

## **Pengaruh *Illness Perception* terhadap *Suicidal Behavior* pada Orang dengan Gangguan Bipolar (ODB) di Komunitas Rumah Kita**

**Nadya Rahma Andjani Putri<sup>\*</sup>, Farida Coralia**

Prodi Psikologi, Fakultas Psikologi, Universitas Islam Bandung, Indonesia.

<sup>\*</sup>nadya-arap28@gmail.com, coralia\_04@yahoo.com

**Abstract.** Bipolar disorder is a chronic mood disorder characterized by the alternation of manic or hypomanic episodes with depression. Bipolar disorder is one of the mental disorders with the highest risk of suicide, around 4-19% of people with bipolar disorder (ODB) eventually end their life by suicide, while 20-60% had committed suicidal behavior at least once in their life. The high number of suicidal behavior is the result of un-adaptive coping pattern. One of the factors related to coping patterns is the ODB's perception of the disorder. The purpose of this study is to obtain empirical data on how the influence of illness perception on suicidal behavior on ODB in Komunitas Rumah Kita. The measuring instrument used are The Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) and The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) that have been adapted. The method used in this research is simple linear regression. The research subjects are 69 ODB who are the active members in Komunitas Rumah Kita. The results showed that illness perception had a significant negative effect on suicidal behavior.

**Keywords:** *Illness Perception, Suicidal Behavior, Bipolar Disorder.*

**Abstrak.** Bipolar disorder merupakan gangguan mood kronis yang ditandai dengan episode manik atau hipomanik yang berselang-seling atau bercampur dengan episode depresi. Bipolar disorder menjadi salah satu gangguan mental dengan resiko bunuh diri tertinggi dibandingkan gangguan mental lainnya, sekitar 4-19% dari Orang Dengan Gangguan Bipolar (ODB) akhirnya mengakhiri hidup dengan bunuh diri, sementara 20-60% pernah melakukan suicidal behavior setidaknya sekali dalam hidupnya. Tingginya angka suicidal behavior ini merupakan akibat dari pola koping ODB yang tidak adaptif. Salah satu faktor yang berkaitan dengan pola koping adalah persepsi ODB terhadap gangguannya. Tujuan dari penelitian ini adalah memperoleh data empiris mengenai bagaimana pengaruh illness perception terhadap suicidal behavior pada ODB di Komunitas Rumah Kita. Pengumpulan data dilakukan menggunakan adaptasi dari alat ukur The Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ) dan The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R). Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah regresi linear sederhana. Subjek penelitian adalah ODB yang menjadi anggota aktif di Komunitas Rumah Kita yang berjumlah 69 orang. Berdasarkan hasil pengolahan data diperoleh hasil illness perception berpengaruh terhadap suicidal behavior dengan arah pengaruh negatif.

**Kata Kunci:** *Illness Perception, Suicidal Behavior, Bipolar Disorder.*

## A. Pendahuluan

*Bipolar Disorder* adalah gangguan *mood* kronis yang ditandai dengan episode manik atau hipomanik yang berselang-seling atau bercampur dengan episode depresi (Miller & Black, 2020). Berdasarkan *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, episode manik merupakan periode suasana hati yang abnormal dan terus-menerus meningkat, ekspansif, mudah tersinggung, disertai peningkatan energi dan aktivitas yang berlangsung setidaknya 1 minggu, sedangkan hipomanik berlangsung setidaknya 4 hari (American Psychiatric Association, 2013). Episode depresi merupakan periode dengan adanya suasana hati yang sedih, hampa, mudah tersinggung, disertai perubahan somatik dan kognitif yang secara signifikan mempengaruhi kapasitas individu untuk berfungsi dan berlangsung setidaknya 2 minggu (American Psychiatric Association, 2013). *Bipolar disorder* merupakan penyakit episodik seumur hidup dengan gejala-gejala yang dapat menyebabkan gangguan fungsional, pekerjaan, dan kognitif (Miller & Black, 2020). Orang Dengan Gangguan Bipolar (ODB) cenderung mengalami kebingungan untuk menyelesaikan perubahan *mood* yang mereka sendiri tidak mengerti mengapa terjadi.

