HUBUNGAN RIWAYAT GANGGUAN BIPOLAR DENGAN TINGKAT KUALITAS HIDUP PADA KELOMPOK DEWASA MUDA

PROPOSAL SKRIPSI

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

Alzikha Khalisha Roza
NIM: 030002200019

UNIVERSITAS TRISAKTI
FAKULTAS KEDOKTERAN
JAKARTA, JULI 2025

Bidang Ilmu : Klinik

PROPOSAL SKRIPSI

HUBUNGAN RIWAYAT GANGGUAN BIPOLAR DENGAN TINGKAT KUALITAS HIDUP PADA KELOMPOK DEWASA MUDA

UNIVERSITAS TRISAKTI

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Mencapai Derajat Sarjana Kedokteran

(Alzikha Khalisha Roza, 030002200019)

PROGRAM PENDIDIKAN SARJANA KEDOKTERAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS TRISAKTI
JAKARTA, JULI 2025

PERSETUJUAN

Proposal Skripsi

Judul:

HUBUNGAN RIWAYAT GANGGUAN BIPOLAR DENGAN TINGKAT KUALITAS HIDUP PADA KELOMPOK DEWASA MUDA

Nama Mahasiswa: Alzikha Khalisha Roza
NIM: 030002200019

Telah disetujui untuk diuji di hadapan
Tim Penguji Proposal Skripsi
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Selasa, Tanggal 1 Juli 2025

Pembimbing

Dr. dr. Agnes Tineke Waney Rorong, Sp.KJ
NIK: 2602/USAKTI

PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI

Judul:

HUBUNGAN RIWAYAT GANGGUAN BIPOLAR DENGAN TINGKAT KUALITAS HIDUP PADA KELOMPOK DEWASA MUDA

Nama Mahasiswa: Alzikha Khalisha Roza

NIM: 030002200019

Telah diuji dan disahkan di hadapan **Dewan Penguji Skripsi**

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Pada Hari Selasa, Tanggal 1 Juli 2025

Ketua Penguji

Nama : Dr. dr. Lily Marliany S, Sp.OG,Subsp.Obginsos

NIK : 3353/USAKTI

Anggota Penguji I

Nama : Dr. dr. Agnes Tineke Waney Rorong, Sp.KJ

NIK : 2602/USAKTI

Anggota Penguji II

Nama : dr. Mario, Sp.PK

NIK : 3675/USAKTI

Jakarta, 1 Juli 2025
Dekan
Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti

Dr. dr. Yenny, Sp.FK

NIK: 2613/USAKTI

UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan proposal skripsi yang berjudul *"Hubungan Riwayat Gangguan Bipolar dengan Tingkat Kualitas Hidup pada Kelompok Dewasa Muda"* sebagai bagian dari proses akademik untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

Dalam proses penyusunan proposal ini, penulis menyadari bahwa keberhasilan yang dicapai tidak lepas dari dukungan, dorongan, dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, dengan ketulusan hati, penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada:

- **Dr. dr. Agnes Tineke Waney Rorong, Sp.KJ** selaku dosen pembimbing, atas kesabaran, arahan, dan ilmu yang telah diberikan selama proses bimbingan hingga tersusunnya proposal ini.
- **Keluarga tercinta**, yang senantiasa memberikan dukungan moral, spiritual, dan doa yang tiada henti dalam setiap langkah penulis.
- **Rekan-rekan sejawat mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti**, atas semangat kebersamaan, diskusi, serta bantuan yang sangat berarti selama masa penyusunan proposal.
- **Seluruh staf dan dosen Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti**, atas ilmu dan bimbingan yang telah diberikan selama masa perkuliahan.

Penulis menyadari bahwa tanpa kehadiran, doa, dan dukungan dari pihak-pihak tersebut, penyusunan proposal ini tidak akan dapat terlaksana dengan baik. Semoga segala bantuan dan kebaikan yang telah diberikan mendapatkan balasan yang setimpal dari Allah SWT.

Akhir kata, penulis berharap semoga proposal ini dapat memberikan manfaat serta menjadi pijakan yang kuat dalam pelaksanaan penelitian dan penyusunan skripsi selanjutnya.

PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Alzikha Khalisha Roza
NIM	: 030002200019
Program studi	: Pendidikan kedokteran
Alamat korespondensi	: Jl. Tawakal Raya No. 11A, Tomang, Grogol Petamburan, Jakarta Barat
Telepon / *mobile*	: 081377534122
E-mail	: 030002200019@std.trisakti.ac.id
Judul Proposal Skripsi	: Hubungan Riwayat Gangguan Bipolar Dengan Tingkat Kualitas Hidup Pada Kelompok Dewasa Muda

Dengan ini saya menyatakan bahwa proposal skripsi yang saya susun merupakan hasil karya ilmiah orisinal saya sendiri. Proposal ini belum pernah diajukan sebagai karya ilmiah untuk memperoleh gelar akademik di perguruan tinggi manapun, dan sejauh pengetahuan saya, tidak mengandung karya atau pendapat orang lain kecuali yang telah dikutip secara tertulis dalam naskah dan dicantumkan dalam daftar pustaka.

Apabila di kemudian hari terbukti bahwa sebagian atau seluruh isi dari proposal ini merupakan hasil plagiasi atau bukan hasil karya saya sendiri, maka saya bersedia menerima segala bentuk sanksi yang berlaku sesuai dengan ketentuan dalam SK Permendiknas No. 17 Tahun 2010 tentang Pencegahan dan Penanggulangan Plagiat di Perguruan Tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya untuk digunakan sebagaimana mestinya

Jakarta, 1 Juli 2025

Alzikha Khalisha Roza
030002200019

KATA PENGANTAR

Dengan rahmat dan karunia Allah SWT, penulis mengucapkan syukur atas terselesaikannya penyusunan proposal skripsi yang berjudul *"Hubungan Riwayat Gangguan Bipolar dengan Tingkat Kualitas Hidup pada Kelompok Dewasa Muda."* Proposal ini disusun sebagai salah satu bagian dari pemenuhan syarat akademik dalam Program Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti.

Penulisan proposal ini dilatarbelakangi oleh meningkatnya angka gangguan bipolar pada populasi dewasa muda serta pentingnya pemahaman mengenai dampak gangguan tersebut terhadap kualitas hidup. Diharapkan hasil penelitian ini nantinya dapat memberikan kontribusi ilmiah di bidang ilmu kedokteran, khususnya dalam ranah kesehatan jiwa dan epidemiologi klinis, serta memberikan wawasan dalam perencanaan intervensi yang lebih komprehensif bagi penderita gangguan bipolar.

Proposal ini dapat tersusun berkat dukungan, arahan, dan bimbingan dari berbagai pihak. Penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah membantu, khususnya kepada Dr. dr. Agnes Tineke Waney Rorong, Sp.KJ selaku dosen pembimbing saya yang telah bersedia meluangkan waktu dan memberikan panduan ilmiah selama proses penyusunan proposal ini.

Penulis menyadari bahwa proposal ini masih memiliki banyak kekurangan, baik dari segi isi maupun penyajiannya. Oleh karena itu, saran dan kritik yang membangun sangat penulis harapkan untuk menyempurnakan kualitas proposal ini agar dapat bermanfaat secara akademik maupun praktis.

Jakarta, 1 Juli 2025

Alzikha Khalisha Roza

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN ..... **i**

HALAMAN PENGESAHAN PROPOSAL SKRIPSI ..... **ii**

HALAMAN UCAPAN TERIMAKASIH ..... **iii**

HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN PROPOSAL SKRIPSI ..... **iv**

KATA PENGANTAR ..... **v**

DAFTAR ISI ..... **vi**

DAFTAR TABEL ..... **ix**

DAFTAR GAMBAR ..... **x**

DAFTAR LAMPIRAN ..... **xi**

DAFTAR ARTI SINGKATAN ..... **xii**

BAB I PENDAHULUAN **1**

1.1 Latar Belakang 1

1.2 Perumusan Masalah 2

1.3 Tujuan Penelitian 3

1.3.1 Tujuan Umum 3

1.3.2 Tujuan Khusus 3

1.4 Hipotesis 3

1.5 Manfaat Penelitian 3

1.5.1 Manfaat bagi Ilmu Pengetahuan 3

1.5.2 Manfaat bagi Profesi 3

1.5.3 Manfaat bagi Masyarakat 4

BAB II TINJAUAN RINGKASAN PUSTAKA DAN TEORI **5**

2.1 Dewasa Muda 5

2.2 Kualitas Hidup 5

2.2.1 Definisi 5
2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup 6
2.2.3 Alat Ukur Kualitas Hidup 6
2.3 Gangguan Bipolar 8
2.3.1 Definisi 8
2.3.2 Etiologi Bipolar 8
2.3.3 Klasifikasi Bipolar 10
2.3.4 Alat Ukur Gangguan Bipolar 13
2.4 Hubungan Antara Gangguan Bipolar Dengan Kualitas Hidup 15
2.4.1 Hubungan Gangguan Bipolar Terhadap Kesehatan Fisik dan Kualitas Hidup 15
2.4.2 Hubungan Gangguan Bipolar Terhadap Kesejahteraan Psikologis dan Kualitas Hidup 15
2.4.3 Hubungan Gangguan Bipolar dengan Kualitas Hubungan Sosial 16
2.4.4 Hubungan Gangguan Bipolar dengan Produktivitas dan Karier ... 16
2.4.5 Hubungan Gangguan Bipolar dengan Kondisi Finansial 17
2.5 Ringkasan Pustaka 18
2.6 Kerangka Teori 21
BAB III KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL 22
3.1 Kerangka Konsep 22
3.2 Variabel Penelitian 22
3.2.1 Variabel Bebas (Independen) 22
3.2.2 Variabel Tergantung (Dependen) 22
3.3 Definisi Operasional 23
BAB IV METODE PENELITIAN 25

4.1 Desain Penelitian 25
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian 25
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian 25
4.3.1 Populasi 25
4.3.2 Sampel 25
4.3.3 Besar sampel 26
4.3.4 Cara Pemilihan Sampel 27
4.4 Bahan dan Instrumen Penelitian 27
4.4.1 WHOQOL-BREF 27
4.5 Analisis Data 28
4.5.1 Pengolahan Data 28
4.6 Alur Penelitian 30
4.7 Etika Penelitian 31
4.8 Penjadwalan Penelitian 31
LAMPIRAN 39
DAFTAR PUSTAKA 32

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Ringkasan Pustaka 18
Tabel 2. Definisi Operasional 23
Tabel 3. Penjadwalan Penelitian 31

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Siklus Suasana Hati Bipolar Tipe I[39] 10
Gambar 2. Siklus Suasana Hati Bipolar 2[39] 12
Gambar 3. Kerangka Teori..... 21
Gambar 4. Kerangka Konsep..... 22
Gambar 5. Alur Penelitian 30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Formulir Informed Consent 39
Lampiran 2. Formulir Identitas Responden..... 41
Lampiran 3. Kuesioner Whoqol-Bref (26 Item)..... 43
Lampiran 4. Distribusi Frekuensi Tingkat Kualitas Hidup Responden Berdasarkan Domain WHOQOL-BREF 44
Lampiran 5. Riwayat Gangguan Bipolar Berdasarkan Rekam Medis 45
Lampiran 6. Dummy Table Univariat 45
Lampiran 7. Dummy Table Bivariat..... 46

DAFTAR ARTI SINGKATAN

APA	American Psychological Association
BSDS	*Bipolar Spectrum Diagnostic Scale*
DSM-5	*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Edisi ke-5
EQ-5D	*EuroQol Five Dimensions*
HCL–32	*Hypomania Checklist–32*
HRQoL	*Health-Related Quality of Life*
MDQ	*Mood Disorder Questionnaire*
MDQ-INA	*Mood Disorder Questionnaire – Indonesia*
QoL.BD	*Quality of Life in Bipolar Disorder*
RSJ	Rumah Sakit Jiwa
SF-36	*Short Form–36 Health Survey*
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
UI	*Uncertainty Interval*
WHO	*World Health Organization*
WHOQOL	*World Health Organization Quality of Life*
WHOQOL-BREF	Versi ringkas dari instrumen WHOQOL-100
WHOQOL-100	Instrumen pengukuran kualitas hidup dari WHO dengan 100 item
YMRS	*Young Mania Rating Scale*

