

**EVALUASI PENGGUNAAN OBAT ANTIPSIKOTIK PADA PASIEN
SKIZOFRENIA DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JiWA
DAERAH SURAKARTA PERIODE 2017**



Oleh:

**Tri Utami Handayani
20144165A**

**FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS SETIA BUDI
SURAKARTA
2018**

**EVALUASI PENGGUNAAN OBAT ANTIPSIKOTIK PADA PASIEN
SKIZOFRENIA DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA
DAERAH SURAKARTA PERIODE 2017**

SKRIPSI
Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai
Derajat Sarjana Farmasi (S.Farm)
Program Studi Ilmu Farmasi pada Fakultas Farmasi
Universitas Setia Budi Surakarta



Oleh:

Tri Utami Handayani
20144165A

Kepada
FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS SETIA BUDI
SURAKARTA
2018

PENGESAHAN SKRIPSI

berjudul

EVALUASI PENGGUNAAN OBAT ANTIPSIKOTIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2017

Oleh:

Tri Utami Handayani
20144165 A

Dipertahankan dihadapan Panitia Penguji Skripsi
Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi
Pada tanggal: 20 Desember 2018

Mengetahui,
Fakultas Farmasi
Univeritas Setia Budi



Dekan,

Prof. Dr. R.A. Oetari, SU., M.M., M.Sc., Apt.

Pembimbing Utama

Dra. Pudiastuti Rahayu SP, MM., Apt

Pembimbing Pendamping

Yane Dila Keswara, M.Sc, Apt.

Penguji:

1. Dra. Elina Endang S., M.Si
2. Dr. Jason Merari P., M.M., M.Si., Apt
3. Samuel Budi Harsono, M.Si., Apt
4. Dra. Pudiastuti Rahayu SP, MM., Apt

1.

2.

3.

4.

HALAMAN PERSEMBAHAN

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan, maka apabila kamu telah selesai dari pekerjaan, kerjakan yang lain dengan sungguh”

(Terjemahan QS. Al Insyirah 6-7)

Tugas kita bukanlah untuk berhasil. Tugas kita adalah untuk mencoba, karena didalam mencoba itulah kita menemukan dan belajar membangun kesempatan untuk berhasil

(Mario Teguh)

Karya tulis ini kupersembahkan untuk :

1. Bapak, Ibu serta kakakku tercinta, terima kasih atas kasih sayang yang tiada henti hentinya memberikan do'a dalam setiap langkahku, mendidik dengan penuh cinta tanpa mengenal lelah.
2. Keluarga besar yang telah memberikan do'a dan semangat
3. Sahabat yang selalu ada untukku, terimakasih atas dukungan, persahabatan dan kebersamaan yang sangat indah ini
4. Teman-temanku S1 Farmasi Universitas Setia Budi, Surakarta.
5. Almamater tercinta

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila skripsi ini merupakan jiplakan dari penelitian karya ilmiah / skripsi orang lain, maka saya siap menerima sanksi, baik secara akademis maupun hukum.

Surakarta, 20 Desember 2018



Tri Utami Handayani

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum wr.wb

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadiran Allah SWT, atas segala rahmat dan karunia yang telah diberikan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya. Tetesan air mata bahagia dan bangga tercurah bagi penyelesaian skripsi yang berjudul “EVALUASI PENGGUNAAN OBAT ANTIPSIKOTIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2017”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat kelulusan dan untuk mendapatkan gelar kesarjanaan bagi mahasiswa Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi. Pada kesempatan ini penulis menyadari bahwa sangatlah sulit menyelesaikan skripsi ini tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak dari masa perkuliahan sampai pada penyusunannya. Oleh karena itu, tidak lupa penulis mengucapkan rasa terimakasih atas bantuannya, kepada yang terhormat:

1. Dr. Ir. Djoni Taringan, MBA., selaku Rektor Universitas Setia Budi, Surakarta.
2. Prof. Dr. R.A Oetari, SU., MM., M.Sc., Apt, selaku Dekan Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi, Surakarta.
3. Dra. Pudiastuti Rahayu SP., MM., Apt selaku pembimbing utama yang telah berkenan membimbing dan telah memberikan petunjuk dan pemecahan masalah dalam skripsi saya hingga selesai penyusunan skripsi.
4. Yane Dila Keswara, M. Sc., Apt selaku pembimbing pendamping yang telah berkenan dan telah memberikan petunjuk dan pemecahan masalah dalam skripsi saya hingga selesai penyusunan skripsi.
5. Bapak dan ibu dosen, selaku penguji skripsi yang telah memberi masukan dan saran demi kesempurnaan skripsi ini.
6. Seluruh staff perpustakaan Universitas Setia Budi, Surakarta yang telah menyediakan buku-buku dan literatur dalam penyusunan skripsi ini.
7. Kepala Diklat dan seluruh karyawan Instalasi Diklat Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yang meluangkan waktu membantu dalam penelitian ini.

8. Seluruh karyawan Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yang meluangkan waktu untuk membantu dalam penelitian ini.
9. Orang tua dan kakakku yang telah memberikan semangat, mendengarkan keluhan kesahku dan dorongan materi, moril dan spiritual kepada penulis selama perkuliahan, penyusunan skripsi hingga selesai studi S1 Farmasi.
10. Teman-temanku tersayang di Universitas Setia Budi, Surakarta dalam dukungan dan semangat dari kalian.
11. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan skripsi ini.

Skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, maka kritik dan saran dari pembaca sangat berguna untuk perbaikan penelitian dimasa datang. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi ilmu pengetahuan khususnya bagi pemikiran dan pengembangan ilmu farmasi.

Wassalamualaikum Wr.Wb

Surakarta Desember 2018



Tri Utami Handayani

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
PENGESAHAN SKRIPSI	ii
HALAMAN PERSEMBAHAN.....	ii
PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
INTISARI.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
A. Rumusan Masalah	4
B. Tujuan Penelitian.....	4
C. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
A. Skizofrenia.....	6
1. Definisi	6
2. Etiologi	6
2.1 Metabolisme.....	6
2.2 Endokrin.....	6
2.3 Genetik.....	6
2.4 Hipotesis perkembangan syaraf.	7
2.5 Neurokimia.	7
2.6 Psikososial.....	7
3. Gejala.....	7
3.1 Gejala positif.....	7
3.2 Gejala negatif.....	8
4. Patologis	9
4.1 Peranan dopamin.....	9

4.2	Serotonin.....	9
4.3	Peranan glutamat.....	9
5.	Klasifikasi.....	9
5.1	Tipe skizofrenia berdasarkan variabel klinik.....	9
6.	Manifestasi klinik.....	11
7.	Tatalaksana terapi.....	11
7.1	Terapi non farmakologi.....	12
7.2	Terapi farmakologi.....	14
B.	Obat Antipsikotik	17
1.	Definisi	17
2.	Penggolongan	18
2.1	Antipsikotik tipikal.	18
2.2	Antipsikotik atipikal.....	18
3.	Kegunaan.....	19
4.	Mekanisme kerja	19
4.1	Antipsikotik tipikal.	19
4.2	Antipsikotik atipikal.....	21
5.	Efek samping.....	22
5.1	Akathisia.	22
5.2	Distonia akut.	22
5.3	Dyskinesia tarda.....	23
5.4	Efek antiserotonin.....	23
5.5	Efek antikolinergik.....	23
C.	Evaluasi Penggunaan Obat	23
1.	Tepat diagnosis.....	24
2.	Tepat indikasi	24
3.	Tepat pemilihan obat	24
4.	Tepat pasien.....	24
5.	Tepat dosis.....	24
6.	Tepat cara dan lama pemberian.....	24
7.	Tepat harga	25
8.	Tepat informasi.....	25
9.	Waspada efek samping.....	25
D.	Rumah Sakit	25
E.	Formularium Rumah Sakit	25
F.	Rekam Medik	26
G.	Kerangka Pikir Penelitian.....	28
H.	Landasan Teori	28
I.	Keterangan Empirik.....	30
BAB III	METODE PENELITIAN	32
A.	Rancangan Penelitian	32
B.	Tempat dan Waktu Penelitian	32
C.	Populasi dan Sampel.....	32
1.	Populasi	32
2.	Sampel.....	32

2.1	Kriteria inklusi.....	33
2.2	Kriteria eksklusi.....	33
D.	Alat dan Bahan.....	33
1.	Alat.....	33
2.	Bahan.....	33
E.	Teknik Sampling dan Jenis data.....	34
1.	Teknik Sampling.....	34
2.	Jenis Data.....	34
F.	Variabel Penelitian.....	34
1.	Variabel bebas.....	34
2.	Variabel terikat.....	34
G.	Definisi Operasional Variabel.....	34
H.	Jalannya Penelitian.....	37
BAB IV	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	38
A.	Karakteristik Pasien.....	38
1.	Jenis kelamin.....	38
2.	Usia.....	39
3.	Pekerjaan.....	39
4.	Gejala.....	40
5.	Tipe skizofrenia.....	41
6.	Lama Rawat Inap.....	42
7.	Obat antipsikotik.....	43
8.	Keadaan Pulang.....	48
B.	Evaluasi Penggunaan Obat Antipsikotik.....	48
1.	Tepat Indikasi.....	48
2.	Tepat Obat.....	49
3.	Tepat Pasien.....	50
4.	Tepat dosis.....	51
5.	Tepat Frekuensi.....	52
6.	Tepat Cara Pemberian Obat.....	53
BAB V	KESIMPULAN DAN SARAN.....	54
A.	Kesimpulan.....	54
B.	Saran.....	54
	DAFTAR PUSTAKA.....	55
	LAMPIRAN.....	58

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 1. Algoritma tatalaksana terapi skizoprenia	17
Gambar 2. Kerangka pikir penelitian	28
Gambar 3. Jalannya penelitian	37

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1. Obat antipsikotik tipikal	18
Tabel 2. Obat antipsikotik atipikal.....	18
Tabel 3. Distribusi Jenis kelamin pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.	38
Tabel 4. Distribusi usia pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.....	39
Tabel 5. Distribusi pekerjaan pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.	40
Tabel 6. Distribusi gejala pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.....	40
Tabel 7. Distribusi tipe skizofrenia pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.	41
Tabel 8. Distribusi lama rawat inap pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.	43
Tabel 9. Distribusi penggunaan obat pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.	44
Tabel 10. Distribusi penggunaan obat berdasarkan golongan pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.....	47
Tabel 11. Distribusi keadaan pulang pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017	48
Tabel 12. Distribusi tepat indikasi penggunaan obat pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017	49
Tabel 13. Distribusi tepat obat pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.	49
Tabel 14. Distribusi tepat pasien pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017	50
Tabel 15. Distribusi tepat dosis pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.	51

Tabel 16. Distribusi tepat frekuensi pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.	52
Tabel 17. Distribusi cara pemberian obat pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.	53

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Keterangan Penelitian	59
Lampiran 2. Perhitungan jumlah sampel	60
Lampiran 3. Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta	61
Lampiran 4. Hasil Perhitungan Persentase	70
Lampiran 5. Data Karakteristik Pasien	73
Lampiran 6. Data Evaluasi Penggunaan Obat	76

INTISARI

HANDAYANI, TU., 2018, EVALUASI PENGGUNAAN OBAT ANTIPSIKOTIK PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI RAWAT INAP RSJD SURAKARTA PERIODE 2017, SKRIPSI, FAKULTAS FARMASI, UNIVERSITAS SETIA BUDI, SURAKARTA.

Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang melibatkan perilaku psikotik, pemikiran konkret, kesulitan dalam memperoleh informasi serta kesulitan dalam memecahkan masalah. Tingginya persentase penderita skizofrenia di RSJD Surakarta, maka perlu pemantauan penggunaan obat untuk menghindari efek samping yang merugikan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran penggunaan antipsikotik dan evaluasi penggunaan antipsikotik pada pasien skizofrenia di Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017.

Penelitian ini merupakan penelitian non eksperimental. Pengumpulan data secara retrospektif dan dianalisis secara deskriptif. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Diperoleh sampel sebanyak 120 pasien. Penelitian dilakukan dengan mengevaluasi penggunaan antipsikotik berdasarkan tepat indikasi, tepat obat, tepat pasien, tepat dosis, tepat cara pemberian dan tepat frekuensi pemberian. Data yang didapat disesuaikan dengan Formularium RSJD Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Skizofrenia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 120 pasien, penggunaan antipsikotik pasien skizofrenia di Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017 berdasarkan Formularium RSJD Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Skizofrenia didapatkan tepat indikasi sebanyak (100%), tepat obat (94,2%), tepat pasien (100%), tepat dosis (96,6%), tepat frekuensi pemberian (96,6%), dan tepat cara pemberian (100%).

Kata kunci :Skizofrenia, Evaluasi penggunaan antipsikotik, penelitian non eksperimental

ABSTRACT

HANDAYANI, TU., 2018, EVALUATION ULITIZATION OF ANTIPSYCHOTIC DRUGS IN SCHIZOPHRENIC IN PATIENT CARE AT THE RSJD SURAKARTA BY 2017, RESEARCH, THE FACULTY OF PHARMACY, SETIA BUDI UNIVERSITY, SURAKARTA.

Schizophrenia is a persistent and serious brain disease that involves psychotic behavior, concrete thinking, difficulty in obtaining information and difficulties in problem solving. The high percentage of schizophrenic in the RSJD Surakarta, it is necessary to monitor the utilization to avoid the adverse of side effects. The purpose of this study was to describe the use of antipsychotics and evaluate the use of antipsychotics in schizophrenic in patient care at the RSJD Surakarta by 2017.

This research is a non-experimental study. Data collection was retrospective and analyzed descriptively. The sampling technique used was purposive sampling. A sample of 120 patients was obtained. The study was conducted by evaluating the use of antipsychotics based on the exact indication, the exact drug, the exact patient, the exact dosage, the exact of giving method and the exact of giving frequency. The data obtained were compared with the Formulary of the RSJD Surakarta and the Consensus of Management of Schizophrenia.

The results showed that of the 120 patients, the antipsychotic use of schizophrenic in patient care at the RSJD Surakarta by 2017 was based on the RSJD Surakarta Formulary and the Consensus Management of Schizophrenia was obtained as much as (100%), exact indication (94.2%), the exact patient (100%), the exact dosage (96.6%), the exact of giving frequency (96.6%), and the exact of giving method (100%).

