

SKRIPSI
ANALISIS DETERMINAN SOSIAL YANG BERHUBUNGAN
DENGAN KUALITAS HIDUP PASIEN RAWAT JALAN
GANGGUAN BIPOLAR DI RUMAH SAKIT
KHUSUS DAERAH (RSKD) DADI
KOTA MAKASSAR TAHUN 2021

SUCI SULTAN NUSU
K011171809



*Skripsi Ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat*

DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
PROGRAM KELAS INTERNASIONAL
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2022

LEMBAR PENGESAHAN SKRIPSI

ANALISIS DETERMINAN SOSIAL YANG BERHUBUNGAN DENGAN
KUALITAS HIDUP PASIEN RAWAT JALAN GANGGUAN BIPOLAR
DI RSKD DADI KOTA MAKASSAR TAHUN 2021

Disusun dan diajukan oleh

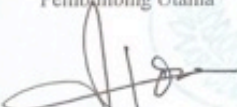
SUCI SULTAN NUSU
K011171809

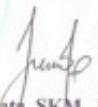
Telah dipertahankan di hadapan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka
Penyelesaian Studi Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
pada tanggal 22 Agustus 2022
dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


Dr. Ida Leida Maria, SKM, M.KM, M.ScPH
NIP. 196802261993032003


Indra Dwinata, SKM, MPH
NIP. 198710042014041001



Ketua Program Studi,
Dr. Suci, SKM., M.Kes
NIP. 197405202002122001

PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah di pertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Senin Tanggal 22 Agustus 2022.

Ketua : Dr. Ida Leida Maria, SKM, M.KM, M.ScPH (.....)

Sekretaris : Indra Dwinata, SKM., MPH (.....)

Anggota :

1. Dr. Wahiduddin, SKM., M.Kes (.....)

2. Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc (.....)

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Suci Sultan Nusu
NIM : K011171809
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
No.Hp : 085770008212
Email : sucisultan29@gmail.com

Dengan ini menyatakan bahwa judul artikel "Analisis Determinan Sosial Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan Gangguan Bipolar Di RSKD Dadi Kota Makassar Tahun 2021" benar bebas dari plagiat dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi ketentuan yang berlaku.

Makassar, 25 Agustus 2022



Suci Sultan Nusu

RINGKASAN

Universitas Hasanuddin
Fakultas Kesehatan Masyarakat
Epidemiologi

Suci Sultan Nusu

“Analisis Determinan Sosial Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan Gangguan Bipolar Di Rumah Sakit Khusus Daerah (Rskd) Dadi Kota Makassar Tahun 2021” (xi + 102 Halaman + 16 Tabel + 4 Gambar + 8 Lampiran)

Gangguan bipolar berhubungan erat dengan tingginya kecacatan dan kematian secara global. Adanya pelonjakan kasus sepanjang tahun 1990 hingga 2013 dapat menjadikan bipolar sebagai masalah kesehatan masyarakat mengingat dimana sebagian besar merupakan remaja yang berasal dari golongan usia produktif. Gangguan bipolar merupakan beban hidup yang menurunkan produktifitas dan kualitas hidup penderitanya. Determinan sosial berkontribusi terhadap derajat kesehatan dan kualitas hidup pasien bipolar. Penelitian ini bertujuan mengetahui apakah terdapat hubungan antara umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, riwayat genetic, waktu onset, komorbid dan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien gagguan bipolar.

Jenis penelitian yang digunakan yaitu observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Besar sampel yang berhasil diteliti sebanyak 83 sampel. Penelitian dilaksanakan pada tanggal 01 Maret 2021 - 01 Agustus 2021 di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan. Instrumen penelitian menggunakan kuesioner *Bipolar Disorder Quality of Life* (BDQOL) untuk mengukur kualitas hidup pasien bipolar. Data disajikan terdiri atas analisis univariat dan bivariat. Pada analisis bivariat digunakan uji *chi-square* untuk melihat hubungan antar variable penelitian.

Hasil penelitian menunjukkan terdapat 47% responden berada di kelompok usia 25-29 tahun, 78,3% perempuan, 47,0% pendidikan terakhir SMA, 26,5% pegawai swasta, 47,0% belum menikah, 39% tidak mengetahui tipe bipolar yang dimiliki, 43,4% memiliki penyakit penyerta. Analisis uji *chi-square* menunjukkan umur ($p=0,013$), tingkat pendidikan ($p=0,001$), riwayat genetic ($p=0,011$), waktu onset ($p=0,035$), komorbid ($p=0,011$) memiliki hubungan yang bermakna dengan kualitas hidup pasien bipolar. Sedangkan jenis kelamin ($p=0,719$), status pekerjaan ($p=0,065$), status pernikahan ($p=0,225$), dukungan keluarga ($p=0,308$) tidak memiliki hubungan yang bermakna dengan kualitas hidup pasien bipolar.

Bagi pasien yang telah memiliki keturunan sebaiknya melakukan pencegahan dengan melakukan *early screening* untuk menghindari menurunnya gangguan bipolar melalui riwayat genetic kepada anak-anaknya

Kata Kunci : Gangguan bipolar, Kualitas Hidup, Determinan Sosial

Daftar Pustaka : 75

SUMMARY

Hasanuddin University
Public Health Faculty
Epidemiology

Suci Sultan Nusu

“Analysis of Social Determinants Related to Quality of Life of Bipolar Disorder Outpatients at Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi (RSKD) Makassar City in 2021” (xi + 102 Halaman + 16 Tabel + 4 Gambar + 8 Lampiran)

Bipolar disorder is closely associated with high rates of disability and death globally. The spike in cases from 1990 to 2013 can make bipolar a public health problem considering that most of them are teenagers who come from the productive age group. Bipolar disorder is a burden of life that reduces the productivity and quality of life of sufferers. Social determinants contribute to the health status and quality of life of bipolar patients. This study aims to determine whether there is a relationship between age, gender, education level, employment status, marital status, genetic history, time of onset, comorbidities and family support with the quality of life of patients with bipolar disorder.

The type of research used is analytic observational with a cross sectional approach. The sample size that was successfully studied was 83 samples. The study was carried out on March 1, 2021 - August 1, 2021 at the Dadi Regional Special Hospital, South Sulawesi Province. The research instrument used a Bipolar Disorder Quality of Life (BDQOL) questionnaire to measure the quality of life of bipolar patients. The data presented consisted of univariate and bivariate analysis. In bivariate analysis, the chi-square test is used to see the relationship between research variables.

The results showed that there were 47% of respondents in the 25-29 year age group, 78.3% women, 47.0% high school education, 26.5% private employees, 47.0% unmarried, 39% did not know the type of bipolar owned, 43.4% have comorbidities. Chi-square test analysis showed age ($p=0.013$), education level ($p=0.001$), genetic history ($p=0.011$), time of onset ($p=0.035$), comorbidities ($p=0.011$) had a significant relationship with quality of life. bipolar patients. Meanwhile, gender ($p = 0.719$), employment status ($p = 0.065$), marital status ($p = 0.225$), family support ($p = 0.308$) did not have a significant relationship with the quality of life of bipolar patients..

For patients who already have offspring, it is better to do prevention by doing early screening to avoid the decline of bipolar disorder through genetic history to their children

Keywords : Bipolar Disorder, Quality of Life, Social Determinants

References : 75

KATA PENGANTAR

Bismillahirrohmanirrohim,

Assalamualaikum warohmatullahi wabarokatuh

Allahummasholli ala sayyidina Muhammad waala ali sayyidina Muhammad

Puji syukur kepada *Allah Subhanallahu Wa Ta'ala* atas ampunan dan ridha-Nya yang senantiasa memberikan kepada penulis niat yang ikhlas, ilmu, serta kemampuan sehingga tugas skripsi ini dapat selesai dengan baik. Sholawat dan salam kepada Nabi Muhammad, Rasulullah *Shallallahu 'Alaihi Wa Sallam* yang merupakan sebaik-baiknya suri tauladan.

Alhamdulillah atas dukungan dari berbagai pihak dan berkah dari Allah SWT peneliti mampu menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis Determinan Sosial Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan Gangguan Bipolar Di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Kota Makassar Tahun 2021”.