Berdasarkan *World Health Organization*, *bipolar disorder* dimiliki oleh sekitar 45 juta orang di dunia (Bipolar Care Indonesia, 2018). Gangguan jiwa berat ini juga memiliki prevalensi yang cukup tinggi yaitu sekitar 1-2% dan merupakan penyebab disabilitas tertinggi ke-6 di dunia (Bipolar Care Indonesia, 2018). Data dari *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) menunjukkan *bipolar disorder* menempati posisi ke-5 dalam perhitungan beban penyakit pada tahun 2017 untuk kategori gangguan mental dengan *depressive disorders* menempati posisi pertama (KEMENKES RI, 2019). Dilansir melalui Metro TV, berdasarkan data tahun 2007, prevalensi ODB jumlahnya bervariasi di antara 1-4% dari populasi di Indonesia dengan *Bipolar Disorder II* lebih tinggi 0,1% dari *Bipolar Disorder I* yang berjumlah 1% (Bipolar Care Indonesia, 2018), namun prevalensi *bipolar disorder* di Indonesia sendiri belum tercatat dalam Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013 dan 2018.

*Bipolar disorder* menjadi salah satu gangguan mental yang memiliki risiko bunuh diri tertinggi dibandingkan gangguan mental lainnya, sekitar sepertiga sampai setengah dari ODB mencoba bunuh diri setidaknya sekali dalam hidup mereka dan sekitar 15-20% meninggal karena bunuh diri (Miller & Black, 2020). Risiko kematian akibat bunuh diri pada ODB memiliki angka 10-30 kali lebih tinggi daripada populasi umum dimana perkiraan tingkat bunuh diri tahunan pada ODB adalah sekitar 200-400/100.000 (Dome et al., 2019). ODB yang pernah berupaya bunuh diri juga memiliki kualitas hidup yang lebih buruk daripada ODB tanpa upaya bunuh diri sebelumnya (Miller & Black, 2020).

Upaya bunuh diri jauh lebih umum ketika gangguan masih di tahap permulaan (*early stage*) selama episode depresi pertama. Episode depresif mayor dan episode campuran dikaitkan dengan risiko bunuh diri tertinggi, diikuti dengan episode manik (Miller & Black, 2020). Secara khusus, ODB dengan *mixed episode* atau episode campuran telah terbukti memiliki risiko bunuh diri yang lebih tinggi dibandingkan dengan keadaan tidak campuran (Solé et al., 2017). Episode atau kondisi *mixed affective* didefinisikan sebagai koeksistensi gejala depresi dan manik yang disebut juga dengan episode campuran (Solé et al., 2017). Bukti penelitian menunjukkan bahwa individu dengan gangguan *bipolar disorder* yang memiliki episode manik/hipomanik atau depresi dengan fitur campuran cenderung memiliki gangguan yang lebih parah dengan perjalanan penyakit yang lebih buruk dan tingkat kondisi komorbiditas yang lebih tinggi dibandingkan dengan presentasi non-campuran (Solé et al., 2017).

*Illness Perception* (IP) mengacu pada keyakinan pasien tentang masalah kesehatan mereka (Lin et al., 2020). Konsep *illness perception* berasal dari *Self-Regulatory Model* (SRM) milik Leventhal, Nerenz dan Steele yang mengusulkan bahwa seseorang mengembangkan representasi kognitif dan emosionalnya untuk secara aktif memahami dan mengatasi dampak dari tantangan kesehatan mereka dan menghasilkan strategi koping berbasis masalah dan emosi (Lin et al., 2020). Dalam model ini, *illness perception* diperkirakan dapat mempengaruhi strategi koping individu (seperti konsumsi pengobatan) dan respons emosional (Averous et al., 2018).

Menurut Leventhal dan rekan-rekannya (Leventhal et al. 1980, 2007a, 2007b; Leventhal dan Nerenz 1985), *illness perception* membantu pasien menyusun skema untuk mengatasi dan memahami penyakitnya, serta mengetahui apa yang harus dilakukan ketika sedang sakit (Ogden, 2012). Menurut Broadbent et al. (2015), *illness perception* adalah penilaian kognitif dan pemahaman pribadi pasien tentang kondisi medis dan konsekuensi potensialnya untuk mengatasi gejala dan memaknai penyakit sebagai sesuatu yang bisa dilalui atau ancaman (Sawyer et al., 2019).

