan energi dan kurangnya kebutuhan tidur. Sementara itu, episode hipomanik menunjukkan gejala yang lebih ringan dan kurang jelas dibandingkan dengan episode manik (Ankit Jain and Mitra, 2023).

Penanganan gangguan bipolar melibatkan pendekatan farmakoterapi dan psikoterapi dalam praktik klinis. Pemberian farmakoterapi pada pasien dengan gangguan bipolar disesuaikan dengan jenis episode yang mereka alami. Pilihan farmakoterapi melibatkan penggunaan lithium karbonat atau antipsikotik atipikal. Psikoterapi mencakup aspek psikoedukasi dan intervensi psikososial sebagai bagian dari manajemen holistik gangguan ini (Zhao, 2022).

B. PELAKSAAN DAN METODE

Kegiatan pengabdian yang dilakukan dalam bentuk kunjungan rumah (*home visit*) menggunakan metode pendampingan/konsultasi yang berlokasi di tempat tinggal pasien di Kota Banda Aceh. Pemberian pendampingan/konsultasi sebanyak satu kali dengan sasaran pasien satu orang dan keluarga pasien. Rangkaian kegiatan pengabdian diawali dengan pemberian materi edukasi guna meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga penyakit hingga penatalaksanaan yang bertujuan untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan serta memaksimalkan kualitas hidup pasien melalui pendekatan keluarga. Kegiatan dilanjutkan dengan mengumpulkan data pasien dan keluarga yang terhimpun mencakup data primer dan sekunder. Pengumpulan data primer dilakukan melalui anamnesis, baik secara autoanamnesis maupun alloanamnesis dan pemeriksaan fisik. Wawancara mendalam juga dilakukan untuk melengkapi informasi keluarga, serta data psikososial dan lingkungan. Kegiatan pengabdian dilakukan secara holistik, mencakup tahapan dari diagnosis awal, proses, hingga akhir. Pada akhir kegiatan, pasien didiagnosis dengan gangguan afektif bipolar episode kini depresi berat tanpa gejala psikotik berdasarkan pemeriksaan klinis. Selanjutnya dilakukan intervensi pada pasien dengan pendekatan kedokteran keluarga. Pendekatan intervensi yang akan dilakukan terbagi menjadi menjadi *patient centered*, *family focused*, dan *community oriented*. Pada *patient centered* dilakukan pemberian obat dan *Cognitive Behavior Therapy* (CBT) atau bahkan dilakukan psikoterapi. Pada *family focused* bertujuan untuk menjelaskan pada keluarga mengenai penyakit pasien dan pada *community oriented* dengan memberikan edukasi dan informasi kepada komunitas mengenai penyebab, gejala dan pengobatan terhadap pasien. Hal ini bertujuan agar keluarga dan masyarakat dapat

berperan aktif dalam mendukung aktivitas sehari-hari pasien, memastikan ketaatan pasien terhadap pengobatan, dan menciptakan lingkungan sosial yang mendukung pasien dalam berinteraksi dengan tetangga, sehingga mengurangi stigmatisasi dan isolasi sosial yang mungkin dialami oleh pasien.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan pengabdian berupa kunjungan rumah (*home visit*) dilakukan pada pasien setelah pasien dibawa oleh keluarga ke dokter. Awalnya, seorang pasien laku-laki berinisial Tn. M usia 21 tahun datang ke Klinik Cempaka Lima Banda Aceh di antar oleh ibunya yang mengeluhkan anaknya memiliki keinginan untuk mengakhiri hidup yang dilihat dari banyak goresan luka di tangan. Pasien merupakan seorang mahasiswa tingkat akhir yang sedang menyelesaikan skripsi di salah satu Universitas terkemuka di Aceh, saat pengerjaan skripsi pasien memiliki tekanan yang sangat besar. Sebelumnya pasien juga pernah merasakan hal yang sama yaitu kesedihan yang berlarut sekitar 2 tahun yang lalu, kemudian keluhan sedih tanpa sebab ini hilang tanpa pengobatan dan 1 tahun yang lalu pasien merasa bersemangat, sulit tidur, dan memiliki banyak ide baru yang bermunculan.