Skripsi ini saya dedikasikan kepada kedua orang tua, **Bapak Sultan Nusu & Ibu Nurnaini Masing**. Terima kasih atas ketulusan dan kelapangan dadamu Ma, Pak. Semoga pencapaian ini dapat membuatmu bangga. Banyak terima kasih kepada **Ibu Dr. Ida Leida Maria, S.KM., M.KM., M.ScPH** selaku pembimbing I dan **Bapak Indra Dwinata, SKM., M.KM.**, selaku pembimbing II yang senantiasa dengan penuh ketulusan hati memberikan ilmu dan waktu demi tersesainya skripsi ini. Skripsi ini saya persembahkan kepada teman-teman responden penyintas gangguan bipolar. Semoga kalian selalu sehat dalam berkah Allah SWT.

Selama proses penyusunan skripsi baik dimulai dari perancangan proposal, pengambilan data, analisis hingga interpretasi data, peneliti menghadapi berbagai hambatan. Penulis ingin mengucapkan terima kasih yang kepada pihak-pihak berikut ini :

1. Bapak Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa, M.Sc., Selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Bapak Prof. Sukri Palutturi, SKM., M.Kes., M.Sc.PH.,Ph.D selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin
3. Bapak Dr. Wahiduddin, S.KM., M.Kes selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin.
4. Ibu Dr. Ida Leida Maria,S.KM.,M.KM.,M.ScPH selaku Pembimbing Akademik
5. Bapak Dr. Ridwan M. Thaha, M.Sc. selaku penguji dari Departmen Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku
6. Bapak Dr. Wahiduddin, S.KM., M.Kes selaku penguji dari Departmen Epidemiologi.
7. Seluruh Bapak/Ibu dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah mengajarkan tentang kesehatan masyarakat selama masa perkuliahan.
8. Kepada pihak RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan bagian rekam medik terutama kepada Bapak Malik, Ibu Dama, dan Ibu Masyita.
9. Seluruh staf dan pegawai di FKM Unhas yang telah membantu dalam pengurusan administrasi selama masa kuliah di FKM Unhas.

10. Saudara saya yang selalu mendorong agar terselesaikannya skripsi ini. Asti, Agung, Cece, Ka Indra, Ana dan Om Arda. Tanpa dorongan kalian, skripsi ini tidak akan terselesaikan.
11. Kakak Aswin, Wahyu, Akhilah, Muni, Kak Sri, dan Rifqi yang selalu optimis saya dapat menyelesaikan skripsi dengan baik. Tanpa dukungan dan kebaikan kalian, skripsi ini tidak akan terselesaikan.
12. Sahabat saya yang telah kebersamai dalam menempuh pendidikan S1 di FKM UNHAS, teman-teman kelas internasional (Aisyah, Liza, Dede, Jessica, Vida, Mark, Reza, Satria, Stella, Tya, Nisa, Ahmed, Shahid, Kak Sabita, Kak Kezia).
See you on top!
13. Halo Jiwa Indonesia dan Bipolar Sehat Indonesia yang memberikan dukungan emosional selama saya sedang *down* mengerjakan skripsi.
14. Segenap keluarga besar Tim Hasanuddin Contact (Prof. Alimin, Ibu Ija, Pak Wadi, Kak Ayu, Kak Ismi, Kak Wawan, Kak Ara, Tika)
15. Segenap keluarga besar Tim PTM Dinas Kesehatan Kota Makassar terutama kepada Kak Henny, dr. Adi, dr. Nani, Ibu Mekar, Kak Gita, dan Kak Vemmy, yang telah mewarnai semester akhir saya dengan berbagai pengalaman baru.
16. Banyak terima kasih kepada Suci Sultan Nusu, yang senantiasa terdepan menyemangati dan menguatkan.

Makassar, 24 Agustus 2022

Penulis

DAFTAR ISI

RINGKASAN	ii
SUMMARY	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	9
C. Tujuan Penelitian.....	9
D. Manfaat Penelitian.....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	12
A. Tinjauan Umum Tentang Gangguan Bipolar.....	12
B. Tinjauan Umum Tentang Determinan Sosial.....	20
C. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup.....	28
D. Kerangka Teori.....	33
BAB III KERANGKA KONSEP.....	34
A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Ingin Diteliti.....	34
B. Kerangka Konsep.....	35
C. Definisi Operasional dan Kriteria Objektif.....	35
D. Hipotesis Penelitian.....	40
BAB IV METODE PENELITIAN.....	42
A. Jenis dan Rancangan Penelitian.....	42
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	42
C. Populasi dan Sampel.....	42
D. Instrumen Penelitian.....	44
E. Mekanisme Wawancara Menggunakan Distress Protocol.....	45
F. Pengumpulan Data.....	47
G. Pengolahan Data.....	48
H. Analisis Data.....	49
I. Penyajian Data.....	50
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	51
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	51
B. Hasil Penelitian.....	52
C. Pembahasan Hasil Penelitian.....	77

D. Keterbatasan Penelitian.....	93
BAB VI PENUTUP.....	95
A. Kesimpulan	95
B. Saran	96
DAFTAR PUSTAKA	98
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Pada Pasien Gangguan Bipolar RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021.....	52
Tabel 5.2	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Kesehatan Fisik Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021.....	54
Tabel 5.3	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Waktu Tidur Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021.....	56
Tabel 5.4	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Suasana Hati Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021.....	58
Tabel 5.5	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Kognitif Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021.....	59
Tabel 5.6	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Waktu Luang Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021.....	61
Tabel 5.7	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Hubungan Sosial Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021.....	62
Tabel 5.8	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Spiritual Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021.....	64
Tabel 5.9	Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Finansial Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021.....	65

Tabel 5.10 Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Rumah Tangga Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021	67
Tabel 5.11 Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Harga Diri Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021	68
Tabel 5.12 Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Kemandirian Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021	70
Tabel 5.13 Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Identitas Diri Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun.....	71
Tabel 5.14 Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Pekerjaan Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021	73
Tabel 5.15 Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Domain Pendidikan Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021	74
Tabel 5.16 Analisis Hubungan Variabel Independen dengan Kualitas Hidup Secara Umum Pasien Rawat Jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021	76
Tabel 5.17 Hasil Analisis P-value kualitas hidup umum dan domain kualitas hidup pasien rawat jalan RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2021	77

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Siklus Suasana Hati Pasien Bipolar.....	13
Gambar 2.2 Sikus Suasana Hati Bipolar Tipe 1.....	14
Gambar 2.3 Siklus Suasana Hati Bipolar Tipe 2.....	16
Gambar 2.4 Kerangka Teori.....	34

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kuisioner Penelitian
- Lampiran 2 Surat Izin Pengambilan Kampus
- Lampiran 3 Surat Perbaikan Proposal Lampiran
- Lampiran 4 Surat Izin PTSP
- Lampiran 5 Lembar Disposisi RSKD Dadi Kota Makassar
- Lampiran 6 Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 7 Hasil Analisis SPSS
- Lampiran 8 Riwayat Hidup Peneliti

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Gangguan bipolar merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang dapat menurunkan produktifitas dan kualitas hidup penderitanya. Bipolar menjadi gangguan mental yang terus menunjukkan peningkatan kerugian dan kecacatan pada masyarakat (Suwono, 2017a). Gangguan afektif bipolar merupakan penyakit berulang yang dialami sepanjang hidup dengan angka kejadian rawat inap, bunuh diri dan komorbiditas yang tinggi sehingga bipolar menjadi peringkat keenam sebagai penyebab disabilitas yang menyebabkan lebih banyak kerugian dan kecacatan jika dibandingkan penyakit kanker atau penyakit neurologis seperti epilepsi dan penyakit alzheimer (Kathleen R. Merikangas et al., 2011).

Bipolar merupakan gangguan mental berat kronik yang ditandai dengan adanya fluktuasi antara periode mania dan depresi, sehingga *World Health Organization* (WHO) menetapkan bipolar sebagai penyebab utama kecacatan keenam di seluruh dunia pada kelompok usia 15-44 tahun (Murray & Lopez, 1997). Usia paling umum dalam onset gangguan bipolar adalah 17-21 tahun sehingga bipolar sering disebut sebagai *highly disabling illness*. Bipolar bahkan ditetapkan pada peringkat kedua gangguan mental sebagai penyebab kecacatan secara global setelah depresi mayor (Videbeck, 2011).

Secara global, total kasus bipolar mencapai 54 juta orang (*Global Burden of Disease Study, 2015*) dan berhubungan erat dengan tingginya kecacatan dan

kematian secara global (Ferrari et al., 2011). Bipolar diestimasikan sebagai penyebab kecacatan oleh *Disability Adjusted Life Years* (DALY) sebanyak 4,4 – 10,3 (7%) dan menjadi peringkat ke tujuh sebagai penyebab kematian dan penyebab kecatatan di dunia (Whiteford et al., 2013).