Keywords: Schizophrenia, Evaluation of the use of antipsychotics, non-experimental studies

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Skizofrenia merupakan bentuk fungsional paling berat dan menimbulkan gangguan kepribadian yang terbesar. Pasien tidak punya kontak dengan realitas, sehingga pemikiran dan perilakunya abnormal (Ingram *et al.* 2004). Skizofrenia merupakan sindrom klinis paling membingungkan dan gangguan psikologis yang paling berhubungan dengan pandangan populer tentang gila dan sakit mental. Skizofrenia menyerang jati diri seseorang, memutus hubungan yang erat antara pemikiran dan perasaan serta mengisinya dengan persepsi yang terganggu, ide yang salah, dan konsepsi yang tidak logis (Nevid *et al.* 2015).

Gambaran gangguan jiwa skizofrenia beranekaragam dari yang mulai gangguan pada alam pikir, perasaan dan perilaku yang mencolok sampai pada yang tersamar. Gambaran yang mencolok, misalnya penderita bicaranya kacau dengan isi pikiran yang tidak dapat diikuti dan tidak rasional, perasaannya tidak menentu sebentar marah dan mengamuk, sebentar tertawa gembira atau sedih, gejala yang mencolok mudah dikenali dan mengganggu keluarga dan masyarakat. Gejala yang tersamar misalnya mengurung diri dalam kamar, tidak mau bicara dan tertawa sendiri (Hawari 2009).

Gejala skizofrenia seperti delusi, halusinasi, dan agitasi. Gejala tersebut terjadi karena kelainan dari regulasi dopamin, sehingga pengobatan yang bersifat antagonis dopamin akan menurunkan gejala pada pasien (Sadock 2010). Pengobatan antipsikotik harus dilakukan minimal dalam waktu 1 tahun untuk mencegah terulangnya gejala psikis (ilusi, delusi, dan halusinasi) (Arif 2006). Skizofrenia adalah gangguan jiwa yang penderitanya tidak mampu menilai realitas dengan baik dan pemahaman diri buruk (Hawari 2009).

Prevalensi skizofrenia di Indonesia masih cukup besar. Hasil riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2013, menyatakan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat, seperti skizofrenia adalah sebesar 1,7 per 1000 penduduk. Prevalensi skizofrenia di Provinsi Jawa Tengah mencapai 2,3 per 1000 penduduk.

Penderita skizofrenia yang mengalami tindakan pemasangan sekitar 14,3%. Angka pemasangan di pedesaan sebesar 18,2%. Angka pemasangan dipedesaan lebih tinggi dibandingkan dengan angka di perkotaan yaitu sebesar 10,7% (Kemenkes RI 2013).

Skizofrenia merupakan gangguan mental yang cukup luas dialami di Indonesia sekitar 99% pasien di Rumah Sakit Jiwa di Indonesia adalah penderita skizofrenia (Arif 2006). Penyakit skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017 merupakan gangguan penyakit jiwa yang paling banyak diderita. Data yang didapat dari bagian rekam medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yaitu skizofrenia tidak terperinci sebanyak 944 pasien, skizofrenia paranoid sebanyak 735 pasien, skizofrenia efektif 191 pasien, skizofrenia bipolar sebanyak 83 pasien, skizofrenia tipe depresif sebanyak 79 pasien, skizofrenia hibefrenik sebanyak 57, gangguan psikotik polimorfik akut sebanyak 47 pasien dan depresi berat sebanyak 34 pasien (RSJD Surakarta 2017).

Obat yang sering digunakan dalam terapi skizofrenia adalah antipsikotik. Obat antipsikotik adalah obat yang direkomendasikan untuk pengobatan dan pencegahan skizofrenia. Obat antipsikotik memiliki efek samping yang beragam dan sering kali mengakibatkan pasien skizofrenia tidak patuh menjalani terapi. Efek samping utama yang menjadi perhatian adalah efek samping ekstrapiramidal, karena penggunaan antipsikotik generasi lama, berupa distonia akut, pseudoparkinsonisme dan dorongan untuk terus bergerak. Pengatasan efek samping tersebut tergolong sulit dan umumnya bisa muncul setelah beberapa hari sampai beberapa minggu setelah penggunaan antipsikotik. Efek samping antipsikotik lain adalah sedasi, sindrom neuroleptik malignant, gangguan kardiovaskular, efek antikolinergik dan antiadrenergik, gangguan metabolisme, kenaikan berat badan, serta disfungsi seksual (Dipiro *et al.* 2009).

Beberapa penelitian tentang penggunaan obat antipsikotik pada pasien skizofrenia telah dilakukan antara lain, hasil penelitian :

1. Jarut (2013) tentang "Tinjauan Penggunaan Antipsikotik Pada Pengobatan Skizofrenia di Rumah Sakit PROF. DR.V.L. Ratumbuang Manado periode Januari 2013-Maret 2013", menunjukkan bahwa terapi obat tunggal

antipsikotik yang paling banyak digunakan adalah Risperidon (21,1%), sedangkan pada terapi kombinasi obat antipsikotik yang paling banyak digunakan adalah Haloperidon dan Klorpromazin (23,2%). Kategori pengobatan yang paling banyak digunakan adalah pengobatan antipsikotik tipikal (41,5%).

2. Fahrul (2014) tentang “Penggunaan Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Madani Provinsi Sulawesi Tengah Periode Januari-April 2014” menunjukkan bahwa penggunaan obat antipsikotik berdasarkan tepat indikasi 100%, tepat obat 90,4%, tepat pasien 87,8%, tepat dosis 81,6%, dan tepat frekuensi pemberian 90,4%.
3. Santikara (2016) tentang “Rasionalitas Penggunaan Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2015”, menunjukkan bahwa terapi obat secara monoterapi yang paling banyak digunakan adalah Risperidon (40,8%), sedangkan kombinasi obat antipsikotik yang paling banyak digunakan adalah Klorpromazin-Risperidon (56,6%). Kerasionalan penggunaan antipsikotik diperoleh persentase tepat indikasi 100%, tepat obat 76%, tepat pasien 99,3%, tepat dosis 100%.

Penggunaan obat yang rasional merupakan upaya intervensi untuk mencapai pengobatan yang efektif. Upaya meningkatkan pemakaian obat secara rasional, diperlukan peningkatan secara bersama dalam seluruh proses terapi yang mencakup penegakkan diagnosis, pemilihan kelas terapi dan jenis obat, pemberian obat ke pasien, penentuan dosis, cara dan pemberian, harga obat, pemberian informasi yang sesuai dan kewaspadaan efek samping. Tujuan untuk penggunaan obat yang rasional agar dapat menjamin pasien mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhannya (Kemenkes RI 2011).

Penggunaan obat pasien skizofrenia memerlukan pemantauan dari berbagai profesi di rumah sakit. Pemantauan penggunaan obat menghindarkan pasien dari efek yang merugikan dan menjamin pasien mendapatkan pengobatan yang rasional. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta merupakan rumah sakit jiwa milik pemerintah di Surakarta. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit tipe A, yang didukung dengan beberapa dokter. Pada penelitian kali ini, penulis ingin

melakukan penelitian tentang evaluasi penggunaan Antipsikotik pada pasien skizofrenia di RSJD Surakarta pada periode 2017 ditinjau dari aspek tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat frekuensi pemberian dan tepat cara pemberian dengan alasan masih kurangnya penelitian tentang evaluasi penggunaan obat pada pasien skizofrenia dan mengetahui penggunaan obat antipsikotik yang digunakan pada pasien skizofrenia. Berdasarkan uraian tersebut maka dilakukan penelitian studi penggunaan antipsikotik untuk pasien skizofrenia rawat jalan di RSJD Surakarta tahun 2017 dengan menggunakan metode deskriptif. Analisis ini dilakukan untuk mengukur apakah suatu obat telah digunakan secara rasional. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode deskriptif, yaitu metode yang digunakan untuk menganalisis data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi (Sugiyono, 2010). Tujuan dari penelitian untuk memberi gambaran secara sistematis evaluasi penggunaan antipsikotik pada pasien skizofrenia di Rawat Inap RSJD Surakarta secara akurat, berdasarkan dari data yang diperoleh.

A. Rumusan Masalah

1. Bagaimana profil penggunaan obat antipsikotik yang digunakan dalam pengobatan pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017?
2. Bagaimana evaluasi penggunaan obat antipsikotik pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017 dengan kategori tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat frekuensi pemberian dan tepat cara pemberian berdasarkan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia?

B. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui :

1. Profil penggunaan obat antipsikotik pada pengobatan pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

2. Penggunaan obat antipsikotik pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017 dengan kategori tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat frekuensi pemberian dan tepat cara pemberian berdasarkan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia.

C. Manfaat Penelitian

Berdasarkan tujuan penelitian, maka manfaat dari penelitian adalah sebagai berikut:

1. Manfaat Bagi Rumah Sakit
 - a. Menjadi suatu masukan bagi dokter dan tenaga farmasi dalam meningkatkan pengobatan pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, sehingga diperoleh pengobatan yang efektif, aman dan efisien.
 - b. Diharapkan agar pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta menurun secara signifikan sehingga didapatkan hasil terapi yang baik.
 - c. Diharapkan dapat menjadi tambahan informasi dan sumber pembelajaran mengenai pengobatan antipsikotik skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
2. Manfaat Bagi Peneliti
 - a. Mengetahui pengobatan antipsikotropik pada pasien skizofrenia sehingga dapat menerapkan materi perkuliahan dan mengaplikasikan di lapangan.
 - b. Menambah wawasan tentang pengobatan antipsikotropik untuk terapi penyakit skizofrenia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Skizofrenia

1. Definisi

Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang melibatkan perilaku psikotik, pemikiran kongkret, kesulitan dalam memperoleh informasi dan hubungan interpersonal serta kesulitan dalam memecahkan masalah (Stuart 2007). Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran, dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang (Sadock 2003).

Skizofrenia merupakan sekelompok reaksi psikotik yang mempengaruhi berbagai area fungsi individu termasuk berfikir dan berkomunikasi, menerima, menginterpretasikan realitas, merasakan dan menunjukkan emosi serta perilaku dengan sikap yang dapat diterima secara sosial (Isaac 2005).

2. Etiologi

2.1 Metabolisme. Gangguan metabolisme disangka sebagai penyebab dari skizofrenia, karena penderita dengan skizofrenia tampak pucat. Teori metabolisme mendapat perhatian karena penelitian memakai obat halusinogenik, seperti meskalin dan *Asam Lisergik Dietilamide* (LDS-25). Obat tersebut dapat menimbulkan gejala yang mirip dengan skizofrenia, tetapi reversible. Skizofrenia disebabkan oleh suatu *Inborn Error of Metabolism*, tetapi hubungan terakhir belum ditemukan (Maramis 2009).

2.2 Endokrin. Skizofrenia disebabkan oleh gangguan endokrin. Teori ini dikemukakan karena penyakit skizofrenia sering timbul pada waktu pubertas, waktu kehamilan dan waktu klimakterium. Gangguan endokrin ini tidak dapat dibuktikan (Maramis 2009).

2.3 Genetik. Faktor genetik yang dapat menentukan timbulnya skizofrenia. Faktor genetik telah dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga

yang menderita skizofrenia dan terutama anak kembar satu telur. Skizofrenia dipengaruhi oleh gen resesif, potensi ini diperkirakan sangat kuat, tetapi dapat juga berpotensi lemah, selanjutnya tergantung pada lingkungan individual (Maramis 2009).

2.4 Hipotesis perkembangan syaraf. Studi autopsi dan studi pencitraan otak memperlihatkan abnormalitas struktur dan morfologi otak pada penderita skizofrenia antara lain berupa berat otak yang rata-rata lebih kecil 6% daripada otak normal dan ukuran anterior-posterior yang 4% lebih pendek, pembesaran ventrikel otak yang non spesifik, gangguan metabolisme didaerah frontal dan temporal, dan kelainan susunan seluler pada struktur syaraf di beberapa daerah korteks dan subkorteks tanpa adanya glikolisis yang menandakan kelainan tersebut terjadi pada saat perkembangan (Maramis 2009).

2.5 Neurokimia. Hipotesis dopamin menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh overaktivitas pada dopamin mesolimbik, hal ini didukung dengan temuan bahwa, amfetamin bekerja meningkatkan pelepasan dopamin dapat menginduksi psikosis yang mirip dengan skizofrenia (Maramis 2009).

2.6 Psikososial. Kerusakan yang menentukan penyakit mental adalah gangguan dalam organisasi "ego" yang kemudian mempengaruhi cara interpretasi terhadap realitas juga kemampuan pengendalian dorongan seks. Gangguan ini terjadi sebagai akibat distorsi dalam hubungan timbal balik antar bayi dan ibunya. Penderita skizofrenia tidak pernah dapat mencapai hubungan yang erat dengan ibunya. Penderita skizofrenia pada masa bayi, gangguan pada fungsi ego seseorang dapat menyebabkan perasaan bermusuhan. Distorsi hubungan ibu dan bayi ini kemudian mengakibatkan terbentuknya suatu kepribadian yang peka terhadap stress (Simanjutak 2008).

3. Gejala

3.1 Gejala positif. Gejala khas yang muncul, yang seharusnya tidak ada dan sifatnya produktif. Beberapa contoh gejala positif yang muncul pada penderita skizofrenia sebagai berikut:

3.1.1 Waham. Suatu keyakinan tentang isi pikiran yang tidak sesuai dengan kenyataan, dan tetap dipertahankan. Penderita skizofrenia mempunyai

keyakinan yang menurut dia benar namun secara kenyataan menyimpang dan tidak dapat dibantah oleh orang lain (Iyus 2007).

3.1.2 Halusinasi. Pasien skizofrenia halusinasi selalu terjadi saat rangsangan terlalu kuat dan otak tidak mampu menginterpretasikan dan merespons pesan atau rangsangan yang datang, misalnya pasien mendengar suara yang dirasa menyejukkan hati, tapi terkadang suara itu menyuruhnya melakukan sesuatu yang berbahaya (Iyus 2007).

