

Perbedaan Skor Cemas Pada Pasien Gangguan Bipolar yang Mendapat Terapi *Adjuvan Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)*

Dena Hariningsih¹, Yusvick Muhammad Hadin², Wahyu Nur Ambarwati³

¹²³ Ilmu Kesehatan Jiwa, Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret
email: denahariningsih@gmail.com

Abstrak

Artikel INFO

Diterima : 13 November 2022
Direvisi : 12 Juni 2023
Disetujui : 17 Juli 2023

DOI:
<http://dx.doi.org/10.24014/jp.v14i2.19808>

Prevalensi seumur hidup dari bipolar disorder (BD) tipe 1 adalah 0,87% dan BD tipe II adalah 0,67%. Meskipun gangguan bipolar memiliki muatan genetik, tetapi dianggap multifaktorial yang dipengaruhi faktor lingkungan yang digunakan sebagai strategi intervensi awal karena dapat dimodifikasi dan *Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)* merupakan terapi maintainen adjuvan lini pertama pada pasien BD. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui efektivitas MBCT terhadap kecemasan pada pasien gangguan bipolar. Suatu penelitian pre eksperimental *one grup* dengan metode Quasi eksperimen *one-group pretest and posttest design*. Penelitian selama 2 bulan di RSUD Dr. Moewardi. Subyek penelitian 15 orang dipilih dengan metode total sampling. Subyek diperiksa T-MAS, kemudian diberikan terapi MBCT selama 2 bulan dengan 8 sesi pertemuan, dan dilakukan pemeriksaan T-MAS ulang. Hasil uji normalitas didapat nilai p pada skor T-MAS *pretest* 0,167 dan nilai p skor T-MAS *posttest* sebesar 0,786. Pada uji T-test variabel T-MAS *pretest* diperoleh nilai *mean* sebesar 27,67 ± 2,469 dan T-MAS *posttest* sebesar 18,80 ± 2,042 dengan nilai p 0,000 (p<0.05) artinya terdapat perbedaan yang signifikan antara T-MAS *pretest* dengan T-MAS *posttest*. Skor T-MAS *posttest* lebih rendah setelah intervensi MBCT pada pasien gangguan bipolar yang sudah diberikan terapi baku, sehingga dapat dinyatakan bahwa MBCT efektif untuk mereduksi kecemasan pada pasien bipolar.

Kata kunci: Gangguan Bipolar; Terapi Kognitif Berbasis Perhatian; Kecemasan.

The Differences Anxiety Scores in Bipolar Disorder Patients based on Adjuvant Therapy Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)

Abstract

The lifetime prevalence of bipolar disorder (BD) type 1 is 0,87% and bipolar disorder type II is 0,67%. Although bipolar disorder has a genetic charge, it is considered as multifactorial influenced by environmental factors which is used as an early intervention strategy because it can be modified and MBCT is the first-line adjuvant maintainant therapy in BD patients. This study explored whether 8 sessions of MBCT therapy in bipolar disorder could reduce anxiety scores. One-group pre-experimental study with a quasi-experimental one-group pretest and posttest design method were carried out. Data were collected in 2 months at RSUD Dr. Moewardi. 15 participants were chosen by total sampling. The participants were examined by T-MAS, then given MBCT therapy for 2 months with 8 sessions, and then repeated T-MAS examination. The results of the normality test showed that the p value of the pretest T-MAS score was 0,167 and the p-value of the posttest T-MAS score was 0,786. The T-MAS pretest variable obtained a mean value of 27,67 ± 2,469 and the T-MAS posttest was 18,80 ± 2,042 with a p value 0,000 (p<0,05). The finding shows there is a significant difference between pretest and posttest T-MAS scores, where posttest T-MAS scores were lower after MBCT intervention in bipolar disorder patients who had been given standard therapy.

