

# **PENERAPAN TERAPI KOGNITIF PERILAKU UNTUK MENINGKATKAN KEPATUHAN OBAT PADA INDIVIDU DENGAN GANGGUAN BIPOLAR: STUDI KASUS**

**Fika Nadia Tirta Maharani<sup>1</sup>, Hasan Fahrur Rozi<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Fakultas Psikologi, Universitas Diponegoro,  
Jl. Prof. Mr. Sunario, Tembalang, Semarang, Indonesia 50275

[fikanadiatirta@lecturer.undip.ac.id](mailto:fikanadiatirta@lecturer.undip.ac.id)

## **Abstrak**

Ketidakpatuhan obat menjadi salah satu hambatan besar dalam terapi gangguan bipolar. Pikiran distortif yang dimiliki oleh individu terkait obat maupun terapi menjadi kontributor dalam memunculkan perilaku ketidakpatuhan obat. Terapi kognitif perilaku merupakan terapi yang menasar pikiran distortif yang nantinya akan memengaruhi perubahan perilaku maupun perasaan individu. Penelitian dengan metode studi kasus tunggal ini bertujuan untuk memperlihatkan penerapan terapi kognitif perilaku dalam meningkatkan kepatuhan obat pada individu dengan gangguan bipolar. Hasil menunjukkan bahwa ada tiga sebab yang berkontribusi terhadap ketidakpatuhan obat pada penanganan gangguan bipolar seperti, rendahnya pengetahuan akan gangguan dan perlakuan, sikap negatif terhadap obat, dan sikap terhadap diagnosis. Selain itu, terapi kognitif perilaku mampu meningkatkan kepatuhan obat pada klien yang terdiagnosis memiliki gangguan bipolar. Rekomendasi penelitian selanjutnya adalah dapat berfokus pada proses penerimaan subjektif terhadap diagnosis maupun keadaan karena faktor tersebut dapat memengaruhi kepatuhan obat pada individu dengan gangguan bipolar.

**Keywords:** gangguan bipolar; kepatuhan obat; studi kasus; terapi kognitif perilaku

## **Abstract**

Medication non-adherence is a prominent challenge for treating bipolar disorder. Cognitive distortions surrounding medication is a contributing factor towards medication non-adherence behaviors. Cognitive behavioral therapy is a therapy that addresses the underlying cognitive distortions that affects an individuals' behavior and emotions. This single case study aims to exhibit the implementation of cognitive behavioral therapy to enhance medication adherence behaviors in a person having bipolar disorder. Results indicates that there are three causes that contributes to medication non-adherence in bipolar disorder treatment such as, limited knowledge surrounding disorder and treatments, negative attitude towards medication, and attitude towards diagnosis. Furthermore, it has been found that cognitive behavioral therapy is effective to enhance medication adherence in clients diagnosed having bipolar disorder. Future research recommendations is to focus on the the subjective experience on diagnosis acceptance because that is a crucial factor affecting medication adherence in a person having bipolar disorder.

**Keywords:** bipolar disorder; case study; cognitive behavioral therapy; medication adherence

## **PENDAHULUAN**

Gangguan bipolar dikategorikan sebagai gangguan *mood* yang memiliki ciri khas keadaan manik, hipomanik, depresi atau campuran dengan disertai fluktuasi *mood* hingga gejala subsindromal *mood* (Ortiz dkk., 2021). Pengaruh genetika dan lingkungan memang menjadi faktor predisposisi yang tidak dapat dibantahkan dalam memunculkan gangguan bipolar, namun pengaruh struktur dan senyawa kimiawi di otak memiliki perannya tersendiri pada gangguan ini. Abnormalitas dari kerja neurotransmitter dan disfungsi reseptor hormon pada otak menjadi beberapa faktor penyebab yang khas dimiliki oleh individu dengan gangguan

emosional termasuk gangguan bipolar (Lee dkk., 2022; Mandal dkk., 2022; Manji dkk., 2003). Salah satu pengaruh abnormalitas pada neurotransmitter ini termanifestasi pada perubahan pola *mood*, energi, dan pikiran yang tidak konsisten (Yadav dkk., 2013). Adanya peran biologis dalam memunculkan gangguan bipolar, maka pemberian obat stabilisasi mood menjadi perihalnya yang penting dilakukan untuk meningkatkan prognosis (Miasso dkk., 2012). Meskipun demikian, kepatuhan obat menjadi salah satu tantangan tersendiri bagi individu yang memiliki gangguan bipolar.

Ketidakpatuhan obat menjadi salah satu tantangan besar bagi pasien maupun profesional dalam menangani penyakit kronis. Menariknya adalah prevalensi ketidakpatuhan obat lebih banyak terjadi pada individu dengan gangguan mental dibandingkan individu dengan penyakit fisik kronis dengan tingkat kasus ketidakpatuhan obat bisa mencapai 40-70% dari populasi (Hibdye, 2015; Semahegn dkk., 2020). Sementara itu, ketidakpatuhan obat pada individu dengan gangguan bipolar dapat mencapai 57% dari populasi (Vieta dkk., 2012), bahkan studi retrospektif yang dilakukan oleh Narayanan dkk. (2020) menemukan bahwa 82.7% partisipan pernah tidak patuh obat selama minimal satu minggu. Isu ketidakpatuhan obat pada individu dengan gangguan bipolar perlu menjadi perhatian dan keresahan profesional karena ketidakpatuhan obat dapat meningkatkan risiko kekambuhan (Jawad dkk., 2018). Kekambuhan pada gangguan bipolar adalah faktor risiko munculnya pemikiran bunuh diri, menyakiti diri sendiri (*self-harm*), hingga melakukan percobaan bunuh diri (Ng dkk., 2023; Oquendo dkk., 2006).

