

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Standar Kompetensi Perakam Medis dan Informasi Kesehatan meliputi 7 (tujuh) area kompetensi, dimana salah satunya Manajemen Data dan Informasi Kesehatan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Manajemen Data dan Informasi Kesehatan akan mengolah, menghitung angka kesakitan yang bersumber pada rekam medis sebagai informasi kesehatan yang digunakan bagi praktisi kesehatan, manajemen dan tenaga medis dalam pengambilan keputusan (Rustiyanto dalam Heltiani *et al.*, 2022). Seorang PMIK akan menghitung besaran atau perkembangan kasus penyakit di rumah sakit.

Pada tahun 2019, WHO melaporkan 40 juta orang mengalami gangguan bipolar. Laporan Riskesdas (2018) Prevalensi gangguan mental emosional di Indonesia adalah sekitar 1,7% dari total populasi. Prevalensi ini lebih tinggi pada perempuan (2,1%) dibandingkan dengan laki-laki (1,3%). Gangguan bipolar episode manik dengan gejala psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta Tahun 2024 termasuk kategori 10 besar penyakit urutan ke-5.

Gangguan bipolar adalah gangguan mental yang ditandai dengan episode manik atau hipomanik yang dapat disertai dengan episode depresi. Episode manik atau hipomanik ditandai dengan perubahan *mood* yang ekstrem. Gangguan ini dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk berfungsi sehari-hari dan dapat meningkatkan risiko bunuh diri (*World Health Organization*, 2019).

Berdasarkan penelitian Wirasugianto, dkk (2021) menunjukkan bahwa dari 71 pasien kasus gangguan bipolar berdasarkan usia tertingginya pada usia 33 tahun dari rentang usia 57 tahun. Hal ini didapatkan adanya faktor psikososial yang dinamik. Relevan penelitian Pratiwi dan Herdaetha (2022) menunjukkan bahwa gangguan bipolar pada 1 pasien usia 25 tahun yang dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti psikososial dan lingkungan dimana memiliki riwayat perundungan, psikosis, status ekonomi yang rendah, dan ketidakpatuhan minum obat.

Berdasarkan hasil *survey* pendahuluan, kasus bipolar manik psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta pada tahun 2023 menempati urutan ke-4 dari 10 besar penyakit dan pada tahun 2024 menempati urutan ke-5 dari 10 besar penyakit. Terdapat 86 pasien kasus bipolar manik psikotik di tahun 2023 dengan didominasi status perkawinan belum kawin. Kasus bipolar manik psikotik tertinggi pada usia 19-60 tahun. Hal tersebut dikarenakan riwayat perundungan, penggunaan obat-obatan terlarang, serta faktor psikososial.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Studi Retrospektif: Angka Morbiditas Pasien Rawat Inap Bipolar Manik Psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta Tahun 2024”

B. Perumusan Masalah

Bagaimana angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta Tahun 2024?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta Tahun 2024

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta Tahun 2024 berdasarkan karakteristik umur
- b. Mengidentifikasi angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta Tahun 2024 berdasarkan karakteristik status perkawinan
- c. Mengidentifikasi angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta Tahun 2024 berdasarkan karakteristik riwayat penggunaan obat-obatan terlarang

D. Manfaat

1. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan tentang angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik

2. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan rumah sakit dalam pengambilan kebijakan dan keputusan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta

3. Bagi Akademik

Menambah kajian pustaka tentang angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Teori yang Relevan

1. Standar Kompetensi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan

Menurut KMK No. 312 tahun 2020 tentang Standar Kompetensi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan disusun dengan urutan sebagai berikut:

- a. Profesionalisme yang Luhur, Etika dan Legal.
- b. Mawas Diri dan Pengembangan Diri.
- c. Komunikasi Efektif.
- d. Manajemen Data dan Informasi Kesehatan.
- e. Keterampilan Klasifikasi Klinis, Kodifikasi Penyakit dan Masalah Kesehatan Lainnya, serta Prosedur Klinis.
- f. Aplikasi Statistik Kesehatan, Epidemiologi Dasar, dan Biomedik.
- g. Manajemen Pelayanan RMIK (Rekam Medis dan Informasi Kesehatan)

2. Statistik Rumah Sakit

a. Pengertian Statistik Rumah Sakit

Statistik adalah ilmu yang melibatkan teknik pengumpulan data, interpretasi data, dan validasi data. Namun data yang diperoleh belum terolah dapat menjadi sebuah fakta bagaimanapun pengumpulannya. Data dapat menjadi lebih kompleks menyajikan sebuah informasi baru bahkan solusi untuk menyelesaikan sebuah masalah (Abidin, 2023).

Statistik rumah sakit yaitu statistik yang menggunakan data, mengelola sumber data dari pelayanan kesehatan di rumah sakit untuk menghasilkan informasi, fakta, dan pengetahuan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Data yang dikumpulkan dari pasien berguna untuk memantau perawatan pasien setiap hari, minggu, bulan, dan lain-lain. Data tersebut digunakan untuk mengelola pelaporan internal dan eksternal rumah sakit (Sudra, 2010).

b. Sumber Data Statistik Rumah Sakit

Informasi dan pelaporan rumah sakit merupakan data pelayanan dari bagian-bagian yang ada di rumah sakit. Berdasarkan sumbernya, data dapat dikategorikan sebagai berikut:

- 1) Data primer adalah data yang diperoleh dari proses pengumpulan yang dilakukan sendiri langsung dari sumber datanya yaitu subjek yang diteliti, contohnya rekam medis.
- 2) Data sekunder adalah data yang diperoleh dari institusi yang telah mengumpulkan datanya, jadi tidak langsung dikumpulkan dari sumber data yaitu subjek yang diteliti, contohnya indeks penyakit, indeks operasi, indeks pasien, dan indeks lainnya (Sudra, 2010)

3. Rekam Medis

Rekam medis adalah dokumen yang berisi data tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, prosedur, dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Rekam medis juga mencakup rekam medis elektronik yang harus dilengkapi secara terpadu oleh tenaga kesehatan yang memberikan

pelayanan kesehatan di suatu fasilitas pelayanan kesehatan. (Menteri Kesehatan No. 24 Tahun 2022). Rekam medis yang lengkap memiliki banyak kegunaan, antara lain sebagai informasi kronologis perjalanan penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan praktiknya, serta sebagai sumber informasi bagi pengembangan pendidikan dan penelitian.