Pasien tidak mendengar adanya bisikan-bisikan maupun bayangan roh. ini menunjukkan bahwasanya tidak ada gejala psikosis yang dialami pada pasien. Pasien menyadari bahwa dirinya sakit. Menurut keluarga, pasien sering menyendiri di kamar, sulit diajak berbicara, sering menangis tanpa sebab dan sulit untuk tidur, serta sering murung dalam waktu yang lama. Pasien hanya berdiam diri di kamar dan tidak ingin bersosialisasi dengan orang lain karena pasien merasa tidak ada semangat untuk hidup lagi. Namun menurut keluarga juga, pasien sering terlihat bahagia berlebihan, bergairah yang tidak wajar dan mampu untuk melakukan kegiatan ataupun merealisasikan ide-ide yang berlebihan yang dialami. Keluhan yang dialami pasien terjadi dalam 2 tahun terakhir, temuan klinis pada pasien memenuhi kriteria umum diagnostik gangguan afektif bipolar episode kini depresi berat tanpa gejala psikotik (ICD 10: F31.4).

Gangguan afektif bipolar bersifat episode berulang (sekurang-kurangnya 2 episode) dimana terjadi peningkatan afek yang disertai dengan penambahan energi dan aktivitas (manik) kemudian pada waktu lain terjadi penurunan afek disertai pengurangan energi dan aktivitas, diantara dua episode tersebut terdapat fase normal. (PPDGJ III). Saat ini pasien berada pada kondisi episode depresi berat ditandai dengan afek depresif pada pasien bahkan melakukan percobaan bunuh diri, kehilangan minat, berukurangnya semangat, energi pada pasien sehingga terjadi penurunan aktivitas (Maslim, 2013).

Gangguan bipolar, yang juga dikenal sebagai gangguan manik depresi, merupakan suatu kondisi *mood* yang ditandai oleh fluktuasi ekstrem antara euforia hingga depresi berat, dan diperantara oleh periode *mood* yang normal (eutimik). Meskipun setiap orang dapat mengalami perubahan suasana hati dari yang baik (*mood high*) menjadi buruk (*mood low*), orang yang mengidap gangguan bipolar mengalami perubahan *mood* yang sangat drastis (*mood swings*). Seorang dengan gangguan bipolar suatu ketika dapat mengalami periode euphoria dan antusiasme yang tinggi (mania), namun ketika *mood*-nya berubah menjadi negatif, mereka bisa mengalami depresi yang dalam, pesimisme, rasa putus asa, dan bahkan memiliki keinginan untuk bunuh diri (Martha Furi, 2014). Menurut USA Government's National Institute of Mental Health (NIMH), gangguan bipolar tidak berasal dari satu faktor tunggal, melainkan dipengaruhi oleh sejumlah faktor yang bekerja bersama-sama untuk menyebabkan perkembangan penyakit ini. Gangguan bipolar dapat berdampak pada berbagai aspek kehidupan seseorang, termasuk kemampuan di berbagai bidang, kesehatan secara keseluruhan, hubungan sosial, dan gaya hidup (NIMH, 2012).

Pemeriksaan fisik menunjukkan keadaan umum pasien tampak sakit ringan, kesadaran compos mentis, tekanan darah 115/78 mmHg, frekuensi nadi 80x/menit, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 36,5 °C, berat badan 50 kg, tinggi badan 165 cm, dan Indeks Masa Tubuh 18,4 kg/m², status gizi normal. Pemeriksaan fisik secara menyeluruh tampak normal dan tidak ada kelainan.

Penilaian status mental yang dilakukan saat kunjungan rumah menunjukkan pasien berjenis kelamin laki-laki menunjukkan fisik pasien sesuai jenis kelamin dengan postur tubuh yang tinggi, rambut hitam pendek lurus, kuku yang terawat, dan kulit dengan warna sawo matang. Penampilan pasien sesuai dengan usianya, dengan pakaian rapi yang terdiri dari kaos. Dalam hal perilaku dan aktivitas psikomotor, pasien terlihat duduk tenang, sesekali menggunakan gerakan tangan untuk menjelaskan, dan menunjukkan kontak mata yang memadai. Tidak terdapat gerakan involuntary lainnya, dan pasien menunjukkan sikap yang kooperatif selama wawancara. Ketika berbicara, pasien menunjukkan pembicaraan yang spontan, relevan, dengan artikulasi yang baik, intonasi sedang, volume suara yang cukup, dan kualitas serta kuantitas bicara yang memadai. *Mood* pasien terlihat depresif, dengan ekspresi afek yang terbatas, namun *mood* dan afek sesuai satu sama lain. Dalam hal persepsi, pasien berada dalam batas normal tanpa adanya halusinasi, ilusi,

depersonalisasi, atau derealisasi. Bentuk pikir pasien terlihat realistik, dengan aliran pikir yang lancar, tanpa adanya waham, obsesi, atau fobia.