Gangguan bipolar menduduki peringkat keenam sebagai penyebab kerugian dan kecacatan pada golongan penyakit tidak menular (Anyayo et al., 2021). Terjadi pelonjakan kasus bipolar sepanjang lebih dari satu dekade sejak 1990 hingga 2013. Sebanyak 32,7 juta kejadian gangguan bipolar secara global pada tahun 1990 dan 48,8 juta kasus pada tahun 2013 (Ferrari et al., 2016). Peningkatan kejadian tersebut membuktikan bahwa bipolar merupakan masalah kesehatan masyarakat yang menunjukkan peningkatan prevalensi sehingga memerlukan perhatian lebih lanjut.

Gangguan bipolar relatif tidak umum terjadi, dengan angka prevalensi semasa hidup yang dilaporkan oleh survei komunitas berkisar antara 0,4% hingga 1,6% untuk gangguan bipolar I dan 0,5 % untuk gangguan bipolar II. Sekitar 1 dari 3 orang dengan gangguan bipolar yang mendapatkan keringanan. Sayangnya, sekitar 1 dari 5 orang yang tidak mendapat penanganan kemudian melakukan bunuh diri (Nevid et al., 2003).

India, China, Brazil, Amerika dan Indonesia termasuk 5 negara dengan peningkatan insiden bipolar tertinggi sejak tahun 1990-2017 (He et al., 2020). Sekitar 5% penduduk dunia mengalami gangguan kesehatan mental (WHO, 2018)

sepertiga dari jumlah tersebut terjadi di negara berkembang, salah satunya yaitu Indonesia (Ronaldo Fantoni dan Eunike Kristi Julistiono, 2019).

Penduduk Indonesia menderita bipolar sebesar 1,7% (Kemenkes, 2016). Menurut data dari *National Comorbidity Survey Adolescent Supplement* (NCS-A) dari total kasus kelompok remaja berusia 13-18 tahun, didapatkan sebanyak 2.9% remaja mengalami gangguan bipolar, dan 2,6% diantaranya mengalami penurunan fungsi yang berat. Meskipun kasus bipolar di Indonesia tidak dikategorikan gawat darurat, akan tetapi hal ini perlu diketahui secara luas oleh masyarakat karena sebagian besar penderita bipolar adalah remaja yaitu pada usia produktif (Sholikah, 2016).

Di Indonesia, jumlah kasus gangguan bipolar terus mengalami peningkatan. Data dari Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan menunjukkan peningkatan kasus gangguan bipolar dari tahun 2018-2020. Terdapat 93 kasus pada tahun 2018, 113 kasus pada tahun 2019, dan 150 kasus pada tahun 2020.

Kasus bipolar di Kota Makassar mencapai angka 199 jiwa yang berasal dari berbagai suku seperti bugis, toraja, jawa dan lain-lain (Robbani et al., 2014). Masalah ini akan berdampak pada penambahan beban negara dan penurunan produktivitas manusia jangka panjang (Kemenkes RI, 2016). Hal ini sejalan dengan (Mubarokah, 2021) dalam penelitiannya ia menyimpulkan, dengan berbagai faktor biologis, psikologis, sosial dan keanekaragaman penduduk, Indonesia mengalami penambahan kejadian bipolar, bahkan orang dalam taraf dewasa awal sudah memiliki diagnosis gangguan bipolar.

Terdapat tiga penelitian yang mendukung pernyataan tersebut bahwa gangguan bipolar berkontribusi terhadap tingginya angka pengangguran dan kecacatan secara global (Fulford et al. 2014; Sanchez-Moreno et al. 2009; Sylvia, et al., 2017). Penelitian-penelitian tersebut dapat menjadi dasar pembuktian besarnya kerugian yang ditimbulkan bipolar kepada penderita maupun lingkungannya baik secara fisik, mental maupun sosial terlebih di negara berkembang seperti Indonesia.

Determinan sosial merupakan faktor penentu yang ada di dalam masyarakat meliputi dimensi budaya, politik, ekonomi, pendidikan, faktor biologi, dan perilaku yang berkontribusi terhadap derajat kesehatan masyarakat sehingga dapat menjadi indikator untuk mengetahui masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat dalam perspektif sosial (Amelia & Thaha, 2015). Determinan sosial dapat berkontribusi terhadap kesehatan dan fungsional serta memberi dampak dan risiko terhadap kualitas hidup seseorang.

Kualitas hidup yang baik mencakup lebih dari kesehatan seseorang. Kualitas hidup merupakan total dari faktor fisik, emosi, sosial, pekerjaan, dan spiritual seseorang. *World Health Organization* (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupan yang dijalannya sesuai dengan budaya dan nilai-nilai tempat individu tersebut tinggal serta membandingkan kehidupannya tersebut dengan tujuan, harapan, standar dan tujuan yang telah ditetapkan oleh individu. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yang luas yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

Individu dengan gangguan bipolar mengalami kualitas hidup lebih rendah daripada populasi umum (Sylvia, Montana, Deckersbach, Thase, Tohen, Harrington, et al., 2017). Bipolar memberi kontribusi sebanyak 1,0 – 2,4 % pada orang dewasa (Kathleen R. Merikangas et al., 2011), dan 2,5 % pada remaja (Gomes et al., 2016) di dunia.

Hasil dari data skrining jumlah penderita bipolar di Jawa Timur yang dihimpun oleh Persatuan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI), ada sebesar 13% berasal dari usia remaja, 12% dewasa dan 5 – 7 persen dari golongan lansia, golongan orang tua, pekerja, tahanan penjara dan lain-lain. Bipolar dapat memengaruhi setiap golongan usia, dari anak-anak hingga usia lanjut.

Dalam penelitiannya, (Abdul Wadood et al., 2020a) menemukan 2.5% wanita yang telah menikah menderita bipolar sedangkan 7,2% wanita yang telah menikah kemungkinan menderita gangguan bipolar. Terdapat beberapa faktor risiko yang bermakna yaitu penyakit mental, kurangnya hubungan dengan suami, kemiskinan, tingkat pendidikan, dan terlambat menyembuhkan diri ketika kehilangan seseorang yang dicintai.

Telah ditemukan bahwa lingkungan keluarga, budaya, komorbiditas, pilihan pengobatan, lingkungan sekitar orang dengan bipolar, gambaran biokimia dapat menjadi faktor pemicu kejadian bipolar. Berdasarkan beberapa penelitian yang telah disebutkan diatas, semakin mempertegas perlunya perhatian dan kesadaran

masyarakat akan pentingnya informasi terkait gangguan bipolar dan kerugian yang ditimbulkannya.

Sebuah survei yang dilakukan oleh (Modabbernia et al., 2015) menggunakan instrument penelitian *Brief Bipolar Disorder Quality of Life* (Brief BD-QoL) menemukan adanya penurunan kualitas hidup pasien bipolar I dibandingkan dengan bipolar II. Dengan instrument yang sama, (Perich et al., 2021a) menemukan adanya penurunan derajat kualitas hidup pada wanita menopause dibandingkan populasi control.

Terdapat banyak faktor yang dapat berkontribusi pada kualitas hidup gangguan bipolar, baik biologis ataupun lingkungan. Faktor genetika dapat meningkatkan resiko kejadian bipolar apabila seorang anak terlahir oleh salah satu atau kedua orang tua yang menderita bipolar (Santoso et al., 2018).

Dalam penelitiannya, Gomes et al., (2016) menemukan adanya penurunan kualitas hidup seorang anak terlahir oleh salah satu atau kedua orang tua yang menderita bipolar, dibandingkan dengan seorang anak yang tidak terlahir oleh salah satu atau kedua orang tua yang menderita bipolar, dan jika dibandingkan gangguan mental yang terdapat dalam *Diagnostic Statistical Manual IV* (DSM-IV) Axis I lainnya, bipolar masih menduduki peringkat pertama sebagai gangguan mental dengan penurunan kualitas hidup yang berkaitan dengan faktor genetik.

Sebagai penyakit yang memiliki jangka waktu seumur hidup dan berulang, bipolar sering ditemui sebagai penyebab gangguan fungsional dan menjadi penyebab rendahnya kualitas hidup. Dalam penelitiannya (Ww et al., 2012),

menyatakan onset bipolar terjadi sebelum umur 20 tahun memiliki kualitas hidup paling rendah dibandingkan populasi kontrol.