Keywords: Bipolar Disorder, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Anxiety

Pendahuluan

Gangguan bipolar atau *bipolar disorder* (selanjutnya ditulis BD) adalah gangguan mental yang ditandai dengan perubahan emosi

yang drastis dari rasa gembira yang ekstrim menjadi depresi yang parah. Gangguan bipolar adalah penyakit mental yang umum dengan morbiditas dan mortalitas yang tinggi. Prevalensi BD bervariasi, berdasarkan survei

kesehatan mental dunia melaporkan prevalensi seumur hidup sebesar 2,4%. Sementara tingkat prevalensi untuk setiap subtype bervariasi di sembilan negara yang diteliti, BD adalah secara umum 1,4%, BD I pada 0,6% dan BD II 0,4%. Prevalensi seumur hidup BD I adalah 0,87% dan BD II adalah 0,67% (Yatham et al., 2018)

Individu yang menderita BD menghabiskan sebagian besar waktu dengan gejala depresi dibandingkan dengan gejala peningkatan mood atau campuran. Rata-rata, pasien BD I menghabiskan 31,9% minggu dengan gejala depresi (22,9% subsindromal dan 8,9% sindromal), dibandingkan dengan 9,3% minggu dengan peningkatan mood (2,4% subsindromal, 4,6% sindrom hipomanik, dan 2,3% sindrom manik), 5,9 % minggu dengan siklus / gejala campuran, dan 52,7% minggu dengan euthimia (Miller et al., 2014).

Gangguan bipolar bila tidak ditangani dengan adekuat dapat memberikan dampak yang tidak menguntungkan seperti perceraian yang mengalami peningkatan sampai 2 sampai 3 kali daripada populasi umum di Amerika Serikat (Granek et al., 2016). Lebih dari 60% BD mengembangkan *Substance Use Disorder* (SUD) termasuk penggunaan alkohol dan narkoba sepanjang hidup mereka. Insiden kematian akibat bunuh diri di antara pasien dengan gangguan bipolar masih tinggi dan dapat lebih dari 20 kali lebih tinggi daripada populasi umum, terutama ketika gangguan bipolar tidak diobati. Sekitar sepertiga dari setengah pasien dengan upaya gangguan bipolar bunuh diri setidaknya sekali dalam seumur hidup mereka, dan kira-kira 15-20% dari upaya bunuh diri telah berhasil dilakukan (Grande et al., 2016).

Farmakoterapi adalah pengobatan lini pertama untuk individu dengan gangguan bipolar, namun sayangnya, pengobatan seperti itu sering gagal untuk membawa pasien dengan gangguan bipolar ke remisi berkelanjutan. Beberapa intervensi psikososial

tambahan telah dikembangkan untuk mengobati gangguan bipolar, termasuk *cognitive-behavioral therapy* (CBT), *family-focused treatment* (FFT), dan *interpersonal and social rhythm therapy* (IPSRT). Namun, terlepas dari kemajuan ini dalam psikososial perawatan, banyak pasien dengan gangguan bipolar terus mengalami suasana gejala yang persisten dan menempatkan mereka pada risiko kambuh dan sering tidak mencapai periode remisi berkelanjutan (Stange et al., 2011). *Mindfulness-based cognitive therapy* (selanjutnya ditulis dengan MBCT) baru-baru ini diadaptasi untuk pengobatan pasien dengan gangguan bipolar. MBCT awalnya berasal dari program *mindfulness-based stress reduction* yang dirancang untuk mencegah kekambuhan pada pasien dalam remisi dari episode depresi mayor berulang serta mengintegrasikan unsur-unsur terapi kognitif dan meditasi berbasis kesadaran (Stange et al., 2011).