*Illness perception* positif menunjukkan bahwa individu dapat memahami dan mengendalikan penyakitnya secara mandiri melalui usaha mengikuti perawatan (Miceli et al., 2019; Sawyer et al., 2019; Wisting et al., 2019 dalam Lin et al., 2020). *Illness perception* yang negatif ditunjukkan dengan keyakinan individu bahwa gejalanya akan semakin memburuk, atau bahwa penyakit atau label penyakit yang memiliki konsekuensi fungsional tidak dapat diubah (Lin et al., 2020).

Individu secara aktif berusaha memahami gejala dan penyakit yang mereka alami dan sifat dari proses pemahaman inilah yang mendorong koping serta respons emosional pasien terhadap ancaman kesehatan (Petrie et al., 2008). Proses tersebut bersifat dinamis di mana informasi tentang penyakit atau perubahan gejala dapat menyebabkan persepsi individu tentang penyakit mereka secara mandiri dievaluasi ulang sehingga terjadi perubahan pola koping, pencarian bantuan atau respons (Petrie et al., 2008).

Menurut Fernandez-Sevillano et al. (2020), pasien dengan gejala gangguan afektif (contohnya *bipolar disorder*) dengan riwayat percobaan bunuh diri memiliki kemampuan atensi dan fungsi eksekutif yang lebih buruk, di mana kemampuan *problem solving* termasuk ke dalamnya (Fernández-Sevillano et al., 2021). Hal ini ditunjukkan dengan perilaku mencoba bunuh diri dianggap sebagai jalan keluar untuk mengakhiri ketidaknyamanan yang disebabkan gangguannya.

Studi menunjukkan bahwa persepsi yang negatif berkaitan dengan depresi dan depresi pasca-psikotik, kecemasan dan harga diri yang rendah, hingga perilaku bunuh diri atau *suicidal behavior* (Melle & Ann Barrett, 2012). Terdapat sejumlah penjelasan yang dapat mendeskripsikan keterkaitan antara *illness perception* (kognisi dan wawasan) dengan perilaku bunuh diri. Pertama, *illness perception* dan keinginan serta upaya untuk bunuh diri mungkin saja terjadi secara kebetulan. Namun, konsistensi temuan ini dengan data sebelumnya serta hubungan dosis-respons yang diamati masih belum konsisten (Melle & Ann Barrett, 2012). Kedua, *illness perception* yang buruk dapat menyebabkan pengalaman rasa sakit, yang kemudian menyebabkan timbulnya ide bunuh diri (Melle & Ann Barrett, 2012). Ketiga, memiliki pikiran untuk bunuh diri, terutama jika sudah kronis, dapat membentuk persepsi bahwa seseorang memiliki kesehatan yang buruk (Melle & Ann Barrett, 2012).

Di Indonesia, terdapat beberapa komunitas untuk ODB, salah satunya Komunitas Rumah Kita. Komunitas Rumah Kita adalah komunitas yang bergerak di bidang kesehatan jiwa dan mewadahi penyintas bipolar beserta *caregiver*-nya, serta siapa saja yang peduli dengan bipolar. Pada jadwal yang ditentukan, Komunitas Rumah Kita kerap kali melakukan kumpul bersama dengan sesama penyintas *bipolar disorder*. Anggota dari komunitas ini memiliki anggota yang berdomisili dari beberapa wilayah di Indonesia, seperti Jakarta, Bandung, Surabaya, dan lainnya.

*Suicidal behavior* juga menjadi salah satu fenomena yang cukup sering dihadapi Komunitas Rumah Kita termasuk *self-injury* selain merasa rendah diri dimana pemecahan masalah yang pernah dilakukan adalah di antaranya dengan sesekali mengadakan kelas bakat, *sharing caregiver* dan *sharing survivor*, serta *home visit* namun belum sepenuhnya efektif. Komunitas ini kemudian dapat menjadi populasi untuk ODB yang dibutuhkan dalam penelitian.

Berdasarkan latar belakang tersebut, peneliti ingin mengetahui bagaimana pengaruh *illness perception* terhadap *suicidal behavior* pada ODB, serta seberapa erat hubungan keduanya. Untuk Komunitas Rumah Kita, gambaran *suicidal behavior* pada anggota aktif juga dapat menjadi *insight* dalam mengelola dan melakukan pendekatan sebagai dukungan sosial antar anggota komunitas. Hasil dari penelitian ini kemudian diharapkan dapat menjadi data

untuk mengembangkan intervensi dengan pendekatan *illness perception* sebagai strategi preventif dari meningkatnya *suicidal behavior* pada ODB.