Ditemukan keterkaitan erat antara bipolar dengan gangguan lainnya yang apabila tidak ditangani akan menimbulkan komplikasi pada kesehatan sehingga dapat memengaruhi pekerjaan, kehidupan berkeluarga, dan fungsi interpersonal. Individu dengan gangguan bipolar begitu rendah pada aspek sosio ekonomi. Dibandingkan dengan populasi umum, bipolar 6–9 kali dan 4–5 kali lebih berisiko untuk menganggur (Hakulinen et al., 2019).

Dari hasil penelitian tersebut, telah dibuktikan kerugian yang timbul pada pasien bipolar, sehingga perlu dilakukan penelitian terkait kualitas hidup individu dengan gangguan bipolar. Meskipun gangguan bipolar tidak termasuk dalam kategori urgensi di Indonesia, hal ini dapat dijadikan peringatan kepada masyarakat bahwa sebagian besar orang yang mengalami gangguan jiwa terdiagnosa gangguan bipolar dan kebanyakan dari individu tersebut adalah remaja.

Berdasarkan data rekam medik Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Provinsi Sulawesi Selatan pada tahun 2020, total pasien gangguan bipolar yang berhasil diwawancarai yaitu 83 kasus. Penelitian ini dilakukan di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan yang merupakan pusat rujukan pelayanan kesehatan jiwa Provinsi Sulawesi Selatan sehingga orang dengan bipolar biasanya dirujuk di rumah sakit ini.

Bipolar merupakan masalah kesehatan masyarakat yang perlu diteliti dan diamati. Maramis et al (2009) menegaskan pelaporan yang tersedia dari studi klinis bipolar tidak dapat mencerminkan data yang ada di populasi karena bias seleksi, yaitu individu yang datang mencari pengobatan.

Bipolar merupakan fenomena gunung es dalam masyarakat, angka kejadian yang meningkat serta perubahan pola penyakit secara global yang awalnya di dominasi oleh penyakit menular menuju penyakit kronik termasuk gangguan mental, menjadikan bipolar perlu diteliti sedini mungkin sebelum terlambat. Selain itu, bipolar juga meningkatkan beban penyakit termasuk tahun hidup dengan kondisi disabilitas & kematian prematur penderitanya.

Kualitas hidup orang bipolar seharusnya menjadi perhatian bagi para praktisi kesehatan untuk menentukan intervensi tepat kepada pasien bipolar. Minimnya informasi, observasi, dan data-data lengkap bipolar terutama di lokasi penelitian yaitu Makassar, Sulawesi Selatan, membuat peneliti memandang perlu untuk melakukan penelitian ini demi mengangkat kembali masalah kesehatan mental yang cenderung terabaikan oleh masyarakat saat ini.

Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis Determinan Sosial Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan Gangguan Bipolar Di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Kota Makassar Tahun 2021.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang, rumusan masalah pada penelitian ini adalah sebagai berikut.

“Apakah Ada Hubungan Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Pekerjaan, Status Pernikahan, Riwayat Genetik, Waktu Onset, Komorbid dan Dukunga Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan Gangguan Bipolar Di Kota Makassar Tahun 2020?”

C. Tujuan Penelitian

Terdapat dua jenis tujuan dalam penelitian ini, yaitu :

1) Tujuan Umum

Mengetahui Hubungan Determinan Sosial Dengan Kualitas Hidup Pasien Rawat Jalan Gangguan Bipolar Di Kota Makassar Tahun 2021.

2) Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui hubungan antara umur dengan kualitas hidup pasien rawat jalan gangguan bipolar
- b. Untuk mengetahui hubungan jenis kelamin dengan kualitas hidup pasien rawat jalan gangguan bipolar
- c. Untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan dengan kualitas hidup pasien rawat jalan gangguan bipolar
- d. Untuk mengetahui hubungan status pekerjaan dengan kualitas hidup pasien rawat jalan gangguan bipolar

- e. Untuk mengetahui hubungan status pernikahan dengan kualitas hidup pasien rawat jalan gangguan bipolar
- f. Untuk mengetahui hubungan riwayat genetik dengan kualitas hidup pasien rawat jalan gangguan bipolar
- g. Untuk mengetahui hubungan waktu onset dengan kualitas hidup pasien rawat jalan gangguan bipolar
- h. Untuk mengetahui hubungan komorbid dengan kualitas hidup pasien rawat jalan gangguan bipolar
- i. Untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan kualitas hidup pasien rawat jalan gangguan bipolar

D. Manfaat Penelitian

a. Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan sebagai acuan praktisi kesehatan untuk menentukan kebijakan dalam rangka pencegahan dan pengendalian kejadian gangguan bipolar terutama pada usia produktif sehingga dapat mengurangi kerugian yang ditimbulkan serta meningkatkan kualitas hidup pasien gangguan bipolar.

b. Manfaat Ilmiah

Hasil penelitian ini diharapkan mampu menyediakan saran intervensi yang tepat pada pasien gangguan bipolar serta dapat dijadikan sebagai sarana informasi terkait pengembangan penelitian yang cenderung masih sedikit

mengenai kualitas hidup pasien gangguan bipolar dan penyakit penyerta bipolar.

c. Manfaat Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan mampu memberikan informasi kepada fasilitas kesehatan, khususnya pihak rumah sakit dalam rangka penentuan pelayanan, perawatan, pengobatan hingga rehabilitasi pasien gangguan bipolar

d. Manfaat Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi penyedia informasi kesehatan mental terkhusus gangguan bipolar agar lebih meningkatkan kesadaran dan kewaspadaan akan bahaya dan kerugian yang ditimbulkan gangguan bipolar

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Tentang Gangguan Bipolar

1. Pengertian Gangguan Bipolar

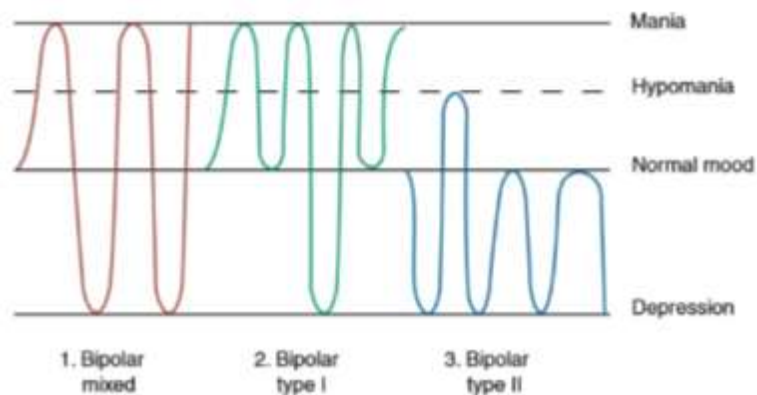
Gangguan Bipolar adalah gangguan jiwa kronik dan berat ditandai dengan ketidakteraturan episode depresi, mania dan suasana hati campuran (APA, 2000), (WHO, 1992). Bipolar terdiri dari afek yang meningkat, dan juga aktivitas yang berlebih (mania atau hipomania), dan dalam jangka waktu yang berbeda terjadi penurunan afek yang disertai dengan penurunan aktivitas atau depresi (Hendrikus Gede Surya Adhi Putra, 2014). Ketika berada pada episode depresi, penderita akan merasa sedih tak berdaya, serta merasa putus asa. Ketika pada episode mania, penderita akan terlihat riang gembira dan penuh energi (Jiwo, 2012).

Terdapat dua episode berulang (sekurang-kurangnya dua episode) dimana afek (perasaan) individu dan tingkat aktivitas jelas terganggu, pada waktu tertentu terdiri dari peningkatan afek disertai penambahan energi dan aktivitas (mania atau hipomania), sedangkan pada episode depresi berupa penurunan afek disertai pengurangan energi dan aktivitas. Bipolar dapat menyebabkan perubahan *mood* atau suasana perasaan yang parah (Parks, 2014). Gangguan bipolar akan mengakibatkan periode emosi yang luar biasa kuat, perubahan pola tidur, tingkat aktivitas, dan perilaku yang tidak biasa (NIMH, 2016).