MBCT terdiri dari 8 sesi mingguan berturut-turut dengan durasi sekitar 2 jam. Instruksi terdiri dari berbagai praktik meditasi formal dan informal, termasuk *guided body scan*, meditasi duduk dan berjalan, gerakan sadar, latihan pernapasan 3 menit, dan kesadaran terfokus pada kegiatan rutin sehari-hari. Sesi awal melibatkan lebih banyak meditasi terbimbing yang memberikan perhatian pada pernapasan atau sensasi tubuh. Berikut lebih banyak penekanan pada pengembangan praktik mandiri dan perluasan kesadaran penuh kesadaran pada peristiwa mental, termasuk pikiran dan emosi yang sebelumnya mungkin telah dihindari. Pekerjaan rumah adalah elemen penting pada perawatan, dan pasien dianjurkan untuk menghabiskan 45 menit setiap hari mempraktikkan kegiatan *mindfulness* (Segal & Teasdale, 2018).

Metode

Rancangan penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian eksperimen yang metode Quasi eksperimen

one-group pretest and posttest design. Penelitian dilaksanakan di Bagian Ilmu Penyakit Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta, Rumah Sakit Umum Daerah dr. Moewardi Surakarta. Waktu yang diperlukan dalam penelitian ini selama 5 bulan (September 2019 s/d Januari 2020).

Partisipan

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah: i) pasien bipolar tanpa gejala psikotik dalam remisi parsial yang berobat ke RSUD Dr. Moewardi Surakarta; ii) pasien berusia 18-40 tahun; iii) pendidikan minimal SMP; iv) dapat membaca dan menulis; v) memahami Bahasa Indonesia; vi) bersedia datang pada jadwal intervensi psikoterapi; vii) bersedia menjadi subyek penelitian dan menandatangani surat persetujuan menjadi partisipan/*informed consent* dan kooperatif untuk mengikuti psikoterapi MBCT. Kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah: i) adanya gangguan jiwa berat disertai dengan gejala psikotik; ii) adanya manifestasi gangguan multiorgan yang berat; iii) pasien rawat inap; iv) adanya komorbid penyakit fisik yang berat; v) pernah mendapatkan training berbasis *mindfulness* sebelumnya.

Pengukuran

Variabel penelitian ini dibagi menjadi

tiga bagian yaitu: i) variabel bebas (intervensi psikoterapi MBCT for bipolar), yang merupakan variabel kategorik; ii) variabel terikat (kecemasan) yang merupakan variabel numerik. Kategorisasi dinilai berdasarkan skor Taylor Manifest Anxiety Scale/TMA dari Taylor yang terdiri dari 50 aitem (Taylor, 1953); iii) variabel penyerta dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan, usia, status menikah/ belum menikah, pekerjaan, lama diagnosis, dan perjalanan penyakit/pengobatan bipolar.

Hasil

Hasil deskripsi karakteristik subyek penelitian berdasarkan Tabel 1, menunjukkan bahwa pendidikan pasien gangguan bipolar terbanyak adalah S1 yaitu 9 orang (60%), pendidikan SMA sebanyak 5 orang (33.3%) dan pendidikan D3 hanya 1 orang (6.7%). Karakteristik berdasarkan jenis kelamin terbanyak perempuan terdapat 13 orang (86.7%) dan laki-laki 2 orang (13.3%). Pada status perkawinan yang terbanyak adalah belum menikah sebesar 13 orang (86.7%) dan yang sudah menikah hanya 2 orang (13.3%). Sementara usia pasien minimum 19 tahun dan maksimum 40 tahun dengan rata-rata 27 tahun. Tabulasi data subjek dapat dilihat pada tabel 1.

Tabel 1.