3.1.3 Delusi. Suatu kepercayaan yang kuat dalam menginterpretasikan sesuatu yang kadang berlawanan dengan kenyataan, misalnya pada pasien skizofrenia jika melihat lampu trafik di jalan raya yang berwarna merah, kuning, dan hijau itu dianggap sebagai isyarat dari luar angkasa (Iyus 2007).

3.1.4 Kegagalan proses berpikir. Pasien skizofrenia tidak mampu memahami hubungan antara kenyataan dan logika. Kegagalan proses berpikir terjadi karena pasien skizofrenia tidak mampu mengatur pikirannya untuk dapat membuat mereka berbicara secara teratur dan diterima logika (Iyus 2007).

3.2 Gejala negatif. Gejala yang memperlihatkan kemunduran yang bermakna dari beberapa aspek perilaku dimana seharusnya ada menjadi berkurang atau tidak ada, dan sifatnya defisit. Beberapa contoh gejala negatif yang muncul pada pasien skizofrenia antara lain:

3.2.1 Kehilangan motivasi dan *apatis*. Pasien skizofrenia hilangnya motivasi dan bersikap *apatis* (menarik diri dari lingkungan sekitar), karena pada dasarnya mereka kehilangan energi dan minat dalam hidupnya yang membuatnya menjadi malas. Pasien skizofrenia hanya memiliki energi yang sedikit, sehingga tidak ada yang bisa mereka lakukan selain makan dan tidur (Iyus 2007).

3.2.2 Perasaan yang tumpul. Perasaan seperti ini membuat emosi pasien skizofrenia menjadi datar. Pasien skizofrenia tidak memiliki ekspresi baik dari raut muka maupun gerakan tangannya, seakan akan dia tidak memiliki emosi apapun (Iyus 2007)

3.2.3 Depresi. Suatu perasaan yang tidak mengenal rasa ingin ditolong dan berharap. Perasaan depresi yang muncul pada pasien skizofrenia merupakan

sesuatu yang sangat menyakitkan, kemudian perasaan itu berkelanjutan dan membuat mereka menarik diri dari lingkungan (Iyus 2007).

4. Patologis

4.1 Peranan dopamin. Hipotesis dopamin pada pasien skizofrenia diusulkan berdasarkan bukti farmakologi tidak langsung pada manusia dan hewan percobaan. Amfetamin pada jenis besar, suatu obat yang meningkatkan aksi dopamin ternyata menyebabkan gejala psikotik yang dapat diatasi dengan pemberian suatu obat yang memblok reseptor dopamin. Hipotesis dopamin, pada pasien skizofrenia dipengaruhi oleh aktivitas dopamin pada jalur mesolimbik dan mesokortis syaraf dopamin. Peningkatan aktivitas syaraf dopamin pada jalur mesolimbik menyebabkan gejala positif, sedangkan kurangnya aktivitas syaraf dopamin pada jalur mesokortis menyebabkan gejala negatif (Ikawati 2014).

4.2 Serotonin. Peranan serotonin diusulkan untuk terlibat dalam patofisiologi skizofrenia pada tahun 1950, karena adanya kesamaan struktural dengan *Diethylamide Asam Lisergat* (LSD), kesamaan antara efek halusinogen *Diethylamide Asam Lisergat* dengan gejala positif skizofrenia, dan fakta bahwa *Diethylamide Asam Lisergat* merupakan antagonis serotonin di jaringan perifer. Bukti tentang perubahan penanda serotonergik dalam skizofrenia relatif sulit ditafsirkan, namun secara keseluruhan, studi menunjukkan bahwa ada perubahan yang kompleks, perubahan ini menunjukkan bahwa disfungsi serotonergik adalah penting dalam patologi penyakit ini.

4.3 Peranan glutamat. Hipotesis glutamatergik bahwa disfungsi sistem glutamatergik di korteks prefrontal diduga juga terlibat dalam patofisiologi skizofrenia. Pemberian antagonis reseptor *N-metil-D-aspartat* (NMDA), seperti *Phencyclidine* (PCP) dan ketamin. Efek antagonis *N-metil-D-aspartat* menyerupai baik gejala positif dan negatif serta defisit kognitif skizofrenia (Ikawati 2014).

5. Klasifikasi

5.1 Tipe skizofrenia berdasarkan variabel klinik.

5.1.1 Skizofrenia paranoid. Tipe yang paling sering terjadi dibandingkan bentuk skizofrenia yang lainnya. Waham dan halusinasi menonjol sedangkan efek dan pembicaraan hampir tidak terpengaruhi (Sylvia 2010). Skizofrenia paranoid

adalah skizofrenia yang sering dijumpai dinegara dengan gejala yaitu adanya delusi (waham) dan halusinasi. Kriteria diagnostik lainnya adalah kekacauan ucapan, tingkah laku dan gejala negatif namun tidak dominan. Skizofrenia paranoid terjadinya lebih awal pada laki dibandingkan perempuan. Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa menyatakan bahwa yang memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia paranoid antara lain halusinasi dan waham harus menonjol, misalnya suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (*whistling*), mendengung (*humming*), ataupun bunyi tawa (Rusdi 2003).

5.1.2 Skizofrenia katatonik. Ciri utama pada skizofrenia tipe katatonik adalah gangguan pada psikomotor yang dapat meliputi ketidak bergerakan motorik, aktivitas motorik yang berlebihan, sama sekali tidak mau bicara dan berkomunikasi, gerakan yang tidak terkendali, mengulang ucapan orang lain atau mengikuti tingkah laku orang lain. Kriteria diagnostik skizofrenia tipe katatonik antara lain aktivitas motorik yang berlebihan (yang tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi oleh stimulasi eksternal), *negativism* yang ekstrim (tanpa motivasi yang jelas, bersikap sangat menolak pada segala instruksi atau mempertahankan postur yang kaku untuk menolak dipindahkan) atau sama sekali diam (Arif 2006).

5.1.3 Skizofrenia hebefrenik. Tipe ini muncul pada pada usia remaja sekitar umur 15-25 tahun. Gejala yang dapat terlihat yaitu adanya gangguan proses berfikir, gangguan kemauan, dan adanya dispersonalisasi atau *double personality*. Skizofrenia hebefrenik perilaku pasien sering kekanakan dan mempunyai pandangan kosong tanpa maksud dan perasaan (Maramis 2009).

5.1.4 Skizofrenia tak terinci. Tipe pasien skizofrenia tak terinci, gejala yang terlihat adalah halusinasi, waham, dan gejala psikosis aktif yang menonjol (Sylvia 2010).

5.1.5 Skizofrenia residual. Tipe ini terjadi pada keadaan kronis dari skizofrenia. Gejala yang menonjol adalah gejala negatif (Maramis 2009).

5.1.6 Skizofrenia simplex. Skizofrenia simplex sering timbul pada masa pubertas. Gejala utama ialah kedangkalan emosi dan kemunduran kemauan. Gangguan proses berfikir biasanya sukar ditemukan. Waham dan halusinasi

jarang terdapat. Skizofrenia diawali dengan timbulnya penderita kurang memperhatikan keluarganya atau menarik diri dari pergaulan makin lama ia mundur dari kerjaan dan akhirnya jadi pengangguran (Maramis 2009).

6. Manifestasi klinik

Gejala akut dari skizofrenia meliputi tidak bisa membedakan antara khayalan dan kenyataan, halusinasi (terutama mendengar suara bisikan), delusi (keyakinan yang salah namun dianggap benar oleh penderita), ide karena pengaruh luar (tindakannya dikendalikan oleh pengaruh dari luar dirinya), proses berfikir yang tidak berurutan (asosiasi longgar), ambivalen (pemikiran yang saling bertentangan), datar tidak tepat atau afek yang labil, autisme (menarik diri dari lingkungan sekitar dan hanya memikirkan dirinya), tidak mau bekerja sama, menyukai hal-hal yang dapat menimbulkan konflik pada lingkungan sekitar dan melakukan serangan baik secara verbal maupun fisik kepada orang lain, tidak merawat diri sendiri, dan gangguan tidur maupun nafsu makan. Setelah terjadinya episode psikotik akut, biasanya penderita skizofrenia mempunyai gejala sisa (cemas, curiga, motivasi menurun, kepedulian berkurang, tidak mampu memutuskan sesuatu, menarik diri dari hubungan bersosialisasi dengan lingkungan sekitar, sulit untuk belajar dari pengalaman dan tidak bisa merawat diri sendiri (Elin *et al.* 2008).

7. Tatalaksana terapi

Pengobatan harus secepat mungkin, karena keadaan psikotik yang lama menimbulkan kemungkinan lebih besar penderita menuju kemunduran mental, tetapi jangan melihat pada penderita skizofrenia sebagai penderita yang tidak dapat disembuhkan lagi atau suatu makhluk yang aneh dan inferior, seperti orang dengan penyakit lepra dahulu bila sudah diadakan kontak, maka dilakukan bimbingan tentang hal-hal yang praktis (Maramis 2009).

Penderita mungkin tidak sembuh sempurna, tetapi dengan pengobatan dan bimbingan yang baik penderita dapat ditolong untuk berfungsi terus, bekerja sederhana di rumah atau pun di luar rumah serta dapat membesarkan dan menyekolahkan anaknya (Maramis 2009).

Terapi fase akut dilakukan pada saat terjadi episode akut dari skizofrenia yang melibatkan gejala psikotik intens seperti halusinasi, delusi, paranoid, dan gangguan berpikir. Tujuan pengobatan pada fase akut adalah untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Rawat inap mungkin diperlukan pada fase ini. Penggunaan obat merupakan terapi utama pada fase ini. Obat yang diberikan secara benar dengan dosis yang tepat penggunaan obat antipsikotik dapat mengurangi gejala psikotik dalam waktu enam minggu (Ikawati 2014).

Terapi fase stabilisasi dilakukan setelah gejala psikotik akut telah dapat dikendalikan. Pasien akan melalui fase stabilisasi dimana mereka terus mengalami gangguan berupa gejala psikotik ringan. Pada fase ini pasien sangat rentan terhadap kekambuhan. Tujuan pengobatan dalam fase stabilisasi adalah mencegah kekambuhan, mengurangi gejala, dan mengarahkan pasien ke dalam tahap pemulihan yang lebih stabil (Ikawati 2014).

Terapi tahap pemeliharaan, yaitu terapi pemulihan jangka panjang skizofrenia. Terapi fase pemeliharaan bertujuan untuk mempertahankan kesembuhan dan mengontrol gejala, mengurangi resiko kekambuhan dan rawat inap dan mengajarkan keterampilan untuk hidup sehari-hari. Terapi pemeliharaan biasanya melibatkan obat-obatan, terapi suportif, pendidikan keluarga dan konseling, serta rehabilitasi pekerjaan dan sosial (Ikawati 2014).

7.1 Terapi non farmakologi. Terapi non farmakologi pada skizofrenia dapat dilakukan dengan pendekatan psikososial dan ECT (*Electro Convulsive Therapy*) (Ikawati 2014). Intervensi psikososial merupakan bagian dari perawatan yang dapat meningkatkan kesembuhan skizofrenia jika diterapkan dengan terapi farmakologis intervensi ini dapat memberikan manfaat tambahan bagi pasien dalam pencegahan kekambuhan, peningkatan ketrampilan, fungsi sosial dan pekerjaan yang lebih baik. Terapi farmakologi berfokus pada penurunan gejala, intervensi psikososial ditujukan untuk memberikan dukungan emosional pada pasien skizofrenia. Pilihan pendekatan dan intervensi psikososial didasarkan pada kebutuhan khusus pasien diberbagai tahapan penyakitnya (Ikawati 2014).

7.1.1 Jenis pendekatan psikososial

7.1.1.1 Program for Assertive Community Treatment (PACT). Pendekatan *Program for Assertive Community Treatment (PACT)* adalah semacam program rehabilitasi yang terdiri dari manajemen kasus dan intervensi aktif oleh satu tim menggunakan pendekatan yang sangat terintegrasi. Program ini dirancang khusus untuk pasien yang fungsi sosialnya buruk untuk membantu pasien mencegah kekambuhan serta dapat memaksimalkan fungsi sosial dan pekerjaan (Ikawati 2014).

7.1.1.2 Intervensi keluarga. Prinsip dalam pendekatan psikososial ini adalah bahwa anggota keluarga pasien harus dilibatkan dan terlibat dalam perlakuan proses kolaboratif sejauh mungkin. Anggota keluarga umumnya berkontribusi untuk perawatan pasien dan memerlukan pendidikan, bimbingan, dan dukungan serta pelatihan membantu mereka mengoptimalkan peran mereka (Ikawati 2014).

7.1.1.3 Terapi perilaku kognitif (*Cognitive Behavioral Therapy*). Terapi perilaku kognitif pada awalnya dibuat untuk pengobatan depresi dan gangguan kecemasan, tetapi telah dimodifikasi untuk pengobatan. Asumsinya adalah bahwa proses psikologis normal dapat menjaga maupun melemahkan gejala psikotik, terutama delusi dan halusinasi. Terapi ini biasanya dilakukan dalam hubungan antara satu pasien dan satu terapis. Dukungan dan empati dibangun untuk mengidentifikasi masalah pasien, yang akan dijadikan target untuk mendapat perhatian khusus dalam terapi ini. Dalam terapi ini dilakukan koreksi atau modifikasi terhadap keyakinan (delusi), fokus dalam hal ini terutama bertarget pada halusinasi kronis pendengaran, dan menormalkan pengalaman psikotik pasien, sehingga mereka bisa tampil lebih normal (Ikawati 2014).

7.1.1.4 Pelatihan ketrampilan sosial (*Social Skill Training*). Pelatihan keterampilan sosial didefinisikan sebagai teknik perilaku atau kegiatan pembelajaran yang memungkinkan pasien untuk memperoleh keterampilan yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan interpersonal, perawatan diri, dan menghadapi kehidupan masyarakat. Tujuan dari pelatihan keterampilan sosial adalah memperbaiki kekurangan tertentu dalam fungsi sosial pasien. Pelatihan

keterampilan ini merupakan pendekatan yang sangat terstruktur yang mengajarkan pasien secara sistematis perilaku khusus yang penting untuk keberhasilan dalam interaksi sosial. Pelatihan keterampilan sosial juga termasuk mengajar pasien bagaimana mengelola obat antipsikotik, mengidentifikasi efek samping, mengidentifikasi tanda kekambuhan, dan bernegosiasi mengenai perawatan medis dan psikiatri (Ikawati 2014).