Rekam medis memiliki pengertian yang cukup luas dan mencakup tidak hanya pada pencatatan data pasien, tetapi juga mencakup suatu bentuk rekaman yang berfungsi untuk mengumpulkan semua informasi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada pasien di suatu fasilitas pelayanan kesehatan. Selain itu, rekam medis juga dapat dijadikan sebagai bukti kualitas kinerja sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan (Nurazmi *et al.*, 2020)

Sistem rekam medis di rumah sakit adalah suatu sistem administrasi dokumen tempat mencatat segala transaksi pelayanan medis yang diberikan oleh dokter, perawat, ataupun teknisi. Rekam medis dikelola berdasarkan struktur yang standar, dengan ketentuan sistem pelaksanaan dievaluasi untuk menghasilkan informasi dan memiliki standar kerahasiaan yang harus dijaga. Dokumen rekam medis pada prinsipnya disimpan dengan baik di rumah sakit sehingga mudah dicari ulang setiap keperluan informasi pelayanan terhadap pasien (Nisaa dan Mardeni, 2020).

4. Morbiditas

a. Definisi

Menurut Hanum dan Purhadi dalam Megawati, dkk (2022), angka kesakitan (morbiditas) merupakan salah satu indikator yang digunakan untuk mengukur derajat kesehatan penduduk. Semakin tinggi morbiditas, menunjukkan derajat kesehatan penduduk semakin buruk. Sebaliknya semakin rendah morbiditas menunjukkan derajat kesehatan penduduk yang semakin baik. Morbiditas dapat diartikan dalam arti sempit sebagai peristiwa sakit atau kesakitan, sedangkan morbiditas dalam artian luas tidak hanya terbatas pada ukuran mengenai kejadian atau peristiwa tersebut, tetapi juga melihat faktor-faktor yang mempengaruhinya seperti faktor sosial, ekonomi, dan budaya (Ditaningtias dan Ma'rifah dalam Lestari dan Harsanti, 2022).

Morbiditas adalah ukuran yang mengindikasikan seberapa banyak penyakit atau situasi kesehatan masyarakat pada periode tertentu dapat diidentifikasi melalui masalah kesehatan yang dialami oleh populasi. Indikator untuk mengukur kondisi kesehatan masyarakat adalah angka kesakitan. Angka kesakitan mencerminkan jumlah individu yang mengalami masalah kesehatan dalam suatu populasi. Semakin tinggi angka kesakitan, semakin banyak orang yang menghadapi masalah kesehatan, dan semakin buruk keadaan kesehatan masyarakat tersebut (Rosanti dan Budiantara dalam Azizah *et al.*, 2023).

b. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Morbiditas

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi tingkat morbiditas dalam suatu populasi, termasuk:

- 1) Sosioekonomi: Tingkat pendapatan, pendidikan, dan pekerjaan dapat mempengaruhi akses terhadap layanan kesehatan dan kondisi hidup yang sehat.
- 2) Lingkungan: Polusi udara, kualitas air, dan kondisi perumahan dapat mempengaruhi kesehatan individu.
- 3) Gaya Hidup: Kebiasaan seperti merokok, diet, dan aktivitas fisik memainkan peran besar dalam kesehatan.
- 4) Genetik: Beberapa penyakit memiliki komponen genetik yang dapat meningkatkan risiko seseorang.
- 5) Akses ke Perawatan Kesehatan: Ketersediaan dan kualitas layanan kesehatan sangat mempengaruhi kemampuan individu untuk mendiagnosis dan mengobati penyakit.

c. Jenis-jenis Morbiditas

Morbiditas dapat dikategorikan berdasarkan jenis penyakit atau kondisi kesehatan yang diderita:

- 1) Penyakit Menular: Termasuk penyakit yang disebabkan oleh patogen seperti virus, bakteri, dan parasit. Contohnya adalah influenza, tuberkulosis, dan malaria.

- 2) Penyakit Tidak Menular: Termasuk penyakit kronis seperti diabetes, penyakit jantung, jiwa, dan kanker. Penyakit ini sering kali terkait dengan gaya hidup dan faktor genetik.
- 3) Cedera: Termasuk trauma fisik yang diakibatkan oleh kecelakaan, kekerasan, atau bencana alam.
- 4) Kondisi Kesehatan Mental: Termasuk gangguan seperti depresi, kecemasan, dan skizofrenia.

d. Fungsi Data Morbiditas

Data morbiditas sangat penting dalam bidang kesehatan masyarakat dan epidemiologi. Beberapa fungsinya antara lain:

- 1) Pemantauan Kesehatan Populasi: Data morbiditas membantu dalam pemantauan kesehatan suatu populasi dan mengidentifikasi tren penyakit.
- 2) Perencanaan dan Kebijakan Kesehatan: Data ini digunakan untuk merancang program kesehatan, menetapkan prioritas kesehatan, dan mengalokasikan sumber daya.
- 3) Evaluasi Program: Data morbiditas dapat digunakan untuk mengevaluasi efektivitas program kesehatan dan intervensi.
- 4) Penelitian: Peneliti menggunakan data morbiditas untuk memahami penyebab dan faktor risiko penyakit, serta untuk mengembangkan obat dan perawatan baru.