## B. Metodologi Penelitian

Teknik *purposive sampling* digunakan untuk menjangkau sampel penelitian sebanyak 69 ODB aktif di Komunitas Rumah Kita. Alat ukur yang digunakan untuk mengukur tingkat *illness perception* ODB adalah *Brief Illness Perception Questionnaire* (B-IPQ) yang telah diadaptasi oleh Rias (2021) dan *suicidal behavior* ODB diukur menggunakan *The Suicidal Behaviors Questionnaire Revised* (SBQ-R) yang telah diadaptasi oleh Iswari (2019). Hasil penelitian ini menggunakan desain kausalitas dengan metode kuantitatif. Teknik analisis yang digunakan yaitu analisis regresi sederhana.

## C. Hasil Penelitian dan Pembahasan

### Pengaruh *Illness Perception* Terhadap *Suicidal Behavior* pada ODB di Komunitas Rumah Kita

**Tabel 1.** Uji Regresi Linear Sederhana *Illness Perception* Terhadap *Suicidal Behavior* Pada ODB

Coefficients <sup>a</sup>					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	std. Error	Beta		
	1 (constant)	19.920	2.224		
<b>Illness Perception</b>	-0.035	0.059	-.0536	-5.199	0.000

Berdasarkan tabel 1, diketahui nilai constant (a) sebesar 19,920 sedangkan nilai *illness perception* yaitu b atau koefisien regresi sebesar -0,035 sehingga persamaan regresi yang diperoleh adalah  $Y = a + bx$  yaitu  $Y = 19,920 + (-0,035)X$ . Persamaan tersebut dapat diterjemahkan dengan konstanta sebesar 19,920 yang mengandung arti bahwa nilai konsisten variabel *suicidal behavior* adalah sebesar 19,920 dan koefisien regresi sebesar -0,0350 (arah pengaruh negatif) yang menyatakan bahwa setiap perubahan 1% nilai *illness perception*, maka nilai *suicidal behavior* berkurang sebesar -0,0350 atau sebesar 35%.

**Tabel 2.** Uji T

Coefficients <sup>a</sup>					
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	std. Error	Beta		
	1 (constant)	19.920	2.224		
<b>Illness Perception</b>	-0.035	0.059	-.0536	-5.199	0.000

Berdasarkan tabel 2, diperoleh nilai signifikansi sebesar  $0,000 < 0,05$  dan nilai t-hitung sebesar  $5,199 > t\text{-tabel } 1,98$ . Tanda negatif pada t hitung menunjukkan arah pengaruh bersifat negatif. Dari hasil tersebut, maka dinyatakan bahwa  $H_0$  ditolak sehingga dapat disimpulkan bahwa variabel *illness perception* berpengaruh terhadap variabel *suicidal behavior*.

**Tabel 3. Uji F**

ANOVA <sup>a</sup>					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
<b>1 Regresion</b>	485.630	1	485.630	27.031	.000 <sup>b</sup>
<b>Residual</b>	1203.703	67	17.966		
<b>Total</b>	1689.333	68			

a. Dependent Variable: Suicidal Behavior

b. Predictors: (Constant), Illness Perception

Berdasarkan tabel 3, diperoleh nilai signifikansi sebesar  $0,000 < 0,05$ . Hasil tersebut menunjukkan bahwa keseluruhan *independent variable* atau variabel bebas yaitu *illness perception* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *dependent variable* atau variabel terikat yaitu *suicidal behavior*.

#### Distribusi Frekuensi Illness Perception pada ODB di Komunitas Rumah Kita

**Tabel 4. Distribusi Frekuensi Illness Perception**

Kategori Illness Perception	Frekuensi	%
Tinggi (Positif)	27	39.13%
Rendah (Negatif)	42	60.87%
Total	69	100%

Berdasarkan tabel 4 di atas menunjukkan bahwa dari 69 ODB di komunitas Rumah Kita, mayoritasnya memiliki *illness perception* yang negatif (60.87%). Artinya, ODB di Komunitas Rumah Kita memiliki persepsi (termasuk memaknai dan pemahaman) yang cenderung buruk terhadap gangguan yang dialaminya.