7.1.1.5 Terapi *Electro Convulsive Therapy* (ECT). Tujuan terapi *Electro Convulsive Therapy* (ECT) adalah pada pengatasan depresi, *Electro Convulsive Therapy* (ECT) juga masih banyak digunakan untuk pengobatan skizofrenia. Walaupun mekanisme kerjanya masih belum bisa dipastikan. Efek samping *Electro Convulsive Therapy* (ECT) juga umum dijumpai dan perlu menjadi pertimbangan tersendiri sebelum menerapkan *Electro Convulsive Therapy* (ECT) bagi pasien, sebelum memulai program *Electro Convulsive Therapy* (ECT) perlu dilakukan evaluasi untuk menentukan potensi manfaat dan resiko *Electro Convulsive Therapy* (ECT) bagi pasien berdasarkan status medis dan psikiatri pasien, meskipun tidak ada kontraindikasi mutlak untuk *Electro Convulsive Therapy* (ECT), infark miokard, aritmia jantung, dan beberapa lesi intrakranial dapat meningkatkan resiko dan karenanya perlu dipertimbangkan dalam menentukan keputusan *Electro Convulsive Therapy* (ECT) (Ikawati 2014).

7.2 Terapi farmakologi.

7.2.1 Prinsip tata laksana pengobatan dan pemulihan pasien skizofrenia. Pemilihan obat pada pasien skizofrenia sebaiknya mempertimbangkan tanda-tanda klinis dari penderita, khasiat dan efek samping dari obat-obatan yang akan digunakan tergantung pada fase yang akan dilewati.

7.2.1.1 Prinsip tata laksana terapi fase akut. Satu minggu pertama sejak terjadi serangan akut, direkomendasikan untuk segera memulai terapi dengan obat, karena serangan psikotik akut dapat menyebabkan gangguan emosi, gangguan terhadap kehidupan pasien, dan berisiko besar untuk berperilaku yang berbahaya untuk diri sendiri dan orang lain. Pemilihan suatu obat antipsikotik, didasarkan pada pengalaman pasien sebelumnya dengan antipsikotik, riwayat efek samping, dan rute pemberian yang disukai (Ikawati 2014).

Dosis yang dianjurkan adalah yang efektif dan tidak menyebabkan efek samping karena pengalaman efek samping yang tidak menyenangkan dapat mempengaruhi kepatuhan jangka panjang. Dosis dapat ditoleransi sampai mencapai dosis target terapeutiknya, selama periode ini sebaiknya tidak segera meningkatkan dosis bagi pasien yang lambat memberikan respon. Terdapat respon pasien tidak baik, perlu dipastikan apakah itu karena ketidakpatuhan pengobatan atau obat terlalu cepat dimetabolisme atau kurang absorpsinya (Ikawati 2014).

7.2.1.2 Prinsip tata laksana terapi fase stabilisasi. Fase stabilisasi yaitu pada minggu ke 2-3 setelah serangan akut. Tujuan pengobatan fase stabilisasi adalah untuk mengurangi serangan pengobatan stress pada pasien dan meminimalkan kemungkinan kambuh meningkatkan adaptasi pasien untuk hidup di masyarakat, memfasilitasi penurunan gejala, dan meningkatkan proses pemulihan. Pasien membaik dengan regimen obat tertentu, maka regimen tadi sebaiknya dilanjutkan dan dilakukan pemantauan selama minimal 6 bulan. Penurunan dosis atau penghentian obat terlalu dini dapat mengakibatkan kekambuhan gejala, selain itu perlu juga melakukan pengamatan terhadap efek samping, yang mungkin telah muncul pada fase akut dan untuk menyesuaikan farmakoterapi sesuai untuk meminimalkan efek samping dapat menyebabkan ketidakpatuhan pengobatan (Ikawati 2014).

7.2.1.3 Prinsip tata laksana terapi fase stabil atau pemeliharaan. Tujuan terapi pemeliharaan selama fase stabil adalah untuk memastikan bahwa kesembuhan terpelihara, kualitas hidup pasien meningkat, jika ada kekambuhan segera diobati, dan bahwa pemantauan untuk efek samping pengobatan terus berlanjut. Pasien pada fase stabil atau pemeliharaan, intervensi psikososial direkomendasikan sebagai terapi tambahan terhadap terapi obat dan dapat meningkatkan hasil (Ikawati 2014).

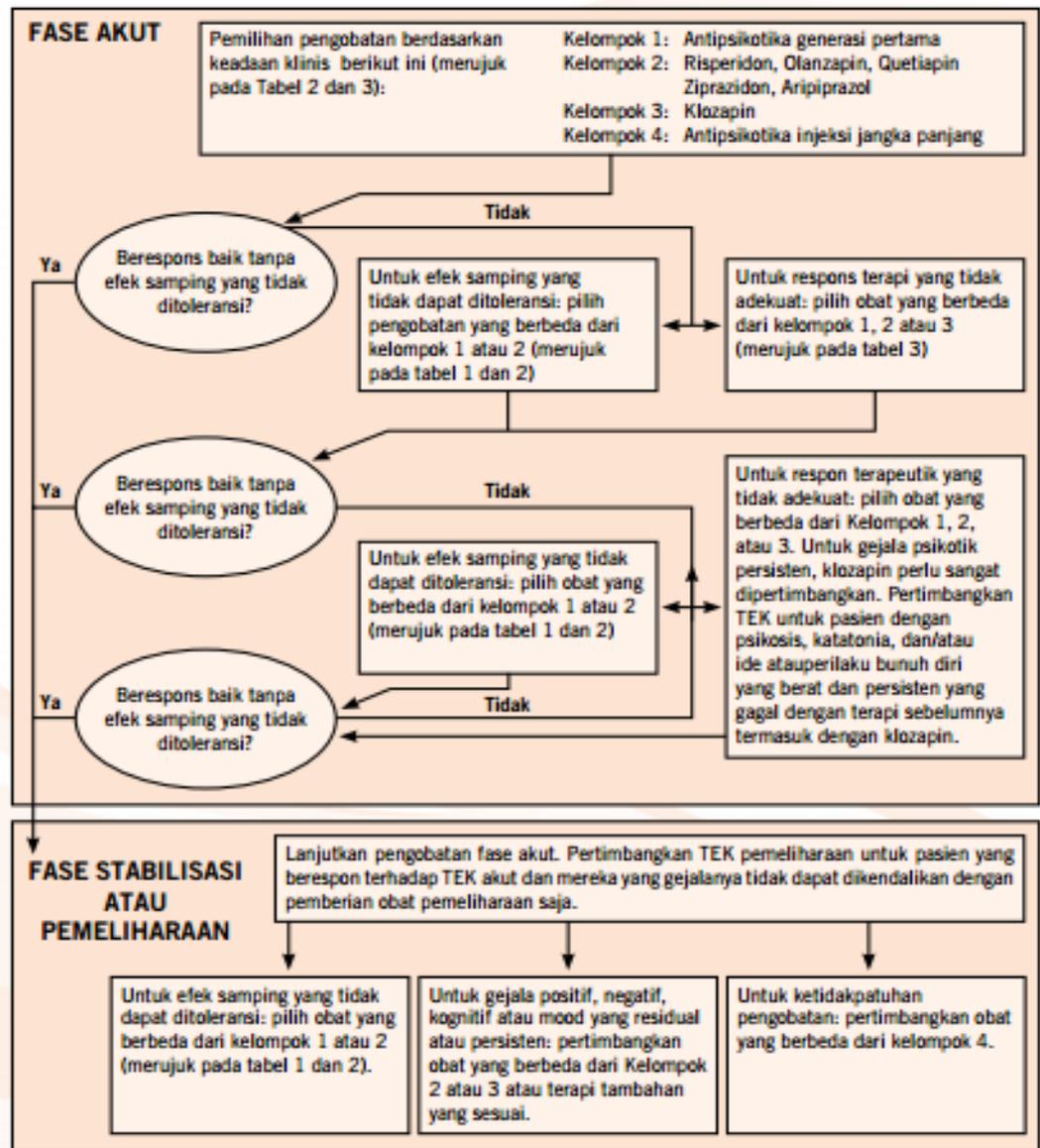
Penggunaan obat sangat direkomendasikan dan harus diberikan sedikitnya sampai setahun sejak sembuh dari episode akut. Terapi bisa berhasil, apabila diberitambahkan terapi selama sedikitnya 5 tahun, kemudian dosis diturunkan perlahan mencapai dosis terendah yang masih bisa memberikan efektivitas terapi. Pasien yang dirawat dengan antipsikotik tipikal, dosis maksimal yang dianjurkan

adalah dosis pada ambang batas yang dapat menyebabkan efek samping ekstra piramidal (Ikawati 2014).

Obat antipsikotik yang tersedia pada umumnya terkait dengan berbagai risiko efek samping, meliputi efek neurologis, metabolisme, seksual, endokrin, dan efek samping kardiovaskular. Terapi pemeliharaan sangat penting untuk memantau pasien secara rutin terhadap efek samping ekstrapiramidal dan terjadinya *tardive dyskinesia*. Terdapat risiko kenaikan berat badan yang berhubungan dengan pemakaian antipsikotik pengukuran rutin berat badan dan pengukuran indeks massa tubuh juga disarankan (Ikawati 2014).

Respon parsial yang dinilai atau resisten terhadap pengobatan, perlu berhati-hati mengevaluasi apakah pasien telah mendapatkan regimen antipsikotik yang memadai dan apakah pasien telah minum obat yang diresepkan. Penggunaan obat umumnya dilakukan selama 4-6 minggu untuk melihat respon pasien terhadap obat, dan apakah respon ini dapat berlanjut sampai 6 bulan atau lebih. Pasien memberikan respon parsial atau bahkan tidak berespon terhadap pengobatan atau menunjukkan keinginan bunuh diri yang persisten maka direkomendasikan pemberian obat Klozapin. Pasien yang bermasalah dalam kepatuhan minum obat dapat menggunakan bentuk sediaan depot, yang berupa injeksi intramuskular yang dapat diberikan dalam interval 2-4 minggu, seperti Flufenazin Dekanoat atau Haloperidol Dekanoat. Tetapi formulasi depot ini hanya dapat diberikan jika pasien telah memiliki dosis efektif per oral yang stabil (Ikawati 2014).

Terapi psikososial yang juga dapat diberikan dan telah menunjukkan efektivitas yang baik selama fase stabil, antara lain intervensi keluarga, dukungan dalam pekerjaan, pelatihan ketrampilan sosial, dan terapi kognitif perilaku. Seperti halnya dengan terapi obat yang bersifat individual, terapi psikososial harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien secara personal (Ikawati 2014).



Gambar 1. Algoritma tatalaksana terapi skizoprenia

Sumber :Konsensus Penatalaksanaan Skizofrenia

B. Obat Antipsikotik

1. Definisi

Antipsikotik (*major tranquilizer*) adalah obat yang dapat menekan fungsi psikis tertentu tanpa memengaruhi fungsi imun. Obat ini dapat meredakan emosi dan agresi dan dapat pula menghilangkan gangguan jiwa seperti impian buruk dan

halusinasi serta menormalisasikan perilaku yang tidak normal. Obat antipsikotik digunakan pada pasien psikosis, misalnya skizofrenia (Tan & Raharjo 2015).

2. Penggolongan

2.1 Antipsikotik tipikal. Antipsikotik tipikal secara efektif dapat mengatasi simtom positif, pada umumnya dibagi lagi dalam sejumlah kelompok kimiawi seperti derivat Fenotiazine yang terdiri dari Klorpromazin, Levometromazine, Thioridazine, Periazine, Perazin, Flufenazin. Derivat thioxanten terdiri dari Klorpotixen dan Zuklopentixol. Derivat Butirofenon terdiri dari Haloperidol, Bromperidon, Pipamperol, dan Dromperidon. Derivat Butil Piperidin terdiri dari Pimozida, Fluspirilen, Penfluridol.

Tabel 1. Obat antipsikotik tipikal

Nama obat	Dosis awal (mg/hari)	Dosis yang sering digunakan (mg/hari)
Klorpromazin	50-150	300-1000
Flufenazin	5	5-20
Haloperidol	2-5	2-20
Loksapin	20	50-150
Ferfenazin	4-24	16-64
Thloridazin	50-150	100-800
Thiotiksen	4-10	4-50
Trifluoperazin	2-5	5-40

Sumber : Tan & Raharja (2015)

2.2 Antipsikotik atipikal. Obat antipsikotik atipikal bekerja secara efektif melawan gejala negatif. Obat antipsikotik atipikal terdiri dari Sulpirida, Klozapin, Risperidon dan Quetiapin. Obat tersebut memiliki efek samping lebih ringan, tetapi lansia sebaiknya menghindari penggunaan antipsikotik atipikal karena resiko kerusakan ginjal akut (Tan & Raharja 2015).

Tabel 2. Obat antipsikotik atipikal

Nama obat	Dosis awal (mg/hari)	Dosis yang sering digunakan (mg/hari)
Aripiprazol	5-15	15-30
Asenapin	5	10-20
Klozapin	25	100-800
Lurasidon	20-40	40-120
Olanzapin	5-10	10-20
Paliperidon	3-6	3-12
Quetiapin	50	300-800
Risperidon	1-2	2-8
Ziprasidon	40	80-160

Sumber : Tan & Raharja (2015)

3. Kegunaan

Kegunaan obat antipsikotik untuk gangguan jiwa dengan gejala psikosis, seperti skizofrenia dan depresi psikotik. Obat antipsikotik dapat juga digunakan untuk menangani gangguan perilaku serius dan pasien demensia juga untuk keadaan gelisah akut dan penyakit lata (Tan & Rahardja 2015).