e. Contoh Penerapan Data Morbiditas

- 1) Pengendalian Penyakit Menular: Data morbiditas digunakan untuk melacak penyebaran penyakit menular seperti COVID-19, memungkinkan otoritas kesehatan untuk menerapkan langkah-langkah pengendalian yang efektif.
- 2) Pencegahan Penyakit Tidak Menular: Data morbiditas membantu dalam merancang kampanye kesadaran tentang kanker, diabetes, dan penyakit jantung, serta dalam mempromosikan gaya hidup sehat.
- 3) Perencanaan Layanan Kesehatan: Rumah sakit dan klinik menggunakan data morbiditas untuk merencanakan layanan mereka, memastikan bahwa mereka memiliki kapasitas yang memadai untuk menangani pasien.

f. Tingkat kesakitan

Dua tingkat morbiditas berbeda yang umum digunakan, bergantung pada informasi spesifik yang diperlukan:

- 1) Tingkat prevalensi. Hal ini mengacu pada frekuensi total kasus penyakit, baik baru maupun lama, yang terjadi pada waktu tertentu (prevalensi titik) atau selama suatu periode (prevalensi periode).
- 2) Tingkat kejadian. Sebaliknya, istilah ini mengacu pada kecepatan penyebaran penyakit, yaitu tingkat penularan atau setidaknya tercatatnya infeksi baru selama periode tertentu.

(Mardiana, 2024)

5. Gangguan Bipolar

a. Definisi

Gangguan afektif bipolar adalah suatu gangguan suasana perasaan yang ditandai oleh adanya episode berulang (sekurang-kurangnya dua episode) dimana afek pasien dan tingkat aktivitas jelas terganggu, pada waktu tertentu terdiri dari peningkatan afek disertai penambahan energi dan aktivitas (manik atau hipomanik), dan pada waktu lain berupa penurunan afek disertai pengurangan energi dan aktivitas (Maslim, 2013)

Menurut Hauser *et al.* dalam Ayu (2021), Gangguan bipolar (juga dikenal sebagai penyakit manik-depresif) adalah gangguan suasana hati patologis berulang, bersifat episodik yang berkisar dari kegembiraan ekstrem atau manik hingga depresi berat, dan biasanya disertai dengan gangguan dalam berpikir dan perilaku, dan sering kali diikuti oleh gejala psikotik (delusi: keyakinan tidak sesuai dengan kenyataan dan halusinasi: melihat dan mendengar bisikan yang tidak nyata). Onset penyakit gangguan bipolar adalah selama masa remaja dan dewasa awal, tetapi diagnosis sering tertunda selama bertahun-tahun. Faktor yang berkontribusi adalah gambaran klinis yang kompleks, pada awal penyakit hal ini seharusnya dapat dikenali karena sekitar setengah dari individu dengan gangguan bipolar mencoba bunuh diri setidaknya sekali dalam seumur hidup mereka, dan banyak yang telah melakukan hal tersebut.

Gangguan bipolar (*Bipolar Disorder*) atau yang juga dikenal sebagai Gangguan Afektif Bipolar (GAB) adalah salah satu gangguan *mood*/afektif dalam kasus psikiatri. Sejak diterbitkannya *Diagnostic and Statistical Manual 5th Edition* (DSM-5) pada tahun 2013, secara resmi gangguan terkait bipolar (*bipolar related disorder*) dipisahkan dari gangguan *mood* utama lain yaitu gangguan depresi. Gangguan bipolar dimasukkan dalam bab yang berada di antara gangguan psikosis dan depresi sebagai penegasan bahwa gangguan ini adalah jembatan dari kedua gangguan tersebut (*American Psychiatric Association* dalam Yudhantara *et al.*, 2022).

Gangguan bipolar secara sederhana didefinisikan dengan adanya dua kutub emosi yang ekstrem yaitu manik dan depresi. Dua kutub yang berlawanan ini akan berubah dan berganti secara tiba-tiba. Ketika episode manik, individu akan mengalami merasa sangat bahagia, hiperaktif, sulit berkonsentrasi, dan sangat bersemangat. Sebaliknya, ketika penderita bipolar sedang dalam episode depresi maka penderita akan merasakan perasaan yang sangat sedih, tidak bergairah dalam beraktivitas, pesimis, putus asa, kehilangan minat atau kesenangannya dalam aktivitas yang biasanya dilakukan, bahkan muncul dalam pikiran individu untuk bunuh diri (Syahrizal *et al.*, 2024).

b. Jenis gangguan afektif bipolar

Menurut Wang *et al.* dalam Shofa (2024), ada beberapa jenis gangguan bipolar yang terbagi berdasarkan jenis fase episode yang terjadi pada pasien:

- 1) Tipe I: dengan episode depresi (sedih yang berlebihan) dan manik (senang yang tidak bisa dikontrol)
- 2) Tipe II: dengan episode depresi dan hipomanik
- 3) Siklotimik: dengan gejala hipomanik dan depresi yang tidak mencapai kriteria untuk episode depresi
- 4) Tak tentu lainnya: dengan gejala depresif dan hipomanik yang tidak memenuhi kriteria diagnosis untuk gangguan yang yang disebutkan sebelumnya (gejala sub sindrom).

c. Etiologi

Secara garis besar penyebab gangguan bipolar dibagi menjadi tiga yaitu faktor genetik, neurokimia, dan lingkungan/sosial (Ramadani *et al.* dalam Shofa, 2024):

1) Faktor Genetik

Hampir setengah penderita gangguan bipolar memiliki keluarga dengan riwayat gangguan emosi seperti depresi. Faktor genetik menyumbang 80% dari penyebab gangguan bipolar. Apabila salah satu dari orang tua mengalami bipolar, maka kemungkinan anak akan mengalami bipolar meningkat sebesar 10%. Begitu pula jika

kedua orang tua mengalami bipolar, kemungkinan anak mengalami gangguan bipolar sekitar 40%.