Gambar dibawah ini menunjukkan diagram siklus gangguan mood pada

Bipolar :

Gambar 2.1 Siklus Suasana Hati Pasien Bipolar



Sumber : (Videbeck, 2011)

Keterangan :

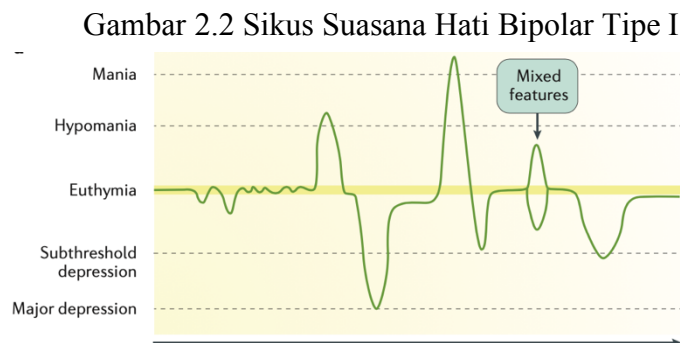
- a. Bipolar I : Episode mania dengan setidaknya satu episode depresi.
- b. Bipolar II : Episode depresi berulang dengan setidaknya satu episode hipomania.

Biasanya yang khas ada penyembuhan sempurna antar episode. Episode manik biasanya mulai dengan tiba-tiba dan berlangsung antara 2 minggu sampai 4-5 bulan, episode depresi cenderung berlangsung lebih lama (rata-rata sekitar 6 bulan) meskipun jarang melebihi satu tahun kecuali pada orang usia lanjut. Kedua macam episode tersebut sering terjadi setelah peristiwa hidup yang penuh stress atau trauma mental lain (Departmen Kesehatan RI, 2012).

2. Klasifikasi Gangguan Bipolar

Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorder V (DSM V) yang diterbitkan oleh *American Psychological Association* (APA) membedakan dua jenis gangguan bipolar yaitu gangguan bipolar I dan gangguan bipolar II.

- a. Bipolar I, ditandai dengan episode mania berat dan depresi berat (Ahuja, 2011). Episode mania bertahan paling tidak 7 hari, atau dengan gejala mania yang sangat parah sehingga orang tersebut memerlukan perawatan di rumah sakit. Biasanya episode depresi juga terjadi minimal 2 minggu (NIMH, 2016). Michalak et al., (2008) mendefinisikan bipolar tipe I melalui 30,6% dengan depresi sedangkan 9,8 dengan hipomania atau mania



Sumber : (Vieta et al., 2018)

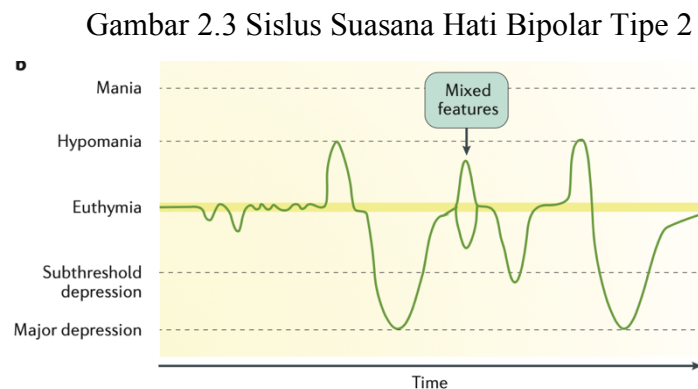
Pada bipolar tipe 1, terjadi fluktuasi mood depresi dan mania secara bergantian. Beberapa individu akan merasakan gejala psikosis lain sebagai bagian dari fluktuasi mood yang dirasakan seperti delusi dan halusinasi (Tracy, 2021). Individu akan mengalami periode mania diikuti oleh periode depresi. Selama fase mania, terjadi antusiasme yang besar, harapan,

kepercayaan diri, dan harga diri yang tinggi, seringkali sampai ke titik kemegahan, cenderung bertindak impulsif sementara pemikiran mereka ekspansif dan kreatif, tetapi mudah teralihkan.

Antusiasme tersebut berkontribusi pada sulit tidur, tekanan bicara, dan peningkatan partisipasi sosial dan pilihan ekstrim yang tidak akan dibuat selama periode non-manik. Gejala ini mencerminkan upaya individu untuk mengatasi tantangan dan menciptakan perasaan berharga dan gembira. Sementara episode manik menetralkan keputusan yang mendasarinya menciptakan masalah lain. Hal ini sebagian besar karena kegagalan mereka untuk mempertimbangkan konsekuensi tindakan mereka selama periode manik ini. Kegagalan ini di kemudian hari tampaknya berkontribusi pada periode intens tanpa harapan dan keputusan serta episode depresi yang tak terhindarkan yang mengikutinya (Sperry, 2016).

Adanya peningkatan aktivitas sosial, seksual, atau pekerjaan, dan terutama keterlibatan dalam kegiatan yang menyenangkan berpotensi untuk menurunkan kualitas hidup bipolar tipe 1. Saat kondisi mania, individu akan merasa “berat” dengan suasana hati yang berubah secara cepat dari kesedihan lalu merasakan euforia (kegembiraan) akan berdampak pada gangguan fungsi dan potensi konsekuensi negatif. Individu dengan Bipolar tipe I mempunyai prognosis yang lebih buruk daripada pasien-pasien dengan gangguan depresi (Maret et al., 2020).

- b. Bipolar II, ditandai dengan episode depresi dan episode hipomania, namun bukan episode mania (NIMH, 2016). Bipolar II lebih ringan dibandingkan bipolar I (Kring et al., 2012). Seseorang dianggap gangguan bipolar II apabila memiliki episode depresi berulang dengan setidaknya satu episode hipomania (Videbeck et al., 2011). Michalak et al., (2008) mendefinisikan bipolar tipe II melalui 51,9 % dengan depresi sedangkan 1,4% dengan hipomania atau mania. Dari penelitian tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa gejala depresi lebih sering terjadi pada bipolar 2.



Sumber : (Vieta et al., 2018)

Pada individu dengan bipolar tipe 2 memiliki kesadaran yang lebih besar tentang konsekuensi dari tindakan yang dilakukannya. Kesadaran inilah yang diduga sebagai penghambat mania sehingga ambisi dan nekat yang dimiliki tidak sebesar pada bipolar tipe 1. Diduga komitmen individu terhadap keluarga, karir, rasa malu dan rasa bersalah yang diantisipasi berhubungan dengan kegagalan dan kekecewaan yang ada afek manic tidak berkembang pada suasana hati pasien bipolar tipe 2.

Individu dengan gangguan bipolar II episode tidak melihat gejala hipomanik sebagai patologis atau merugikan, meskipun orang lain mungkin terganggu oleh perilaku individu tersebut. Kerugian inilah yang diantisipasi dapat menurunkan kualitas hidup orang dengan bipolar tipe 2.

3. Etiologi Gangguan Bipolar

Gangguan bipolar hingga kini belum diketahui sebabnya (Sperry, 2016). Namun terdapat banyak penelitian yang membuktikan faktor genetik dan psikologis adalah faktor yang dapat memicu terjadinya bipolar (*American Psychiatric Association*, 2013). Etiologi gangguan bipolar terdiri atas beberapa faktor seperti faktor biologis, faktor genetik, dan faktor psikologis atau psikososial (Sadock, 2010).

a. Faktor Genetik

Data keluarga menunjukkan bahwa apabila dari salah satu orang tua memiliki gangguan mood, seorang anak akan memiliki risiko antara 10 dan 25 persen mewarisi gangguan mood. Jika kedua orang tua terkena bipolar, risiko ini berpengaruh besar terhadap anaknya (V. A. Sadock, 2015).

Risiko keluarga dengan pasien gangguan mood bipolar adalah 25%, dan berulang pasien gangguan depresi adalah 20%. Risiko anak-anak dari satu orang tua dengan gangguan mood bipolar adalah 27% dan dari kedua orang tua dengan gangguan mood bipolar adalah 74%. Maka dari itu, faktor

genetik sangatlah berpengaruh dan dapat membuat individu rentan terkena gangguan mood (Niraj, 2011)

b. Faktor Biologis

V. A. Sadock, (2015) menemukan terdapat abnormalitas metabolit amin biogenik, seperti asam 5-hidroksiindolasetat (5-HIAA), asam homovanilat (HVA), dan 3-metoksi-4-hidroksifenilglukol (MHPG) yang ada di dalam darah, urine, dan cairan serebrospinalis pasien dengan gangguan mood. Penelitian-penelitian ini paling konsisten dengan hipotesis bahwa gangguan mood disebabkan oleh disregulasi heterogen amin biogenik. Dari amin biogenik, norepinefrin dan serotonin adalah dua neurotransmiter yang paling terkait di dalam patofisiologi gangguan mood.