Orientasi pasien terhadap situasi, waktu, tempat, dan orang tampak baik. Daya ingat pasien, baik itu segera, jangka pendek, jangka sedang, dan jangka panjang, juga tergolong baik. Kemampuan membaca dan menulis pasien juga baik. Pasien menunjukkan konsentrasi dan perhatian yang baik, serta kemampuan visuospatial, kalkulasi, abstraksi, dan kecerdasan informasi sesuai dengan tingkat pendidikan pasien. Pengendalian impuls pasien terlihat baik, dan pasien dapat mengendalikan emosinya selama wawancara. Pasien juga menunjukkan daya nilai sosial dan kemampuan untuk membantu dirinya sendiri, dengan skor tilikan derajat 5 menunjukkan bahwa pasien menyadari kondisinya yang sakit dan mengetahui penyebabnya, meskipun tidak selalu menerapkannya.

Taraf dapat dipercaya, pasien dapat dipercaya. Pada pemeriksaan mental pasien sesuai dengan kriteria diagnosis gangguan afektif bipolar episode kini depresif berat tanpa gejala psikotik yaitu ditemukan gangguan *mood* pada pasien yang berulang dalam 2 tahun terakhir dengan terdapat fase normal diantara fase mania dan depresi. gejala depresi juga disertai dengan percobaan bunuh diri. Penatalaksanaan pasien ini dilakukan dengan pendekatan kedokteran keluarga melalui pembinaan dan intervensi.

Selanjutnya dilakukan intervensi pada pasien dengan pendekatan kedokteran keluarga. Pendekatan intervensi yang akan dilakukan terbagi menjadi menjadi *patient centered*, *family focused*, dan *community oriented*. Pada *patient centered* dilakukan di rumah pasien dengan kegiatan sambung rasa dan *informed consent* meminta kesediaan pasien dan keluarganya untuk dijadikan keluarga binaan *serta Cognitive Behavior Therapy* atau bahkan dilakukan psikoterapi. Pada *family focused* bertujuan untuk menjelaskan pada keluarga mengenai penyakit pasien dan pada *community oriented* dilakukan secara langsung di puskesmas dengan memberikan edukasi dan informasi kepada komunitas mengenai penyebab, gejala dan pengobatan terhadap pasien. Sehingga keluarga dan masyarakat dapat membantu pasien dalam kegiatan sehari-hari dan mengingatkan pasien untuk meminum obat, serta pasien sudah mau bersosialisasi dengan tetangga dan tetangga pasien tidak lagi mengucilkan pasien.



Gambar 1. Kegiatan pengabdian dengan pendekatan intervensi yang akan meliputi *patient centered*, *family focused*, dan *community oriented*.

Setelah dilakukan penanganan holistik dengan pendampingan/konseling pasien dan keluargamelibatkan pendekatan medikamentosa dan non-medikamentosa, termasuk aspek *patient-centered*, *family-focused*, dan *community-oriented*, ditemukan adanya perbaikan dengan keluhan pasien. Hal ini ditandai dengan berkurangnya keluhan sedih tanpa sebab serta keluhan sulit tidur yang awalnya dikeluhkan pasien. Pasien mengaku saat ini *mood* pasien tidak mengalami perubahan yang drastis. Pasien juga merasa adanya peningkatan pengetahuan dalam penggunaan obat dan cara penanggulangan gejala yang timbul. Keluarga pasien juga merasa lebih mengenal kondisi pasien dan cara pengobatan. Keadaan ini membuat meningkatnya dukungan untuk proses penyembuhan pasien serta mendukung dalam memaksimalkan kualitas hidup pasien.