2) Faktor Neurokimia

Terdapat 3 zat kimia pada otak yang penting dalam memengaruhi emosi seseorang yaitu dopamin, norepinefrin, dan epinefrin. Ketidakseimbangan ketiga hormon tersebut dapat menyebabkan gangguan emosi seperti bipolar. Peningkatan kadar epinefrin dan norepinefrin menyebabkan episode manik sedangkan penurunan epinefrin dan norepinefrin menimbulkan episode depresi. Pengaruh obat-obatan misalnya obat antidepresan dan obat yang disalahgunakan seperti kokain yang dapat meningkatkan monoamina termasuk serotonin, epinefrin, atau dopamin sehingga dapat memicu munculnya episode manik.

a) Dopamin

Peningkatan neurotransmisi dopaminergik merupakan salah satu dasar biologis munculnya gejala mania pada gangguan bipolar. Pemberian obat-obatan agonis dopamin seperti amfetamin atau L-dopa dapat memicu munculnya gejala mania pada individu yang rentan. Efek dari dopaminergik ini diduga berhubungan dengan supersensitivitas reseptor D2. Pada individu dengan gangguan bipolar ditemukan adanya kerentanan pada gen yang mengkode fungsi dan metabolisme dopamin,

seperti D2-and D3-receptor alleles, gen DAT (*Dopamine Transporter*), dan gen COMT (*Catechol-O-Methyl Transferase*).

b) Norepinefrin

Disfungsi sistem adrenergik menyebabkan munculnya gejala klinis pada gangguan bipolar. Peningkatan neurotransmisi adrenergik dan peningkatan metabolit norepinefrin secara relatif tampak pada individu dengan mania.

c) Serotonin

Hipotesis serotonin pada munculnya gangguan depresi didasarkan atas beberapa temuan seperti penurunan metabolit serotonin (*5-hydroxyindoleacetic acid*; 5-HIAA) di cairan serebrospinal, depleksi triptofan (prekursor serotonin), dan peningkatan reseptor serotonin terutama 5-HT₂ pada individu dengan depresi. Terdapat istilah "hipotesis permisif serotonin", yang menyatakan bahwa disregulasi pada neurotransmisi serotonergik menyebabkan disregulasi pada neurotransmisi dopamin dan norepinefrin yang memicu munculnya gejala mania dan depresi pada gangguan bipolar.

(Strakowski *et al.* dalam Yudhantara *et al.*, 2022).

3) Faktor Lingkungan/Sosial

Peristiwa tertentu yang terjadi pada kehidupan seperti peristiwa menyedihkan, traumatis, dan lain-lain dengan riwayat bipolar secara keturunan dapat memicu terjadinya gangguan bipolar. Pola hidup

dan kebiasaan seseorang juga dapat menjadi faktor terjadinya gangguan bipolar seperti penggunaan obat-obatan terlarang dan kelainan hormonal. Penyebutan riwayat penggunaan obat-obatan terlarang di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta pada *e-form* dengan mengchecklist pada bagian yang sesuai dengan riwayatnya. Dijelaskan dalam teori perilaku bahwa bipolar dapat berkembang pada beberapa individu dengan keterampilan sosial yang kurang. Individu dengan keterampilan sosial yang kurang tidak dapat mengembangkan hubungan interpersonal sehingga menimbulkan reaksi negatif dari lingkungan yang berakibat pada perilaku isolasi diri (Safiye *et al.* dalam Shofa *et.al.*, 2024).

Gangguan bipolar dihubungkan dengan berbagai faktor dan stresor psikososial. Individu dengan usia orangtua yang tua, terutama ayah dengan usia lebih dari 45 tahun dikatakan memiliki kerentanan hingga enam kali lipat untuk menderita gangguan bipolar dibandingkan dengan individu dengan ayah usia muda (Yudhantara *et al.*, 2022). Umur adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati.

Umur merupakan salah satu karakteristik tentang orang yang sangat utama karena mempunyai hubungan dengan berbagai sifat, karakteristik tentang orang lainnya, seperti pekerjaan, status perkawinan, dan berbagai kebiasaan lainnya. Umur sebagai

perhitungan dalam mengamati dan menilai penyebab adanya perbedaan jenis penyebab atau frekuensi penyakit yang diderita.

Menurut pembagian umur RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta, umur dibagi menjadi 3 golongan yang disesuaikan dengan klasifikasi poliklinik yang mengarahkan pada kategori poliklinik anak-remaja, dewasa, dan lansia yaitu:

- a) 0 - 18 tahun
- b) 19 - 60 tahun
- c) >60 tahun

Status perkawinan adalah status yang ditetapkan oleh hukum Status keterikatan seseorang dalam perkawinan dimana seseorang akan terikat secara lahir maupun batin antara seorang laki-laki dan perempuan yang ditujukan untuk membentuk keluarga.