Karakteristik Subjek Penelitian

Variabel	Frekuensi	Persentase
Pendidikan		
SMA	5	33.3%
D3	1	6.7%
S1	9	60.0%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	2	13.3%
Perempuan	13	86.7%
Status Perkawinan		
Belum menikah	13	86.7%
Menikah	2	13.3%
Usia		
Minimum	19	
Maksimum	40	
Mean ± SD	27,13 ± 6.92	

Uji Normalitas

Sebelum menguji data pada penelitian ini yaitu skor T-MAS terlebih dahulu data diuji normalitasnya, untuk melihat apakah data berdistribusi normal atau tidak, jika berdistribusi

normal maka uji analisis data menggunakan parametrik dan jika tidak normal maka menggunakan non parametrik. Uji normalitas data pada penelitian ini menggunakan *Shapiro-Wilk* karena data Kurang dari 50 sampel.

Tabel 2.

Uji Normalitas Data Penelitian.

Variabel	P-value	Keterangan
T-MAS Pretes	0,167	Normal
T-MAS Postes	0,786	Normal

Hasil uji normalitas didapat nilai p pada skor T-MAS *pretest* sebesar 0.167 dan nilai p skor T-MAS *posttest* sebesar 0.786. Oleh karena nilai p skor T-MAS *pretest* dan skor T-MAS *posttest* lebih besar dari 0.05 maka

data berdistribusi normal sehingga uji analisis yang digunakan pada penelitian adalah uji parametrik yaitu uji t berpasangan. Deskripsi hasil uji t dapat dilihat pada tabel 3.

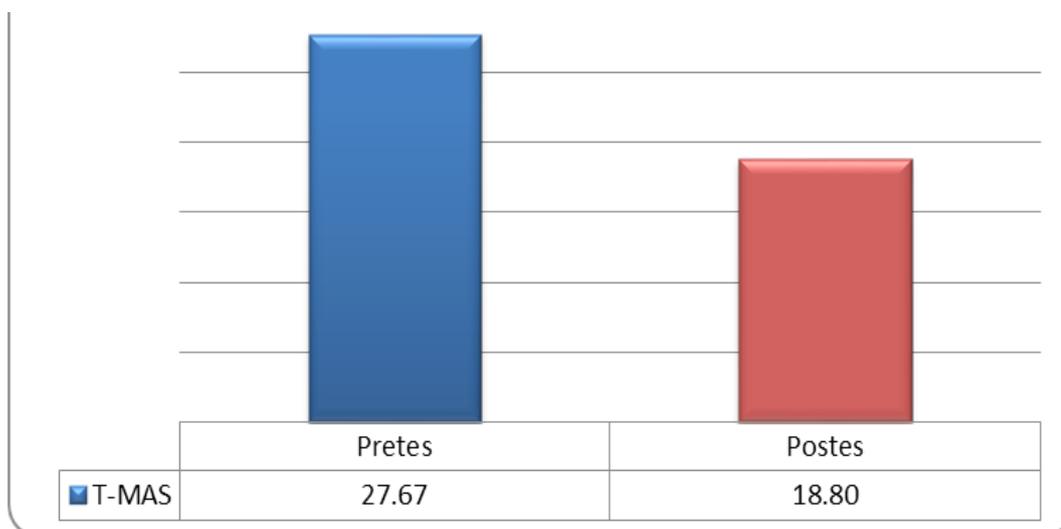
Tabel 3.

Uji T-test Variabel Skor T-MAS

Variabel	Mean	Std. Deviation	P-Value
T-MAS.Pretest	27,67	2,469	0,000
T-MAS.Posttest	18,80	2,042	

Pada tabel 3, dapat dilihat bahwa uji T-test variabel T-MAS *pretest* diperoleh nilai mean sebesar $27,67 \pm 2,469$ dan T-MAS *posttest* sebesar $18,80 \pm 2,042$ dengan nilai $p=0,000$ ($p<0,05$), yang berarti ada perbedaan

yang signifikan antara T-MAS *pretest* dengan T-MAS *posttest*. Agar lebih terlihat jelas perbedaan skor kecemasan *pretest* dan *posttest*, grafik di bawah ini menggambarkan adanya perbedaan skor kecemasan.