Ada berbagai faktor yang berkontribusi terhadap ketidakpatuhan obat pada gangguan bipolar. Sikap dan persepsi negatif terhadap obat, kesulitan mengelola waktu untuk minum obat, hingga adanya riwayat penyalahgunaan obat menjadi beberapa faktor risiko untuk munculnya ketidakpatuhan obat (Sajatovic dkk., 2009). Zogg dkk. (2012) menemukan bahwa meskipun individu memiliki niat untuk minum obat, namun bisa terhambat karena kurangnya kemampuan untuk mengelola dan merencanakan jadwal aktivitas minum obat. Sikap ketidakpatuhan terhadap obat bisa dilakukan secara tidak sengaja maupun secara sengaja tidak meminum obat. Clatworthy dkk. (2007) memperlihatkan ketidakpatuhan obat secara sengaja disebabkan keraguan yang berhubungan dengan individu belum sepenuhnya menerima diagnosis gangguan, anggapan gangguannya bukanlah gangguan yang kronis maupun keyakinan bahwa dirinya tidak mampu mengubah keadaan. Keunikan dari tantangan ketidakpatuhan obat yang terjadi pada individu dengan gangguan bipolar ini menunjukkan bahwa peran obat dan psikoterapi bersifat komplementer untuk dapat meningkatkan keberfungsian individu (Swaroopachary dkk., 2018).

Terapi berbasis psikososial yang telah diuji efektivitasnya seperti terapi kognitif perilaku, terapi keluarga, psikoedukasi, terapi kelompok terintegrasi, dan *care management*, menunjukkan hasil yang efektif dalam menjaga kepatuhan obat (Beynon dkk., 2008). Di antara terapi berbasis psikososial tersebut, terapi kognitif perilaku menunjukkan efektivitas dalam meningkatkan kepatuhan obat (Novick & Swartz, 2019; Özdel dkk., 2021). Terapi kognitif perilaku adalah salah satu bentuk terapi yang memberikan perhatian pada proses perubahan pikiran yang dapat berpengaruh terhadap perubahan perilaku (Zhao, 2022). Peran terapi kognitif perilaku dalam menjaga kepatuhan klien pada terapi adalah dengan menyadarkan keyakinan terkait penyakit maupun terapi, restrukturisasi kognitif untuk menantang distorsi pikiran dan terapi keperilakuan serta kemampuan penyelesaian masalah (Gonzalez dkk., 2010). Menariknya adalah penggabungan terapi kognitif perilaku dengan psikoedukasi dapat membantu dalam meningkatkan kepatuhan pada obat. Psikoedukasi pada individu dengan gangguan bipolar seputar pemberian pengetahuan mengenai peran dan fungsi

obat serta karakteristik gangguan bertujuan supaya individu tergerak untuk melakukan aksi untuk perubahan perilaku positif (Sajatovic dkk., 2007). Hal ini dikarenakan salah satu alasan ketidakpatuhan obat adalah kurang terdukasinya klien maupun keluarga akan gangguan yang dimiliki (Narayanan dkk., 2020). Maka dari itu, penelitian ini bertujuan untuk memperlihatkan penerapan terapi kognitif perilaku untuk meningkatkan kepatuhan obat pada individu dengan gangguan bipolar.

## **METODE**

### **Partisipan**

Partisipan penelitian adalah seorang perempuan bernama Sarina (nama samaran) berusia 24 tahun yang merupakan pasien di sebuah puskesmas daerah kabupaten Sleman, Yogyakarta. Sarina merupakan anak ketiga dari tiga bersaudara. Saat ini, Sarina tinggal bersama ibunya semenjak kedua kakaknya sudah berkeluarga. Sudah sejak tahun 2019 Sarina didiagnosis memiliki gangguan bipolar dan perlu mengonsumsi empat macam obat yaitu: anti-ansietas, anti-depresan, anti-psikotik, dan *mood stabilizer*. Meskipun demikian, Sarina tidak secara konsisten meminum semua obat yang telah diresepkan dokter. Sarina juga pernah membuang obat dan melewatkan jadwal minum obat secara sengaja.

Perasaan jenuh seringkali dirasakan oleh Sarina setiap kali melihat obat. Saat Sarina melihat obat, selalu ada pikiran yang muncul seperti “*Sampai kapan aku harus minum obat?*”, “*Kenapa sih aku harus minum obat?*” dan “*Sampai kapan aku sembuh?*”. Pikiran dan perasaan jenuh yang kerap kali dirasakan oleh Sarina membuat dirinya secara sengaja tidak meminum obat. Terkadang dia akan membuang obatnya atau menaruh obat tersebut di tempat yang tidak terlihat. Sementara itu, Sarina juga merasa ada keharusan untuk meminum obat.

### **Instrumen Penelitian**

Penelitian ini merupakan studi kasus dengan desain *single subject design* untuk memperlihatkan penerapan dan efektivitas terapi kognitif perilaku pada klien yang didiagnosis memiliki gangguan bipolar. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi-terstruktur, observasi, pemberian tes grafis dan wartegg, *Sack's Sentence and Completion Test (SSCT)*, dan *Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42)*.

### **Prosedur Penelitian**

Prosedur awal adalah dengan pembangunan *rapport* antara klien Sarina dan peneliti. Asesmen dilakukan dengan menerapkan wawancara (*autoanamnesa* dan *alloanamnesa*), observasi dan pemberian alat tes. Alat tes yang diberikan yaitu: tes grafis dan wartegg serta *Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42)*. Integrasi asesmen memberikan gambaran dinamika psikologis yang berkontribusi terhadap permasalahan ketidakpatuhan obat yang dimiliki oleh Sarina.

Tahapan selanjutnya setelah integrasi data asesmen adalah dengan merancang intervensi. Intervensi dilakukan selama delapan sesi yang terdiri dari psikoedukasi dan terapi kognitif perilaku. Delapan sesi tersebut berwujud seperti pemberian psikoedukasi terkait gangguan bipolar maupun terapi kognitif perilaku, identifikasi pikiran otomatis terkait obat dan distorsi kognitif, identifikasi pikiran alternatif, eksplorasi strategi koping adaptif dan *behavioral activation* terkait kepatuhan obat, *family psychoeducation*, identifikasi keyakinan negatif, *relapse prevention* dan terminasi. Asesmen dan terapi dilakukan di puskesmas dan rumah klien.