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Masa dewasa muda, atau *emerging adulthood*, merupakan fase transisi penting dari remaja menuju dewasa dengan rentang usia 20–40 tahun. Pada periode ini, individu mengalami berbagai perubahan signifikan baik fisik, intelektual, maupun peran sosial.[1] Sebagian besar individu dewasa muda berada pada usia produktif (26–44 tahun), di mana banyak yang telah memasuki dunia kerja serta mulai membangun keluarga.[2]

Kualitas hidup sering dikaitkan dengan makna dan nilai tertinggi dalam hidup seseorang, yang mencerminkan kesejahteraan dan kepuasan individu.[3] World Health Organization (WHO) mengukur kualitas hidup melalui empat domain, yaitu kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan, yang tercakup dalam instrumen WHOQOL-BREF.[4] Salah satu masalah kesehatan mental yang sering dialami kelompok dewasa muda adalah gangguan bipolar.[5]

Gangguan bipolar ditandai dengan perubahan suasana hati yang ekstrem, dari euforia hingga depresi berat, sehingga berdampak signifikan terhadap kualitas hidup penderitanya.[6] Selain mengganggu kesehatan mental, gangguan ini juga menghambat fungsi psikososial, menuntut adaptasi jangka panjang, dan memerlukan dukungan keluarga.[7] Gangguan bipolar memengaruhi sekitar 2,4% populasi global, terkait dengan penurunan fungsi kognitif, kualitas hidup rendah, serta peningkatan risiko bunuh diri.[8] Kondisi ini merupakan salah satu penyebab utama disabilitas pada usia muda dan berkontribusi terhadap angka mortalitas yang tinggi.[8]

Studi menunjukkan kualitas hidup individu dengan gangguan bipolar cenderung lebih rendah dibanding mereka yang memiliki gangguan kejiwaan lain, termasuk gangguan perilaku maupun non-perilaku.[9] Hal ini disebabkan oleh adanya penyakit penyerta (fisik maupun psikiatris), ketidakstabilan emosi, konflik sosial, serta keterbatasan ekonomi.[10] Kaum muda dengan riwayat gangguan

bipolar juga memiliki kualitas hidup yang lebih buruk dibanding kaum muda sehat maupun yang mengalami kondisi kronis lainnya.[11]

Orang dengan risiko bipolar umumnya berada pada usia remaja hingga dewasa muda, dengan risiko tertinggi sebelum usia 25 tahun.[12] Usia rata-rata onset bipolar berada di awal 20-an, antara 20–30 tahun, meskipun terdapat berbagai faktor risiko genetik, neurobiologis, dan lingkungan.[12] Gangguan bipolar sering berujung pada hasil terapi yang tidak optimal, ditandai dengan rendahnya kemampuan untuk kembali berfungsi secara sosial maupun dalam pekerjaan, serta kualitas hidup yang tetap rendah.[13] Hal ini menunjukkan perlunya peran tenaga medis untuk mendukung pemulihan menyeluruh dan mengoptimalkan fungsi kehidupan pasien.[13]

Di Indonesia, Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa Indonesia (PDSKJI) mencatat gangguan bipolar menyumbang 0,3% hingga 1,5% dari keseluruhan gangguan psikologis.[14] Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 juga melaporkan lebih dari 19 juta penduduk berusia ≥15 tahun mengalami gangguan mental emosional, sedangkan gangguan depresi ditemukan pada lebih dari 12 juta orang.[15]

Penelitian global menunjukkan peningkatan prevalensi gangguan bipolar pada remaja dan dewasa muda sejak 1990 hingga 2019, sehingga diperlukan peningkatan pendanaan, pengurangan stigma, intervensi yang sesuai, serta penyediaan layanan khusus yang mempertimbangkan konteks wilayah dan usia.[16] Selain itu, kepatuhan terhadap pengobatan dan rawat inap diketahui dapat memperbaiki kualitas hidup individu dengan riwayat bipolar.[9]

Berdasarkan uraian dari latar belakang yang telah diutarakan, peneliti tergerak meneliti hubungan riwayat gangguan bipolar dengan tingkat kualitas hidup pada kelompok dewasa muda.

1.2 Perumusan Masalah

Bagaimana hubungan antara riwayat gangguan bipolar dengan tingkat kualitas hidup pada kelompok dewasa muda?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Meningkatkan kesehatan mental dengan menganalisis hubungan antara riwayat gangguan bipolar dengan tingkat kualitas hidup pada kelompok dewasa muda.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengetahui riwayat gangguan bipolar pada kelompok dewasa muda.
2. Mengetahui tingkat kualitas hidup pada kelompok dewasa muda.
3. Menentukan hubungan riwayat gangguan bipolar dengan tingkat kualitas hidup pada kelompok dewasa muda.

1.4 Hipotesis

Terdapat hubungan antara riwayat gangguan bipolar dengan tingkat kualitas hidup pada kelompok dewasa muda.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat bagi Ilmu Pengetahuan

1. Memberikan kontribusi teoritis dalam bidang psikologi klinis dan kesehatan mental, khususnya terkait hubungan antara riwayat gangguan bipolar dengan kualitas hidup pada kelompok dewasa muda.
2. Menambah literatur mengenai dampak jangka panjang gangguan bipolar terhadap aspek psikologis, sosial, dan ekonomi individu.
3. Menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya yang dapat mengembangkan model intervensi atau terapi berbasis bukti untuk meningkatkan kualitas hidup penderita gangguan bipolar.

1.5.2 Manfaat bagi Profesi

1. Menyediakan data empiris yang dapat digunakan sebagai pedoman dalam asesmen, diagnosis, dan perencanaan intervensi bagi individu dengan gangguan bipolar.

2. Membantu psikolog, psikiater, dan konselor dalam memahami aspek kualitas hidup yang paling terdampak oleh gangguan bipolar, sehingga mereka dapat merancang strategi terapi yang lebih efektif.
3. Meningkatkan kesadaran profesional kesehatan mental tentang pentingnya pendekatan holistik, termasuk dukungan sosial dan edukasi bagi keluarga penderita bipolar.

1.5.3 Manfaat bagi Masyarakat

1. Memberikan peningkatan kesadaran pada masyarakat tentang gangguan bipolar beserta dampaknya pada kualitas hidup, sehingga dapat mengurangi stigma terhadap penderita bipolar.
2. Memberikan edukasi kepada keluarga dan lingkungan sosial mengenai cara memberikan dukungan yang efektif bagi individu dengan riwayat gangguan bipolar.
3. Mendorong komunitas dan lembaga terkait untuk menyediakan program dukungan mental bagi penderita gangguan bipolar agar mereka dapat meningkatkan kualitas hidupnya.

BAB II
TINJAUAN RINGKASAN PUSTAKA DAN TEORI

2.1 Dewasa Muda

Arnett mendefinisikan dewasa muda adalah masa peralihan dari remaja menuju dewasa atau dikenal dengan sebutan "*emerging adulthood*," yang berlangsung pada kisaran umur 18 sampai 25 tahun. Secara umum, dewasa muda (*young adulthood*) mencakup usia antara 20 hingga 40 tahun. Sementara Santrock, pakar psikologi perkembangan, mengutarakan periode dewasa muda merupakan masa peralihan yang meliputi perubahan fisik (*physical transition*), perubahan intelektual (*cognitive transition*) dan perubahan dalam peran sosial (*social role transition*).[17] Ada tiga kriteria yang digunakan untuk mengartikan dewasa muda, yaitu: (1) kemampuan untuk bertanggung jawab atas diri sendiri, (2) mengambil keputusan secara mandiri, dan (3) kemandirian secara finansial.[18]

2.2 Kualitas Hidup

2.2.1 Definisi

Kualitas hidup didefinisikan oleh *World Heath Organization Quality of Life* (WHOQoL) sebagai persepsi seseorang tentang posisi dirinya dalam kehidupan, yang dipengaruhi oleh konteks budaya dan nilai-nilai tempat dirinya hidup serta keterkaitannya pada tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran yang dimiliki. Konsep kualitas hidup ini sangat luas dan dipengaruhi secara kompleks oleh kondisi kesehatan fisik, keadaan psikologis, keyakinan pribadi, hubungan sosial serta interaksi individu dengan aspek-aspek penting dari lingkungannya.[19]

Kualitas hidup merupakan sebuah konsep yang berfokus pada pengukuran kesejahteraan individu ataupun kelompok berdasarkan pertimbangan berbagai faktor positif dan negatif yang memengaruhi kondisi mereka dalam waktu tertentu. Aspek-aspek yang umum termasuk kesehatan secara menyeluruh (fisik, mental, dan spiritual), hubungan interpersonal, pendidikan, kondisi tempat kerja, status sosial, kekayaan, rasa aman dan perlindungan, kebebasan, kemampuan mengambil

keputusan secara mandiri, rasa memiliki dalam komunitas serta kondisi lingkungan fisik.[20]

2.2.2 Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Menurut Moons, Marquet, Budst, & de Geest kualitas hidup dipengaruhi oleh berbagai faktor di antaranya jenis kelamin, umur, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, pendapatan, relasi sosial, standar acuan yang digunakan, serta kondisi kesehatan fisik.[3] Inoguchi & Fujii, yang melakukan identifikasi terhadap berbagai faktor penentu kualitas hidup secara menyeluruh di negara-negara Asia, menyatakan bahwa setiap negara memiliki domain utama yang berbeda-beda dalam memengaruhi kualitas hidup warganya. Di Jepang, faktor-faktor pasca-materialis seperti pernikahan, persahabatan, kesehatan, kehidupan keluarga, dan aspek spiritual menjadi penentu utama yang memiliki hubungan positif dengan kualitas hidup secara keseluruhan.[21]

Di Lithuania, faktor yang lebih dominan dalam menentukan kualitas hidup adalah aspek keamanan dan pendapatan. Namun, meskipun keduanya saling terkait, konsep kualitas hidup dan kebahagiaan tidaklah identik.[22] Rifiani dan Sulihandari mengemukakan bahwasanya kualitas hidup juga dipengaruhi oleh berbagai karakteristik individu seperti status pernikahan, pendidikan, umur dan jenis kelamin. Di samping itu, tingkat stres dan kepuasan kerja juga turut berperan dalam memengaruhi kualitas hidup seseorang.[23]

2.2.3 Alat Ukur Kualitas Hidup

Beberapa alat ukur kualitas hidup di antaranya:

1. *Health-Related Quality of Life* (HRQoL) diukur menggunakan instrumen generik untuk populasi umum, sedangkan instrumen spesifik diterapkan pada individu dengan kondisi penyakit tertentu. HRQoL merupakan konsep yang mencakup berbagai dimensi, termasuk kesejahteraan fisik, mental, dan sosial.[24]
2. *Short Form*-36 (SF-36) merupakan instrumen atau alat ukur untuk menilai kualitas hidup kasus penyakit kronis. SF-36 memberikan gambaran menyeluruh

mengenai kualitas hidup dengan menilai delapan aspek, yaitu: 1) keterbatasan aktivitas fisik akibat kondisi kesehatan, 2) keterbatasan interaksi sosial yang disebabkan oleh faktor fisik maupun emosional, 3) hambatan dalam menjalankan aktivitas harian karena masalah fisik, 4) tingkat nyeri tubuh secara keseluruhan, 5) kondisi kesehatan mental secara umum, 6) hambatan aktivitas harian akibat gangguan emosional, 7) tingkat energi atau vitalitas, serta 8) persepsi individu terhadap kondisi kesehatannya secara umum.[25]

3. EuroQol (EQ-5D) adalah ukuran standar kualitas hidup. Kuesioner EQ-5D dengan lima dimensi yaitu 1) mobilitas, 2) perawatan diri, 3) aktivitas biasa, 4) nyeri/ketidaknyamanan, dan 5) kecemasan/depresi. Namun, untuk beberapa kondisi, aspek penting dari suatu penyakit atau gejala mungkin tidak tercakup oleh dimensi inti kesehatan ini dan dengan demikian kuesioner EQ-5D mungkin tidak sensitif dalam kondisi ini.[27]

4. QoL.BD adalah singkatan dari *Quality of Life in Bipolar Disorder scale* (Skala Kualitas Hidup pada Gangguan Bipolar). Ini adalah kuesioner yang dirancang untuk mengukur kualitas hidup pada orang dengan gangguan bipolar. Dimensi QoL.BD mencakup berbagai aspek, antara lain kondisi fisik, kualitas tidur, suasana hati, fungsi kognitif, aktivitas waktu luang, hubungan sosial, spiritualitas, kondisi keuangan, urusan rumah tangga, rasa percaya diri, kemandirian, identitas diri, serta aspek pekerjaan dan pendidikan sebagai komponen opsional.[28]

5. *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100) merupakan instrumen kualitas hidup yang dikembangkan WHO[19], terdapat 6 dimensi yaitu 1) kesehatan fisik, 2) psikologis, 3) tingkat kemandirian, 4) hubungan sosial, 5) lingkungan, dan 6) spiritualitas.