4. Mekanisme kerja

Antipsikotik bersifat lipofil dan mudah masuk ke dalam CCS (cairan serebrospinal), memungkinkan obat ini bekerja secara langsung terhadap syaraf otak. Mekanisme obat ini pada taraf bikimiawi belum diketahui secara pasti, tetapi ada petunjuk kuat bahwa mekanisme ini berhubungan erat dengan dengan kadar neurotransmitter di otak (Tan & Raharja 2015).

Mekanisme antipsikotik menghambat kuat reseptor dopamin (D2) di otak dan juga menghambat reseptor D1 atau D4, α 1 dan α 2 adrenergik, serotonin dan histamin. Riset baru mengenai otak menunjukkan bahwa blokade D2 tidak cukup untuk menanggulangi skizofrenia secara efektif, oleh karena itu, neuro hormon serotonin (5HT₂), Glutamat dan GABA perlu dilibatkan (Tan & Rahardja 2015).

4.1 Antipsikotik tipikal. Obat antipsikotik atipikal efektif mengatasi gejala positif pada pasien skizofrenia.

4.1.1. Derivat-Fenotiazin. Obat yang termasuk derivat fenotiazin yaitu Klorpromazin, Levomepromazin dan Triflupromazin, Thioridazin dan Periciazin, Perfenazin dan Flufenazin, Perazin, Trifluoperazin dan Thietilperazin. Fenotiazin mempunyai struktur yang sama yaitu tiga cincin. Perbedaan terletak pada rantai samping atom nitrogen cincin tengah. Fenotiazin terdiri dari tiga jenis, berdasarkan substitusi pada posisi sepuluh. Substitusi ini memberikan pengaruh penting terhadap karakteristik farmakologi Fenotiazin. Substitusi pada rantai alifatik seperti Klorpromazin, menyebabkan turunnya potensi antipsikotik. Obat ini cenderung menyebabkan sedasi, hipotensi dan efek antikolinergik pada dosis terapeutiknya. Klorpromazin mempunyai atom Klorpromarin pada posisi dua. Atom klorin dibuang, akan dihasilkan promazin yaitu antipsikotik lemah. Mensubstitusi piperidin pada posisi sepuluh dapat menghasilkan kelompok AP seperti Tioridazin. Obat ini mempunyai potensi dan profil efek samping yang

sama dengan Fenotiazin alifatik. Flufenazin dan Trifluoperazin merupakan antipsikotik dengan kelompok piperazin yang disubstitusi pada posisi sepuluh. Piperazin memiliki efek otonom dan antikolinergik lebih rendah dan tetapi memiliki afinitas yang tinggi terhadap dopamin (D2) sehingga efek samping ekstrapiramidalnya (EPS) lebih tinggi. Beberapa Fenotiazin, Piperazin diesterifikasi pada kelompok hidroksil bebas dengan etanoat dan asam dekanat sehingga terbentuk AP depo antipsikotik generasi I (APG-I) jangka panjang (Amir 2013).

Klorpromazin dan Thioridazin dapat menghambat α_1 adreno reseptor lebih kuat dari reseptor dopamin D2. Kedua obat ini juga menghambat reseptor serotonin 5-HT₂ dengan kuat. Tetapi afinitas untuk reseptor D1 seperti diukur dengan penggeseran ligan D1 yang selektif, relatif lemah (Katzung 1998). Klorpromazin khasiat antipsikotiknya lemah dan juga digunakan untuk mengobati sedu yang tak henti-henti, dosis pada psikosis oral, intramuscular atau intravena 3 kali sehari sebanyak 25 mg selama 3-4 hari, bila perlu dinaikkan sampai 1 g. Thioridazin memiliki khasiat antipsikotis dan sedatif yang baik, sehingga sering digunakan pada pasien yang sukar tidur, maka obat digunakan dosis oral 2-4 kali sehari sebanyak 25-27 mg maksimal 800 mg sehari (Tan & Raharja 2007).

Levomepromazin khasiat antipsikotiknya sama dengan Klorpromazin dengan dosis pada nyeri hebat intramuscular 12,5-25 mg, oral 4-6 kali sehari 12,5-50 mg. Trifluoperazin yang kurang lebih sama dengan Periciazin memiliki antipsikotik agak ringan dan efek antiadrenergik dan serotonin kuat dengan dosis oral permulaan 5 mg sehari, dinaikkan setiap 2-3 hari dengan 5 mg sampai maksimal 90 mg (Tan & Raharja 2007)

Perfenazin bekerja terutama pada reseptor D2, efek pada reseptor 5-HT₂ dan α_1 ada tetapi pada reseptor D1 dapat dikesampingkan (Katzung 1998).

4.1.2. Derivat-Thioxanthen. Obat yang termasuk derivat thioxanthen yaitu Klorprotixen dan Zuklopentixol Tioxantine mempunyai persamaan struktur cincin tiga dengan Fenotiazine tetapi nitrogen pada posisi sepuluh disubstitusi dengan atom karbon. Klorprotixin merupakan tioxantin alifatik potensi rendah dengan profil efek samping sama dengan klorpromazine (Amir 2013).

4.1.3. Derivat-Butirofenon. Obat yang termasuk derivat-butirofenon yaitu Haloperidol, Bromperidol, Pipamperon dan Droperidol. Butirofenon mempunyai cincin piperidine yang melekat pada kelompok amino tersier. Haloperidol merupakan antipsikotik yang termasuk kelompok ini. Haloperidol dan Butirofenon lain bersifat D2 antagonis yang sangat poten. Efek terhadap sistem otonom dan efek antikolinergiknya sangat minimal. Haloperidol merupakan piperidine yang paling sering digunakan (Amir 2013). Haloperidol merupakan obat yang digunakan untuk skizofrenia dan pada berbagai macam gerakan spontan dari otot kecil yang diperkirakan akibat hiperaktivitas sistem dopamin di otak. Bromperidol berkhasiat khusus terhadap halusinasi dan pikiran khayal sedangkan Droperidol digunakan sebagai antipsikotikum pada keadaan gelisah akut dengan dosis intramuscular atau secara intravena 5-10 mg (Tan & Raharja 2007).

4.1.4 Derivat-Butilpiperidin. Obat yang termasuk Derivat-butilpiperidin adalah Pimozida, Fluspirilen dan Penfluridol Difenilbutil Piperidine sama strukturnya dengan Butirofenon (Amir 2013). Pimozida memiliki khasiat antipsikotik kuat dan panjang. Efek terapi baru nyata sesudah beberapa waktu, tetapi bertahan agak lama. Obat ini tidak layak diberikan pada keadaan eksitasi dan kegelisahan akut, yang memerlukan sedasi langsung, lagi pula efek sedasinya lebih ringan dibandingkan obat lain. Pimozida khusus digunakan pada psikosis kronis jangka panjang (Tan & Raharja 2007).

4.2 Antipsikotik atipikal. Obat yang termasuk antipsikotik atipikal adalah Klozapin, Risperidon, Olanzapin dan Sulpirida. Obat tersebut bekerja efektif melawan gejala negatif. Efek sampingnya lebih ringan, khususnya gangguan ekstrapiramidal dan dyskinesia tarda.

4.2.1. Klozapin. Obat Klozapin merupakan antipsikotik generasi kedua yang efek samping ekstrapiramidalnya dapat diabaikan. Antipsikotik generasi II (APG-II) mempunyai rasio blokade serotonin (5 hidroksitriptamin) (5-HT) tipe 2 (5-HT₂) terhadap reseptor dopamin tipe 2 (D₂) lebih tinggi. Antipsikotik generasi II bekerja pada sistem dopamin mesolimbik dari pada striatum (Amir 2013). Klozapin bekerja dengan menghambat reseptor-D₂ agak ringan dibandingkan obat klasik (60-75%). Efek antipsikotisnya kuat, yang bisa dianggap paradoksal, afinitasnya pada reseptor lain dengan efek antihistamin, antiserotonin,

antikolinergis dan antiadrenergis adalah relatif tinggi. Efek baiknya dapat dijelaskan oleh blokade kuat dari reseptor -D2, -D4, dan -5HT2. Blokade reseptormuskarinik dan -D4 diduga mengurangi GEP, sedangkan blokade 5HT2 meningkatkan sintesis dan pelepasan dopamin di otak, hal ini meniadakan sebagian blokade D2, tetapi mengurangi risiko gejala ekstrapiramidal (Tan & Raharja 2007).

4.2.2. Risperidon. Risperidon merupakan antagonis kuat baik terhadap serotonin (terutama 5-HT2) dan reseptor D2. Risperidon juga mempunyai afinitas kuat terhadap α_1 dan α_2 tetapi afinitas terhadap β -reseptor dan muskarinik rendah. Walaupun dikatakan ia merupakan antagonis D2 kuat, kekuatannya jauh lebih rendah bila dibandingkan dengan Haloperidol, akibatnya efek samping ekstrapiramidalnya lebih rendah bila dibandingkan dengan Haloperidol. Aktivitasnya melawan gejala negatif dikaitkan dengan aktivitasnya terhadap 5HT2 yang juga tinggi (Amir 2013). Blokade α_1 dan α_2 dapat menimbulkan masing – masing hipotensi dan depresi, sedangkan blokade H1 berkaitan dengan sedasi (Tan & Rahardja 2015).

4.2.3 Olanzapin. Olanzapin menghambat semua reseptor dopamin (D1 atau D2) dan reseptor reseptor H1, -5HT2, adrenergik dan kolinergik, dengan afinitas lebih tinggi bagi reseptor 5-HT2 dibandingkan D2 (Tan & Raharja 2015).

4.2.4. Sulpirida. Sulpirida menghambat reseptor D2 dan praktis pada afinitas bagi reseptor lain. Pada dosis rendah (dibawah 600 mg/hari) terutama bekerja antagonistik terhadap reseptor presinaptis, dan pada dosis lebih tinggi (diatas 800 mg/hari) juga terdapat reseptor D2 postsinapsis. Efek antipsikotik terutama dicapai pada dosis lebih tinggi sedangkan dosis rendah bermanfaat pada psikosis terutama simtom negatif (Tan & Raharja 2015).

5. Efek samping

5.1 Akathisia. Selalu ingin bergerak, tidak mampu duduk diam tanpa menggerakkan kaki, tangan atau anggota tubuh lainnya. Akathisia dapat dicegah dengan propranolol atau benzodiazepin (Tan & Rahardja 2015).

5.2 Distonia akut. Kontraksi otot muka dan tengkuk, kepala miring, gangguan menelan, sukar bicara, dan kejang rahang. Guna menghindarinya, dosis

harus dinaikkan dengan perlahan dan dapat ditangani dengan antikolinergik sebagai profilaksis (Tan & Rahardja 2015).

5.3 Dyskinesia tarda. Gerakan abnormal yang tidak sengaja khususnya otot muka dan mulut (menjulurkan lidah). Gejala ini sering muncul setelah 0,5-3 tahun dan berkaitan antara lain dengan dosis kumulatif yang telah diberikan. Gejala ini akan hilang dengan menaikkan dosis, akan tetapi dapat muncul kembali, pencegahan yang dapat dilakukan untuk mengurangi efek samping ini adalah pemberian vitamin E (Tan & Rahardja 2015).

5.4 Efek antiserotonin. Disebabkan karena adanya blokade reseptor 5-HT yang merupakan stimulasi nafsu makan dengan akibat naiknya berat badan dan hiperglikemia (Tan & Rahardja 2015).

5.5 Efek antikolinergik. Disebabkan karena adanya blokade reseptor muskarinik yang ditandai dengan mulut kering, penglihatan guram, obstipasi, rensi, kemih dan takikardia. Terutama pada lansia (Tan & Rahardja 2015).

C. Evaluasi Penggunaan Obat

Evaluasi penggunaan obat merupakan program evaluasi penggunaan obat yang terstruktur dan berkesinambungan secara kualitatif dan kuantitatif Tujuan evaluasi penggunaan obat yaitu mendapat gambaran keadaan saat ini atas pola penggunaan obat, membandingkan pola penggunaan obat pada periode waktu tertentu, memberikan masukan untuk perbaikan penggunaan obat, dan menilai pengaruh intervensi atas pola penggunaan obat. Kegiatan evaluasi penggunaan obat yaitu mengevaluasi penggunaan obat secara kualitatif dan kuantitatif. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan dalam evaluasi penggunaan obat yaitu indikator persepsian, pelayanan dan fasilitas (Permenkes 2016).

Penggunaan obat yang rasional merupakan upaya intervensi untuk mencapai pengobatan yang efektif (Swandari 2012). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 74 tahun 2016 penggunaan obat dapat diidentifikasi rasionalitasnya dengan menggunakan indikator 8 Tepat dan 1 Waspada.

1. Tepat diagnosis

Penggunaan obat harus berdasarkan penegakan diagnosis yang tepat. Ketepatan diagnosis menjadi langkah awal dalam sebuah proses pengobatan karena ketepatan pemilihan obat dan indikasi akan tergantung pada diagnosis penyakit pasien (Permenkes RI 2016).

2. Tepat indikasi

Pasien diberikan obat dengan indikasi yang benar sesuai dengan diagnosa dokter. Misalnya pasien skizofrenia hanya akan diberikan obat antipsikotik (Permenkes RI 2016).

3. Tepat pemilihan obat

Berdasarkan diagnosis yang tepat maka harus dilakukan pemilihan obat yang tepat. Pemilihan obat yang tepat dapat ditimbang dari ketepatan kelas terapi dan jenis obat yang sesuai dengan diagnosis. Selain itu, obat juga harus terbukti manfaat dan keamanannya. Obat juga harus merupakan jenis yang paling mudah didapatkan. Jenis obat yang akan digunakan pasien juga seharusnya jumlahnya seminimal mungkin (Permenkes RI 2016).

4. Tepat pasien

Obat yang akan digunakan oleh pasien mempertimbangkan kondisi klinis misalnya, kelainan ginjal atau kerusakan hati, serta kondisi khusus misalnya hamil, laktasi, balita, dan lansia harus dipertimbangkan dalam pemilihan obat (Permenkes RI 2016).

5. Tepat dosis

Dosis obat yang digunakan harus sesuai range terapi obat tersebut. Obat mempunyai karakteristik farmakodinamik maupun farmakokinetik yang akan mempengaruhi kadar obat di dalam darah dan efek terapi obat. Dosis juga harus disesuaikan dengan kondisi pasien dari segi usia, bobot badan, maupun kelainan tertentu (Permenkes RI 2016).