## **HASIL DAN PEMBAHASAN**

### **Hasil Asesmen**

Berdasarkan interpretasi Depression Anxiety Stress Scale 42 (DASS-42) skor pada kategori depresi, klien mendapatkan skor total 27. Hal ini mengindikasikan bahwa klien memiliki tingkat depresi yang *severe*. Pada kategori *anxiety*, klien mendapatkan skor total 24. Hal ini mengindikasikan keadaan *extremely severe*. Pada kategori stres, klien mendapatkan skor total 28. Hal ini mengindikasikan keadaan *severe*. Maka dari itu, klien memiliki tingkat depresi dan stres pada tingkat *severe*, dan kecemasan memiliki tingkat *extremely severe*.

Tes grafis menunjukkan klien memiliki cara berpikir yang cukup baik. Hal ini ditandai dengan keteraturan dalam berpikir dan kontak dengan realita yang baik. Klien memiliki keingintahuan yang tinggi sehingga memunculkan gairah untuk mencapai suatu tujuan atau mencetak suatu prestasi. Meskipun demikian, ketika dihadapkan pada suatu masalah, klien kurang mampu dalam menentukan sikap maupun tindakan yang dapat menyelesaikan masalah tersebut. Klien memiliki kesulitan dalam mengelola perasaannya karena cenderung didominasi oleh ranah tersebut. Hal ini menyebabkan klien memiliki sifat kekanak-kanakan seperti mudah frustrasi dan impulsif. Dominasi oleh ranah perasaan ini membuat klien sulit dalam menentukan sikap maupun tindakan, sehingga bisa dikatakan labil dalam bertindak. Akibatnya adalah klien diliputi oleh perasaan bersalah apabila telah berbuat suatu tindakan, namun tidak sesuai dengan keinginannya karena adanya kesulitan dalam mengontrol emosinya. Kesulitan dalam mengontrol emosinya ini membuat dirinya menekan perasaan dan kurang mampu mengekspresikan perasaannya. Klien memiliki permasalahan dalam menjalin hubungan sosial. Ketidakmampuan klien dalam menyelesaikan masalah sosial ini membuat dirinya memiliki keinginan untuk mengontrol atau menguasai lingkungannya. Keinginan untuk mengontrol lingkungannya dan kecenderungan untuk berperilaku agresif, bisa menjadi potensi dalam menyulut permusuhan dan ancaman dari klien ke lingkungannya. Pada ranah keluarga, klien memiliki hubungan yang hangat dengan kedua orangtuanya. Klien cenderung lebih terikat secara emosional dengan ayahnya dibandingkan ibunya. Dirinya merasa kurang mendapatkan penerimaan dari ibunya. Hal ini membuat klien merasa tidak dapat berperan di keluarganya dan merasa dirinya tidak berharga. Kurangnya penerimaan yang dirasakan klien membuat dirinya mencari perhatian dan menjalin kedekatan dengan ibunya.

Pengambilan data *baseline* dilakukan selama bulan Februari 2020. Selama empat minggu tersebut, klien hanya meminum obat anti-anxietas sebanyak 15 kali. Klien hanya meminum obat anti-anxietas dan terkadang sehari atau dua hari tidak meminum obat tersebut. Klien mengaku meminum obat anti-anxietas ketika dirinya sulit untuk tertidur pada malam hari. Obat lainnya yang diberikan oleh dokter misal obat anti-psikotik, anti-depresan serta *mood stabilizer* sama sekali tidak dikonsumsi oleh klien.

### **Hasil Implementasi Terapi**

#### *Sesi I dan II: Psychoeducation and Goal Setting*

Salah satu tantangan yang berkontribusi terhadap ketidakpatuhan obat adalah sikap klien terhadap diagnosis gangguan yang diberikan. Sarina menceritakan bahwa sejak dirinya memiliki diagnosis gangguan bipolar, dia memaknainya sebagai sebuah kegagalan dan kecacatan. Meminum obat setiap hari justru menguatkan bahwa dirinya memang betul memiliki kecacatan. Salah satu pikiran otomatis yang membuat klien secara sengaja tidak meminum obat adalah perbandingan yang dilakukan mengenai keadaan dirinya dengan orang

lain. Misalnya klien berpikir bahwa orang lain tidak perlu meminum obat hanya untuk bisa beraktivitas, namun dirinya perlu meminum obat hanya untuk menstabilkan *mood*-nya saja. Keadaan ini memperlihatkan bahwa Sarina belum sepenuhnya menerima keadaannya. Maka dari itu, Sarina menetapkan tujuan bahwa dirinya ingin lebih rutin untuk mengonsumsi obat.

Sesi pertama diawali dengan peneliti memberikan sebuah latihan untuk mengajarkan klien lebih bisa menyadari keadaan diri sendiri. Latihan ini berupa "*Mood Check-In*". Ketika Sarina ditanyakan mengenai keadaan emosionalnya saat itu, dirinya mengutarakan mulai merasakan afek depresif. Peneliti mengajari Sarina untuk memberikan rating terhadap keadaan depresifnya, Sarina diberikan arahan untuk memberikan rating keadaan emosionalnya dari rentang 0, keadaan cenderung depresif, hingga angka 10 yang menunjukkan keadaan riang atau senang. Sarina memberikan rating 3 karena dirinya mulai menyadari gejala depresifnya, namun tidak begitu berat hingga terkendala melakukan aktivitas. Peneliti mengapresiasi Sarina telah mencoba untuk memberikan penilaian terhadap dirinya sendiri. Selain itu, peneliti memberikan penjelasan bahwa *mood check-in* akan selalu dilakukan di setiap awal sesi untuk dapat gambaran keadaan emosional klien.