6. WHOQoL-BREF merupakan rangkuman dari instrumen WHOQOL-100[29]. Terdapat empat dimensi mengenai kualitas hidup yang meliputi: 1) Kesehatan fisik, 2) psikologis, 3) hubungan sosial, 4) lingkungan.

2.3 Gangguan Bipolar

2.3.1 Definisi

Kata bipolar terdiri dari dua suku kata, yaitu "*bi*" yang berarti dua dan "*polar*" yang berarti kutub, sehingga bipolar dapat diartikan sebagai gangguan suasana hati yang melibatkan dua kutub yang saling berlawanan.[6] Gangguan bipolar merupakan gangguan psikologi serius yang terjadi bukan hanya karena masalah psikologis, tetapi juga berbagai faktor seperti genetik, neurotransmitter, struktur anatomis otak, dan regulasi neuroendokrin. Gangguan ini tergolong sebagai kondisi mental yang bersifat kronis atau muncul secara episodik, yang berarti tanda-tandanya dapat timbul secara tidak menentu dalam periode waktu tertentu.[30]

Seorang yang menderita penyakit ini akan mengalami perubahan suasana hati ekstrem yang mana jika suasana hatinya meningkat maka orang tersebut akan menjadi mania (sangat senang dan bersemangat), namun jika suasana hatinya menurun maka orang tersebut akan mengalami depresi.[31]

2.3.2 Etiologi Bipolar

Hingga saat ini, penyebab gangguan bipolar masih belum dapat dipastikan.[32] Namun, berbagai penelitian menunjukkan bahwa faktor genetik dan psikologis berperan sebagai pemicu terjadinya gangguan bipolar.[33] Penyebab gangguan bipolar melibatkan berbagai faktor.[34]

1. **Faktor Genetik**

   Hampir separuh dari pengidap gangguan bipolar mempunyai anggota keluarga dengan riwayat gangguan suasana hati, seperti depresi. Faktor genetika berkontribusi sekitar 80% terhadap terjadinya gangguan bipolar. Jika salah seorang dari kedua orang tua mengidap gangguan ini, risiko anaknya untuk mengalaminya sekitar 10%, sedangkan bila kedua orang tua terkena, risiko anak mengidap gangguan bipolar meningkat hingga 40%. Meski begitu, keberadaan gangguan bipolar dalam keluarga tidak menjamin anggota keluarga lainnya akan mengalami kondisi yang sama.[30]

2. **Faktor Fisiologis**

   Ketidakseimbangan zat kimia di dalam otak adalah salah satu penyebab utama gangguan bipolar. Otak, yang berperan sebagai pengirim sinyal, memerlukan neurotransmitter sebagai pembawa pesan dari otak ke berbagai bagian tubuh. Terdapat 3 zat penting yang terdapat otak sehingga dapat menjalankan tugasnya seperti norepinefrin, serotonin, dan dopamine yang mana pada penderita bipolar terdapat ketidakseimbangan dalam ketiga zat tersebut sehingga memicu timbulnya gangguan *mood* atau perasaan.[30]

3. **Faktor Psikologis**

   Faktor psikologis memegang peranan krusial dalam memicu timbulnya gangguan bipolar. Secara khusus, tekanan dari pengalaman hidup, kurangnya dukungan sosial, kondisi lingkungan yang kurang kondusif dan karakteristik kepribadian tertentu telah dikenali sebagai penyebab psikologis utama.[34]

4. **Faktor Lingkungan dan Stres**

   Beberapa faktor lingkungan yang bisa memicu gangguan bipolar meliputi peristiwa stres berat, seperti trauma fisik, emosional atau sosial. Stressor lain seperti kehilangan pekerjaan, masalah keuangan atau gangguan dalam hubungan dapat menyebabkan lonjakan *mood* pada penderita bipolar.[30]

5. **Penyalahgunaan Zat**

   Individu yang mengalami gangguan bipolar memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami masalah terkait penyalahgunaan zat, termasuk kecanduan alkohol atau narkoba.[35]

6. **Struktur dan Fungsi Otak**

   Studi mengungkapkan bahwa individu dengan gangguan bipolar mengalami perubahan halus namun penting pada struktur dan fungsi otak. Perubahan ini bisa saja sudah ada sejak lahir atau berkembang seiring waktu, dan diduga berperan dalam munculnya gangguan bipolar.[36]

2.3.3 Klasifikasi Bipolar

American Psychological Association (APA) mengklasifikasikan gangguan bipolar ke dalam dua tipe utama, yaitu bipolar tipe I dan bipolar tipe II.[37]

1. **Bipolar tipe I,** ditandai oleh adanya episode mania yang intens serta episode depresi berat. Episode mania umumnya berlangsung setidaknya selama tujuh hari, atau bisa lebih singkat jika gejala yang muncul cukup parah hingga memerlukan perawatan di rumah sakit. Sementara itu, fase depresi biasanya berlangsung minimal dua minggu. Berdasarkan data, sebanyak 30,6% penderita bipolar I mengalami episode depresi, sedangkan 9,8% mengalami episode hipomania atau mania.[38] Pada bipolar tipe I, perubahan suasana hati terjadi secara bergantian antara fase depresi dan mania. Beberapa penderita mungkin juga mengalami gejala psikosis seperti delusi dan halusinasi yang muncul bersamaan dengan fluktuasi *mood* tersebut. Pasien akan menjalani periode mania yang diikuti masa depresi. Individu menunjukkan tingginya tingkat antusiasme, rasa optimisme, kepercayaan diri dan harga diri yang meningkat hingga terkadang berlebihan sepanjang fase mania. Mereka cenderung bertindak secara impulsif dengan pemikiran yang luas dan kreatif, namun mudah terdistraksi.



Gambar 1. Siklus Suasana Hati Bipolar Tipe I[39]

Antusiasme yang tinggi ini dapat menyebabkan gangguan tidur, percepatan bicara, serta peningkatan aktivitas sosial dan pengambilan keputusan ekstrem yang biasanya tidak dilakukan saat berada di luar periode mania. Gejala-gejala tersebut mencerminkan usaha individu dalam menghadapi tantangan serta mencari rasa nilai diri dan kegembiraan.

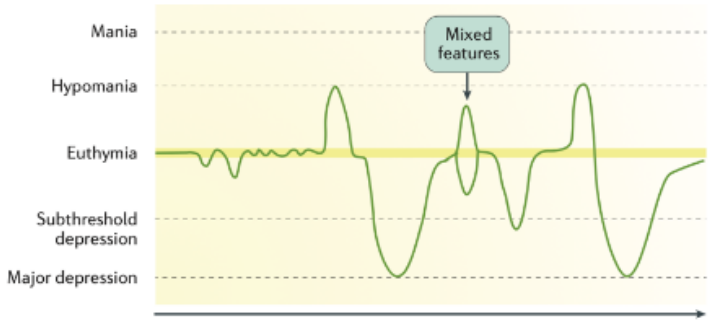
Sementara episode mania dapat menghilangkan perasaan putus asa yang mendasari, namun sering kali menimbulkan masalah baru. Hal ini terutama disebabkan oleh ketidakmampuan individu untuk mempertimbangkan akibat dari tindakan mereka selama fase mania. Akibat dari perilaku tersebut kemudian berkontribusi pada masa-masa intens penuh keputusasaan dan episode depresi yang hampir selalu menyusul.[32]

Peningkatan dalam kegiatan sosial, seksual ataupun pekerjaan, khususnya keterlibatan dalam kegiatan yang menyenangkan, justru dapat berdampak negatif pada kualitas hidup penderita bipolar tipe I. Ketika mengalami mania, suasana hati seseorang bisa berubah secara cepat dari perasaan sedih ke euforia yang berlebihan, yang pada akhirnya mengganggu fungsi normal dan menimbulkan risiko konsekuensi negatif. Selain itu, prognosis bagi pasien bipolar tipe I umumnya lebih buruk dibandingkan dengan mereka yang mengalami gangguan depresi.[32] Peningkatan aktivitas sosial dan seksual yang tidak terkendali juga memperburuk kualitas hidup dan meningkatkan stigma sosial di sekitar pasien bipolar tipe I

Beberapa literatur terbaru juga menunjukkan bahwa penderita bipolar I mengalami gangguan fungsi sosial dan pekerjaan yang signifikan akibat mania, termasuk dampak pada hubungan interpersonal dan stigma sosial yang memperburuk kualitas hidup.[40]

Selain itu, penelitian terkini menunjukkan bahwa Episode mania pada bipolar tipe I sangat terkait dengan gangguan fungsi sosial dan okupasional. Individu sering mengalami isolasi sosial, kehilangan pekerjaan, hingga kesulitan mempertahankan hubungan personal menyebabkan gangguan signifikan dalam peran sosial dan pekerjaan, bahkan bisa memicu rawat inap psikiatrik.[41]

2. **Bipolar tipe II,** ditandai oleh adanya episode depresi dan hipomania, tetapi tidak mencakup episode mania[39]. Dibandingkan dengan bipolar tipe I, bipolar tipe II dianggap memiliki gejala yang lebih ringan. Individu dapat didiagnosis mengalami gangguan bipolar II jika mengalami depresi berulang disertai minimal sekali episode hipomania. Berdasarkan studi yang telah dilakukan, ditemukan sebanyak 51,9% penderita bipolar II menunjukkan gejala depresi, sementara hanya 1,4% mengalami hipomania atau mania. Temuan ini menunjukkan bahwa gejala depresi lebih dominan pada individu dengan bipolar tipe II.[38]



Gambar 2. Siklus Suasana Hati Bipolar 2[39]

Individu dengan gangguan bipolar tipe II cenderung memiliki tingkat kesadaran yang lebih tinggi terhadap dampak dari perilaku mereka. Tingkat kesadaran ini diyakini menjadi salah satu faktor yang menekan munculnya episode mania, sehingga dorongan ambisius dan tindakan nekat tidak seintens pada penderita bipolar tipe I. Diperkirakan bahwa keterikatan emosional terhadap keluarga, tanggung jawab pekerjaan, serta perasaan malu dan bersalah yang mungkin timbul akibat kegagalan atau kekecewaan turut menghambat perkembangan suasana hati manik pada penderita bipolar tipe II.[46]

Penelitian terbaru juga menemukan bahwa penderita bipolar II sering mengalami kesulitan dalam menilai dan mengendalikan gejala hipomania, yang cenderung dianggap "positif" atau produktif, meskipun sebenarnya dapat mengganggu hubungan sosial dan pekerjaan.[43] Penderita bipolar tipe II sering kali tidak menganggap gejala hipomania sebagai sesuatu yang bermasalah atau merugikan, meskipun perilaku mereka bisa mengganggu orang di sekitarnya.