Dopamin juga diteorikan memiliki peranan pada gangguan mood selain norepinefrin dan dopamin, pada dua teori terkini mengenai hubungan dari dopamin dan fase depresi dalam gangguan mood adalah adanya kemungkinan bahwa dopamin mesolimbik mengalami disfungsi pada fase depresi dan reseptor dopamin D1 mungkin hipoaktif pada fase depresi.

c. Faktor Psikologis

Faktor psikologis memainkan peran penting dalam menentukan permulaan gangguan bipolar. Secara spesifik, peristiwa dalam kehidupan yang penuh tekanan, dukungan sosial dan lingkungan yang buruk, dan faktor

kepribadian tertentu telah diidentifikasi sebagai faktor penyebab psikologis yang penting (V. A. Sadock, 2015).

d. Faktor Dukungan Sosial dan Lingkungan

Faktor psikologis memainkan peran penting dalam menentukan permulaan gangguan bipolar. Secara spesifik, peristiwa dalam kehidupan yang penuh tekanan, dukungan sosial dan lingkungan yang buruk, dan faktor kepribadian tertentu telah diidentifikasi sebagai faktor penyebab psikologis yang penting (Sadock, 2015).

4. Patofisiologi Gangguan Bipolar

Patofisiologi bipolar belum sepenuhnya dipahami. Teknik pencitraan seperti *post emission tomography* (PET) dan *functional magnetic resonance imaging* (fMRI) digunakan dalam penjelasan mengenai penyebab bipolar. Penelitian-penelitian terdahulu befokus pada *neurotransmitter* seperti norepinefrin (NE), dopamin (DA) dan serotonin (ChisholmBurns, et al., 2016).

Faktor lain yang dapat menjadi penyebab gangguan bipolar adalah faktor genetik suatu studi keluarga menunjukkan bahwa keluarga tingkat pertama dari penderita gangguan bipolar memiliki risiko 7 kali lebih besar terkena gangguan bipolar I dibandingkan populasi umum. Risiko seumur hidup gangguan bipolar pada keluarga penderita ialah 40-70% untuk kembar monozigot dan 5-10% untuk kerabat tingkat pertama lainnya (Axelson, 2015; Chisholm-Burns et al, 2016).

B. Tinjauan Umum Tentang Determinan Sosial

Determinan sosial adalah kondisi lingkungan dimana seseorang lahir, tinggal, belajar, bekerja, bermain, beribadah dan umur yang mempengaruhi kesehatan, fungsional sebagai manusia serta dampak dan risiko terhadap kualitas hidup. Determinan sosial terkait kesehatan dibagi atas 5 bagian yaitu stabilitas ekonomi, kualitas dan akses edukasi, kualitas dan akses terhadap pelayanan kesehatan, lingkungan tempat tinggal dan komunitas (*Social Determinants of Health*, 2021).

Determinan sosial berkontribusi terhadap kesenjangan kesehatan di dalam kelompok masyarakat disebut determinan sosial kesehatan dan mempengaruhi kesehatan baik secara langsung maupun tidak langsung, sehingga dapat menjadi tolak ukur status kesehatan masyarakat (Amelia & Thaha, 2015). Determinan sosial merupakan faktor-faktor penentu secara sosial di dalam masyarakat. Pada prinsipnya determinan sosial adalah sejumlah variabel yang tergolong dalam faktor sosial, seperti; budaya, politik, ekonomi, pendidikan, faktor biologi dan perilaku yang mempengaruhi status kesehatan individu atau masyarakat.

Determinan sosial adalah faktor yang mempengaruhi dampak kesehatan. Faktor tersebut dipengaruhi oleh berbagai sistem seperti kebijakan ekonomi, norma sosial, kebijakan sosial dan sistem politik. Dibawah ini merupakan contoh dari determinan sosial yang berhubungan dengan kesehatan, yang dimana memengaruhi kesetaraan kesehatan dalam hal positif dan negatif (*World Health Organization*, 2021).

- a. Pendapatan dan perlindungan sosial
- b. Pendidikan.
- c. Penganguran dan ketersediaan pekerjaan.
- d. Ketersediaan pangan.
- e. Perumahan, fasilitas dasar dan lingkungan.
- f. Perkembangan awal masa anak-anak.
- g. Konflik struktural.
- h. Akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau

Tidak bisa dipungkiri bahwa sehat secara fisik maupun mental tidak hanya dapat dinilai dari faktor biologis namun juga perlu perhatian lebih lanjut melalui faktor sosial. Resiko untuk memiliki gangguan mental lebih tinggi pada orang-orang yang kurang mampu, lemah, rendah sumber daya, dan mendapatkan ketidakadilan dalam sosial, politik, dan ekonomi (Hynie, 2018). Determinan sosial meliputi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien gangguan bipolar. Berikut adalah determinan sosial yang merupakan variabel penelitian yang akan diteliti :

1. Umur

Umur adalah lama hidup seseorang di dunia ini dihitung sejak tanggal dia dilahirkan (Simarmata, 2012). Menurut B. Hurlock (2010), usia adalah umur individu yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun dan semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih

matang dalam berfikir dan bekerja. Umur dibagi menjadi 9 klasifikasi yaitu (Kemenkes RI, 2009).

- a. Masa balita : 0 – 5 tahun
- b. Masa kanak-kanak : 5 – 11 tahun
- c. Masa remaja awal : 12 – 16 tahun
- d. Masa remaja akhir : 17 – 25 tahun
- e. Masa dewasa awal : 26 – 35 tahun
- f. Masa dewasa akhir : 36 – 45 tahun
- g. Masa lansia awal : 46 – 55 tahun
- h. Masa lansia akhir : 56 – 64 tahun
- i. Masa manula : \geq 65 tahun

Gejala bipolar dapat diidentifikasi sebelum umur 18 tahun dengan jumlah kejadian pada remaja semakin meningkat (Connor et al., 2017). Dalam penelitiannya, (He et al., 2020) membagi pasien bipolar menjadi 15 golongan umur. Angka tertinggi pada umur 10 - 19 tahun, golongan umur 45 tahun ketas sedangkan pada umur 20 - 24 tahun terjadi penurunan kejadian. Meskipun kasus tertinggi bipolar berasal dari usia 10 - 19 tahun, dampak kerugian lebih besar ditemukan pada golongan usia 20-24 yang berkontribusi tertinggi pada DALY.

Hal tersebut disebabkan karena gejala bipolar sering terjadi saat remaja namun pada saat tersebut gejala belum terlalu berat sehingga belum mendapatkan diagnosis pada usia remaja atau mendapatkan pengobatan yang ideal (Mayor, 2019). Selain itu, seringnya terjadi kekambuhan pada bipolar

memberikan pengaruh selama masa dewasanya, yang menyebabkan tingginya jumlah DALY di antara mereka yang berusia 20-44 tahun.

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin adalah kumpulan karakteristik biologis yang menandai manusia dan hewan. Jenis kelamin umumnya berhubungan dengan aspek fisik dan fisiologis termasuk kromosom, gen, tingkat dan fungsi hormon dan anatomi reproduktif (*Canadian Institutes of Health Research, 2015*). Jenis kelamin terbagi atas dua yaitu laki-laki dan perempuan (*World Health Organization, 2021a*).

Gangguan Bipolar pada wanita memiliki jumlah yang lebih tinggi dari gambaran penyakit terkait gangguan bipolar II (BP-II). Dalam penelitiannya (Erol et al., 2015) membuktikan periode afek yang lebih tinggi pada wanita dibanding pria. Penelitian tersebut tidak sejalan dengan penemuan (*Adult Psychiatric Morbidity Survey, 2014*), (Kawa et al., 2005), yang mendapati tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada pria dan wanita tetapi wanita cenderung lebih sering merasakan depresi dan pria memiliki mania sebagai episode pertamanya.

3. Tingkat Pendidikan

Pendidikan adalah pembelajaran pengetahuan, keterampilan, dan kebiasaan sekelompok orang yang diturunkan dari satu generasi ke generasi berikutnya melalui pengajaran, pelatihan, atau penelitian. Pendidikan sering terjadi di bawah bimbingan orang lain, tetapi juga memungkinkan secara

otodidak. Setiap pengalaman yang memiliki efek formatif pada cara orang berpikir, merasa, atau tindakan dapat dianggap pendidikan. Pendidikan umumnya dibagi menjadi tahap seperti prasekolah, sekolah dasar, sekolah menengah dan kemudian perguruan tinggi. Dalam penelitiannya, (Anyayo et al., 2021) tingkat pendidikan dengan total responden terbanyak berasal dari pendidikan diatas SMA yaitu 24% sedangkan terendah berasal dari tidak sekolah yaitu 7%.