Jenis-jenis status perkawinan sesuai RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta:

- a) Duda
- b) Janda
- c) Kawin
- d) Belum Kawin
- e) Tidak Tahu

d. Manifestasi Klinis

1) Episode depresi

Depresi ditandai dengan suasana hati yang buruk, kehilangan minat, perasaan sedih, putus asa, kecemasan, kegelisahan batin, serta serangan panik. Fase awal depresi pada pasien dapat terlihat dari ekspresi wajah yang tampak sedih serta gerakan yang terbatas. Secara psikomotorik pasien tersebut juga cenderung lambat, minim ekspresi wajah dan keterampilan motorik, serta hanya duduk atau berbaring hampir sepanjang hari. Pada kasus yang berat, pasien dapat pingsan akibat keterampilan motorik yang buruk. Selain itu pemikiran dan ucapan menjadi lambat, latensi respon yang memanjang, serta ucapan yang cenderung lambat dan monoton (Safiye *et al.* dalam Shofa *et.al.*, 2024).

2) Episode manik

Episode manik merupakan episode kedua yang paling banyak dialami sebagai gejala pertama pada pasien bipolar. Prognosis dari pasien juga lebih baik dibandingkan pasien dengan episode depresi sebagai gejala pertamanya. Terdapat gejala yang menjadi tanda episode ini, yaitu peningkatan suasana hati yang berlebihan, peningkatan aktivitas psikomotorik, dan berbicara cepat yang tidak dapat dikontrol. Peningkatan suasana hati ditandai dengan antusiasme yang berlebihan, suasana hati yang tidak stabil. Hal ini tidak dapat dikontrol oleh pasien sehingga dapat berdampak

membahayakan diri mereka. Berdasarkan DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* edisi 5) diagnosis dapat ditegakkan apabila gejala di atas berlangsung setidaknya 1 minggu dan terjadi hampir sepanjang hari berlangsung hampir setiap hari (Marzani dan Price Neff dalam Shofa *et al.*, 2024).

3) Episode Campuran

Episode ini pasien mengalami episode manik dan depresi secara bersamaan. Pasien mengalami fase berlangsung satu minggu. Pada waktu tertentu seseorang akan merasa bahagia kemudian dalam sekejap akan mengalami kesedihan yang terjadi bergantian dalam waktu yang cepat. Manifestasi klinis yang muncul didominasi oleh gejala manik, hipomanik, dan depresi yang bergantian dengan, atau dapat berupa gambaran campuran dari kelainan tersebut. Gejala yang dapat timbul seperti *mood* tereksitasi, marah, serangan panik, pembicaraan cepat, agitasi, menangis, insomnia derajat berat, dan terkadang timbul kebingungan (Safiye *et al.* dalam Shofa *et al.*, 2024).

e. Patofisiologi

Proses terjadinya gangguan bipolar dapat dijelaskan dengan beberapa mekanisme antara lain *abnormalitas pada frontal-limbic system*, dan terganggunya fungsi SCN (*Suprachiasmatic Nucleus*).

1) *Abnormalitas pada frontal-limbic system*

Otak adalah organ yang berperan penting dalam memediasi emosi dan mengatur perilaku. Perubahan yang terjadi pada otak membentuk manifestasi klinis dari gangguan bipolar seperti ketidakstabilan emosi dan gangguan ritme biologis. Bukti yang berkembang menunjukkan bahwa patofisiologi gangguan bipolar dapat terjadi akibat perubahan struktural dan fungsional sistem limbik yang meliputi *hippocampus, amygdala, septum, orbitofrontal gyrus, hypothalamus, dentate gyrus*, dan yang sangat terkait dengan sistem regulasi afektif. Aktivitas dan ketidakteraturan jalur *neurotransmitter* pada sistem tersebut dapat menimbulkan adanya gangguan emosi yang tidak wajar pada pasien dengan gangguan bipolar (Kong *et al.* dalam Shofa *et al.*, 2024).

2) Terganggunya fungsi SCN (*Suprachiasmatic Nucleus*)

Menurut Shofa *et al.* (2024), manifestasi klinis yang muncul pada penderita gangguan bipolar juga berkaitan dengan peran SCN. SCN berperan dalam meregulasi irama sirkadian yang berkaitan dengan pengaturan keseimbangan metabolisme. Secara tidak langsung peran SCN dapat berkorelasi dengan gangguan emosi pada penderita gangguan bipolar. Irama sirkadian yang tidak normal merupakan manifestasi penting dari gangguan bipolar.

f. Pengobatan

Menurut NIMH (2022), beberapa jenis pengobatan pada gangguan bipolar sebagai berikut:

1) Obat-obatan

Obat-obatan tertentu dapat membantu mengendalikan gejala gangguan bipolar. Jenis obat yang paling umum seperti penstabil suasana hati dan *antipsikotik atipikal*. Penstabil suasana hati seperti *litium* atau *valproat* dapat membantu mencegah episode suasana hati atau mengurangi tingkat keparahannya. *Litium* juga dapat menurunkan risiko bunuh diri. Sementara depresi bipolar sering diobati dengan obat antidepresan, penstabil suasana hati juga harus diminum, karena antidepresan saja dapat memicu episode manik atau siklus cepat pada orang dengan gangguan bipolar.

2) Psikoterapi

Beberapa jenis psikoterapi dapat menjadi pengobatan yang efektif untuk gangguan bipolar bila digunakan dengan obat-obatan, termasuk terapi ritme interpersonal dan sosial, yang bertujuan untuk memahami dan menangani ritme biologis dan sosial seseorang. CBT (*Cognitive Behavioral Therapy*) merupakan pengobatan penting untuk depresi, dan CBT yang diadaptasi untuk pengobatan insomnia dapat sangat membantu sebagai komponen pengobatan depresi bipolar.