Dampak negatif dari perilaku tersebut diperkirakan dapat berkontribusi pada penurunan kualitas hidup individu dengan bipolar tipe II.[48]

Dukungan sosial dapat membantu individu bipolar II meningkatkan kesadaran diri dan mengurangi risiko relaps. Selain itu, keberadaan rasa identitas diri yang kuat juga dapat berperan penting dalam mengatur perilaku hipomanik dan depresi.[45]

2.3.4 Alat Ukur Gangguan Bipolar

Alat ukur gangguan bipolar adalah sebagai berikut

1. *Mood Disorders Questionnaire* (MDQ) merupakan salah satu instrumen penilaian yang sangat umum dipakai secara global guna mendeteksi gangguan bipolar.[46] Instrumen ini juga dianggap membantu para tenaga profesional di bidang klinis dalam mendeteksi adanya gejala hipomania atau mania, khususnya pada individu yang diduga mengidap gangguan bipolar atau menunjukkan tanda-tanda depresi.[47] MDQ merupakan tes *self-report* yang sederhana dan mudah diisi, terdiri dari 13 butir pertanyaan yang disajikan dalam satu lembar kertas, baik dengan pilihan jawaban maupun tanpa jawaban.[48]

2. *Mood Disorder Questionnaire*-INA (MDQ-INA) adalah salah satu instrumen skrining gangguan bipolar yang sangat umum dipakai secara global dan sudah disesuaikan dalam versi Bahasa Indonesia. Instrumen ini terbukti efektif sebagai instrumen skrining gangguan bipolar, dengan tingkat reliabilitas yang tinggi (13 item, $\alpha = .82$), serta menunjukkan hasil yang sangat baik dalam hal sensitivitas sebesar .95 dan spesifisitas sebesar .90.[47] Tahapan dalam adaptasi MDQ-INA meliputi: (a) penerjemahan kata per kata ke dalam Bahasa Indonesia; (b) penerjemahan balik ke bahasa asal (*back translation*); (c) peninjauan dan persetujuan oleh tim ahli yang menilai kualitas instrumen; serta (d) uji coba awal (*pilot study*) kepada kelompok sasaran untuk memastikan kelayakan alat ukur.[47]

3. DSM-5

   Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5) mencantumkan 22 kategori utama gangguan mental, yang mencakup lebih dari

150 penyakit yang berbeda. Semua gangguan yang tercantum dalam DSM-5 dijelaskan secara rinci mencakup epidemiologi, etiologi, diagnosis, diagnosis banding, ciri klinis, dan pengobatan setiap gangguan. Di bagian ini, hanya deskripsi singkat tentang gangguan yang diberikan untuk memberi pembaca gambaran umum tentang klasifikasi psikiatris termasuk beberapa perubahan yang dibuat dari DSM-IV ke DSM-5.[26]

4. *Hypomania Checklist* (HCL–32) salah satu alat skrining bagi para peneliti yang mencoba menemukan orang dengan gangguan bipolar.[49]

5. *Young Mania Rating Scale (YMRS)* merupakan salah satu instrumen yang sangat umum dipakai dalam menilai gangguan bipolar. Berdasarkan konsensus dari *The International Society of Bipolar Disorder (ISBD)*, rentang skor YMRS antara 8 hingga 14 dikategorikan sebagai gejala mania sub-sindromal, sementara skor *Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)* dalam kisaran yang sama menunjukkan gejala depresi sub-sindromal. Namun, beberapa peneliti lain menggunakan batas yang lebih luas, yaitu skor *YMRS* antara 11 hingga 20.[7]

6. *Bipolar Spectrum Diagnostic Scale (BSDS)* adalah instrumen skrining gangguan bipolar yang telah diterapkan di berbagai negara. Namun, di Indonesia, pengembangan alat ukur untuk mendeteksi kecenderungan bipolar pada individu masih dalam tahap yang terbatas.[50]

7. Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III (PPDGJ III) adalah panduan resmi di Indonesia yang digunakan untuk menegakkan diagnosis gangguan mental, termasuk gangguan bipolar. PPDGJ III menekankan kriteria adanya episode *mood* berulang, yaitu mania, hipomania, dan depresi, yang membantu klinisi dalam mendiagnosis secara konsisten dan sesuai konteks budaya lokal. Sebagai alat ukur, PPDGJ III sering dijadikan acuan utama oleh psikiater di Indonesia untuk memastikan penegakan diagnosis gangguan bipolar yang akurat sebelum menentukan terapi dan penanganan lebih lanjut.[51]

2.4 Hubungan Antara Gangguan Bipolar Dengan Kualitas Hidup

2.4.1 Hubungan Gangguan Bipolar Terhadap Kesehatan Fisik dan Kualitas Hidup

Gangguan bipolar merupakan kondisi kejiwaan yang berdampak pada kualitas hidup penderitanya, ditandai dengan sifatnya yang kronis, sering kambuh, dan berulang. Gangguan ini ditandai oleh perubahan suasana hati yang sangat drastis dan intens, yang disebut sebagai episode *mood*. Episode ini terbagi menjadi dua fase utama, yaitu fase manik dan fase depresif, di mana perubahan emosi tersebut dapat terjadi secara tiba-tiba dan tidak terduga. Pikiran serta perasaan akan terpengaruh jika kesehatan mental terganggu, yang akan berdampak negatif pada kesehatan fisik dan kualitas hidup.[47]

Sebagai contoh, pada fase manik, penderita mengalami penurunan kebutuhan tidur secara drastis, tetapi tetap merasa energik dan penuh semangat, yang jika berlangsung lama dapat menyebabkan kelelahan ekstrem, gangguan imun, gangguan irama jantung, bahkan meningkatkan risiko rawat inap. Selain itu, gejala manik sering kali disertai grandiositas atau rasa percaya diri yang berlebihan, yang membuat penderita meremehkan potensi bahaya dan konsekuensi dari tindakan mereka.[53] Sementara pada fase depresif, penderita sering mengalami penurunan nafsu makan, penurunan berat badan, gangguan tidur berat, yang secara keseluruhan menurunkan kualitas hidup dan meningkatkan risiko penyakit kronis lainnya.[54]

2.4.2 Hubungan Gangguan Bipolar Terhadap Kesejahteraan Psikologis dan Kualitas Hidup

Berbagai faktor dapat memengaruhi kesejahteraan biologis seseorang, antara lain umur, jenis kelamin, karakter kepribadian, pendidikan, kondisi ekonomi, tingkat religiositas, serta dukungan sosial yang dimiliki. Di samping itu, kesejahteraan psikologis mencakup enam komponen penting: penerimaan diri, tujuan hidup, kemandirian, perkembangan pribadi, hubungan positif dengan orang lain, dan kemampuan dalam mengelola lingkungan. Namun, pencapaian enam aspek tersebut tidaklah mudah bagi individu yang mengalami gangguan bipolar,

terutama karena masih kuatnya stigma negatif dari masyarakat terhadap mereka yang memiliki gangguan kejiwaan. Penderita sering kali dicap sebagai orang gila atau dianggap sebagai aib keluarga.[55] Stigma semacam ini kerap menjadi penghalang bagi mereka untuk mendapatkan penanganan yang tepat dan optimal. Oleh karena itu, untuk mencapai kesejahteraan psikologis, individu dengan gangguan mental termasuk bipolar disorder perlu terlebih dahulu memiliki keyakinan terhadap kemampuan dirinya dalam mengendalikan fungsi diri dan berbagai situasi di sekitarnya, yang dikenal dengan istilah efikasi diri.[55]

2.4.3 Hubungan Gangguan Bipolar dengan Kualitas Hubungan Sosial

Hubungan sosial di antara individu dengan diagnosis gangguan bipolar menunjukkan bahwa individu ini lebih mungkin melaporkan hubungan keterikatan yang tidak aman dan dukungan sosial yang buruk. Hubungan ini mungkin sangat relevan bagi gangguan bipolar.[55] Individu dengan gangguan bipolar umumnya mengalami masalah dalam hubungan sepanjang hidup. Domain kehidupan yang terganggu pada mereka yang mengalami gangguan bipolar meliputi ekspresi diri/perbaikan diri, hubungan keluarga, hubungan sosial lainnya, dan hubungan kerja; gangguan ini diamati bahkan ketika individu dengan gangguan bipolar dalam keadaan eutimik pada saat penilaian.[56]

2.4.4 Hubungan Gangguan Bipolar dengan Produktivitas dan Karier

Banyak penderita gangguan bipolar mencari karier yang berorientasi pada pekerjaannya, di mana pekerjaan yang intens berlangsung dalam waktu singkat. Meskipun hal ini tampaknya sesuai dengan pasang surut penyakit, sering kali lebih baik mencari pekerjaan yang lebih terstruktur dengan jadwal yang teratur. Jam kerja yang panjang atau tidak teratur dapat merusak stabilitas dan produktivitas. Kerja shift, dan gangguan yang tidak terduga atau sering terjadi pada jadwal tidur, juga dapat mengganggu suasana hati.[57]

Tidak ada pekerjaan terbaik untuk semua orang yang memiliki gangguan bipolar. maka yang memiliki gangguan bipolar, dapat melakukan beberapa hal untuk mempermudah keberhasilan karier di tempat kerja. Sebagai permulaan,

kenali gejala depresi dan mania. Dengan begitu, seseorang dapat mengelolanya dengan lebih baik. Lihatlah tantangan sebagai pengalaman belajar, dan carilah kesempatan untuk belajar. Berikan banyak penghargaan kepada diri sendiri atas pencapaian besar dan kecil, serta mengelola stres dengan baik.[58]

2.4.5 Hubungan Gangguan Bipolar dengan Kondisi Finansial

Gangguan bipolar dapat memberikan dampak nyata terhadap kondisi finansial seseorang. Saat mengalami fase mania, individu dengan gangguan ini cenderung melakukan tindakan impulsif dan kurang bijak, seperti menghamburkan uang, berjudi, atau menanamkan modal pada usaha yang berisiko tinggi. Perilaku tersebut dapat menimbulkan masalah keuangan yang serius dan berdampak jangka panjang terhadap kestabilan ekonomi pribadi. Menurut Profesor Psikiatri Michael Tas dari Fakultas Kedokteran Universitas Pennsylvania, gangguan bipolar dapat memengaruhi kesejahteraan finansial secara signifikan. Oleh karena itu, penting bagi penderita untuk mendapatkan edukasi serta dukungan dalam mengelola keuangan dan mencegah tindakan yang impulsif.[59]