Agen yang dianjurkan dan sering digunakan pada gangguan bipolar berupa *mood stabilizer*, antipsikotik dan anti depresan. Pilihan utama dalam mengobati gangguan bipolar adalah *mood stabilizer* seperti litium, divalproex, karbamazepin, dan lamotrigin. Litium biasanya diberikan dalam dosis awal 600-900 mg/hari dan dibagi menjadi dosis terpisah. Divalproex memiliki dosis awal yang umumnya berkisar 500-1000 mg/hari. Semua antipsikotik atipikal menunjukkan efikasi terhadap gangguan bipolar karena efek antimania yang dimilikinya. Beberapa antipsikotik yang digunakan termasuk risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, aripiprazole, lurasidone, dan asenapine. Penggunaan antidepresan sebagai monoterapi terkait

dengan peningkatan risiko episode mania pada pasien bipolar. Namun, tidak ada peningkatan risiko episode mania pada pasien yang menggunakan antidepresan bersamaan dengan *mood stabilizer* (Zannah, Puspitasari and Sinuraya, 2018).

Meskipun perawatan standar untuk gangguan bipolar melibatkan perawatan somatik seperti obat dan *elektrokonvulsif therapy* (ECT), perawatan psikososial menjadi prioritas utama untuk mencapai tujuan perawatan yang ideal dalam hal kesejahteraan. Selain penggunaan obat-obatan, *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) merupakan salah satu perawatan yang disarankan berdasarkan bukti, kecuali pada kasus mania akut. Psikoedukasi adalah intervensi yang paling banyak diteliti dan direkomendasikan oleh hampir semua pedoman. Psikoedukasi dapat dilakukan sebagai langkah dalam CBT pada setiap fase, atau dapat dilakukan sendiri sebagai intervensi untuk mencegah kekambuhan pada pasien dalam keadaan eutimik. Studi menunjukkan bahwa protokol psikoedukasi kelompok enam sesi memiliki dampak dalam mencegah kekambuhan sebanyak praktik CBT individual yang lebih lama (Özdel, Kart and Türkçapar, 2021).

Beberapa intervensi telah dikembangkan untuk menerapkan strategi pengobatan gangguan bipolar, termasuk *Interpersonal and Social Rhythm Therapy* (IPSRT). Intervensi ini telah dikembangkan secara khusus untuk mengelola peristiwa kehidupan yang menekan pasien, meningkatkan ketergangguan ritme sosial dan sirkadian, serta meningkatkan kepatuhan terhadap obat. Dalam sebuah studi intervensi, dibandingkan dengan kelompok kontrol untuk untuk menilai efikasi IPSRT terhadap psikopatologi afektif dan kecemasan, fungsi sosial, respons terhadap pengobatan farmakologis, dan indeks morbiditas afektif (AMI) pada pasien gangguan bipolar. Pasien dari kelompok eksperimen melaporkan perbaikan signifikan dalam simptomatologi depresi dan manik yang cemas, fungsi global, dan respons terhadap stabilisator *mood*. Pasien dalam kelompok IPSRT melaporkan penurunan pada skor AMI (Steardo et al., 2020).

Menurut Eva Mitayasaki (2018), penanganan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) tidak terbatas pada faktor farmakologis saja, melainkan melibatkan aspek-aspek lain yang sangat kompleks. Selain menggunakan pengobatan farmakologi yang tepat, diperlukan juga pendekatan berbasis lingkungan (Purnama, Yani and Sutini, 2016). Terapi berbasis lingkungan ini memanfaatkan lingkungan sekitar klien sebagai alat terapi, yang dapat meningkatkan interaksi klien dengan keluarga dan lingkungan sekitarnya, meningkatkan pengetahuan klien dan keluarga, memajukan kreativitas klien, dan dapat mencegah kekambuhan (Titik Sumiatin, Wahyu Tri Ningsih, Roudlotul Jannah, Su'udi, Moch Bahrudin, Tanty Wulan Dari and Maimuna, 2022).