3) Perawatan lainnya

- a) ECT (*Electroconvulsive Therapy*) adalah prosedur stimulasi otak yang dapat membantu meredakan gejala gangguan bipolar yang parah. ECT biasanya hanya dipertimbangkan jika penyakit seseorang belum membaik setelah perawatan lain seperti pengobatan atau psikoterapi, atau dalam kasus yang memerlukan respon cepat, seperti risiko bunuh diri atau katatonia (kondisi tidak responsif).
- b) TMS (*Transcranial Magnetik Stimulation*) adalah jenis stimulasi otak yang menggunakan gelombang magnetik, bukan stimulus listrik ECT, untuk meredakan depresi melalui serangkaian sesi perawatan. Meskipun tidak sekuat ECT, TMS tidak memerlukan anestesi umum dan hanya menimbulkan sedikit risiko gangguan memori atau efek kognitif yang merugikan.
- c) SAD (*Seasonal Affective Disorder*) atau terapi cahaya merupakan pengobatan berbasis bukti terbaik untuk gangguan afektif musiman, dan banyak orang dengan gangguan bipolar mengalami depresi musiman yang makin parah di musim dingin, dalam beberapa kasus sampai ke titik SAD/terapi cahaya juga dapat dipertimbangkan untuk bentuk depresi bipolar musiman yang lebih ringan

g. Komplikasi

- 1) Masalah yang berkaitan dengan penyalahgunaan narkoba dan alkohol
- 2) Bunuh diri atau percobaan bunuh diri
- 3) Masalah hukum atau keuangan
- 4) Kesulitan bergaul dengan orang lain
- 5) Kinerja buruk di lingkungan

(Mayo Clinic, 2024)

h. Gangguan Bipolar Manik Psikotik

1) Pengertian

Gangguan bipolar yang ditandai dengan suasana hati yang sangat meningkat, perasaan yang sangat antusias dan bersemangat. Individu yang mengalami episode manik juga sering mengalami depresi, atau episode campuran disaat kedua fitur manik dan depresi hadir pada waktu yang sama. Episode manik ekstrim kadang-kadang dapat menyebabkan gejala psikosis seperti delusi dan halusinasi. Episode manik biasanya mulai dengan tiba-tiba dan berlangsung antara dua minggu sampai lima bulan.

2) Tanda dan Gejala

- a) Gembira berlebihan
- b) Mudah tersinggung sehingga mudah marah
- c) Merasa dirinya sangat penting

- d) Merasa kaya atau memiliki kemampuan lebih dibanding orang lain
 - e) Penuh ide dan semangat baru
 - f) Cepat berpindah dari satu ide ke ide lainnya
 - g) Mendengar suara yang orang lain tak dapat mendengarnya
 - h) Nafsu seksual meningkat
 - i) Menyusun rencana yang tidak masuk akal
 - j) Sangat aktif dan bergerak sangat cepat
 - k) Berbicara sangat cepat sehingga sukar dimengerti apa yang dibicarakan
 - l) Menghambur-hamburkan uang
 - m) Membuat keputusan aneh dan tiba-tiba, namun cenderung membahayakan
 - n) Merasa sangat mengenal orang lain
 - o) Mudah melempar kritik terhadap orang lain
 - p) Sukar menahan diri dalam perilaku sehari-hari
 - q) Sulit tidur
 - r) Merasa sangat bersemangat, seakan-akan satu hari tidak cukup 24 jam
- 3) Faktor Penyebab
- a) Genetika

Genetika adalah faktor umum penyebab gangguan bipolar episode manik. Seseorang yang lahir dari orang tua yang salah

satunya pengidap gangguan bipolar memiliki resiko mengidap penyakit yang sama sebesar 15% hingga 30%. Apabila kedua orangtuanya mengidap gangguan bipolar, maka berpeluang mengidap gangguan bipolar sebesar 50 – 75%.

b) Fisiologis

Sistem neurokimia dan gangguan suasana hati. Salah satu faktor utama penyebab seseorang mengidap gangguan bipolar adalah terganggunya keseimbangan cairan kimia utama di dalam otak. Sebagai organ yang berfungsi menghantarkan rangsang, otak membutuhkan *neurotransmitter* (saraf pembawa pesan atau isyarat dari otak ke bagian tubuh lainnya) dalam menjalankan tugasnya. Neuropinephrin, dopamine, dan serotonin adalah beberapa jenis *neurotransmitter* yang penting dalam penghantaran impuls saraf. Penderita gangguan bipolar, cairan-cairan kimia tersebut berada dalam keadaan yang tidak seimbang.

c) Lingkungan

Faktor eksternal lingkungan dan psikologis juga diyakini terlibat dalam pengembangan gangguan bipolar episode manik. Faktor-faktor eksternal yang disebut pemicu dapat memulai episode baru manik dan membuat gejala yang ada memburuk, namun banyak episode gangguan bipolar terjadi tanpa pemicu yang jelas.

Penderita penyakit ini cenderung mengalami faktor pemicu munculnya penyakit yang melibatkan hubungan antar perseorangan atau peristiwa-peristiwa pencapaian tujuan (penghargaan) dalam hidup. Contoh dari hubungan perseorangan antara lain jatuh cinta, putus cinta, dan kematian sahabat. Sedangkan peristiwa pencapaian tujuan antara lain kegagalan untuk lulus sekolah dan dipecat dari pekerjaan. Selain itu, seorang penderita bipolar yang gejalanya mulai muncul saat remaja kemungkinan besar mempunyai riwayat masa kecil yang kurang menyenangkan seperti mengalami kegelisahan atau depresi. Selain penyebab di atas, alkohol, obat-obatan dan penyakit lain yang diderita juga dapat memicu munculnya gangguan bipolar.

Keadaan lingkungan sekitarnya yang baik dapat mendukung penderita gangguan bipolar, sehingga bisa menjalani kehidupan dengan normal. Berikut adalah faktor lingkungan yang dapat memicu terjadinya gangguan bipolar:

- (1) Stres: peristiwa kehidupan yang dapat memicu gangguan bipolar pada seseorang dengan kerentanan genetik. Peristiwa ini cenderung melibatkan perubahan drastis atau tiba-tiba baik atau buruk seperti akan menikah, akan pergi ke perguruan tinggi, kehilangan orang yang dicintai, atau dipecat dalam pekerjaan.