2.5 Ringkasan Pustaka

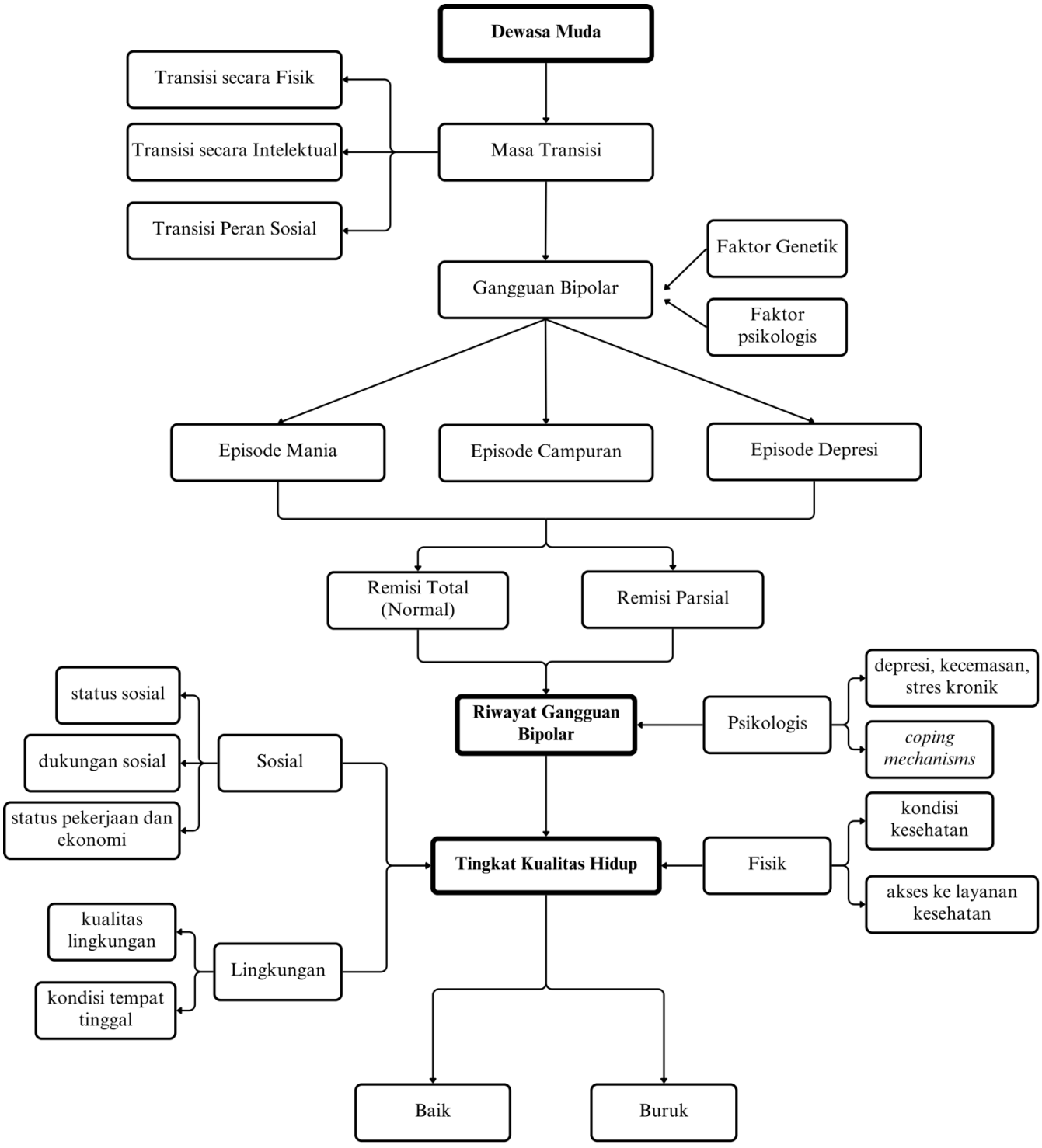
Tabel 1. Ringkasan Pustaka

Peneliti	Lokasi Penelitian	Studi Desain	Subjek Studi	Variabel yang diteliti	Lama/waktu studi	Hasil
Sylvia *et al.* [60]	Amerika Serikat	*Cross-sectional*	482 pasien dewasa dengan gangguan bipolar I atau II	Variabel bebas: Gangguan bipolar Variabel tergantung: Kualitas hidup dan Fungsi hidup	2017	Penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan gangguan bipolar memiliki kualitas hidup yang lebih rendah, khususnya pada pasien perempuan dan mereka yang memiliki komorbiditas gangguan cemas. Korelasi antara gangguan bipolar dan kualitas hidup ditemukan secara marginal signifikan (p = 0,07).
Khafif *et al.* [61]	São Paulo, Brazil	Longitudinal (8 tahun)	36 pasien rawat jalan dengan gangguan bipolar I/II (usia 18–70)	Variabel bebas: Gangguan bipolar Variabel tergantung: Kualitas hidup	2009–2017 (8 tahun)	Studi longitudinal selama 8 tahun menunjukkan bahwa pasien dengan gangguan bipolar memiliki kualitas hidup yang lebih rendah apabila mereka mengalami lebih banyak episode depresi (r = -0,418; p = 0,014). Sebaliknya, jumlah episode mania berhubungan dengan skor kualitas hidup yang lebih tinggi (r = 0,451; p = 0,007). Komorbiditas OCD, PTSD, dan penyalahgunaan zat juga menurunkan kualitas hidup secara konsisten.

Marrag *et al.* [64]	Tunisia	*Cross-sectional*	104 pasien dengan gangguan bipolar I yang dirawat jalan	Variabel bebas: Gangguan bipolar Variabel tergantung: Kualitas hidup	2015	Penelitian ini menemukan bahwa 78,8% pasien dengan gangguan bipolar I mengalami penurunan kualitas hidup dengan skor rata-rata hanya 52,2 (cut-off normal 66,7). Dimensi mental dari kualitas hidup lebih terganggu (skor 31,7) dibandingkan dimensi fisik (skor 40,5).
Charles *et al.* [65]	Prancis	*Cross-sectional*	3.885 pasien dewasa dengan gangguan bipolar yang pernah rawat inap (2011–2017)	Variabel bebas: Gangguan bipolar Variabel tergantung: Kualitas hidup	2017	Pasien dengan gangguan bipolar menunjukkan penurunan kualitas hidup secara signifikan dibandingkan kelompok kontrol, baik pada aspek personal maupun sosial. Skor WHOQOL domain fisik: BD I = 77,9; BD II = 86,4; kontrol = 114,1. Gejala depresi memiliki dampak negatif langsung terhadap kualitas hidup, sedangkan cadangan kognitif berperan protektif khususnya terhadap kualitas hidup sosial.

Sudirman *et al.*[10]	Jakarta	*Cross-sectional*	Siswa SMA dengan risiko gangguan bipolar di Kelurahan Penjaringan Jakarta Utara	Variabel bebas: Gangguan bipolar Variabel tergantung: penggunaan zat dan kualitas hidup.	2022	Analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan bermakna antara penggunaan zat dan kualitas hidup domain hubungan sosial dengan risiko gangguan bipolar (p=0,001; 95% CI=1,505-5,659; OR=2,918).

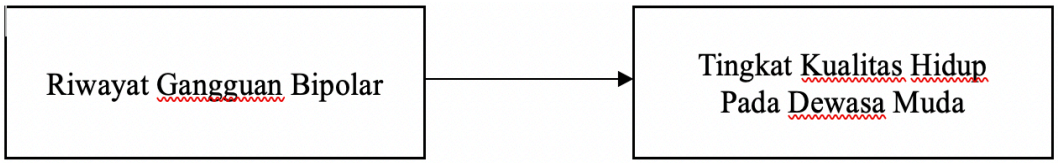
2.6 Kerangka Teori



Gambar 3. Kerangka Teori

BAB III
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 4. Kerangka Konsep

3.2 Variabel Penelitian

3.2.1 Variabel Bebas (Independen)

Riwayat gangguan bipolar bertindak sebagai variabel bebas dalam penelitian ini.

3.2.2 Variabel Tergantung (Dependen)

Tingkat kualitas hidup pada dewasa muda merupakan variabel tergantung dalam penelitian ini.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Alat ukur	Cara ukur	Hasil pengukuran	Skala Pengukuran	Referensi
Dewasa Muda	Masa dewasa awal, yang juga dikenal sebagai dewasa muda, merupakan tahap peralihan dari masa remaja menuju dewasa (*emerging adulthood*). Rentang usia pada masa ini, antara 20 hingga 40 tahun.	Wawancara dan Kartu Tanda Penduduk (KTP)	Pengumpulan data melalui kuesioner *self-report* mengenai usia, status pendidikan, dan pekerjaan; cross-check dengan dokumen identitas apabila perlu	Kategori usia: 1 = Dewasa muda awal (20–24), 2 = Dewasa muda pertengahan (25–29), 3 = Dewasa muda akhir (30–40)	Ordinal	Riadi M.[1]
Kualitas Hidup	Persepsi individu dari posisi individu dalam kehidupan dalam konteks sistem budaya dan nilai dimana individu hidup dan dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran	*World Heath Organization Quality of Life* (WHOQoL-BREF)	Kuesioner	Skor total dan domain dikategorikan: Buruk = sangat rendah (0–25) & rendah (26–50), Baik = sedang (51–75) & tinggi (76–100)	Ordinal	*World Health Organization Quality of Life* (WHOQoL).[19]

Riwayat Gangguan Bipolar	Bipolar berasal dari dua kata yaitu *bi* yang berarti dua dan *polar* yang berarti kutub, maka dari itu bipolar dapat didefinisikan sebagai gangguan *mood* atau perasaan dengan dua kutub yang bertolak belakang.	Rekam medis rumah sakit	Wawancara terstruktur dan verifikasi rekam medis	Kategori tingkat gangguan: 1 = Bipolar I 2 = Bipolar II	Ordinal	Kanila YZ, Ayu G, Noviekayati A, Rina AP, Psikologi F.[6]

BAB IV
METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian berupa potong lintang (*cross-sectional*), dengan pendekatan observasional yang bersifat analitik. Potong lintang merupakan suatu jenis penelitian dengan menganalisis data yang dilakukan selama satu kali.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian berlangsung di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta dari bulan Agustus hingga Oktober 2025.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi mencakup keseluruhan individu dewasa muda (berusia 20-40 tahun) yang memiliki riwayat diagnosis gangguan bipolar.

4.3.2 Sampel

Sampel diambil sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang sudah ditentukan. Berikut penjelasan dari kriteria tersebut:

1. Kriteria Inklusi
    a. Dewasa muda
    b. Riwayat gangguan bipolar yang tervalidasi melalui rekam medis
    c. Kesediaan untuk berpartisipasi dalam penelitian.
2. Kriteria Eksklusi
    a. Individu dengan gangguan mental berat (misalnya, gangguan psikotik berat).
    b. Individu dengan gangguan komunikasi
    c. Individu dengan gangguan fisik berat (kursi roda, trauma kepala)

4.3.3 Besar Sampel

Besar sampel yang digunakan dalam penelitian potong silang ini sesuai dengan perhitungan berdasarkan rumus pengambilan sampel, yaitu populasi infinit (tidak terbatas) dan populasi finit (terbatas) menggunakan rumus Bernouli.[64]

Rumus populasi infinit : $n_o = \frac{Z\alpha^2 \text{ x } p \text{ x } q}{d^2}$

Keterangan :

n_o = Jumlah sampel minimal yang dibutuhkan

$Z\alpha^2$ = Tingkat kemaknaan dikehendaki adalah 95%, dengan nilai 1,96

p = Prevalensi gangguan bipolar (11,4%)[65]

q = Prevalensi yang tidak mengalami gangguan bipolar (1-p)

d = Kesalahan absolut (untuk memprediksi proporsi) yang dapat diterima, pada studi ini menggunakan 5% (0,05)

$$n_o = \frac{(1{,}96)^2 . 0{,}114 . (1 - 0{,}114)}{(0{,}05)^2} = 155.20 \approx 155$$

Setelah diketahui nilai n yaitu besar sampel optimal yang dibutuhkan, selanjutnya angka tersebut dimasukkan ke dalam rumus populasi finit.

Rumus populasi finit: $n = \frac{n_o}{1+\frac{n_o}{N}}$

Keterangan:

n = besar sampel yang dibutuhkan untuk populasi finit

$n0$ = besar sampel dari populasi infinit

N = besar sampel dari populasi finit (96)[66]

Diketahui jumlah pasien bipolar yang tercatat selama Januari – Juni 2017 berjumlah 96 pasien.[66]

$$n = \frac{155}{1 + \frac{155}{96}} = 59{,}28 \approx 59$$

Total sampel populasi finit adalah 59 orang. Untuk mengurangi kemungkinan terjadinya *dropout* sampel yang tidak sesuai dengan kriteria yang diinginkan, jumlah sampel diperluas sebesar 15%. Dengan demikian, nilai n yang diperoleh adalah:

$$n = 59 + (59 \times 15\%)$$

$$n = 59 + 8{,}85 = 67{,}85 \approx 68 \text{ orang}$$

Maka, penelitian ini membutuhkan sampel sebanyak 68 orang.