6. Tepat cara dan lama pemberian

Cara pemberian yang tepat harus mempertimbangkan keamanan dan kondisi pasien. Hal ini juga akan berpengaruh pada bentuk sediaan dan saat pemberian obat. Lama pemberian meliputi frekuensi dan lama pemberian yang

harus sesuai karakteristik obat dan penyakit. Frekuensi pemberian akan berkaitan dengan kadar obat dalam darah yang menghasilkan efek terapi obat tersebut (Permenkes RI 2016).

7. Tepat harga

Penggunaan obat tanpa indikasi yang jelas atau untuk keadaan yang sama sekali tidak memerlukan terapi obat merupakan pemborosan dan sangat membebani pasien, termasuk persepsian obat yang mahal (Permenkes RI 2016).

8. Tepat informasi

Kejelasan informasi tentang obat yang harus diminum atau digunakan pasien akan sangat mempengaruhi ketaatan pasien dan keberhasilan pengobatan (Permenkes RI 2016).

9. Waspada efek samping

Pemberian obat menimbulkan efek samping, yaitu efek tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi (Permenkes RI 2016).

D. Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah suatu lembaga komunitas yang merupakan instrumen masyarakat, berdasarkan hal tersebut Rumah Sakit dapat dipandang sebagai suatu struktur terorganisasi yang menggabungkan bersama-sama semua profesi kesehatan, fasilitas diagnosis dan terapi, alat dan perbekalan serta fasilitas fisik kedalam suatu sistem terorganisasi untuk penghantaran pelayanan kesehatan bagi masyarakat (Siregar & Amalia 2012).

E. Formularium Rumah Sakit

Formularium Rumah Sakit merupakan penerapan konsep obat esensial dirumah sakit yang berisi daftar obat dan informasi penggunaannya. Obat yang termasuk dalam daftar Formularium merupakan obat pilihan utama (*drug of choice*) dan obat alternatifnya. Rumah Sakit di negara maju dan juga dibanyak negara berkembang umumnya telah menerapkan Formularium Rumah Sakit. Formularium Rumah Sakit pada hakekatnya merupakan daftar produk obat yang telah disepakati untuk dipakai dirumah sakit yang bersangkutan, beserta informasi

yang relevan mengenai indikasi, cara penggunaan dan informasi lain mengenai tiap produk (Depkes 2008).

Formularium Rumah Sakit disusun oleh Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) atau Komite Farmasi dan Terapi (KFT) rumah sakit berdasarkan Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN) dan disempurnakan dengan mempertimbangkan obat lain yang terbukti secara ilmiah dibutuhkan untuk pelayanan di rumah sakit tersebut. Penyusunan Formularium Rumah Sakit juga mengacu pada pedoman pengobatan yang berlaku. Penerapan Formularium Rumah Sakit juga mengacu pada pedoman pengobatan yang berlaku, dan penerapan Formularium Rumah Sakit harus selalu dipantau. Hasil pemantauan dipakai untuk pelaksanaan evaluasi dan revisi agar sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi kedokteran, dan perkembangan dibidang kesehatan (Depkes 2008)

Manfaat Formularium Rumah Sakit adalah meningkatkan mutu dan ketepatan penggunaan obat dirumah sakit, bahan edukasi bagi professional kesehatan tentang terapi obat yang rasional, memberikan rasio manfaat biaya yang tertinggi, bukan hanya sekedar mencari harga obat yang termurah, memudahkan profesional kesehatan dalam memilih obat yang akan digunakan untuk perawatan pasien dan membantu sejumlah pilihan terapi obat yang sejenisnya dibatasi sehingga professional kesehatan dapat mengetahui dan mengingat obat yang mereka gunakan secara rutin (Depkes RI 2009).

F. Rekam Medik

Rekam Medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Rekam Medik yang lengkap mencakup data identifikasi dan sosiologi, riwayat kesakitan yang sekarang, pemeriksaan fisik, pemeriksaan kusus seperti konsultasi, data laboratorium klinis, pemeriksaan sinar X dan pemeriksaan lain, diagnosis sementara, diagnosis kerja, penanganan medik atau bedah, patologi mikroskopik dan nyata, kondisi pada waktu pembebasan, tindak lanjut dan temuan otopsi (Siregar & Amalia 2012).

Rekam Medik merupakan berkas atau dokumen penting bagi setiap Instansi Rumah Sakit. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 55/Menkes/Per/I/2013 tentang Rekam Medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

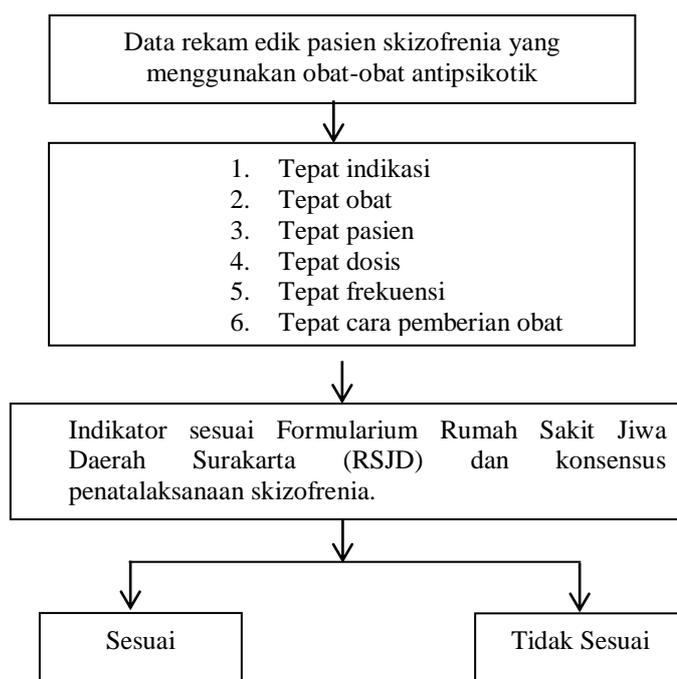
Rekam Medik mempunyai arti yang lebih luas daripada hanya sekedar catatan biasa, karena didalam catatan tersebut sudah memuat segala informasi menyangkut seorang pasien yang akan dijadikan dasar untuk menentukan tindakan lebih lanjut kepada pasien.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 menyebutkan bahwa Rekam Medik memiliki kegunaan, yaitu:

- a. Sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit serta merencanakan pengobatan, perawatan dan tindakan medik yang harus diberikan kepada pasien.
- b. Membuat Rekam Medik bagi penyelenggaraan praktik kedokteran dengan jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan untuk melindungi tenaga medis dan untuk pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.
- c. Merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medik, pengobatan dan tindakan medik, bermanfaat untuk bahan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian dibidang profesi kedokteran dan kedokteran gigi.
- d. Sebagai petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dalam pelayanan kesehatan pada sarana kesehatan. Catatan tersebut dapat dipakai sebagai bukti pembiayaan kepada pasien.
- e. Sebagai bahan statistik kesehatan, khususnya untuk mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan untuk menentukan jumlah penderita pada penyakit-penyakit tertentu.
- f. Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik rekam medik merupakan alat bukti tertulis utama, sehingga bermanfaat dalam penyelesaian masalah hukum, disiplin dan etik.

G. Kerangka Pikir Penelitian

Penelitian ini mengkaji tentang evaluasi penggunaan obat pada pasien skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017. Dalam penelitian ini obat antipsikotik dalam Rekam Medik pada pasien skizofrenia merupakan variabel pengamatan dan kesesuaian penggunaan obat kategori tepat obat, tepat dosis, tepat indikasi, tepat pasien, tepat frekuensi pemberian dan tepat cara pemberian.



Gambar 2. Kerangka pikir penelitian

H. Landasan Teori

Skizofrenia adalah suatu penyakit otak persisten dan serius yang melibatkan perilaku psikotik, pemikiran kongkret, kesulitan dalam memperoleh informasi dan hubungan interpersonal serta kesulitan dalam memecahkan masalah (Stuart 2007). Skizofrenia adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan suatu gangguan psikiatrik mayor yang ditandai dengan adanya perubahan pada persepsi, pikiran dan perilaku seseorang. Kesadaran yang jernih dan kemampuan

intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun defisit kognitif tertentu dapat berkembang kemudian (Sadock 2003).

Tata laksana terapi skizofrenia dapat dilakukan dengan obat dan tanpa obat, yaitu dengan terapi yang melibatkan berbagai banyak pihak seperti seluruh anggota keluarga, lingkungan masyarakat, dan rumah sakit yang merawatnya. Terapi yang menggunakan obat-obatan umumnya digunakan obat-obat golongan antipsikotik dan digunakan dalam jangka panjang.

Penelitian mengenai penggunaan antipsikotik pada pasien skizofrenia sudah pernah dilakukan oleh Jarut (2013) tentang “Tinjauan Penggunaan Antipsikotik pada Pengobatan Skizofrenia di Rumah Sakit PROF. DR.V.L. Ratumbusang Manado periode Januari 2013-Maret 2013”. Penelitian ini merupakan penelitian secara retrospektif, penelitian dilakukan pada 142 rekam medik pasien periode Januari 2013-Maret 2013 yang menerima pengobatan antipsikotropik. Data yang diperoleh menunjukkan pada terapi tunggal antipsikotropik yang paling banyak digunakan adalah Risperidon (21,1%) dan pada terapi kombinasi antipsikotik yang paling banyak digunakan adalah Haloperidon dan Klorpromazin (23,2%). Kategori pengobatan yang paling banyak digunakan adalah pengobatan antipsikotik tipikal. (41,5%).

Upaya meningkatkan pemakaian obat secara rasional, diperlukan peningkatan secara bersama-sama dalam seluruh proses terapi yang mencakup penegakkan diagnosis, pemilihan kelas terapi dan jenis obat, pemberian obat ke pasien, penentuan dosis, cara dan pemberian, harga obat, pemberian informasi yang sesuai dan kewaspadaan efek samping. Tujuan untuk penggunaan obat yang rasional agar dapat menjamin pasien mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhannya (Kemenkes RI 2011).

Antipsikotik adalah obat yang dapat menekan fungsi psikis tertentu tanpa memengaruhi fungsi imun. Obat ini dapat meredakan emosi dan agresi dan dapat pula menghilangkan gangguan jiwa seperti impian buruk dan halusinasi serta menormalisasikan perilaku yang tidak normal. Obat antipsikotik digunakan pada psikosis, misalnya skizofrenia (Tan & Raharja 2015). Antipsikotik merupakan obat yang direkomendasikan untuk pengobatan dan pencegahan skizofrenia.

Mekanisme kerja dari obat-obat antipsikotik adalah menghambat (agak) kuat reseptor dopamin (D2) di sistem limbis otak, dan disamping itu juga menghambat reseptor D1/D2 (α_1 dan α_2) adrenergik, serotonin, muskarinik, dan histamin. Perlu diketahui penyakit skizofrenia adalah pengobatan dengan terapi jangka panjang, Tujuan jangka panjang dari pengobatan skizofrenia yaitu mencegah kekambuhan, pemulihan, peningkatan kepatuhan terhadap terapi dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Rumah Sakit adalah suatu lembaga komunitas yang merupakan instrumen masyarakat, berdasarkan hal tersebut rumah sakit dapat dipandang sebagai suatu struktur terorganisasi yang menggabungkan bersama-sama semua profesi kesehatan, fasilitas diagnosis dan terapi, alat dan perbekalan serta fasilitas fisik kedalam suatu sistem terorganisasi untuk penghantaran pelayanan kesehatan bagi masyarakat (Siregar & Amalia 2012).

Rekam Medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Siregar & Amalia 2012).

Formularium Rumah Sakit disusun oleh Panitia Farmasi dan Terapi (PFT) atau Komite Farmasi dan Terapi (KFT) rumah sakit berdasarkan DOEN dan disempurnakan dengan mempertimbangkan obat lain yang terbukti secara ilmiah dibutuhkan untuk pelayanan di rumah sakit tersebut. Penyusunan Formularium Rumah Sakit juga mengacu pada pedoman pengobatan yang berlaku (Depkes 2008).

Rancangan penelitian ini menggunakan metode deskriptif, maka hasil dari analisis penggunaan obat antipsikotik pada pasien skizofrenia dapat diketahui baik meliputi profil penggunaan obat serta ketepatan penggunaan antipsikotik meliputi tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat frekuensi pemberian dan tepat cara pemberian.

I. Keterangan Empirik

1. Profil penggunaan obat antipsikotik pada pengobatan pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017 meliputi

golongan tipikal yang terdiri dari Klorpromazin, Derivat Butirofenon terdiri dari Haloperidol dan golongan atipikal terdiri dari Klozapin, Risperidon, Quetiapin.

2. Penggunaan obat antipsikotik di Rumah Sakit jiwa Daerah Surakarta tahun 2017 sudah sesuai dengan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia berdasarkan tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat frekuensi pemberian dan tepat cara pemberian.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian mengenai evaluasi penggunaan obat antipsikotik pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017 merupakan jenis penelitian non eksperimental dengan rancangan deskriptif dan menggunakan data retrospektif.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian non eksperimental karena tidak adanya perlakuan terhadap subjek uji. Penelitian ini menggunakan data retrospektif karena data yang diambil menggunakan penelusuran terhadap dokumen yang terdahulu berupa kartu Rekam Medik pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Data Rekam Medik yang diambil merupakan data pasien yang dirawat inap mulai dari 1 Januari 2017 sampai 31 Desember 2017. Waktu penelitian dimulai bulan Mei sampai Juni 2018.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah sekumpulan orang atau objek yang memiliki kesamaan dalam satu hal atau beberapa hal yang membentuk masalah pokok dalam suatu penelitian khusus. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien skizofrenia yang tercantum didalam Rekam Medik yang di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta selama tahun 2017.

2. Sampel

Sampel adalah bagian atau cuplikan tertentu yang diambil dari suatu populasi. Sampel dalam penelitian ini adalah data Rekam Medik pasien

skizofrenia yang memenuhi kriteria inklusi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017.