Gambar 1. Grafik Nilai Mean T-MAS

Dari gambar 1 tersebut di atas terlihat bahwa nilai mean T-MAS pretes lebih tinggi dibanding nilai mean T-MAS postes, yang berarti setelah adanya perlakuan MBCT sebanyak 8 sesi dapat menurunkan skor cemas pada pasien bipolar secara signifikan.

Pembahasan

Berdasarkan hasil analisis data dengan uji t test menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan skor T-MAS antara *pretest* dengan *posttest* pada penderita bipolar setelah adanya intervensi MBCT 8 sesi. *Mindfulness-based cognitive therapy* (MBCT) baru-baru ini diadaptasi untuk pengobatan pasien dengan gangguan bipolar (Stange et al., 2011). MBCT awalnya berasal dari program *mindfulness-based stress reduction* dirancang untuk mencegah kekambuhan pada pasien dalam remisi dari episode depresi mayor berulang serta mengintegrasikan unsur-unsur terapi kognitif dan meditasi berbasis kesadaran. *Mindfulness* tampaknya memiliki efek positif kognisi, terutama melalui peningkatan kemampuan untuk mempertahankan fokus selama periode yang waktu lebih lama. Penelitian sebelumnya telah menunjukkan bahwa perhatian dikaitkan dengan peningkatan kontrol perhatian (Deckersbach et al., 2012).

Mindfulness juga dapat berdampak pada kemampuan fungsi eksekutif lainnya (mis., memori dan kemampuan untuk merencanakan, mengatur, atau memulai tugas) melalui efek *bottom-up* melalui peningkatan kemampuan untuk mempertahankan perhatian. Meditasi telah dikaitkan dengan peningkatan ketebalan kortikal di area yang berkaitan dengan perhatian dan pemrosesan kognitif, serta perubahan volume hippocampal, yang dikaitkan dengan memori (Holzel et al., 2011). Terapi MBCT yang melibatkan sesi kelompok mingguan, latihan di rumah secara teratur, dan kurikulum inti praktik perhatian formal (mis., pemindaian tubuh, meditasi duduk, gerakan, dan berjalan),

panduan MBCT pasien melalui praktik meditasi kesadaran, yang dipimpin fasilitator diskusi tentang pengalaman, dan psikoedukasi. Yang paling penting, dan berbeda dengan antidepresan di masa muda dengan keluarga yang berisiko untuk gangguan bipolar, selain itu MBCT dikaitkan dengan efek samping minimal (Strawn et al., 2016).

Bipolar adalah penyebab utama kecacatan keenam di dunia. Individu dengan gangguan bipolar sering mengalami perjalanan penyakit yang sangat berulang, yang dikaitkan dengan hasil yang buruk. Gangguan bipolar terkait dengan gangguan pada banyak bidang fungsi, termasuk defisit dalam fungsi kognitif, akademik dan pekerjaan, prestasi, perceraian, penyalahgunaan zat, dan bunuh diri (Stange et al., 2011). Bipolar sering tidak diakui sebagai penyakit, dan orang dapat menderita gangguan bipolar selama bertahun-tahun apabila tidak didiagnosis dan diobati dengan benar (Stange et al., 2011).

Pasien dengan gangguan bipolar sering memiliki kondisi kesehatan mental lainnya, gangguan kecemasan yang paling umum, kontrol impuls dan gangguan perhatian-defisit / hiperaktif, dan penyalahgunaan zat (Yatham et al., 2018). Kecemasan umumnya terjadi selama episode depresi, yang sebagian mencerminkan prevalensi diagnosis komorbiditas kecemasan dan gangguan *mood* dan Gejala sisa kecemasan dapat menjadi faktor risiko untuk keberhasilan pengobatan gejala *mood* dan dapat memprediksi kambuh gejala *mood* (Sala et al., 2012). Kemungkinan seseorang menderita gangguan cemas 4 sampai 6 kali keluarga tingkat pertama mengalami gangguan cemas dengan membandingkan dengan individu yang keluarga tidak menderita gangguan cemas. Saudara kembar menderita gangguan cemas 50 % berisiko gangguan cemas. Hal ini disebabkan oleh *Catechol-O-Methyltransferase* (OMT) 158 Val alel, transporter serotonin (SLC6A4, juga dikenal sebagai 5-HTT), *Brain-Derived Neurotropic Factor* (BDNF).