4.3.4 Cara Pemilihan Sampel

Teknik sampling yang dipakai adalah *Consecutive Non-Random Sampling*, di mana hanya individu yang memenuhi kriteria inklusi yang dipilih dari populasi. Sampel diambil sejumlah 68 orang dengan riwayat gangguan bipolar.

4.4 Bahan dan Instrumen Penelitian

Data penelitian didapat berdasarkan catatan medis pasien yang menjalani pengobatan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan antara bulan Januari hingga Juni tahun 2017. Data riwayat gangguan bipolar diperoleh dari rekam medis pasien yang pernah didiagnosis dan/atau sedang menjalani pengobatan. Data sosiodemografi yang akan diambil dari rekam medis adalah (1) Jenis kelamin, (2) Umur, (3) Pendidikan, (4) Status Pernikahan, (5) Pekerjaan. Selanjutnya penelitian ini akan menggunakan data primer, dimana peneliti menggunakan instrumen *WHOQOL-BREF.* Sebelum pengumpulan data, peneliti akan memberikan penjelasan mengenai tujuan dan mekanisme penelitian yang akan dilaksanakan. Sebagai bentuk persetujuan untuk berpartisipasi, responden akan diminta mengisi lembar informed consent terlebih dahulu.

4.4.1 WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF adalah versi singkat dari WHOQOL-100 yang dikembangkan oleh World Health Organization untuk mengukur kualitas hidup secara menyeluruh. Instrumen ini terdiri dari 26 item yang mencakup empat domain

utama yaitu (1) Fisik, menilai kesehatan fisik, energi, nyeri, tidur, dan aktivitas sehari-hari, (2) Psikologis, Mengukur kesejahteraan mental, emosi, dan persepsi diri, (3) Hubungan Sosial, menilai kualitas hubungan interpersonal, dukungan sosial, dan kehidupan seksual, (4) Lingkungan, menilai aspek lingkungan seperti keamanan, kebersihan, akses terhadap layanan kesehatan, dan kondisi tempat tinggal. Partisipan diminta untuk membaca setiap pernyataan atau pertanyaan dengan cermat dan memilih jawaban yang paling menggambarkan kondisi atau pengalaman mereka dalam beberapa dua minggu terakhir. Setiap item dijawab dengan menggunakan skala Likert, misalnya dari 1 sampai 5 (atau 1 sampai 7), di mana 1 biasanya menunjukkan "sangat tidak setuju" atau "sangat tidak puas" dan angka tertinggi menunjukkan "sangat setuju" atau "sangat puas". Setiap item diberi skor sesuai dengan jawaban yang dipilih. Skor tersebut kemudian dikonversi dan dijumlahkan untuk masing-masing domain. Hasilnya berupa skor untuk setiap domain (fisik, psikologis, hubungan sosial, lingkungan). Skor ini biasanya dikonversi ke skala 0-100, di mana skor yang lebih tinggi mencerminkan kualitas hidup yang lebih baik.

4.5 Analisis Data

4.5.1 Pengolahan Data

Tahapan pengolahan data meliputi:

1. *Data editing* / penyuntingan data

   Melakukan pemeriksaan pada seluruh data kuesioner dan wawancara yang sudah diperoleh. Tujuannya untuk memeriksa kelengkapan, apakah terdapat kesalahan ataupun kekurangan pada data, sehingga dapat dilakukan perbaikan.

2. *Data coding* / pengkodean

   Memberikan angka/kode/*scoring* berdasarkan jawaban kuesioner sesuai dengan pedoman yang telah disepakati. Proses ini mempermudah analisis data dari kualitatif menjadi kuantitatif.

3. *Data entry* / pemasukan data

   Setelah seluruh kuesioner terisi secara lengkap, dilakukan pemasukan data ke dalam program statistik SPSS versi 30 melalui perangkat komputer.

4. *Data cleaning*

   Memastikan bahwa seluruh data yang sudah diperoleh dan dimasukkan ke dalam program sudah sesuai dan tidak terdapat kesalahan.

5. *Data saving*

   Penyimpanan data ke dalam folder. Sesudah pengolahan data, maka data tersebut akan dimasukkan ke dalam program komputer SPSS versi 30.

   Data tersebut akan dianalisis dengan menggunakan:

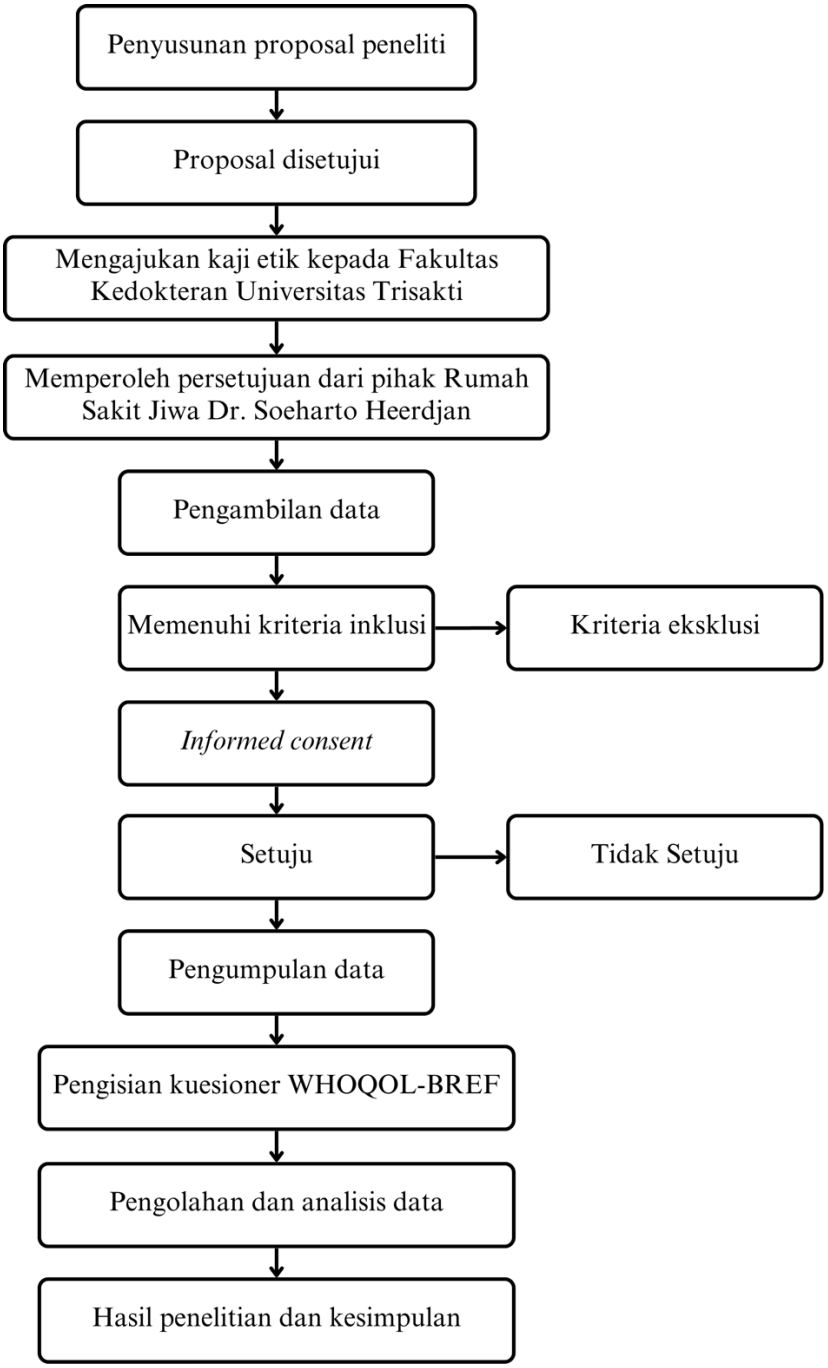
   a. Analisis univariat

      Analisis univariat berfungsi guna mengevaluasi dan menggambarkan data yang diperoleh dari hasil penelitian. Data yang sudah diolah kemudian ditampilkan dalam bentuk tabel untuk setiap variabel, disertai persentase. Tujuan dari analisis ini adalah memberikan gambaran mengenai karakteristik tiap variabel, seperti distribusi usia, jumlah episode, dan skor kualitas hidup, sehingga peneliti dapat memahami informasi dasar dari data yang telah dikumpulkan.

   b. Analisis bivariat

      Analisis ini dipakai guna menilai besaran hubungan antara variabel bebas dengan variabel tergantung. Di sini peneliti menerapkan uji statistik χ^2 dengan tingkat kepercayaan 95% dan nilai signifikansi (*p value*) sebesar 5%. Apabila $p < 0,05$, maka hasilnya dianggap menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara variabel bebas dan variabel tergantung.

4.6 Alur Penelitian



Gambar 5. Alur Penelitian

4.7 Etika Penelitian

Fakultas Kedokteran Universitas Trisakti dan komisi etik penelitian telah menyetujui proposal penelitian. Untuk memastikan partisipasi sukarela responden dalam penelitian, peneliti telah memberikan penjelasan tentang tujuan penelitian kepada mereka sebelum pengisian kuesioner dan meminta persetujuan mereka dengan mengisi dan memberikan tanda tangan pada *informed consent.*

4.8 Penjadwalan Penelitian

Tabel 3. Penjadwalan Penelitian

Kegiatan	2025										
	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags	Sep	Okt	Nov	Des
Persiapan dan pengumpulan data	■	■									
Penyusunan dan penyelesaian BAB I (**Pendahuluan**)		■	■	■							
Penyusunan dan penyelesaian BAB II (**Tinjauan Pustaka**)		■	■	■							
Penyusunan dan penyelesaian BAB III (**Kerangka konsep dan definisi operasional**)		■	■	■							
Penyusunan dan penyelesaian BAB IV (**Metode**)				■	■						
Ujian proposal					■	■					
Penelitian							■	■	■		
Penyusunan dan penyelesaian BAB V (**Pembahasan**)								■	■	■	
Penyusunan dan penyelesaian BAB VI (**Kesimpulan dan Saran**)									■	■	
Persiapan ujian Skripsi										■	■
Penyusunan manuskrip publikasi E-jurnal											■

DAFTAR PUSTAKA

1. Riadi M. Dewasa Muda (Definisi, Aspek, Karakteristik, Tugas dan Perkembangan). https://www.kajianpustaka.com/2021/09/dewasa-muda.html. 2022;
2. Dwidayati KH, Sari AR, Yosita L. Faktor-Faktor Preferensi Hunian Vertikal untuk Kaum Dewasa Muda: Studi Kasus di Kota Bandung. J Arsit Zo [Internet]. 2023;5(1):209–18. Available from: https://scholar.google.co.id/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=Faktor-Faktor+Preferensi+Hunian+Vertikal+untuk+Kaum+Dewasa+Muda%3A+Studi+Kasus+di+Kota+Bandung&btnG=
3. Azzubaidi SBS, Rachman ME, Hamado N. Gambaran Kualitas Hidup Berdasarkan Karakteristik Pada Pasien Pasca Stroke. J Kesehat Tambusai. 2024;5(2):2511–7.
4. WHO. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). www-who-int. 2012;
5. Shofa DA, Annisa B, Anggraeni U, Abida AN, Firyal N, Adni A. Bipolar Disorder in Adolescents : Clinical Manifestations , Causes , and Comprehensive Management Strategies. J Biol Trop. 2024;24(1):210 – 219.
6. Kanila YZ, Ayu G, Noviekayati A, Rina AP, Psikologi F. Penerimaan diri pada penderita bipolar disorder: Bagaimana peranan dukungan sosial ? Inn J Psychol Res. 2023;2(4):934–41.
7. Maramis MM. Gangguan Bipolar dan Psikoedukasi. Surabaya: Airlangga University Press; 2022. 22–25 p.
8. Marzani G, Price Neff A. Bipolar Disorders: Evaluation and Treatment. Am Fam Physician. 2021;103(4):227–39.
9. Alzahrani H. Understanding quality of life in bipolar disorder: associated factors and coping strategies. Front Psychol. 2024;15.
10. Sudirman JES, Hasan S. Hubungan Antara Riwayat Penggunaan Zat Dan Kualitas Hidup Pada Siswa Sma Dengan Risiko Gangguan Bipolar Di Kelurahan Penjaringan Jakarta Utara. Damianus J Med. 2022;21(3):223–32.