Pemberian psikoedukasi berupa penjelasan mengenai lanskap gangguan bipolar dan interelasi pikiran, perasaan dan perilaku. Ketika peneliti menjelaskan mengenai fase depresif dan mania, klien memberikan penilaian bahwa dirinya cenderung lebih sering merasakan fase depresi dibandingkan fase mania. Sarina dapat mengidentifikasi ketika dirinya berada pada fase depresi, klien mengaku merasakan perasaan "berat" dan sendu. Perilakunya juga lebih banyak tidur, sulit beranjak dari kasur, dan merawat diri seperti mandi menjadi tantangan besar. Klien pernah tiga tidak mandi karena sulit untuk melakukan aktivitas. Berbeda keadaannya ketika klien menceritakan ciri keadaan saat manik. Pola tidur juga terganggu karena banyak ide yang bermunculan dan energi rasanya masih terlalu banyak untuk tidur.

Selain psikoedukasi terkait gangguan, peneliti juga memberikan psikoedukasi mengenai interelasi antara pikiran, perasaan, dan perilaku. Hal yang dilakukan adalah menjelaskan asumsi dasar bahwa kemampuan pikiran dapat mempengaruhi perasaan dan perilaku. Peneliti memberikan contoh yang relatif bisa dikaitkan dengan kehidupan klien. Misalnya mengajak klien untuk mengidentifikasi pikiran ketika melihat obat. Kemudian perasaan yang muncul dan menyadari perilaku setelahnya.

Selama sesi terapi, klien diajak untuk secara rutin mengisi *mood tracker*. *Mood tracker* dibuat dengan klien mewarnai emosi yang sedang dirasakan saat hari itu. Klien juga diberi kebebasan untuk memberikan representasi warna dari setiap emosi yang muncul di hari itu. Selain itu, disamping lembar kerja *mood tracker*, klien diajak untuk memberikan deskripsi singkat mengenai perasaan yang muncul. Latihan ini juga memperluas diksi yang menggambarkan keadaan emosional klien. Awalnya klien hanya mampu mengidentifikasi perasaan sedih, senang, dan marah. Seiring dengan pemberian *mood-tracker* ini, klien lebih memperluas diksi yang mendeskripsikan perasaan yang muncul, misalnya tenang, cemas, khawatir dan sendu. Selain itu, Sarina mengutarakan bahwa dirinya menantikan untuk menulis di *mood tracker* karena adanya pemberian warna yang merepresentasikan emosi tertentu dan dirinya menyukai bermain dengan warna. Perihal lainnya yang memotivasi mengisi *mood tracker* ini adalah setelah beberapa minggu berjalan, klien bisa mendapatkan evaluasi secara nyata keadaan emosionalnya dan penyebab maupun peristiwa yang mengiringi munculnya emosi tertentu.

#### *Sesi III dan IV: Identifying Automatic Thoughts and Behavioral Activation*

Sarina diajak untuk mengidentifikasi pikiran otomatis yang sering muncul ketika dirinya meminum obat. Klien menyebutkan beberapa pikiran otomatis yang muncul yaitu "Kenapa aku

harus minum obat?”, “Kayaknya kalau sehari nggak minum nggak masalah”. Sejenak klien mengaku dapat menyadari pikiran ini, namun ada pemikiran lainnya yaitu “tapi, kalau nggak minum obat, lepas obatnya lama”. Pikiran terakhir tersebut yang membuat klien untuk tetap memutuskan meminum obat meskipun merasa jenuh. Selain itu, klien juga mendapatkan dukungan dari kakak pertamanya untuk rutin minum obat. Dukungan emosional dari saudara ini yang dapat dijadikan faktor protektif klien. Berkat dukungan saudaranya ini, klien merasa tidak sendirian dalam menghadapi permasalahannya. Peneliti juga mencoba mengenalkan pikiran alternatif.

*Behavioral activation* dilakukan dengan peneliti memberikan penjelasan mengenai membangun kebiasaan yang baru. Peneliti dan klien berkolaborasi untuk memodifikasi lingkungan klien supaya dirinya lebih mudah untuk meminum obat. Klien memberikan contoh perilaku yang ingin dicoba untuk memudahkan meminum obat, misalnya menaruh obatnya di atas handphone ketika malam karena setiap pagi dirinya akan langsung mengecek HP dan secara langsung akan melihat obat yang harus diminum. Peneliti memberikan penguatan akan ide yang diutarakan klien dan meyakinkan klien untuk melakukannya setelah sesi konseling berakhir.

#### *Sesi V dan VI: Exercising Alternative Thoughts*

Sesi kelima berfokus dalam memunculkan pikiran alternatif. Sesi sebelumnya klien sudah berhasil mengidentifikasi *automatic negative thoughts* dan di sesi lima ini peneliti dan klien berkolaborasi untuk memunculkan pikiran alternatif. Sesi ini berisi pengisian lembar kerja yang berupa poin-poin cara untuk merespon pikiran otomatis seperti, “Bukti apa yang mendukung pikiranku?”, “Apa alternatif pikiran lainnya yang bisa berbeda dari pemikiranku?”, “Apa situasi terburuk yang bisa terjadi?”, “Apa situasi yang paling realistis?”, “Dampaknya apa ke diriku ketika percaya pikiran otomatis ini?”, “Apa yang akan aku katakan ke seseorang ketika berhadapan pada situasi yang sama seperti diriku?”.