4. Status Pekerjaan

Pekerjaan secara umum didefinisikan sebagai sebuah kegiatan aktif yang dilakukan oleh manusia. Dalam arti sempit, istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan sebuah karya bernilai imbalan dalam bentuk uang bagi seseorang (Rusdin, 2015).

Individu dengan gangguan bipolar begitu rendah pada aspek sosio ekonomi. Dibandingkan dengan populasi umum, bipolar 6–9 kali dan 4–5 kali lebih beresiko untuk menganggur (Hakulinen et al., 2019). Menariknya, beberapa penelitian menunjukkan kreativitas pada pekerjaan dapat meningkatkan resiko gangguan bipolar (Johnson et al., 2012). Salah satu penelitian di Amerika Serikat dan Argentina menunjukkan bahwa kasus gangguan bipolar lebih banyak ditemukan pada sampel yang bekerja dibandingkan pengangguran (Holtzman et al., 2015).

5. Status Pernikahan

Status Pernikahan merupakan status yang dimiliki seseorang sebagai penduduk negara yang digolongkan berdasarkan ikatan pernikahan. Status pernikahan yang diakui oleh pemerintah Indonesia terbagi menjadi empat golongan (Kependudukan, 2016).

Dalam penelitiannya, (Maret et al., 2020) mendapatkan sampel dengan bipolar yang belum menikah lebih banyak ditemukan dibandingkan dengan yang sudah menikah. Hal tersebut bersesuaian dengan penelitian yang dilakukan di Kota Bogor, Indonesia yang mendapatkan kasus gangguan bipolar lebih banyak ditemukan pada pasien yang belum menikah. Terdapat banyak faktor yang dapat memengaruhi status pernikahan seperti pasien yang mengalami kesulitan psikososial, pekerjaan, masalah keuangan, kegagalan perkawinan, bunuh diri, kualitas hidup yang buruk. Pada kualitas hidup, pasien bipolar yang menikah, bercerai atau berpisah memiliki kualitas hidup yang buruk (Sylvia, Montana, Deckersbach, Thase, Tohen, Harrington, et al., 2017)

6. Riwayat Genetik

Gangguan Bipolar beresiko lebih tinggi pada orang yang memiliki keturunan bipolar dibanding populasi kontrol. Riwayat keluarga merupakan salah satu faktor resiko yang berpengaruh pada kejadian bipolar dan menjadi salah satu strategi untuk mencegah bipolar (Vieta, Salagre, et al., 2018). Pada pasien bipolar, terdapat fungsi lebih rendah daripada gangguan mental lain. Terdapat kaitan antara bipolar dan lingkungan keluarga seperti adanya konflik dalam rumah dan rendahnya kualitas hubungan.

Jika seorang individu mengalami manik dan depresi maka terdapat kemungkinan 5% - 10% anggota keluarga intinya mengidap gangguan tersebut. Penderita bipolar lebih sering dijumpai pada penderita yang mempunyai saudara atau orang tua dengan gangguan bipolar (Syafarilla, 2019).

7. Waktu Onset

Onset gangguan bipolar biasanya pada usia muda, yaitu episode pertama sebelum usia 30 tahun (Suwono, 2017b). Jika gangguan bipolar mulai lebih awal menyebabkan fungsi hidup rendah, rendahnya kegagalan akademik dan hubungan interpersonal yang buruk (Anyayo et al., 2021) Pasien yang memiliki bipolar sebelum umur 20 tahun cenderung terlambat ditangani serta dapat memiliki kualitas hidup yang lebih rendah (Ww et al., 2012).

8. Komorbid

Gangguan bipolar berkomorbid dengan sejumlah gangguan lain seperti penyalahgunaan zat, gangguan kecemasan, gangguan kepribadian, dan attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) (NICE 2014b). Baik wanita maupun pria memiliki peningkatan risiko kematian akibat diabetes, COPD, dan influenza atau pneumonia. Komorbid bipolar yang paling sering ditemui adalah ADHD (Keenan-Miller et al., 2012). Selain itu, wanita dengan gangguan bipolar telah meningkatkan kematian secara signifikan akibat stroke, kanker, dan khususnya kanker usus besar.

Ditemukan hubungan antara gangguan bipolar dan kematian akibat penyakit kronis (penyakit jantung iskemik, diabetes, COPD, atau kanker) jauh lebih lemah di antara orang-orang dengan diagnosis dini dari kondisi ini, menunjukkan bahwa diagnosis medis tepat waktu dan pengobatan secara efektif dapat mengurangi mortalitas di antara pasien gangguan bipolar dibandingkan populasi umum.

9. Dukungan Keluarga

Dukungan keluarga adalah suatu bentuk hubungan interpersonal yang meliputi sikap, tindakan dan penerimaan terhadap anggota keluarga, sehingga anggota keluarga merasa ada yang memperhatikannya. Jadi dukungan sosial keluarga mengacu kepada dukungan-dukkungan sosial yang dipandang oleh anggota keluarga sebagai sesuatu yang dapat diakses atau diadakan untuk keluarga yang selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Dwi, 2015).

Dukungan keluarga dan tetangga menjadi motivasi bagi pasien bipolar dalam menghadapi permasalahan yang ada dan membantu juga dalam proses menyesuaikan diri dengan baik terhadap lingkungan (Sholikhah, 2016). Keluarga mempunyai pengaruh besar untuk perkembangan anggota keluarga yang mengalami gangguan Bipolar. Keluarga adalah orang terdekat dalam kehidupan pasien sehingga dukungan dan penerimaan oleh keluarga dapat membuat pasien bipolar menunjukkan peningkatan pada kesehatannya.

Beberapa faktor dapat berkontribusi atas menurunnya kualitas hidup dan fungsi hidup pasien bipolar termasuk kurangnya dukungan sosial (Anyayo et al., 2021).

C. Tinjauan Umum Tentang Kualitas Hidup

1. Pengertian Kualitas Hidup

World Health Organization (WHO) mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupan yang dijalannya sesuai dengan budaya dan nilai-nilai tempat individu tersebut tinggal serta membandingkan kehidupannya tersebut dengan tujuan, harapan, standar dan tujuan yang telah ditetapkan oleh individu. Konsep ini meliputi beberapa dimensi yang luas yaitu: kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan. (WHO, 1997).

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) mendefinisikan kualitas hidup lebih fokus pada persepsi individu terhadap kondisi kesehatan fisik dan mental serta hubungannya dengan risiko dan kondisi kesehatan, status fungsional, dukungan sosial dan status sosial ekonomi (CDC, 2000).

Kualitas hidup adalah suatu cara hidup, sesuatu yang esensial untuk menyemangati hidup, eksistensi berbagai pengalaman fisik dan mental seorang individu (Brian, 2003). Kualitas hidup merupakan persepsi subjektif dari individu terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan lingkungan dalam kehidupan sehari-hari yang dialaminya (Urifah, 2012).

Menurut Cohan & Lazarus (dalam Handini, 2011) kualitas hidup adalah tingkatan yang menggambarkan keunggulan seseorang individu yang dapat dinilai dari kehidupan mereka. Keunggulan individu tersebut biasanya dilihat dari tujuan hidupnya, kontrol pribadinya, hubungan interpersonal, perkembangan pribadi, intelektual dan kondisi materi.

Kualitas hidup individu yang satu dengan yang lainnya akan berbeda, hal itu tergantung pada definisi atau interpretasi masing-masing individu tentang kualitas hidup yang baik. Kualitas hidup akan sangat rendah apabila aspek-aspek dari kualitas hidup itu sendiri masih kurang dipenuhi (Karangora, 2012).

Testa dan Nackley mengungkapkan kualitas hidup merupakan seperangkat bagian-bagian yang berhubungan dengan fisik, fungsional, psikologis, dan kesehatan sosial dari individu. Ketika digunakan dalam konteks ini, hal tersebut sering kali mengarah pada kualitas hidup yang mengarah pada kesehatan. Kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan mencakup lima dimensi yaitu kesempatan, persepsi kesehatan, status fungsional, penyakit, dan kematian (Rapley, 2003).

Kualitas hidup merupakan persepsi individu tentang keberadaannya di kehidupan dalam konteks budaya dan system nilai tempat ia tinggal. Jadi dalam skala yang luas meliputi berbagai sisi kehidupan seseorang baik dari segi fisik, psikologis, kepercayaan pribadi, dan hubungan sosial untuk berinteraksi dengan lingkungannya. Definisi ini merefleksikan pandangan bahwa kualitas hidup merupakan evaluasi subjektif, yang tertanam dalam konteks cultural, sosial dan

lingkungan. Kualitas hidup tidak dapat disederhanakan dan disamakan dengan status kesehatan, gaya hidup, kenyamanan hidup, status mental dan rasa aman (Snoek, dalam Indahria, 2013).