11. McGinty KR, Janos J, Seay J, Youngstrom JK, Findling RL, Youngstrom EA, et al. Comparing self-reported quality of life in youth with bipolar versus other disorders. Int J Psychiatry Neurosci. 2023;25(8):648–60.
12. Bach S de L, Cardoso T de A, Moreira FP, Mondin TC, Simjanoski M, Kapczinski FP, et al. Risk factors for new-onset bipolar disorder in a community cohort: A five-year follow up study. Psychiatry Res. 2021;301.
13. Demissie M, Hanlon C, Birhane R, Ng L, Medhin G, Fekadu A. Psychological interventions for bipolar disorder in low- and middle-income countries: systematic review. BJPsych Open. 2018;4(5):375–84. doi:10.1192/bjo.2018.46.
14. Darmayenti et al. Pengalaman Keluarga Dalam Merawat Pasien Bipolardi Rsud Padang Pariaman. J Kesehat Med Saintika Juni 2023 |Vol [Internet]. 2023;14(1):324–43. Available from: https://doi.org/10.30633/jkms.v14i1.1964
15. Mamahit dr. SRR. Penyebab dan Perbedaan Depresi Bipolar dan Depresi Mayor. https://www.siloamhospitals.com. 2024;
16. Zhong Y, Chen Y, Su X, Wang M, Li Q, Shao Z, et al. Global, regional and national burdens of bipolar disorders in adolescents and young adults: a trend analysis from 1990 to 2019. Gen Psychiatry. 2024;37(1):1–11.
17. Sutanto MA, Muttaqin D. Dimensi Pembentukan Identitas dan Intimasi pada Emerging Adult yang Menjalin Relasi Romantis. Intuisi J Psikol Ilm. 2022;13(2):143–54.
18. Sibatuara DA, Marbun W, Sitanggang C, Mendrofa CR, Berasa T. PENGARUH STUDI ALKITAB MENDALAM TERHADAP PERTUMBUHAN SPIRITUAL ORANG DEWASA. Pediaqu J Pendidik Sos dan Hum. 2025;4(1):1338–51.
19. Kiling IY, Kiling-Bunga BN. Pengukuran dan Faktor Kualitas Hidup pada Orang Usia Lanjut. J Heal Behav Sci. 2019;1(3):149–65.
20. Teoli D, Bhardwaj A. Quality Of Life. Natl Libr Med. 2023;
21. Resmiya L, Misbach IH. Pengembangan Alat Ukur Kualitas Hidup Indonesia. J Psikol Insight. 2019;3(1):20–31.

22. Dudzevičiūtė G, Prakapienė D, Česnuitytė V. Association between perceptions of personal income and national security: evidence from the Baltic States. Sustainability. 2022;14(12):7387. doi:10.3390/su14127387.
23. Nurjaman MF, Susilaningsih FS, Permana RH. Kualitas Hidup (Quality Of Life) Pada Mahasiswa Profesi Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran. Med Respati J Ilm Kesehat. 2023;18(1):51–62.
24. Muros JJ, Pérez FS, Ortega FZ, Sánchez VMG, Knox E. The association between healthy lifestyle behaviors and health-related quality of life among adolescents. Natl Libr Med. 2017;93(4):406–12.
25. Tinartayu S, Riyanto BUD. SF-36 as The Instrument for Measuring Quality of Life of Tuberculosis Patients. Mutiara Med. 2015;15(1):7–14.
26. Sadock BJ, Ahmad S, Sadock VA. KAPLAN & SADOCK'S POCKET HANDBOOK OF CLINICAL PSYCHIATRY. 6th ed. New York: Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.
27. Swinburn P, Lloyd A, Boye KS, Edson-Heredia E, Bowman L, Janssen B. Development of a disease-specific version of the EQ-5D-5L for use in patients suffering from psoriasis: Lessons learned from a feasibility study in the UK. Value Heal [Internet]. 2013;16(8):1156–62. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2013.10.003
28. Provencher MD, Morton E, Beaudoin AS, Guillemette J, Rheault E, Mérette C, et al. The Quality of Life in Bipolar Disorder (QoL.BD) Scale: Validation of a French Cross-Cultural Adaptation. Natl Libr Med. 2020;66(3):298–305.
29. Millenia PA. Penilaian kualitas hidup pasien abses periapikal studi menggunakan WHOQOL-BREF : observasional deskriptif. 2024;36:194–203.
30. Ramadani IR, Fadila AN, Aulia R, Khairiyyahni S, Lestari W. Gangguan Bipolar pada Remaja: Studi Literatur. Edu Soc J Pendidikan, Ilmu Sos dan PengabdianKepada Masy [Internet]. 2024;4(1):1219–27. Available from: https://doi.org/10.56832/edu.v4i1.431
31. Sawdina D, Fadli SA, Royana I. Pengaruh Psikoedukasi dan Terapi Supportif terhadap Pemulihan Pasien Bipolar. J Pendidik Tranformatif. 2023;02(02):39–44.

32. Sperry SH. Examining the Role of Impulsivity in Bipolar Spectrum. Psychopathol Identif Expr Dly life. 2016;
33. Jain A, Mitra P. Bipolar disorder [Internet]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan– [updated 2023 Feb 20; cited 2025 Jun 14]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK558998
34. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock buku ajar psikiatri klinis. 2nd ed. 2010.
35. Mondal K, Tiwari A, Kumar A. Comparing the prevalence of substance use disorders in patients with bipolar disorder vs. major depressive disorder. Int J Life Sci Biotechnol Pharma Res. 2024 Dec;13(12). doi:10.69605/ijlbpr_13.12.2024.186.
36. Wedanthi PH. Studi Kasus Dinamika Psikologis Penderita Bipolar Disorder. J Pendidik Tambusai. 2022;6(1):2578–2582.
37. American Psychological Association (APA). Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorder V (DSM V). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
38. Zhang B, Wang J, Zhu Q, Ma G, Shen C, Fan H, et al. Hypnotic susceptibility and affective states in bipolar I and II disorders. BMC Psychiatry. 2017;17:362. doi:10.1186/s12888-017-1529-2.
39. Berk M, Corrales A, Trisno R, Dodd S, Yatham LN, Vieta E, et al. Bipolar II disorder: a state-of-the-art review. World Psychiatry. 2025 Jun;24(2):175–89. doi:10.1002/wps.21300.
40. Singhal A. Case study on bipolar disorder: A comprehensive analysis. Int J Interdiscip Approaches Psychol. 2025 May;3(5):139–155.
41. Barad S. Study of the relationship between social cognition, social occupational functioning, attachment style, defense mechanism and insight in patient with bipolar disorder, currently in remission: A comparative study [dissertation]. Ranchi (IN): Central Institute of Psychiatry, Ranchi University; 2024.
42. Sperry SH, Eckland NS, Kwapil TR. Emotional awareness, affective dysregulation, and bipolar spectrum psychopathology: A path analysis.

Psychiatry Res. 2021;297:113739. doi:10.1016/j.psychres.2021.113739.
43. Fowler K, Dooley KE. Positive mental health in adults with bipolar disorder: exploring social support subtypes, negative social interactions and potential to flourish. BMC Psychiatry. 2023;23:759. doi:10.1186/s12888-023-05244-3.
44. Stein DJ, Szatmari P, Gaebel W, Berk M, Vieta E, Maj M, et al. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. BMC Med. 2020;18:21. doi:10.1186/s12916-020-1495-2.
45. Chirio-Espitalier M, Schreck B, Duval M, Hardouin J-B, Moret L, Bronnec MG. Exploring the personal recovery construct in bipolar disorders: definition, usage and measurement. A systematic review. Front Psychiatry. 2022;13:876761. doi:10.3389/fpsyt.2022.876761.
46. Bauer M, Glenn T, Alda M. Association between solar insolation and a history of suicide attempts in bipolar I disorder. J Psychiatr Res. 2019;113:1–9.
47. Gunawan H, Satiadarma MP, Idulfilastri RM. Mood Disorder Questionnaire-Ina: Studi Adaptasi Alat Ukur Skrining Bipolar. J Muara Ilmu Sos Humaniora, dan Seni. 2020;4(1):196.
48. Azmi D. PENGGUNAAN SKALA *MOOD* DISORDER QUESTIONNAIRE (MDQ) TERHADAP KEPUASAN PASIEN DALAM PROSES DIAGNOSA GANGGUAN EFEKTIF BIPOLAR TIPE 1. Heal Tadulako J (Jurnal Kesehat Tadulako). 2024;10(4):691–704.
49. Smith DJ, Griffiths E, Kelly M, Hood K, Craddock N, Simpson SA. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. Br J Psychiatry. 2018;199(1).
50. Hammond D, Cotton S, Rice S, Hetrick SE, Amminger P, Dean O, et al. Psychometric properties of the Bipolar Spectrum Diagnostic Scale in depressed youth. J Affect Disord. 2025 Mar 1;372:347–55. doi:10.1016/j.jad.2024.12.018.
51. Kadir NU, Wijaya F, Sanusi M. Jenis Gangguan Psikotik Berdasarkan PPDGJ III. INNOVATIVE: Journal Of Social Science Research. 2023;3(4):9140–50.
52. Azizi AF. GANGGUAN KOMUNIKASI INTRAPERSONAL BIPOLAR

EPISODE DEPRESI DENGAN TERAPI DAN PENGOBATAN. Medan Area University; 2024.

53. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. Lancet. 2016 Apr 9;387(10027):1561-72. doi:10.1016/S0140-6736(15)00241-X.
54. Michalak E, Yatham LN, Lam RW. Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. Health Qual Life Outcomes. 2005 Nov 15;3:72. doi:10.1186/1477-7525-3-72.
55. Prabowo A. GRATITUDE DAN PSYCHOLOGICAL WELLBEING PADA REMAJA. JIPT. 2017;5(2).
56. Morton EE. Advancing the study of quality of life in bipolar disorder: a multimethod approach [dissertation]. Melbourne (AU): Swinburne University of Technology; 2018.
57. Bhandari S. Managing Bipolar Disorder at Work. WebMD. 2023;
58. Kalmanovich-Cohen H, Stanton SJ. Moving beyond disclosure: rethinking universal support for neurodivergent employees. Front Psychol. 2025;16:1547877. doi:10.3389/fpsyg.2025.1547877.
59. NS Development. Ketahui Dampak Negatif dari Gangguan Bipolar. https://nsd.co.id. 2023.
60. Sylvia LG, Montana RE, Deckersbach T, Thase ME, Tohen M, Reilly-Harrington N, et al. Poor quality of life and functioning in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord*. 2017;5:10. doi:10.1186/s40345-017-0078-4.
61. Khafif TC, Belizario GO, Silva M, Gomes BC, Lafer B. Quality of life and clinical outcomes in Bipolar Disorder: An 8-year Longitudinal Study. *J Affect Disord*. 2020. doi:10.1016/j.jad.2020.09.061.
62. Marrag I, Dassa D, Rosca P, Charbonnier J, Loas G. Subjective quality of life in outpatients with bipolar disorder: Evolution over 2 years and associated factors. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e12. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.9.
63. Charles K, Lever-Taylor B, Downes-Gamble C, Birchwood M, Jones S, Morriss R, et al. The impact of bipolar disorder on the quality of life of young people: A qualitative study. *Bipolar Disord*. 2021;23(8):774–784. doi:10.1111/bdi.13093.