- (2) Penyalahgunaan zat tidak menyebabkan gangguan bipolar, namun dapat membawa pada sebuah episode dan memperburuk perjalanan penyakit. Obat-obatan seperti kokain, ekstasi, dan amphetamine dapat memicu manik, sedangkan alkohol dan obat penenang dapat memicu depresi
- (3) Obat-obatan tertentu, terutama obat-obatan antidepresan, bisa memicu manik. Obat lain yang dapat menyebabkan manik termasuk obat flu, penekan nafsu makan, kafein, kortikosteroid, dan obat tiroid.
- (4) Perubahan musiman merupakan episode manik dan depresi sering mengikuti pola musiman. Episode manik lebih sering terjadi selama musim dingin, musim gugur, serta musim semi (untuk negara 4 musim).
- (5) Kurang tidur atau melewatkan beberapa jam istirahat dapat memicu episode manik

4) Tata Laksana Perawatan

a) Terapi Penyinaran (*Light Therapy*)

Penyakit mental banyak cara untuk melakukan tata laksana perawatan gangguan bipolar. Namun terkadang pemberian obat-obatan dan terapi/konsultasi dapat membuat hal ini mudah dikontrol. Tetapi hal ini belum tentu bisa dilakukan pada semua orang dan tidak jarang terjadi masa kegembiraan berlebihan (manik), ketika mereka berhenti minum obat, karena mereka

merasa sudah dapat mengontro dirinya sendiri. Hal ini dapat membuat sulitnya hidup dengan gangguan bipolar. Tetapi dengan adanya edukasi tentang hal ini, maka gangguan bipolar sesungguhnya tidak benar-benar sulit.

b) Terapi Diri Sendiri

- (1) Mendapatkan pengetahuan tentang gangguan bipolar episode manik
- (2) Menjauhkan stres dengan menjaga situasi keseimbangan antara pekerjaan dan hidup sehat
- (3) Mencari dukungan dengan memiliki seseorang yang untuk diminta bantuan dan dorongan
- (4) Menjaga pola tidur, makan, dan berolahraga untuk membantu menstabilkan suasana hati
- (5) Memantau suasana hati secara mandiri dengan melacak gejala atau tanda-tandanya

(Prasetyo, 2023)

B. Penelitian yang Relevan

1. Hasil penelitian Rabbani, dkk (2024) dengan judul “Karakteristik dan Faktor Risiko Pasien Gangguan Kecemasan Tahun 2022”, dengan metode penelitian analitik *retrospektif*, menunjukkan bahwa kelompok dengan status pernikahan menikah yaitu 246 orang (80.4%) dibandingkan dengan orang yang tidak menikah ataupun berpisah. Namun, individu yang sudah

menikah lebih kecil kemungkinannya mengalami gangguan panik dibandingkan dengan individu yang belum menikah. Terdapat perbedaan beban psikologi maupun ekonomi terhadap orang-orang yang telah membangun keluarga dalam ikatan pernikahan dan tidak. Perhatian tentang kualitas hubungan seperti pernikahan merupakan korelasi penting dan faktor risiko depresi dan kecemasan, di atas status hubungan lainnya.

2. Hasil penelitian Sugiyanto, dkk (2020) dengan judul “Karakteristik pasien gangguan bipolar yang dirawat periode April 2016 – Maret 2017” dengan metode penelitian deskriptif *restrospektif*, menunjukkan bahwa penderita bipolar memiliki onset umur yang variatif yaitu umur 10 tahun sampai 40 tahun dengan usia 31 hingga 40 tahun adalah yang terbanyak sebanyak 7 orang (46,7%), usia onset bipolar juga sangat bervariasi tergantung jenis bipolar dan episode mania lebih terjadi pada orang muda sedangkan episode depresi mendominasi dalam kelompok usia yang lebih tua. Usia tersebut, masalah pekerjaan merupakan penyebab stress terbesar pada pasien bipolar berasal dari pekerjaan karena pekerjaan menopang hidup seseorang disamping terjadinya masalah keluarga.
3. Hasil penelitian oleh Nahar, dkk (2024) dengan judul “Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Jiwa pada Remaja”, dengan metode penelitian menggunakan rancangan jenis penelitian observasional analitik dengan pendekatan *retrospektif*, menunjukkan bahwa sebagian besar usia responden berusia 10 sampai 14 tahun sebanyak 70 orang (87,5%). Perkembangan fisik pada anak perempuan tidak sejalan dengan pematangan psikologisnya.

Payudara yang tumbuh pada usia remaja tersebut seringkali menimbulkan rasa malu karena sudah diperlakukan sebagai orang dewasa padahal kini remaja belum siap menghadapinya. Faktor teman sebaya responden yaitu baik sebanyak 57 orang (71,3%), masalah teman sebaya ini sangat berpengaruh besar dengan mental remaja. Interaksi teman sebaya atau remaja masalah yang biasanya dialami seperti perundungan. Selain itu terdapat pengaruh keluarga terhadap gangguan mental emosional pada remaja. Hubungan keluarga penting untuk menilai diri sendiri dan berharga. Keluarga merupakan lingkungan terdekat yang berperan besar dalam pembentukan karakter serta mempengaruhi perkembangannya, baik secara fisik maupun psikis. Upaya dalam penelitian ini adalah mendukung untuk dilakukannya *screening* rutin dan yang suspek gangguan kesehatan jiwa diharapkan mendapatkan rujukan untuk melakukan pemeriksaan dan terapi.