Selain memberikan lembar kerja yang dapat membuat klien untuk mengevaluasi pikiran otomatis yang muncul, peneliti juga mengajarkan lembar kerja Positive Data Log. Salah satu pikiran otomatis yang muncul ketika harus meminum obat adalah “aku lemah”. Klien mengasosiasikan meminum obat dengan keadaan lemah. Peneliti memandu klien dalam menuliskan keyakinan dirinya tersebut. Peneliti kemudian memberikan beberapa pemantik alternatif berpikir, seperti “Apakah ada seseorang yang kamu kenal dan anggap adalah seorang yang kuat, namun juga minum obat?” Klien menjawab bahwa ayahnya adalah sesosok yang kuat, namun perlu minum obat untuk penyembuhan penyakit kankernya. Peneliti juga memandu beberapa bukti yang menguatkan pikiran alternatif dan melemahkan pikiran yang lama. Setelah latihan ini, klien kembali untuk memberikan rating mengenai seberapa kuat percaya pada pikiran lama dan seberapa kuat percaya dengan pikiran yang baru (menganggap bahwa tidak selamanya orang minum obat adalah orang yang lemah). Klien seolah-olah mendapatkan penyadaran yang sebelumnya belum pernah disadari dari latihan ini.

Ketika muncul pikiran “Kayaknya kalau sehari nggak minum nggak masalah”, klien dianjurkan untuk menyadari dan mengevaluasi kembali pikiran yang muncul. Klien dan peneliti mencoba untuk mengeksplorasi konsekuensi apabila klien meyakini pikiran tersebut. Sarina mengaku jika dalam jangka waktu lama dirinya tidak mengonsumsi obat secara rutin, klien akan merasa kurang stabil secara emosional. Jangka pendek pun sama, klien tetap akan merasa ada perasaan yang kurang nyaman selalu menyertai sehingga dirinya menilai moodnya kurang stabil. Keadaan ini menunjukkan bahwa klien mulai untuk bernegosiasi dengan keadaannya. Klien

mampu menyadari perilaku mana yang maladaptif dan adaptif, walau masih memiliki pikiran otomatis yang disfungsi terkait minum obat.

*Sesi VII dan VIII: Identifying Core Beliefs and Adaptive Coping Strategies*

Sesi ini kembali latihan dalam mengulang lembar kerja terkait *core beliefs*. Ketika peneliti menanyakan arti *core beliefs* kepada klien, klien masih mampu menjawabnya dengan benar. *Core beliefs* yang teridentifikasi adalah “*Aku lemah*” dan “*Aku gagal*”. Peneliti menanyakan pengalaman masa kecil klien yang bisa memunculkan pikiran tersebut. Klien menceritakan pada waktu ingin masuk SD, umur masih belum memenuhi kriteria, sehingga orangtuanya perlu menyumbang suatu aset kepada sekolahnya. Pemikiran “*Aku lemah*” diidentifikasi oleh klien terkait dengan pengalaman tersebut. Selain itu, klien menceritakan kejadian di SMP dirinya pernah hampir dikeluarkan karena beberapa nilai sangat rendah. Klien merasa saat dirinya SMP, klien tidak peduli dengan nilai karena melampiaskan perasaan kurang nyamannya ke KPOP, sehingga kurang belajar. Hasilnya adalah klien mendapatkan dua nilai yang sangat rendah, padahal kalau tiga nilai sudah sangat rendah ada ketentuan dari sekolahnya untuk melakukan *drop out*. Selain kejadian tersebut klien memiliki pengalaman masuk *waiting list* di SMA impiannya. Hal ini membuat klien berpikiran bahwa dirinya hanya “beruntung” saja bisa masuk *waiting list* dan akhirnya masuk ke sekolah impiannya. Kedua kejadian tersebut membuat klien untuk memiliki pemikiran “*Aku gagal*”. Berdasar *core beliefs* yang dimiliki oleh klien, maka muncul *condition assumptions* atau *beliefs* atau aturan. Saat kuliah, klien mengaku bahwa dirinya harus mendapatkan A supaya terlihat lebih pintar dari orang lain. Selain itu, memiliki pemikiran setelah kuliah harus kerja supaya terlihat sukses. Adanya *core beliefs* dan *condition assumption* ini membuat klien menghasilkan beberapa strategi koping yaitu belanja impulsif, terlalu banyak minum kopi, dan menyayat diri. Peneliti kembali menanyakan kebiasaan rutin klien dalam berterimakasih kepada diri sendiri. Klien menceritakan setiap malam dirinya masih melakukan kebiasaan untuk memegang daerah jantung mengetakan terimakasih sambil menepuk-nepuk jantung. Selain itu, klien juga sekarang menerapkan teknik *grounding*. Klien juga terkadang ketika ada pikiran otomatis terlintas, dirinya akan memikirkan jangka pendek dan jangka panjang. Terlebih lagi, ketika klien sedang minum obat. Peneliti memberikan apresiasi dan penguatan bahwa ketika klien memupuk kebiasaan kecil seperti yang sedang dilakukannya, maka klien dapat menciptakan “bantalan” ketika suatu kejadian terjadi diluar kehendak klien dan membuatnya merasa “gagal” atau “lemah”, klien tidak akan terlalu terbanting dengan peristiwa tersebut dan mampu melakukan strategi koping yang adaptif. Peneliti juga menguatkan bahwa ketika klien berusaha untuk memutuskan melakukan strategi koping adaptif walaupun terasa sulit dan ingin kembali ke pola-pola yang lama, itu adalah sebuah progress.

Sesi ini juga mengajarkan salah satu kemampuan mengelola emosi yaitu dengan cara *grounding*. Peneliti memberikan perumpamaan bahwa *grounding* dilakukan ketika diri merasa kewalahan dengan emosi yang muncul. Perumpamaan yang diberikan adalah dengan metafora bahwa *grounding* dilakukan seperti sama halnya dengan kapal yang dijangkarkan pada pelabuhan. Ketika muncul badai, kapal yang dijangkarkan tidak akan hanyut ke lautan lepas karena sudah dijangkar di pelabuhan. Peneliti memberikan penjelasan sama halnya dengan pikiran kita ketika merasa kewalahan. *Grounding* yang diberikan berupa latihan dalam mengintegrasikan panca indera klien. Selain itu, klien juga diajarkan untuk latihan memberikan fokus pada satu objek atau satu aktivitas saja. Misalnya ketika mencuci piring, klien diajak

untuk memberikan perhatian penuh pada aktivitas mencuci piring, seperti merasakan sensasi air di kulit atau buih sabun. Menyadari pikiran yang muncul ketika mencuci piring.