Dari beberapa uraian tentang kualitas hidup diatas maka dapat dijelaskan bahwa yang dimaksud dengan kualitas hidup dalam penelitian ini adalah persepsi individu terhadap posisi mereka dalam kehidupannya baik dilihat dari konteks budaya maupun system nilai dimana mereka tinggal dan hidup yang ada hubungannya dengan tujuan hidup, harapan, standar dan fokus hidup mereka yang mencakup beberapa aspek sekaligus, diantaranya kesehatan fisik, tidur, suasana hati, fungsi kognitif, waktu luang, sosial, spiritualitas, keuangan, rumah tangga, harga diri, kemandirian dan identitas diri pasien dalam kehidupan sehari-hari.

2. Instrumen dan Alat Ukur Kualitas Hidup

Michalak et al. (2010) mengembangkan instrument Kualitas Hidup secara spesifik untuk pasien bipolar dengan skor yang valid dan reliabel. *Bipolar Disorder Quality of Life (BD-QOL)* memiliki 56 item pertanyaan sedangkan pada *Brief Bipolar Disorder Quality of Life (Brief BD-QoL)* merupakan versi singkat dengan mencakup 32 item. Brief BD-QoL bekerja secara efektif di seluruh keadaan suasana hati dan tahapan gangguan bipolar dan responsif terhadap perubahan dan dapat digunakan oleh berbagai macam budaya (Perich et al., 2021a). Instrumen Brief- BD QoL)mengukur kualitas hidup manusia terdiri atas 32 item yang dirancang untuk menangkap persepsi subjektif pasien

tentang Kualitas Hidup. 32 item tersebut meliputi kesehatan fisik, waktu tidur, suasana hati, kognitif, waktu luang, hubungan sosial, spiritualitas, keuangan, rumah tangga, harga diri, kemandirian identitas diri, pekerjaan dan pendidikan.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Raebun dan Rootman (Angriyani, 2008) mengemukakan bahwa terdapat delapan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup seseorang, yaitu: kontrol, berkaitan dengan control terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang, seperti pembahasan terhadap kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh.

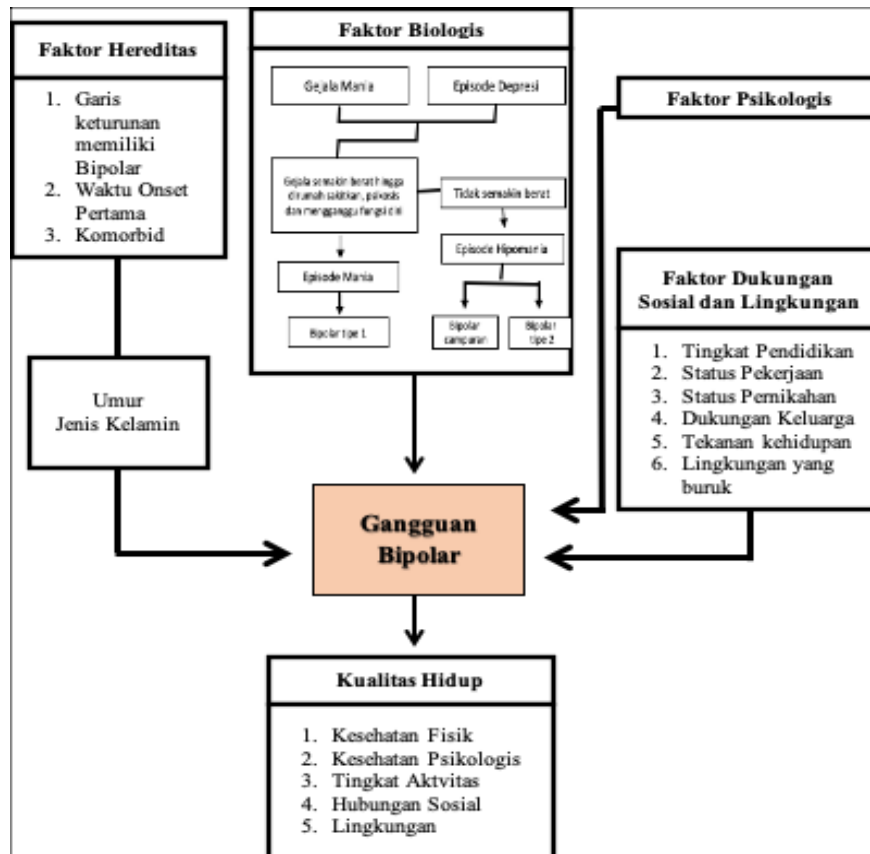
- a. Kesempatan yang potensial, berkaitan dengan seberapa seseorang dapat melihat peluang yang dimilikinya
- b. Keterampilan, berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang mengakibatkan ia dapat mengembangkan dirinya, seperti mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.
- c. Sistem dukungan, termasuk didalamnya dukungan yang berasal dari lingkungan keluarga, masyarakat maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang layak dan fasilitas-fasilitas yang memadai sehingga dapat menunjang kehidupan.
- d. Kejadian dalam hidup, hal ini terkait dengan tugas perkembangan dan stress yang diakibatkan oleh tugas tersebut. Kejadian dalam hidup sangat berhubungan erat dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan terkadang kemampuan seseorang untuk menjalani tugas tersebut mengakibatkan tekanan tersendiri.

- e. Sumber daya, terkait dengan kemampuan dan kondisi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah apa yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.
- f. Perubahan lingkungan, berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.
- g. Perubahan politik, berkaitan dengan masalah Negara seperti krisis moneter sehingga menyebabkan orang kehilangan pekerjaan/mata pencaharian.

Selain itu, kualitas hidup seseorang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya, mengenali diri sendiri, adaptasi, merasakan keadaan orang lain, perasaan kasih dan sayang, bersikap optimis, mengembangkan sikap empati. Kualitas hidup bipolar pada saat fase depresif lebih rendah dibandingkan pada saat fase mania. Kualitas hidup juga mencakup persepsi individu terhadap kehidupan yang dijalannya sesuai dengan budaya dan nilai-nilai tempat individu tersebut tinggal serta membandingkan kehidupannya tersebut dengan tujuan, harapan, standar dan tujuan yang telah ditetapkan oleh individu. Dengan demikian, kualitas hidup tidak hanya bergantung pada kondisi klinis namun juga pada pemulihan fungsi individu. Berdasarkan hal tersebut, kualitas hidup berkaitan erat dengan determinan sosial pasien rawat jalan bipolar.

D. Kerangka Teori

Gambar 2.3 Kerangka Teori



Sumber : Dimodifikasi (Videbeck, 2011), (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM 5, 2013), (Ee et al., 2010).

Kajian mengenai penyebab atau faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup bipolar dapat dikaji secara multidimensional. Berdasarkan beberapa sumber diatas dapat dibangun sebuah konsep yaitu determinan kualitas hidup bipolar dipengaruhi oleh determinan sosial pasien bipolar. Di antara faktor di atas, yang menjadi faktor yang akan diteliti yaitu terdiri dari umur, jenis kelamin, tingkat Pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, riwayat genetik, dukungan keluarga, waktu onset dan komorbid gangguan bipolar.

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Dasar Pemikiran Variabel Yang Ingin Diteliti

Gangguan bipolar merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang dapat menurunkan produktifitas dan kualitas hidup penderitanya. Bipolar menjadi gangguan mental yang terus menunjukkan peningkatan kerugian dan kecacatan pada masyarakat. Kerugian dan kecacatan yang diakibatkan oleh Bipolar membuatnya disebut sebagai *tahun sehingga bipolar sering disebut sebagai *highly disabling illness**. Determinan sosial meliputi faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien gangguan bipoar. Variabel determinan sosial yang terdiri atas umur, jenis kelamin, tingkat Pendidikan, status pekerjaan, status pernikahan, riwayat genetik, dukungan keluarga, waktu onset dan komorbid merupakan variabel yang perlu diteliti dikarenakan variabel tersebut dinilai dapat memberi dampak pada kualitas hidup penderita. Oleh karena itu, uraian diatas merupakan dasar pemikiran untuk mengetahui adanya hubungan determinan sosial dengan kualitas hidup penderita gangguan bipolar di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan tahun 2021.