Ketika berada di rumah, keluarga menjadi tempat klien kembali setelah menjalani perawatan rawat inap. Beberapa aspek perlu diperhatikan untuk memberikan perawatan efektif di rumah bagi ODGJ, seperti mengenali jenis gangguan jiwa dan gejala yang dialami, strategi penanganannya (termasuk obat), mengurangi pemicu kekambuhan, dan melibatkan keluarga atau teman. Pengetahuan tentang penyakit dan gejala yang dialami menjadi dasar untuk mengambil tindakan yang tepat dalam mengevaluasi keberhasilan program pengobatan dan perawatan ODGJ. Keluarga perlu memantau dan membantu ODGJ dalam minum obat, memastikan kepatuhan pada instruksi dokter, dan mengidentifikasi adanya efek samping. Jika terjadi efek samping seperti perubahan perilaku atau produksi saliva berlebih, langkah segera diambil untuk konsultasi dengan dokter. Selain itu, keluarga diharapkan memahami situasi pemicu kekambuhan untuk meminimalkan faktor stresor yang dapat mempengaruhi keadaan psikologis klien. Keadaan psikologis yang terus-menerus tertekan dapat memicu kekambuhan. Secara prinsip, peran keluarga dalam meningkatkan kesejahteraan ODGJ sangat signifikan, dan upaya untuk memberdayakan keluarga dalam mendukung kesembuhan ODGJ perlu dilakukan secara berkesinambungan (Isnaniar, Wiwik and Maratus, 2022).

Dalam *family map*, tidak ditemukan masalah pada fungsi sosial, sarana prasarana, dan lingkungan rumah yang berkaitan dengan kondisi pasien. Pada aspek human biologi, juga tidak terdapat masalah yang signifikan. Pada dimensi psikososial, tidak ada masalah serius yang diidentifikasi. Meskipun kedua orang tua bekerja, namun pasien tetap mendapatkan perhatian dan dukungan yang memadai dari lingkungan sekitarnya. Dari aspek ekonomi, pasien berasal dari keluarga dengan taraf ekonomi menengah kebawah. Di dalam satu rumah tersebut bapak dan ibu pasien bekerja dengan total pendapatan perbulan keluarga sebesar ± Rp.4.000.000,- hingga Rp. 5.000.000,- yang digunakan untuk menghidupi 4 orang anak dalam keluarga ini.

Studi sebelumnya menyatakan bahwa dukungan dari keluarga, teman, dan pasangan dapat berkontribusi pada pemulihan pribadi dan fungsi psikososial pada pasien gangguan bipolar serta membantu individu membangun ketahanan dan mengatasi lingkungan yang tidak menguntungkan secara efektif. Individu dan keluarga mampu merespons keberuntungan dan tantangan yang persisten dan pulih serta berkembang melalui ketahanan, yang diusulkan dalam kerangka ketahanan keluarga (Dou et al., 2022). Hubungan antara

fungsi keluarga dan psikososial kemungkinan bersifat dua arah. Intervensi fungsi psikososial bermanfaat untuk meningkatkan konflik keluarga, meningkatkan koherensi, dan memoderasi adaptabilitas keluarga pada pasien gangguan bipolar (Williams, N., O'Connel, P., McCaskie, 2018).

D. PENUTUP

Kegiatan pengabdian berupa kunjungan rumah (*home visit*) guna melakukan penanganan holistik dengan pendekatan kedokteran keluarga dalam mengidentifikasi masalah, memunculkan diagnosis pada pasien yang ditetapkan berdasarkan gejala klinis, terutama melibatkan riwayat perubahan *mood* yang dilaporkan oleh pasien. Tidak ada temuan yang mengindikasikan adanya gangguan organik. Terdapat sejumlah faktor internal dan eksternal yang menjadi pemicu gangguan mental pada pasien. Penanganan pasien melibatkan pendekatan medikamentosa dan non-medikamentosa, termasuk aspek *patient-centered, family-focused*, dan *community-oriented*. Hasil evaluasi menunjukkan adanya perbaikan dengan keluhan pasien yang berkurang, peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga mengenai penyakit dan cara pengobatan, serta peningkatan dukungan untuk proses penyembuhan pasien sebagai hasil konseling/pendampingan pada pasien dan keluarga. Penanganan Gangguan Afektif Bipolar pada kasus ini, khususnya pada episode depresi berat tanpa gejala psikotik, dengan menerapkan pendekatan kedokteran keluarga, berhasil mendukung proses penyembuhan pasien dan mengurangi stigma negatif di komunitas setempat.