Sebelum terminasi sesi dilakukan, peneliti mengajak klien untuk mengingat kembali *insight* yang didapatkan dan menyusun rencana tujuan yang ingin dicapai selanjutnya. Peneliti mengapresiasi klien karena telah mencapai tujuannya yaitu rutin konsisten minum obat selama satu setengah bulan. Peneliti mengingatkan kembali bagi klien untuk memberikan hadiah kepada dirinya sendiri karena telah tercapai tujuannya. Klien mendiskusikan tujuan selanjutnya yaitu ingin lebih mencintai dirinya sendiri dengan melakukan *self-care*, tidak menyakiti dirinya sendiri, serta tidak mengulang pola-pola lama yang kurang adaptif. Klien ingin mencoba untuk menjalani tujuan barunya selama tiga bulan kedepan. *Self-reward* yang terpikirkan oleh klien adalah memberikan hadiah kepada teman terdekatnya karena telah menyelesaikan koas dan akan disumpah menjadi dokter gigi. Klien merasa puas dengan *self-reward* tersebut karena merasa berkontribusi kepada temannya.

Penulisan *therapy notes* berupa penyadaran yang bermakna bagi klien selama sesi konseling. Klien mengemukakan beberapa kata-kata seperti “Kita tidak sendirian, orang lain merasakan apa yang kita rasakan”, “Pikiran dapat mempengaruhi perilaku dan perasaan begitu pula sebaliknya”, “Ketika kita mulai memikirkan sesuatu, pikirkan jangka panjang dan pendeknya”, “Pikiran goals secara spesifik untuk memulai sesuatu yang kita inginkan”. Peneliti mengapresiasi dan memotivasi klien supaya menuliskan penyadaran bermakna tersebut ke kertas dan ditempel di suatu tempat yang terlihat.

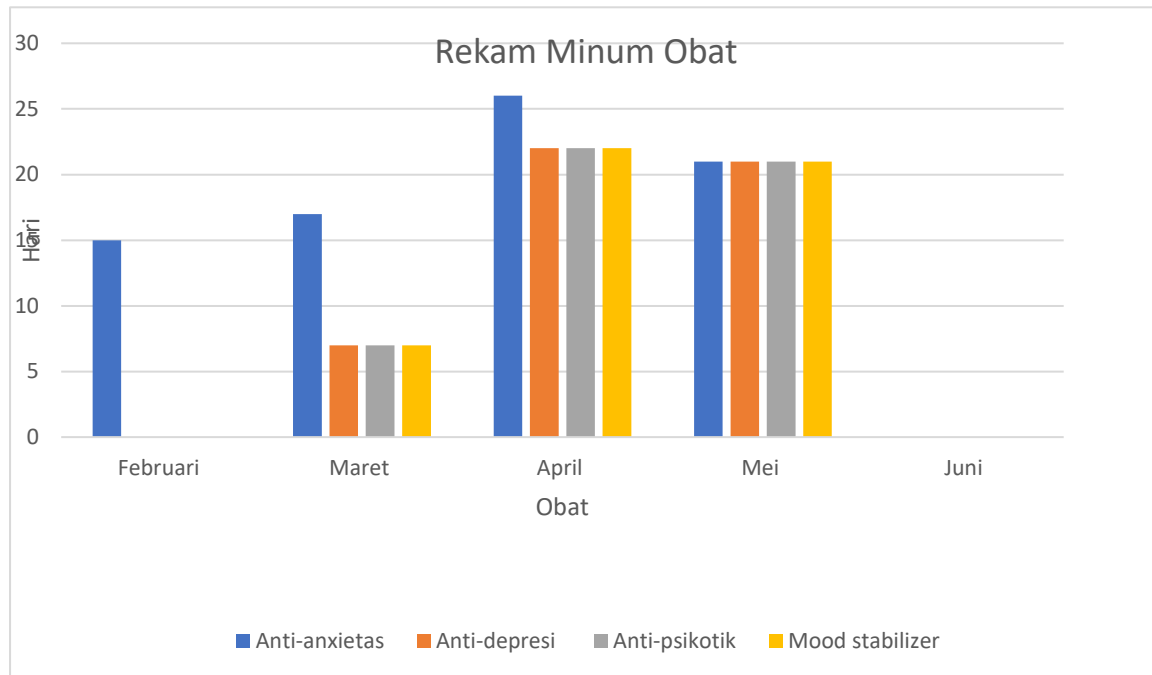
Penutup sesi konseling berupa peneliti mengajak klien untuk mengingat kembali perkembangan positif yang didapatkan dari sesi konseling. Klien mengutarakan beberapa perkembangan positif terkait perilaku minum obat serta reaksinya terhadap situasi tertentu. Peneliti kembali memberikan apresiasi dan memotivasi klien untuk tetap menjaga kepatuhan minum obat serta melakukan strategi koping adaptif ketika menghadapi situasi yang menantang.