#### Distribusi Frekuensi Suicidal Behavior pada ODB di Komunitas Rumah Kita

**Tabel 5.** Distribusi Frekuensi *Suicidal Behavior*

Kategori <i>Suicidal Behavior</i>	Frekuensi	%
Tinggi	17	24.67%
Sedang	21	30.41%
Rendah	31	44.92%
Total	69	100%

Berdasarkan tabel 5 di atas menunjukkan bahwa dari 69 ODB di Komunitas Rumah Kita, mayoritasnya memiliki *suicidal behavior* yang rendah (44.92%). Artinya, sebagian ODB di Komunitas Rumah Kita tidak menjadikan *suicidal behavior* sebagai *coping mechanism* untuk mengatasi ketidaknyamanan yang dirasakan dari gejala-gejala episode bipolar yang dirasakan serta memiliki kemampuan untuk mencari *coping mechanism* yang lebih adaptif.

Konsep *illness perception* milik Leventhal, Nerenz dan Steele yang mengusulkan bahwa seseorang mengembangkan representasi kognitif dan emosionalnya untuk secara aktif memahami dan mengatasi dampak dari tantangan kesehatan mereka dan menghasilkan strategi koping berbasis masalah dan emosi yang efektif dipengaruhi salah satunya oleh pemahaman atau wawasan mereka terhadap gangguannya (Lin et al., 2020). Pemahaman terhadap gangguan dimaknai melalui aspek respon kognitif, aspek respon emosi, dan aspek faktor penyebab.

ODB dengan *illness perception* yang efektif secara aktif berusaha memahami gejala dan gangguan yang dialami dan proses pemahaman inilah yang mendorong koping serta respons emosional ODB (Petrie et al., 2008). Proses tersebut bersifat dinamis di mana informasi tentang gangguan atau perubahan gejala yang diinternalisasi dapat menyebabkan persepsi ODB tentang gangguannya secara mandiri akan dievaluasi ulang sehingga terjadi perubahan pola koping, pencarian bantuan atau respons (Petrie et al., 2008). Sebaliknya, ODB yang gagal dalam memahami gejala dan gangguannya akan mengevaluasi dan membentuk pola koping yang tidak sehat. Pola koping yang tidak sehat ini kemudian memicu terjadinya *suicidal behavior* (seperti *self-harm*, *self-injury*, dll).

Apabila ODB tidak mampu mengenali dan memahami penyebab utama dari gangguannya, maka meningkatkan kemungkinan ODB membentuk keyakinan negatif terhadap gangguan yang dialaminya, seperti gejala-gejala dari episode bipolar hanya mempersulit beban hidupnya dan sudah tidak ada usaha yang mampu memperbaiki kondisi yang dialami atau yang akan terjadi. Keyakinan negatif tersebut dapat disebabkan oleh karena ODB tidak mengetahui penyebab utama dari gangguannya sehingga ODB tidak dapat mengenal lebih baik hal-hal yang dapat membantunya mengurangi risiko dari gangguan dan akhirnya memicu terjadinya *suicidal behavior*.

Menurut Moss-Morris (2002), faktor individu merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perbedaan *illness perception* tersebut (Ogden, 2012). Perbedaan persepsi ODB dilandaskan oleh seberapa besar ODB memperhatikan kondisi mentalnya terkait gejala dari episode bipolar yang dialami. Sebagian dari ODB lebih memperhatikan beberapa gejala lebih dari ODB lainnya sehingga hal tersebut yang mendukung ketepatan ODB dalam mengarahkan pola koping dan mengendalikan dampak dari gejala-gejala yang dirasakan. Faktor demografis seperti usia, jenis kelamin, tahun pertama mendapatkan diagnosa, dan gambaran kondisi dapat mempengaruhi *illness perception* ODB.

Mengembangkan dan membentuk persepsi atau keyakinan positif terhadap gangguan yang dimiliki oleh ODB merupakan hal yang tidak mudah. Terlebih apabila dikaitkan dengan

ODB terkadang tidak mampu memprediksi kapan saja episode-episode bipolar mereka akan muncul sehingga memungkinkan ODB kesulitan dalam mengendalikan perilakunya dan mengatasi dampak dari gejala-gejala tersebut. Namun persepsi atau keyakinan positif merupakan sesuatu yang perlu dimiliki oleh ODB karena akan mempengaruhi cara mereka menghasilkan strategi koping berbasis masalah dan emosi yang efektif atau tidak efektif (maladaptif). Dengan persepsi dan keyakinan yang bersifat subjektif tersebut, ODB mengevaluasi kognisi dan emosinya dalam memaknai gejala gangguan sebagai sesuatu yang dapat dilalui atau merupakan ancaman (Sawyer et al., 2019).