64. Majdina NI, Pratikno B, Tripena A. Penentuan Ukuran Sampel Menggunakan Rumus Bernoulli Dan Slovin: Konsep Dan Aplikasinya. J Ilm Mat dan Pendidik Mat. 2024;16(1):73.
65. Sudirman JES, Hasan S. Hubungan antara penggunaan zat dan kualitas hidup pada siswa SMA dengan risiko gangguan bipolar di Kelurahan Penjaringan Jakarta Utara. Damianus J Med. 2022 Dec;21(3):223–32.
66. Rachman MB, Noor N. Gambaran penggunaan mood stabilizer pada pasien gangguan afektif bipolar di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan periode Januari–Juni 2017. Yarsi J Pharmacol. 2020 Jul;1(2):50–60.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Formulir *Informed Consent*

FORMULIR PERSETUJUAN PARTISIPASI PENELITIAN

(*Informed Consent*)

Judul Penelitian : Hubungan Riwayat Gangguan Bipolar dengan Tingkat Kualitas Hidup pada Kelompok Dewasa Muda

Peneliti : Alzikha Khalisha Roza

NIM : 030002200019

Fakultas : Kedokteran Universitas Trisakti

Anda diundang untuk berpartisipasi dalam penelitian mengenai hubungan antara riwayat gangguan bipolar dengan tingkat kualitas hidup pada kelompok dewasa muda. Penelitian ini bertujuan untuk memahami bagaimana kondisi kesehatan mental, khususnya gangguan bipolar, memengaruhi kualitas hidup individu.

Jika Anda setuju untuk berpartisipasi, Anda akan diminta:

- Memberikan informasi demografi dasar (usia, jenis kelamin, status pendidikan, pekerjaan).
- Mengisi kuesioner WHOQOL-BREF yang terdiri dari 26 pertanyaan mengenai kualitas hidup Anda dalam dua minggu terakhir.

Durasi pengisian kuesioner diperkirakan sekitar **15–30 menit**. Seluruh data akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian. Identitas Anda tidak akan dicantumkan dalam publikasi atau laporan penelitian.

Tidak ada risiko langsung yang diharapkan dari partisipasi ini. Anda tidak akan menerima keuntungan finansial, tetapi partisipasi Anda dapat membantu meningkatkan pemahaman mengenai dampak gangguan bipolar terhadap kualitas hidup.

Partisipasi Anda bersifat sukarela. Anda bebas untuk tidak menjawab pertanyaan tertentu atau menghentikan partisipasi kapan saja tanpa ada konsekuensi apapun.

Pernyataan Persetujuan

Saya telah membaca dan/atau memperoleh penjelasan informasi penelitian. Saya sepenuhnya memahami tentang tujuan, manfaat, dan risiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta telah diberi kesempatan untuk bertanya dan memperoleh jawaban, sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dari keikut-sertaan, maka saya **setuju/tidak setuju**[*)] menjadi responden penelitian ini dengan berjudul: Hubungan Riwayat Gangguan Bipolar dengan Tingkat Kualitas Hidup pada Kelompok Dewasa Muda

Saya menyatakan kesukarelaan menjadi responden dalam penelitian ini tanpa tekanan/paksaan siapapun. Saya akan diberikan salinan lembar penjelasan dan formulir persetujuan yang telah saya tandatangani untuk arsip saya.

Saya setuju: **Ya / Tidak** [*)]

*coret yang tidak perlu

	Tanggal	Tanda Tangan
Nama Responden: Usia: Alamat:		
Nama Peneliti:		

Lampiran 2. Formulir Identitas Responden

FORMULIR IDENTITAS RESPONDEN

Nomor Responden (Diisi oleh Peneliti) :

Nama :

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Tempat & Tanggal Lahir :

Usia :

Pendidikan Terakhir :

Pekerjaan :

Alamat :

No. HP :

Petunjuk Pengisian:

Formulir ini bertujuan untuk menyeleksi partisipan berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi penelitian. Silakan centang (✓) pada jawaban yang sesuai.

1. Apakah Anda bersedia mengikuti penelitian ini secara sukarela dan menandatangani *informed consent*?

   ☐ Ya ☐ Tidak

2. Apakah Anda memiliki gangguan mental berat seperti skizofrenia atau gangguan psikotik berat lainnya?

   ☐ Ya ☐ Tidak

3. Apakah Anda memiliki gangguan komunikasi atau kesulitan dalam memahami dan menjawab pertanyaan secara verbal atau tertulis?

   ☐ Ya ☐ Tidak

4. Apakah Anda memiliki gangguan fisik berat yang menyulitkan aktivitas (contoh: lumpuh total, pasca trauma kepala berat, atau pengguna kursi roda permanen)?

   ☐ Ya ☐ Tidak

5. Bagaimana Anda merasa kualitas hidup Anda saat ini:

   ☐ Sangat baik ☐ Baik ☐ Cukup ☐ Buruk ☐ Sangat buruk

6. Apakah Anda memiliki dukungan sosial dari keluarga atau teman terdekat?

   ☐ Ya ☐ Tidak

7. Apakah Anda pernah atau sedang didiagnosis gangguan bipolar oleh tenaga medis profesional (psikiater atau dokter jiwa)?

   ☐ Ya ☐ Tidak (Jika Ya, lanjut ke nomor 7,8,9,10)

8. Jenis gangguan bipolar yang pernah didiagnosis (berdasarkan informasi medis atau wawancara):

   ☐ Bipolar I ☐ Bipolar II ☐ Tidak tahu

9. Sudah berapa lama sejak Anda pertama kali didiagnosis gangguan bipolar?

   ☐ < 1 tahun ☐ 1–5 tahun ☐ > 5 tahun

10. Apakah Anda saat ini masih menjalani pengobatan untuk gangguan bipolar?

    ☐ Ya ☐ Tidak

11. Apakah gangguan bipolar memengaruhi hubungan sosial atau pekerjaan Anda?

    ☐ Ya ☐ Tidak

    Jika Ya, bagaimana:.....

Tanggal :

Nama Responden :

Tanda Tangan Responden :

Lampiran 3. Kuesioner *Whoqol-Bref* (26 Item)

No	Pernyataan WHOQOL-BREF	Skor (1–5)
1	Bagaimana Anda menilai kualitas hidup Anda secara keseluruhan?	
2	Seberapa puas Anda terhadap kesehatan Anda?	
3	Sejauh mana Anda merasa bahwa nyeri fisik menghalangi Anda melakukan aktivitas?	
4	Seberapa sering Anda membutuhkan pengobatan untuk dapat menjalani hidup sehari-hari?	
5	Sejauh mana Anda cukup memiliki energi untuk kehidupan sehari-hari?	
6	Seberapa puas Anda terhadap tidur Anda?	
7	Sejauh mana Anda mampu menjalankan aktivitas sehari-hari?	
8	Sejauh mana Anda mampu bekerja?	
9	Seberapa puas Anda terhadap diri Anda?	
10	Seberapa sering Anda memiliki perasaan negatif seperti perasaan biru, putus asa?	
11	Seberapa puas Anda terhadap hubungan pribadi Anda?	
12	Seberapa puas Anda terhadap kehidupan seksual Anda?	
13	Seberapa puas Anda terhadap dukungan yang Anda terima dari teman-teman?	
14	Seberapa aman Anda merasa dalam kehidupan sehari-hari Anda?	
15	Seberapa sehat lingkungan tempat tinggal Anda?	
16	Apakah Anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan Anda?	
17	Seberapa puas Anda terhadap akses terhadap informasi yang Anda butuhkan?	
18	Seberapa puas Anda terhadap kondisi tempat tinggal Anda?	
19	Seberapa puas Anda terhadap transportasi Anda?	
20	Seberapa banyak kesempatan Anda untuk melakukan aktivitas rekreasi/bersantai?	
21	Sejauh mana Anda dapat berkonsentrasi?	
22	Sejauh mana Anda menerima penampilan fisik Anda?	
23	Seberapa puas Anda terhadap kemampuan Anda untuk melakukan hal-hal yang bermakna?	
24	Seberapa puas Anda terhadap hubungan sosial Anda?	
25	Seberapa sering Anda merasa dicintai?	
26	Seberapa sering Anda memiliki cukup waktu untuk melakukan hal yang Anda nikmati?	

Keterangan Lampiran 3.:

- Skor per item menggunakan skala Likert 5 poin:
  - 1 = Sangat buruk / sangat tidak puas / sangat sering mengalami gangguan
  - 5 = Sangat baik / sangat puas / tidak pernah mengalami gangguan
- Item 1 dan 2 adalah **item umum** kualitas hidup
- Item 3–8: **Domain Fisik**
- Item 9–13: **Domain Psikologis**
- Item 14–18: **Domain Lingkungan**
- Item 19–26: **Domain Sosial** *(pembagian ini kadang disesuaikan secara metodologis dalam scoring WHO)*

Lampiran 4. Distribusi Frekuensi Tingkat Kualitas Hidup Responden Berdasarkan Domai*n WHOQOL-BREF*

NO	Nama Responden	Domain Fisik	Domain Psikologis	Domain Lingkungan	Domain Hubungan Sosial	Skor Total	Kategori Kualitas Hidup
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
dst.							

Keterangan Lampiran 4.:

- Kategori kualitas hidup dapat diklasifikasikan sebagai berikut (contoh, disesuaikan dengan literatur WHOQOL):
  - Sangat Rendah: ≤ 100
  - Rendah: 101 – 200
  - Sedang: 201 – 250
  - Tinggi: 251 – 290
  - Sangat Tinggi: ≥ 291

Lampiran 5. Riwayat Gangguan Bipolar Berdasarkan Rekam Medis

Kode Responden	Nomor Rekam Medis	Diagnosa Tercatat	Sumber Diagnosis	Tanggal Diagnosis	Kode Kategori
R-001					
R-002					
R-003					
R-004					
R-005					
Dst…	Dst…	Dst…	Dst…	Dst…	Dst…

Keterangan Lampiran 5.:

- **Diagnosa Tercatat**: Diambil langsung dari dokumen rekam medis. Contoh: Tidak ada gangguan bipolar, Bipolar II Disorder, atau Bipolar I Disorder
- **Sumber Diagnosis**: Menunjukkan siapa yang mencatat diagnosis; penting untuk validitas. Contoh: Psikiater, Dokter umum, atau Rekam Medik Umum
- **Kode Kategori**:
  - 1 = Non-Bipolar
  - 2 = Bipolar II
  - 3 = Bipolar I

Lampiran 6. *Dummy Table* Univariat

Karakteristik Responden

Karakteristik	Jumlah (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-laki		
Perempuan		
Usia (Tingkat Dewasa Muda)		
20–24 tahun (Dewasa Muda Awal)		
25–29 tahun (Dewasa Muda Pertengahan)		
30–40 tahun (Dewasa Muda Akhir)		

Kualitas Hidup Responden (WHOQoL)

Kategori Kualitas Hidup	Jumlah (n)	Persentase (%)
Sangat Rendah (0–25)		
Rendah (26–50)		
Sedang (51–75)		
Tinggi (76–100)		

Riwayat Gangguan Bipolar Responden

Kategori Riwayat Bipolar	Jumlah (n)	Persentase (%)
Bipolar I		
Bipolar II		

Lampiran 7. *Dummy Table* Bivariat

Hubungan Riwayat Gangguan Bipolar dengan Kualitas Hidup

Riwayat Gangguan Bipolar	Kualitas Hidup (WHOQoL)		Total	p-value
	Baik n %	Buruk n %		
Bipolar I				
Bipolar II				