### **Hasil Rekam Obat**

Pada bulan Februari, klien hanya meminum obat anti-ansietas dan terkadang sehari atau dua hari tidak meminum obat tersebut. Klien mengaku meminum obat anti-ansietas ketika dirinya sulit untuk tertidur pada malam hari. Bulan Maret menunjukkan adanya perkembangan dalam meminum obat lainnya selain obat anti-ansietas. Hal ini dikarenakan klien berkunjung ke psikiater kembali untuk mendapatkan anjuran terbaru mengenai obatnya. Selama bulan April 2021 klien baru konsisten meminum obat yang dianjurkan sejak tanggal 8 April 2021. Konsistensi meminum obat ini dipertahankan oleh klien hingga bulan Mei 2021 karena sejak bulan April 2021 klien memiliki rekam jadwal minum obat yang dirinya tulis setiap kali selesai meminum obat. Pencatatan kegiatan meminum obat ini menimbulkan motivasi dalam diri klien karena dapat melihat perkembangannya sendiri dan selaras dengan tujuan klien yaitu untuk konsisten dalam meminum obat sesuai anjuran dokter. Berikut adalah diagram yang menunjukkan rekam obat klien.



**Grafik 1.**  
Rekam Obat



### **Pembahasan**

Berdasarkan studi kasus ketidakpatuhan obat pada individu dengan gangguan Bipolar menunjukkan bahwa intervensi terapi kognitif perilaku mampu meningkatkan kepatuhan obat. Ada tiga sebab mendasar yang menjadi alasan ketidakpatuhan obat pada Sarina. Rendahnya pengetahuan akan gangguan dan pengobatan, sikap negatif terhadap obat, serta sikap terhadap diagnosis. Keadaan ini selaras dengan penemuan penelitian yang dilakukan oleh Sajatovic dkk. (2009) yang menemukan bahwa salah satu hambatan kepatuhan obat adalah sikap negatif pasien terhadap obat. Menariknya ketika pengetahuan akan obat serta gangguan dimiliki oleh klien, keadaan ini akan memunculkan sikap positif terhadap pengobatannya (Wiesjahn dkk., 2014). Sebelum Sarina diberikan intervensi, dirinya hanya memiliki pengetahuan akan gangguan Bipolar berupa perubahan mood depresif dan mania saja. Pemberian intervensi berupa penyampaian psikoedukasi mengenai karakteristik gangguan serta kegunaan obat dalam menanggulangi gejala gangguan diberikan oleh praktikan kepada klien. Sarina dapat memiliki pemahaman bahwa ada berbagai faktor yang mempengaruhi munculnya gangguan Bipolar. Selama intervensi pun praktikan dan klien berkolaborasi untuk mengeksplorasi keadaan manik dan depresif serta menemukan cara koping yang adaptif ketika klien berada di episode tersebut.

Sikap negatif Sarina terhadap obat salah satunya dipengaruhi oleh asosiasi anggapan bahwa ketika dirinya meminum obat, maka dirinya adalah orang yang lemah. Sarina menganggap dirinya lemah karena memaknai orang lain tidak memerlukan obat untuk menstabilkan mood, sedangkan dirinya membutuhkan obat “hanya” untuk menstabilkan mood saja. Pemberian intervensi terapi kognitif perilaku membantu Sarina untuk memunculkan pemaknaan lain terhadap keadaan dirinya. Mengeksplorasi bahwa Sarina memiliki beberapa keyakinan negatif yang mendasar seperti “Aku lemah” dan “Aku orang yang gagal” merupakan hambatan kognitif untuk bisa rutin meminum obat. Intervensi secara kognitif perilaku membantu klien untuk mempelajari cara berpikir yang lebih adaptif dan realistis (Özdel dkk., 2021). Terlebih lagi, pemberian behavioral activation yang menasar pada perubahan perilaku, misalnya Sarina

menuliskan jam dimana dirinya meminum obat di rekam obat atau menaruh obat di suatu tempat yang mudah untuk digapai, sehingga Sarina terpicu untuk meminum obatnya.

Klien mengaku bahwa sebelum sesi intervensi dirinya hanya meminum obat anti-ansietas, padahal masih ada obat anti-psikotik, *mood stabilizer*, dan anti-depresi yang dirinya secara sadar tidak ingin meminum ketiga obat tersebut. Klien memilih untuk meminum obat anti-ansietas hanya saat dirinya tidak bisa tidur. Klien juga mengaku sering secara sengaja menunda dan melompati jadwal minum obat serta membuang obat. Melalui proses intervensi, klien mampu menyadari pikiran otomatis disfungsi yang berkontribusi pada hambatan dirinya dalam menjaga rutinitas meminum obat. Selain itu, klien juga lebih mengapresiasi dirinya dan menyadari perkembangan positif yang terjadi, sehingga mengurangi kritik diri yang biasanya dirinya lakukan.

## **KESIMPULAN**

Pemberian terapi kognitif perilaku terbukti mampu untuk meningkatkan frekuensi minum obat pada klien dengan gangguan bipolar. Adanya tiga sebab yang mendasari Sarina sulit untuk mempertahankan konsistensi minum obat adalah rendahnya pengetahuan terkait gangguan maupun terapi, sikap negatif terhadap obat, dan sikap terhadap diagnosis. Beranjak dari alasan tersebut, sesi psikoedukasi di awal terapi juga dapat memberikan pengetahuan kepada klien terkait dengan gangguan dan fungsinya penanganan terapi psikofarmakologis dalam mengurangi tingkat kekambuhan gangguan. Rekomendasi untuk penelitian selanjutnya adalah berfokus pada proses penerimaan diagnosis klien yang memiliki gangguan bipolar. Hal ini dikarenakan penyangkalan terhadap keadaan juga menghambat individu untuk mencari bantuan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Beynon, S., Soares-Weiser, K., Woolacott, N., Duffy, S., & Geddes, J. R. (2008). Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: Systematic review of controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, 192(1), 5–11. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.037887>
- Clatworthy, J., Bowskill, R., Rank, T., Parham, R., & Horne, R. (2007). Adherence to medication in bipolar disorder: A qualitative study exploring the role of patients' beliefs about the condition and its treatment. *Bipolar Disorders*, 9(6), 656–664. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00434.x>
- Gonzalez, J. S., McCarl, L. A., Wexler, D. J., Cagliero, E., Delahanty, L., Soper, T. D., Goldman, V., Knauz, R., & Safren, S. A. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Adherence and Depression (CBT-AD) in type 2 diabetes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(4), 329–343. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.24.4.329>
- Hibdy, G. (2015). *Prevalence of Drug Non Adherence and Associated Factors among Patients with*. 1–7. <https://doi.org/10.4172/2378-5756>.
- Jawad, I., Watson, S., Haddad, P. M., Talbot, P. S., & McAllister-Williams, R. H. (2018). Medication nonadherence in bipolar disorder: a narrative review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 8(12), 349–363. <https://doi.org/10.1177/2045125318804364>
- Lee, J. G., Woo, Y. S., Park, S. W., Seog, D., Seo, M. K., & Bahk, W. (2022). *Neuromolecular Etiology of Bipolar Disorder : Possible Therapeutic Targets of Mood Stabilizers*. 20(2), 228–239.