#### D. Kesimpulan

ODB di Komunitas Rumah Kita memiliki *illness perception* yang cenderung negatif terhadap gangguannya (60.87%). Hal ini menunjukkan bahwa ODB memiliki persepsi (termasuk memaknai dan pemahaman) yang cenderung buruk terhadap gangguan yang dialaminya. ODB di Komunitas Rumah Kita tidak selalu menjadikan *suicidal behavior* sebagai *coping mechanism* untuk mengatasi ketidaknyamanan yang dirasakan dari gejala-gejala episode bipolar yang dirasakan serta memiliki kemampuan untuk mencari *coping mechanism* yang lebih adaptif. *Illness Perception* memberikan pengaruh yang signifikan sebesar 28.7% terhadap *suicidal behavior* pada ODB. Artinya, semakin positif persepsi yang dimiliki dan dibentuk oleh ODB dalam artian ODB memaknai gangguannya sesuai dengan diagnosis medis maka ODB memiliki pemahaman yang akurat mengenai gangguan yang dideritanya maka akan menurunkan kemungkinan melakukan *suicidal behavior* sebagai bentuk pola koping yang salah.

#### Acknowledge

Peneliti mengucapkan terima kasih kepada Komunitas Rumah Kita dan seluruh pihak yang telah mendukung dan membantu dalam memberikan data maupun informasi untuk tujuan penelitian ini.

#### Daftar Pustaka

- [1] American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder (5th ed.)*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- [2] Averous, P., Charbonnier, E., Lagouanelle-Simeoni, M. C., Prospero, A., & Dany, L. (2018). Illness perceptions and adherence in bipolar disorder: An exploratory study. *Comprehensive Psychiatry*, *80*, 109–115. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.10.003>
- [3] Bipolar Care Indonesia. (2018). *Data Penyintas Gangguan Bipolar*. <https://www.bipolarcareindonesia.org/2018/11/data-penyintas-gangguan-bipolar.html>
- [4] De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of suicidal behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, *27*(1), 4–15. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.27.1.4>
- [5] Dome, P., Rihmer, Z., & Gonda, X. (2019). Suicide risk in bipolar disorder: A brief review. *Medicina (Lithuania)*, *55*(8), 8–10. <https://doi.org/10.3390/medicina55080403>
- [6] Fernández-Sevillano, J., González-Pinto, A., Rodríguez-Revuelta, J., Alberich, S., González-Blanco, L., Zorrilla, I., Velasco, Á., López, M. P., Abad, I., & Sáiz, P. A. (2021). Suicidal behaviour and cognition: A systematic review with special focus on prefrontal deficits. *Journal of Affective Disorders*, *278*, 488–496. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.044>
- [7] KEMENKES RI. (2019). Situasi Kesehatan Jiwa Di Indonesia. In *InfoDATIN* (p. 12).
- [8] Lin, E. C. L., Weintraub, M., Miklowitz, D. J., Chen, P. S., Lee, S. K., Chen, H. C., & Lu, R. B. (2020). The associations between illness perceptions and social rhythm stability on mood symptoms among patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, *273*(July 2019), 517–523. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.019>

- [9] [9] Melle, I., & Ann Barrett, E. (2012). Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(3), 353–359. <https://doi.org/10.1586/ern.11.191>
- [10] [10] Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Current Psychiatry Reports*, 22(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
- [11] [11] Ogden, J. (2012). *Health Textbook*.
- [12] [12] Petrie, K. J., Broadbent, E., & Kydd, R. (2008). Illness perceptions in mental health: Issues and potential applications. *Journal of Mental Health*, 17(6), 559–564. <https://doi.org/10.1080/09638230802523047>
- [13] [13] Sawyer, A. T., Harris, S. L., & Koenig, H. G. (2019). Illness perception and high readmission health outcomes. *Health Psychology Open*, 6(1). <https://doi.org/10.1177/2055102919844504>
- [14] Solé, E., Garriga, M., Valentí, M., & Vieta, E. (2017). Mixed features in bipolar disorder. *CNS Spectrums*, 22(2), 134–140. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000869>