2.1 Kriteria inklusi. Kriteria inklusi adalah kriteria dimana subjek peneliti dapat mewakili dalam sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel. Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu:

- a. Pasien skizofrenia yang berumur 18-45 tahun.
- b. Pasien skizofrenia yang diterapi menggunakan obat antipsikotik.
- c. Pasien dengan diagnosis skizofrenia yang menjalani rawat inap tahun 2017.
- d. Pasien yang baru pertama kali dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.
- e. Pasien tidak memiliki penyakit penyerta.
- f. Pasien dengan data Rekam Medik yang lengkap (nama pasien, nomor rekam medik, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, lama rawat inap, diagnosis penyakit, pengobatan (nama obat, golongan obat, bentuk sediaan obat, frekuensi pemberian obat) dan data pemeriksaan laboratorium (SGOT, SGPT dan gula darah).

2.2 Kriteria eksklusi. Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek peneliti tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian. Pasien yang memenuhi kriteria eksklusi pada penelitian ini yaitu pasien dengan status pulang paksa dan meninggal.

D. Alat dan Bahan

1. Alat

Alat yang digunakan dalam penelitian adalah formulir pengambilan data yang dirancang sesuai dengan kebutuhan penelitian, seperti alat tulis untuk mencatat, buku pustaka dan jurnal penelitian.

2. Bahan

Bahan yang digunakan adalah Rekam Medik (*medical record*) pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017. Data yang dicatat pada lembar pengumpulan data meliputi nama pasien, nomor rekam medik, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, lama rawat inap, diagnosis penyakit,

pengobatan (nama obat, golongan obat, bentuk sediaan obat, frekuensi pemberian obat) dan data pemeriksaan laboratorium (SGOT, SGPT dan gula darah).

E. Teknik Sampling dan Jenis data

1. Teknik Sampling

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode *purposive sampling* yaitu dengan cara mengambil data setiap pasien yang memenuhi kriteria inklusi.

2. Jenis Data

Jenis data yang digunakan adalah jenis data sekunder yaitu data yang diperoleh dari Rekam Medik pasien yang berisi informasi tentang nama pasien, nomor rekam medik, jenis kelamin, usia, pendidikan, pekerjaan, lama rawat inap, diagnosis penyakit, pengobatan (nama obat, golongan obat, bentuk sediaan obat, frekuensi pemberian obat) dan data pemeriksaan laboratorium (SGOT, SGPT dan gula darah).

F. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas

Pada penelitian ini variabel bebas berupa penggunaan obat antipsikotik pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

2. Variabel terikat

Pada penelitian ini variabel terikat berupa kesesuaian penggunaan antipsikotik pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017 dengan kategori tepat obat, tepat dosis, tepat indikasi, tepat pasien, tepat cara pemberian dan tepat frekuensi pemberian berdasarkan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia.

G. Definisi Operasional Variabel

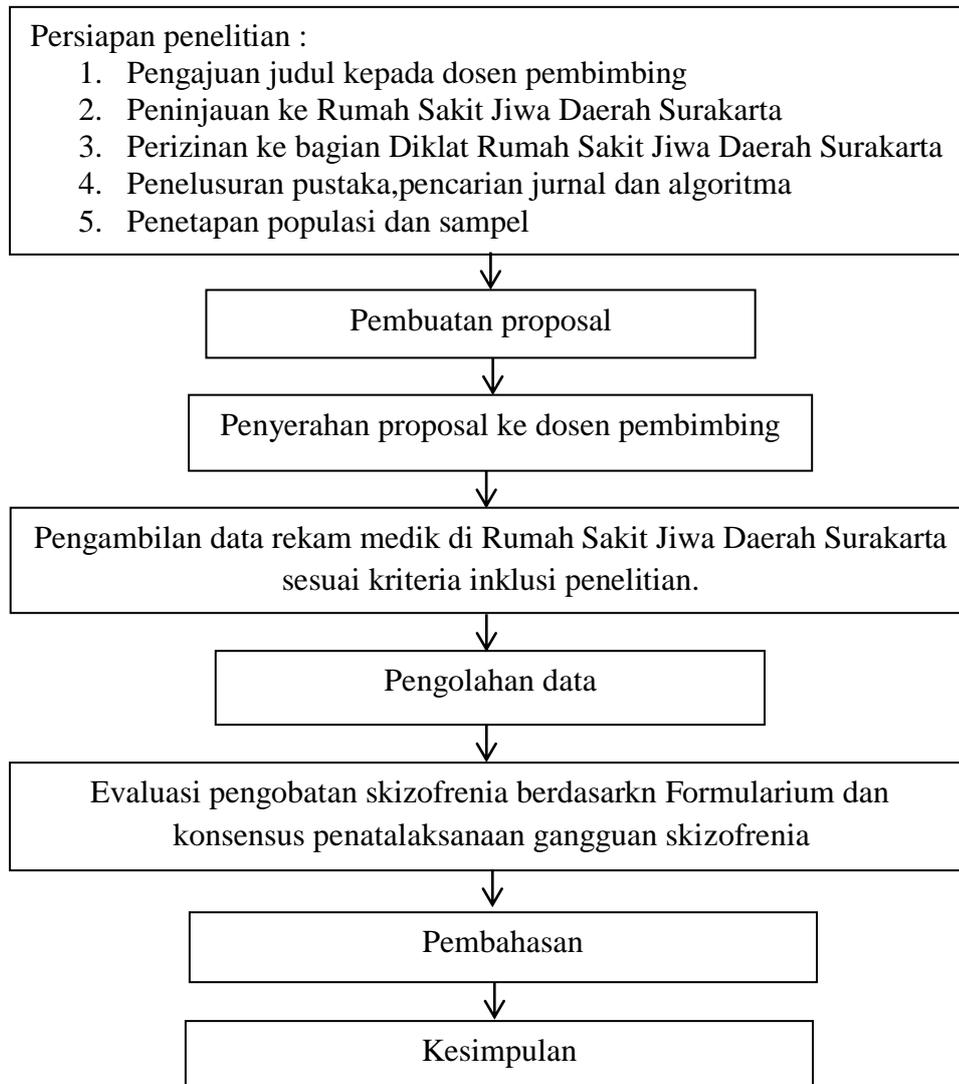
1. Pasien skizofrenia merupakan pasien yang didiagnosis skizofrenia dengan obat antipsikotik yang dirawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017.

2. Evaluasi penggunaan obat antipsikotik adalah evaluasi penggunaan obat antipsikotik berdasarkan tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, tepat frekuensi pemberian dan tepat cara pemberian pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017 berdasarkan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia.
3. Terapi Antipsikotik merupakan penggunaan obat antipsikotik yang efektif sesuai dengan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia yang digunakan pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017.
4. Tepat indikasi yaitu pasien diberikan obat dengan indikasi yang benar sesuai diagnosis skizofrenia. Diagnosis skizofrenia ditentukan oleh dokter berdasarkan gejala penyakit antara lain gejala positif dan gejala negatif serta hasil pemeriksaan berupa SGOT, SGPT dan Gula Darah sehingga memerlukan terapi obat antipsikotik yang sesuai Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia yang digunakan pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017.
5. Tepat obat yaitu pemilihan obat dengan mempertimbangkan keefektifan, keamanan, kecocokan obat dengan pasien, ketepatan terapi obat berdasarkan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia yang digunakan pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017.
6. Tepat dosis yaitu dosis obat yang digunakan sesuai terapi obat tersebut berdasarkan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia yang digunakan pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017.
7. Tepat cara pemberian yaitu cara pemberian obat yang sesuai dengan kondisi klinis pasien berdasarkan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta

dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia yang digunakan pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017.

8. Tepat frekuensi pemberian obat yaitu pemberian obat yang sesuai dengan waktu pemberian pasien berdasarkan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia yang digunakan pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017.

H. Jalannya Penelitian



Gambar 3. Jalannya penelitian

B. Analisis Data

1. Data karakteristik pasien yang mencakup jenis kelamin, usia, pekerjaan, gejala, tipe skizofrenia, lama rawat inap diolah menjadi bentuk tabel yang menyajikan jumlah dan persentase.
2. Data pemakaian obat antipsikotik yang diolah menjadi bentuk tabel yang menyajikan jumlah dan persentase.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Pasien

Data Rekam Medik yang diperoleh dari Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017 diperoleh data keseluruhan 1.236 pasien. Berdasarkan kriteria inklusi yang meliputi pasien rawat inap dengan diagnosis skizofrenia tanpa penyakit penyerta, yang diterapi menggunakan obat antipsikotik dengan Rekam Medik yang lengkap, dan merupakan pasien baru yang menjalani pengobatan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta pada tahun 2017. Jumlah pasien yang memenuhi kriteria inklusi adalah 346 pasien dan dipersempit menggunakan rumus *Isaac dan Michael* menjadi 120 pasien (lampiran 2).

1. Jenis kelamin

Pengelompokan pasien berdasarkan jenis kelamin ini bertujuan untuk mengetahui banyaknya penderita skizofrenia berdasarkan jenis kelamin dan juga untuk mengetahui perbandingannya.

Tabel 3. Distribusi Jenis kelamin pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase
Laki-laki	73 pasien	60,8%
Perempuan	47 pasien	39,2%
Total	120 pasien	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 3. menunjukkan distribusi pasien berdasarkan jenis kelamin, dimana jumlah pasien skizofrenia dengan jenis kelamin laki - laki (60,8%) lebih banyak dibanding perempuan (39,2%) dari 120 pasien skizofrenia. Hasil penelitian ini sama dengan yang diteliti Jarut (2013) yang menyatakan laki- laki (66,9%) lebih banyak dibanding perempuan (33,1%) dari total 142 pasien yang menderita skizofrenia.

Skizofrenia banyak dijumpai pada laki laki karena laki- laki biasanya mempunyai agresifitas sangat tinggi sehingga sulit ditangani jika hanya dirawat di rumah, sedangkan agresifitas perempuan pada pasien skizofrenia masih dapat ditangani oleh keluarga di rumah. Hal ini juga sesuai dengan literatur bahwa laki

laki mempunyai onset skizofrenia lebih awal dari pada perempuan dan mengalami pubertas lebih lambat karena suatu tingkat kematangan fungsi otak berpengaruh pada tingkat kerentanan seseorang dalam jiwanya (Kaplan 2010).

2. Usia

Pengelompokan pasien berdasarkan usia bertujuan untuk mengetahui pada usia berapa biasanya penyakit skizofrenia itu lebih sering terjadi. Subjek dikelompokkan menjadi 3 kelompok yaitu subjek usia 17-25 tahun, usia 26-35 tahun, dan usia 36-45 tahun.

Tabel 4. Distribusi usia pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

Umur	Jumlah	Persentase (%)
17 – 25	11 pasien	9,2 %
26 – 35	67 pasien	55,8 %
36 – 45	42 pasien	35,0%
Jumlah	120	100%

Sumber : data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 4. menunjukkan bahwa pasien skizofrenia paling banyak terjadi pada usia antara 26 sampai 35 tahun yaitu sebanyak 67 pasien (55,8%). Urutan kedua terjadi pada usia 36 sampai 45 tahun yaitu 42 pasien (35,0%). Pasien dengan usia 17-25 tahun pada penelitian ini sebanyak 11 pasien (9,2%). Usia yang terbanyak pada pasien berjenis kelamin laki-laki maupun perempuan adalah yang berusia antara 26-35 tahun, hal ini disebabkan pada usia dewasa awal terdapat faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi perkembangan emosional, sedangkan pada usia tua lebih banyak dipengaruhi oleh faktor biologi pasien (Kaplan 2010). Oleh karena itu, skizofrenia yang muncul pada usia dewasa awal dapat mengurangi kualitas hidup penderitanya.

Hal ini tidak berarti usia pada penelitian ini mempengaruhi skizofrenia karena usia pasien diambil ketika pasien masuk rumah sakit sehingga peneliti tidak mengetahui sejak kapan sebenarnya pasien mulai menderita skizofrenia.

3. Pekerjaan

Pengelompokan pasien berdasarkan pekerjaan bertujuan untuk mengetahui pekerjaan pasien skizofrenia. Subjek dikelompokkan menjadi 4 kelompok yaitu Wiraswasta, Pegawai Negeri Sipil (PNS), Buruh, serta tidak bekerja.

Tabel 5. Distribusi pekerjaan pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

Pekerjaan	Jumlah	Persentase
Wiraswata	31	25,8%
PNS	3	2,5%
Buruh	16	13,3%
Pelajar	2	1,7%
Tidak bekerja	68	56,7%
	120	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 5. menunjukkan distribusi pekerjaan pasien yang terbanyak adalah tidak bekerja yaitu 68 pasien(56,7%), hal ini kemungkinan disebabkan motivasi diri yang kurang karena adanya gejala negatif yang mendasarinya, diskriminasi pada penyandang gangguan jiwa menghalangi mereka untuk berintegrasi ke dalam masyarakat, karena sering mendapatkan ejekan, serta isolasi sosial dan ekonomi. Oleh karena itu, faktor ini membatasi hak berpendapat dan hak memperoleh pekerjaan (Saperstein *et al.* 2011)

4. Gejala

Pengelompokan pasien berdasarkan gejala bertujuan untuk mengetahui penyebab terjadinya penyakit skizofrenia pada pasien skizofrenia yang dirawat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017. Gejala yang terjadi ada gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif meliputi waham, perilaku halusinasi dan inkohersi, sedangkan gejala negatif meliputi efek tumpul, alogia dan perilaku penarikan diri.

Tabel 6. Distribusi gejala pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

Gejala	Jumlah	Persentase	Total
Gejala Positif			65,1%
1. Waham	64	18,6%	
2. Halusinasi	103	29,4%	
3. Inkoherensi	60	17,1%	
Gejala Negatif			34,9%
1. Afek Datar	64	18,6%	
2. Alogia	35	10,0%	
3. Penarikan diri	22	6,3%	
Jumlah	350	100%	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 6. Menunjukkan distribusi gejala skizofrenia yang paling banyak adalah gejala positif (65,1%). Gangguan skizofrenia ditandai dengan gejala-gejala positif seperti pembicaraan kacau (inkoherensi), halusinasi, waham, gangguan

kognitif dan persepsi. Gejala-gejala negatif seperti menurunnya minat dan dorongan, berkurangnya keinginan bicara dan miskinnya isi pembicaraan (alogia), afek yang datar serta terganggu relasi personal (isolasi sosial). Gejala positif berarti bertambahnya kemunculan suatu tingkah laku dalam kadar yang berlebihan dan menunjukkan penyimpangan dari fungsi psikosis normal (Arif 2006). Menurut Hawari (2007) gejala positif skizofrenia merupakan gambaran gangguan jiwa skizofrenia yang mencolok dan amat mengganggu lingkungan atau keluarga dan merupakan salah satu motivasi keluarga untuk membawa penderita berobat. Halusinasi merupakan gejala positif yang paling banyak ditemukan di RSJD Surakarta tahun 2017 yaitu sebanyak 29,4%.