E. DAFTAR PUSTAKA

- Ankit Jain and Mitra, P. (2023) 'Bipolar Disorder', *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing* [Preprint]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998/?report=reader>.
- Atsira, O.P. *et al.* (2020) 'Relationship between spirituality and acceptance of illness level in bipolar patients', *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional (National Public Health Journal)*, 15(3), pp. 142–146. doi:10.21109/KESMAS.V15I3.3432.
- Dou, W. *et al.* (2022) 'Family and Psychosocial Functioning in Bipolar Disorder: The Mediating Effects of Social Support, Resilience and Suicidal Ideation', *Frontiers in Psychology*, 12(January). doi:10.3389/fpsyg.2021.807546.
- Isnaniar, Wiwik, N. and Maratus, S. (2022) 'Persepsi Keluarga Tentang Cara Merawat Orang Dengan Gangguan Jiwa Tampan Provinsi Riau', *Jurnal Kesehatan As Shihha*, 2(1), pp. 1–20.
- Maramis, M.M. *et al.* (2017) 'Screening of Bipolar Disorders and Characteristics of Symptoms in Various Populations in Surabaya, Indonesia', *Anima Indonesian Psychological Journal*, 32(2), pp. 90–98. doi:10.24123/aipj.v32i2.587.
- Martha Furi, L. (2014) 'Bipolar Affective Disorder and Manic Episode with Psychotic Symptoms in a 39 years old man', *J Agromed Unila*, 1(3), pp. 212–215.
- Maslim, R. (2013) *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa, PPDGJ III. Diagnosis Gangguan Jiwa Rujukan PPDGJ III Dan DSM IV*. Jakarta.
- NIMH (2012) *Buku Petunjuk Bipolar Disorder Institut Nasional Kesehatan Mental Amerika Serikat*. New York.
- Özdel, K., Kart, A. and Türkçapar, M.H. (2021) 'Cognitive behavioral therapy in treatment of bipolar disorder', *Noropsikiyatri Arsivi*, 58(Supplement 1), pp. S66–S76. doi:10.29399/npa.27419.
- Purnama, G., Yani, D.I. and Sutini, T. (2016) 'Gambaran stigma masyarakat terhadap klien gangguan jiwa di RW 09 Desa Cileles Sumedang', *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 2(1), pp. 29–37. Available at: <https://ejournal.upi.edu/index.php/JPKI/article/view/2850>.
- Shah, N., Grover, S. and Rao, G. (2017) 'Clinical Practice Guidelines for Management of Bipolar Disorder', *Indian Journal of Psychiatry*, 59(5), pp. S51–S66. doi:10.4103/0019-5545.196974.
- Steardo, L. *et al.* (2020) 'Efficacy of the interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) in patients with bipolar disorder: Results from a real-world, controlled trial', *Annals of General Psychiatry*, 19(1), pp. 1–7. doi:10.1186/s12991-020-00266-7.

Titik Sumiatin, Wahyu Tri Ningsih, Roudlotul Jannah, Su'udi, Moch Bahrudin, Tanty Wulan Dari, S. and Maimuna, S. (2022) 'Empowerment Of Family In Treating Odgj (Persons With Mental Disorders) At Home Through Psychoeducation And Assistance As An Effort Relapse Prevention', *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan*, 8(3), pp. 204–213. doi:10.33023/jpm.v8i3.1236.

Widianti, E. *et al.* (2021) 'Intervensi pada Remaja dengan Gangguan Bipolar: Kajian Literatur', *Jurnal Keperawatan Jiwa (JKJ): Persatuan Perawat Nasional Indonesia*, 9(1), pp. 79–94. Available at: <https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JKJ/article/view/6726>.

Williams, N., O'Connel, P., McCaskie, A. (2018) *Bailey & Love's Short Practice of Surgery (27th ed.)*. London: Taylor & Francis Group.

Zannah, U., Puspitasari, I.M. and Sinuraya, R.K. (2018) 'Review: Farmakoterapi Gangguan Bipolar', *Farmaka*, 16, pp. 263–277.

Zhao, D. (2022) *The Theory and Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in Bipolar Disorder*. Atlantis Press SARL. doi:10.2991/978-2-494069-31-2_437.