Hypothalamus Pituitary Adrenal axis, dan enzim *Glutamate Acid Decarboxylase 1 (GAD 1)* (Sadock, 2017).

Kesimpulan

Terdapat penyebab multifaktor terjadinya cemas pada pasien gangguan bipolar diantaranya faktor biologi, faktor psikologi dan faktor sosial. Terdapat perbedaan yang signifikan Skor T-MAS *pretest* dengan skor T-MAS *posttest* pada pasien gangguan Bipolar. Skor T-MAS *posttest* lebih rendah dibanding skor T-MAS *pretest*, dimana MBCT dapat menurunkan skor cemas pada pasien bipolar secara signifikan. Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dasar penerapan MBCT pada fasilitas layanan kesehatan sehingga dapat menurunkan skor cemas pada pasien bipolar.

Daftar Pustaka

- Deckersbach, T., Hölzel, B. K., Eisner, L. R., Stange, J. P., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Rauch, S. L., Lazar, S., & Nierenberg, A. A. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Nonremitted Patients with Bipolar Disorder. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 18(2), 133–141. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2011.00236.x>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar Disorder. *The Lancet*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Granek, L., Danan, D., Bersudsky, Y., & Osher, Y. (2016). Living with Bipolar Disorder: The Impact on Patients, Spouses, and Their Marital Relationship. *Bipolar Disorders*, 18(2), 192–199. <https://doi.org/10.1111/bdi.12370>
- Holzel, B., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S., Gard, T., & Lazar, S. (2011). Meditation-Gray Matter. *Psychiatry Res.*, 191(1), 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.006>
- Mindfulness
- Miller, S., Dell’Osso, B., & Ketter, T. A. (2014). The Prevalence and Burden of Bipolar Depression. *Journal of Affective Disorders*, 169(S1), S3–S11. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(14\)70003-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(14)70003-5)
- Sadock, K. &. (2017). *Kaplan & Sadock’s Comprehensive Textbook of Psychiatry 10th ed.* Wolters Kluwer Health.
- Sala, R., Goldstein, B. I., Morcillo, C., Liu, S. M., Castellanos, M., & Blanco, C. (2012). Course of Comorbid Anxiety Disorders Among Adults with Bipolar Disorder in The U.S. Population. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 865–872. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.024>
- Segal, Z. V., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy For Depression.* Guilford Publications.
- Stange, J. P., Eisner, L. R., Hölzel, B. K., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Scott L. Rauch, M., Nierenberg, A. A., Lazar, S., & Deckersbach, T. (2011). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: Effects on Cognitive Functioning. *Journal Psychiatri Practices*, 17(6), 410–419. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000407964.34604.03.Mindfulness-Based>
- Strawn, J. R., Cotton, S., Luberto, C. M., Patino, L. R., Stahl, L. A., Weber, W. A., Eliassen, J. C., Sears, R., & Delbello, M. P. (2016). Neural Function Before and After Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Anxious Adolescents at Risk for Developing Bipolar Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(4), 372–379. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0054>
- Taylor, J. A. (1953). A personality Scale of Manifest Anxiety. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 48(2), 285–290. <https://doi.org/10.1037/h0056264>
- Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., Sharma, V., Goldstein, B. I., Rej, S., Beaulieu, S., Alda, M., MacQueen, G.,

Milev, R. V., Ravindran, A., O'Donovan, C., McIntosh, D., Lam, R. W., Vazquez, G., Kapczinski, F., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2), 97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12609>