4. Hasil penelitian Jayuputri, dkk (2024) dengan judul “Faktor Dominan yang Mempengaruhi Kesehatan Mental Remaja”, dengan metode penelitian menggunakan analitik korelasi, menunjukkan bahwa sebagian besar berusia 16 tahun dan hampir seluruhnya tidak mengikuti kegiatan ekstrakurikuler. Memiliki kesehatan mental yang rendah, hampir seluruhnya memiliki lingkungan keluarga yang kurang, memiliki lingkungan sekolah yang negatif, memiliki lingkungan teman sebaya yang tidak mendukung. Faktor dominan yang mempengaruhi kesehatan mental pada remaja yaitu lingkungan sekolah. Jadi diakibatkan oleh faktor lingkungan (psikososial). Upaya dalam penelitian ini adalah pihak sekolah dapat melakukan

sosialisasi pada remaja di sekolah mengenai seberapa pentingnya menjaga kesehatan mental remaja.

5. Hasil penelitian Zulqarnain, dkk (2021) dengan judul “*Characteristic Description of Hospitalized Bipolar Affective Disorder Patient*”, dengan metode penelitian deskriptif, menunjukkan bahwa didapatkan hasil bahwa pasien rawat inap yang mengalami gangguan afektif bipolar secara keseluruhan dari tahun 2014-2015 jumlah pasien terbanyak berada pada usia 20-29 tahun sebanyak 117 orang (31,2%). Sedangkan hasil terendah dari tahun 2014-2015 berada pada usia lebih atau sama dengan 60 dengan jumlah tahun 2014-2015 sebanyak 6 orang (1,6%). Pasien dengan usia kurang dari 20 tahun mengalami peningkatan yang signifikan yaitu 2,7 kali lipat dari tahun 2014 ke tahun 2015. Hal ini disebabkan oleh meningkatnya penggunaan alkohol dan zat lainnya pada usia tersebut.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian deskriptif yaitu penelitian yang menggambarkan angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta Tahun 2024. Pendekatan yang digunakan yaitu pendekatan *retrospektif* karena menggunakan data lampau berdasarkan dokumen rekam medis pasien bipolar manik psikotik tahun 2024.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

Penelitian ini dilakukan di bagian pelaporan RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta

2. Waktu penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan Maret - April 2025

C. Populasi dan Sampel penelitian

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh formulir assesmen medis gawat darurat dan formulir assesmen medis rawat inap sejumlah 86 pada

pasien rawat inap bipolar manik psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta Tahun 2024.

2. Sampel

Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah sampel jenuh. Sampel jenuh adalah jumlah total populasi yang dihitung berupa seluruh formulir assesmen medis gawat darurat dan formulir assesmen medis rawat inap sejumlah 86 pada pasien rawat inap bipolar manik psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta Tahun 2024.

D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Tabel 3.1
Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional
1.	Umur	Umur pasien yang dihitung berdasarkan tanggal lahir sesuai dengan kalender. Klasifikasi umur dalam penelitian ini digolongkan berdasarkan klasifikasi poliklinik anak-remaja, dewasa, dan lansia di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta menjadi: 0-18 tahun; 19-60 tahun; >60 tahun.
2.	Status Perkawinan	Status perkawinan yang dikategorikan menjadi: duda, janda, kawin, dan belum kawin.
3.	Riwayat Penggunaan Obat-obatan Terlarang	Gangguan bipolar yang diakibatkan oleh riwayat penggunaan obat-obatan terlarang. Pasien tersebut akan diklasifikasikan menjadi positif (+) dan negatif (-).

E. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen

a. Pedoman observasi

Pedoman observasi berupa tabel yang berisi pasien rawat inap bipolar manik psikotik berdasarkan faktor umur, status perkawinan dan riwayat penggunaan obat-obatan terlarang.

b. Pedoman wawancara tidak terstruktur

Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang sudah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya. Pedoman ini berisi daftar pertanyaan terkait informasi angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik di RSJD dr. Arif Zainuddin Surakarta.

2. Cara Pengumpulan Data

a. Observasi

Observasi adalah proses pengamatan dan pencatatan mengenai data yang akan diteliti pada formulir assesmen medis gawat darurat dan formulir assesmen medis rawat inap pasien rawat inap bipolar manik psikotik tahun 2024 melalui aplikasi *AZA Digital* pada bagian pelaporan di unit rekam medis.

b. Wawancara tidak terstruktur

Wawancara dilakukan secara tatap muka yang dilakukan dengan proses tanya jawab dan secara bebas dimana tidak menggunakan pedoman wawancara yang tersusun secara sistematis dan wawancara

kepada petugas pelaporan dan kepala bangsal arjuna untuk mendukung informasi terkait morbiditas bipolar manik psikotik.

F. Teknik Pengolahan dan Analisis data

1. Teknik Pengolahan Data

a. Pengumpulan (*Collecting*)

Pengumpulan data dilakukan dengan mengumpulkan data hasil observasi dan wawancara tidak terstruktur terkait angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik tahun 2024.

b. Edit (*Editing*)

Setelah data terkumpul kemudian mengoreksi data tersebut dan mengolah menjadi informasi yang digunakan untuk mengetahui angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik tahun 2024.

c. Perhitungan (*Calculating*)

Kegiatan melakukan perhitungan angka morbiditas tahun 2024.

d. Tabulasi (*Tabulating*)

Data dari hasil pengumpulan dikelompokkan dan dimasukkan ke dalam bentuk tabel untuk memudahkan dalam analisis data.

e. Penyajian Data

Penyajian data dalam bentuk grafik diagram batang mengenai hasil perhitungan angka morbiditas pasien rawat inap bipolar manik psikotik tahun 2024.