- Mandal, P. K., Gaur, S., Roy, R. G., Samkaria, A., Ingole, R., & Goel, A. (2022). Schizophrenia, Bipolar and Major Depressive Disorders: Overview of Clinical Features, Neurotransmitter Alterations, Pharmacological Interventions, and Impact of Oxidative Stress in the Disease Process. *ACS Chemical Neuroscience*, *13*(19), 2784–2802. <https://doi.org/10.1021/acchemneuro.2c00420>
- Manji, H. K., Quiroz, J. A., Payne, J. L., Singh, J., Lopes, B. P., Viegas, J. S., & Zarate, C. A. (2003). The underlying neurobiology of bipolar disorder. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *2*(3), 136–146.
- Miasso, A. I., Carmo, B. P. do, & Tirapelli, C. R. (2012). Bipolar affective disorder: Pharmacotherapeutic profile and adherence to medication. *Revista Da Escola de Enfermagem*, *46*(3), 689–695. [https://doi.org/10.1590/S0080\\_62342012000300022](https://doi.org/10.1590/S0080_62342012000300022)
- Narayanan, D., Jith, A., & Bansal, R. (2020). Nonadherence in bipolar disorder patients: A 14-year retrospective study. *Indian Journal of Psychiatry*, *62*(3), 290–294. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_357\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_357_19)
- Ng, V. W. S., Leung, M. T. Y., Chan, E. W., Lee, E. H. M., Hayes, J. F., Osborn, D. P. J., Wing, Y. K., Lau, W. C. Y., Man, K. K. C., & Wong, I. C. K. (2023). Association between the mood stabilizing treatment of bipolar disorder and risk of suicide attempts: A self-controlled case series study. *Psychiatry Research*, *325*(January), 115236. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115236>
- Novick, D. M., & Swartz, H. A. (2019). Evidence-Based Psychotherapies for Bipolar Disorder. *Focus*, *17*(3), 238–248. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190004>
- Oquendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *114*(3), 151–158. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x>
- Ortiz, A., Bradler, K., Mowete, M., MacLean, S., Garnham, J., Slaney, C., Mulsant, B. H., & Alda, M. (2021). The futility of long-term predictions in bipolar disorder: mood fluctuations are the result of deterministic chaotic processes. *International Journal of Bipolar Disorders*, *9*(1). <https://doi.org/10.1186/s40345-021-00235-3>
- Özdel, K., Kart, A., & Türkçapar, M. H. (2021). Cognitive behavioral therapy in treatment of bipolar disorder. *Noropsikiyatri Arsivi*, *58*(Supplement 1), S66–S76. <https://doi.org/10.29399/npa.27419>
- Sajatovic, M., Chen, P., Dines, P., & Shirley, E. R. (2007). Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. *Disease Management and Health Outcomes*, *15*(3), 181–192. <https://doi.org/10.2165/00115677-200715030-00006>
- Sajatovic, M., Ignacio, R. V., West, J. A., Cassidy, K. A., Safavi, R., Kilbourne, A. M., & Blow, F. C. (2009). Predictors of nonadherence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic. *Comprehensive Psychiatry*, *50*(2), 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.06.008>
- Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A., Assefa, N., Tesfaye, G., & Ankomah, A. (2020). Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, *9*(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>
- Swaroopachary, R. S., Kalasapati, L. K., Ivaturi, S. C., & Reddy, C. M. P. K. (2018). Disability in bipolar affective disorder patients in relation to the duration of illness and current affective state. *Archives of Mental Health*, *19*(1), 37–41. [https://doi.org/10.4103/AMH.AMH\\_5\\_18](https://doi.org/10.4103/AMH.AMH_5_18)

- Vieta, E., Azorin, J. M., Bauer, M., Frangou, S., Perugi, G., Martinez, G., & Schreiner, A. (2012). Psychiatrists' perceptions of potential reasons for non- and partial adherence to medication: Results of a survey in bipolar disorder from eight European countries. *Journal of Affective Disorders, 143*(1–3), 125–130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.041>
- Wiesjahn, M., Jung, E., Lamster, F., Rief, W., & Lincoln, T. M. (2014). Explaining Attitudes and Adherence to Antipsychotic Medication: The Development of a Process Model. *Schizophrenia Research and Treatment, 2014*, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2014/341545>
- Yadav, J., Sharma, S. K., Singh, L., Singh, T., & Chauhan, D. (2013). Bipolar Disorder in Adults. *International Research Journal of Pharmacy, 4*(6), 34–38. <https://doi.org/10.7897/2230-8407.04608>
- Zhao, D. (2022). The Theory and Efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in Bipolar Disorder. In *Proceedings of the 2022 6th International Seminar on Education, Management and Social Sciences (ISEMSS 2022)*. Atlantis Press SARL. <https://doi.org/10.2991/978-2-494069-31-2>
- Zogg, J. B., Woods, S. P., Saucedo, J. A., Wiebe, J. S., & Simoni, J. M. (2012). The role of prospective memory in medication adherence: A review of an emerging literature. *Journal of Behavioral Medicine, 35*(1), 47–62. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9341-9>