Menurut Maramis (2009) gangguan jiwa berat adalah skizofrenia. Dari seluruh pasien skizofrenia, gejala yang mendominasi adalah halusinasi. Halusinasi yaitu persepsi sensorik yang salah di mana tidak terdapat stimulus sensorik yang berkaitan dengannya dengan wujud penginderaan yang keliru (Arif 2006). Halusinasi juga merupakan salah satu gejala psikotik yang merupakan kriteria diagnostik skizofrenia sehingga gejala ini mendominasi dari gejala lainnya. Afek tumpul merupakan gejala negatif yang banyak ditemukan di RSJD Surakarta tahun 2017 yaitu 18,6%. Afek tumpul atau alam perasaan yang datar merupakan gambaran alam perasaan yang dapat terlihat dari wajahnya yang tidak menunjukkan ekspresi (Hawari 2009).

5. Tipe skizofrenia

Pengelompokan pasien berdasarkan jenis skizofrenia bertujuan untuk mengetahui jenis skizofrenia apa saja yang sering ada di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.

Tabel 7. Distribusi tipe skizofrenia pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

Tipe	Jumlah	Persentase
Skizofrenia paranoid	32 Pasien	26,7%
Skizofrenia katatonik	9 pasien	7,5%
Skizofrenia hebefrenik	5 pasien	4,1%
Skizofrenia tipe depresi	13 pasien	10,8%
Skizofrenia tak terinci	57 pasien	47,5%
Skizofrenia Lainnya	4 pasien	3,4%
Jumlah	120 pasien	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 7. menunjukkan distribusi tipe-tipe skizofrenia pasien skizofrenia yang terbanyak di RSJD Surakarta selama tahun 2017 adalah skizofrenia tak terinci dengan 57 pasien (47,5%), kemudian diikuti dengan jenis Skizofrenia paranoid sebanyak 32 pasien (26,7%). Urutan ketiga terdapat jenis Skizofrenia tipe depresif dengan 13 pasien (10,8 %), kemudian diikuti dengan tipe – tipe jenis skizofrenia yang lain seperti Skizofrenia Hebrefenik dengan 5 pasien (4,1%), Skizofrenia Katatonik sebanyak 9 pasien (7,5%), dan yang paling sedikit Skizofrenia lainnya hanya 4 pasien (3,4%).

Dari data yang diperoleh telah diketahui bahwa Skizofrenia Tak Terinci merupakan jenis skizofrenia yang paling banyak terdapat di RSJD Surakarta pada tahun 2017. Skizofrenia tak terinci merupakan sejenis skizofrenia dimana gejala-gejala yang muncul sulit untuk digolongkan pada tipe - tipe skizofrenia tertentu (Arif 2006). Gejala-gejala yang muncul pada pasien skizofrenia jenis ini sangat bervariasi, tergantung dari masing-masing latar belakang masalah yang dialami pasien yang menjadi pencetus munculnya gejala. Ada kemungkinan skizofrenia jenis ini yang terbanyak di RSJD Surakarta karena pada usia 25-44 atau bisa dikatakan usia produktif, akan banyak sekali jenis permasalahan yang dihadapi lebih kompleks, dari yang bersifat umum hingga pribadi seperti masalah pada pekerjaan, hubungan dengan lingkungan, pasangan hidup, maupun masalah dengan keluarga (Jarut 2013).

Untuk jenis skizofrenia yang paling sedikit yang terdapat di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta pada tahun 2017 adalah Skizofrenia lainnya yang meliputi skizofrenia simplex, skizofreniform, skizofrenia laten dan skizofrenia afektif. Gejala – gejala yang muncul adalah gangguan pada alam perasaan disertai waham dan halusinasi. Gangguan alam yang menonjol adalah perasaan gembira yang berlebih ataupun kesedihan yang mendalam. Pasien tipe ini juga disebut dengan gelandangan psikotik karena seringkali lepas kendali dan melanggar rambu - rambu moral etika sosial (Hawari 2009).

6. Lama Rawat Inap

Lama rawat inap pasien skizofrenia adalah waktu antara pasien masuk sampai pasien keluar dari Rumah Sakit. Pengelompokan pasien berdasarkan lama

rawat inap bertujuan untuk mengetahui pada umur berapa lama rata – rata rawat inap tiap pasien skizofrenia di Instalasi Rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. Lama pasien menjalani rawat inap berbeda-beda berdasarkan penyakit yang diderita. Berdasarkan penelitian (Fahrul 2014) lama penginapan rata-rata pasien skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta adalah 28 hari, oleh karena itu pada penelitian ini distribusi pasien berdasarkan lama rawat inap pada pasien skizofrenia dikelompokkan menjadi dua yaitu <28 hari dan >28 hari.

Tabel 8. Distribusi lama rawat inap pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

Lama rawat inap	Jumlah	Persentase
<28	45 pasien	37,5%
>28	75 pasien	62,5%
Jumlah	120 pasien	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 8. pasien skizofrenia yang membahayakan diri sendiri atau lingkungan sekitarnya diperlukan rawat inap minimal 4 minggu (28 hari). Hasil penelitian menunjukkan pasien yang menjalani rawat inap > 28 hari paling dominan hal ini dikarenakan pengobatan skizofrenia membutuhkan waktu yang lama. Pengobatan biasanya dimulai dari terapi inisial dalam waktu 1 - 3 minggu, terapi pengawasan selama lebih kurang 8-10 minggu dan terapi pemeliharaan diberikan sampai 2 tahun, bila kronis terapi diberikan selama 5 tahun bahkan seumur hidup bila dijumpai riwayat agresifitas berlebih (Amir 2013).

Pasien yang menjalani rawat inap < 28 hari ada 45 pasien (37,5%) karena menurut salah satu dokter spesialis jiwa RSJD Surakarta pasien boleh berobat jalan jika selama perawatan pasien sudah memenuhi kriteria pasien pulang yaitu tenang, kooperatif, perawatan diri cukup, minum obat teratur, makan dan minum teratur.

7. Obat antipsikotik

Obat antipsikotik adalah obat utama yang diberikan bagi pasien skizofrenia. Antipsikotik terbagi menjadi dua golongan, yaitu antipsikotik tipikal dan atipikal. Antipsikotik tipikal memiliki bermacam – macam jenis contoh obatnya, sehingga sangat memudahkan dokter untuk meresepkan obatnya sesuai diagnosa pasien.

Tabel 9. Distribusi penggunaan obat pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

Nama obat	Jumlah	Persentase
Olanzapin	4	1,4%
Risperidon	107	38,5%
Klorpamazin	85	30.6 %
Klozapin	7	2,52%
Iodomer	59	21,2%
Trifuperazin	4	1,4%
Haloperidol	12	4,3%
Jumlah	278 obat	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 9. obat antipsikotik yang digunakan di RSJD Surakarta terbatas jumlahnya, sehingga tidak semua jenis antipsikotik digunakan. Dari penelitian yang dilakukan, dapat diketahui bahwa terapi yang digunakan pasien skizofrenia adalah terapi tunggal dan terapi kombinasi. Data yang diambil dari Rekam Medik RSJD Surakarta Tahun 2017 penggunaan antipsikotik tunggal yang paling banyak digunakan adalah Risperidon.

Penggunaan antipsikotik kombinasi terbanyak di RSJD Surakarta adalah kombinasi antara iodomer, Risperidon, Klorpomazin . Data secara keseluruhan antipsikotik yang digunakan pada pasien skizofrenia di RSJD Surakarta pada tahun 2017 ada 8 jenis antipsikotik, yaitu Risperidon, Klorpomazin , Klozapin, Haloperidol, Trifluoperazine,iodomer (haloperidol cair), dan Olanzapin.

Data yang diperoleh dari Rekam Medik Rumah sakit Jiwa Daerah Surakarta yaitu antipsikotik Risperidon merupakan terapi tunggal yang banyak digunakan. Obat Risperidon termasuk antagonis monoaminergik selektif dengan afinitas tinggi terhadap reseptor serotonergik 5-HT₂ dan dopaminergik D₂, yang diindikasikan untuk terapi skizofrenia baik untuk gejala negatif maupun positif (FKUI 2007). Hasil ini sama dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Jarut (2013) di RS. Prof. V.L RATUMBUYSANG MANADO, dimana antipsikotik terapi tunggal yang paling banyak digunakan adalah Risperidon. Obat Risperidon efektif digunakan untuk mengatasi gejala negatif pada pasien skizofrenia yang sudah mulai stabil kondisi kejiwaanya dan gejala positif yang tampak berkurang, namun mulai beralih kepada munculnya gejala negatif. Pada penggunaan Risperidon efek samping ekstrapiramidal yang muncul umumnya lebih ringan

dibandingkan dengan obat antipsikotik tipikal, sehingga mungkin inilah alasan mengapa Risperidon banyak digunakan (Jarut 2013).

Obat - obat lain yang digunakan yaitu Haloperidol. Haloperidol merupakan derivat butirofenon golongan tipikal, dan bekerja dengan cara memblok reseptor dopaminergik D1 dan D2 di postsinaptik mesolimbik otak. Haloperidol umumnya digunakan untuk mengatasi keadaan mania, atau perilaku kekerasan impulsif yang berbahaya pada pasien skizofrenia (ISFI 2008)..

Klorpomazin merupakan antipsikotik tipikal pertama yang dikembangkan. Obat ini memiliki mekanisme kerja yang memblokir dopamine pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbic dan sistem ekstrapiramidal (dopamine D2 reseptor antagonist) sehingga efektif untuk gejala positif skizofrenia (Maramis 2009). Untuk antipsikotik tipikal lainnya seperti Trifluoperazin (TFP), Pherpenazin, dan Flufenazin, secara umum sama dengan antipsikotik tipikal lainnya, yang bekerja dengan cara memblok banyak dopamin di otak untuk membatasi gejala psikosis, menurunkan level dopamin, dan sistem motorik.

Obat antipsikotik Klozapin, Olanzapin, Aripiprazol, dan Paliperidon adalah antipsikotik atipikal yang digunakan di RSJD Surakarta pada tahun 2017. Klozapin merupakan antipsikotik yang mampu mengatasi sindrom positif, negatif, serta kognitif tanpa menyebabkan gejala ekstrapiramidal, dan digunakan sebagai pilihan pertama untuk menangani pasien dengan kasus depresi berat dan keinginan bunuh diri (Fatemi & Folsom 2009). Klozapin dan Olanzapin merupakan antipsikotik golongan dibenzodiazepin. Klozapin merupakan obat efektif, aksinya cepat, merupakan antipsikotik dengan spektrum luas baik pada pasien skizofrenia terkontrol maupun tidak terkontrol. Klozapin digunakan untuk pasien yang parah dan gagal merespon terapi antipsikotik yang memadai (Tan dan Rahardja 2007).

Klozapin merupakan pengeblokir yang lemah terhadap dopamin D1 dan D2, tetapi memblokir reseptor D1-D5, Klozapin juga memblokir reseptor serotonin 2, alfa adrenergik, histamin H1, dan kolinergik (Fuller and Sajatovic 2002). Kekurangan yang muncul dari penggunaan Klozapin adalah dari segi *Cost* –

effective. Harga dari Klozapin sendiri cukuplah mahal dibanding dengan antipsikotik lainnya, mengingat terapi antipsikotik pada pasien skizofrenia merupakan terapi jangka panjang sehingga Klozapin bukan sebagai antipsikotik terbanyak yang digunakan di RSJD Surakarta.

Aripiprazol merupakan agonis parsial dopamin yang efektif untuk gejala negatif dan neurokognitif, dengan resiko efek samping yang lebih rendah. Sampai saat ini mekanisme obat ini masih belum jelas, sehingga tidak spesifik untuk skizofrenia jenis apa seperti antipsikotik tipikal lainnya (Reverger 2012).

Pengobatan pasien skizofrenia dengan terapi tunggal terkadang menimbulkan ketidakberhasilan dalam pengobatan, oleh karena itu pengobatan dengan terapi kombinasi sering digunakan. Tujuan dari terapi kombinasi pada pengobatan pasien skizofrenia ialah meningkatkan efektivitas antipsikotik, serta mengurangi resiko efek samping pada kombinasi tertentu. Antipsikotik kombinasi yang paling banyak digunakan di RSJD Surakarta ialah kombinasi antara iodomer, Risperidon, Klorpomazin.

Algoritma terapi pengobatan skizofrenia, kombinasi penggunaan Iodomer Klorpomazin, Risperidon sudah sesuai mengikuti aturan algoritma tahap 6. Pada algoritma terapi tahap 6 disebutkan bahwa dilakukan terapi kombinasi dengan penggunaan antipsikotik tipikal dan atipikal, atau antipsikotik tipikal dengan tipikal serta ditambahkan obat-obat agen lainnya atau obat penunjang, seperti *mood stabilizer*, antidepresan, antiparkinson.

Kombinasi obat Klorpomazin dan Haloperidol (HLP) juga digunakan untuk mengatasi sindrom positif, dimana pada pasien skizofrenia yang menjalani rawat inap cenderung mengalami gejala positif yang buruk. Selain indikasi sebagai antipsikotik Klorpomazin juga dapat memperkuat efek analgetik, sehingga dapat membuat pasien lebih acuh tak acuh pada rasa nyeri (Tan & Raharja 2007).

Penggunaan Klorpomazin dan Haloperidol (HLP) dalam jangka panjang perlu diperhatikan karena dapat menimbulkan efek samping ekstrapiramidal dan sindrom parkinson. Biasanya untuk mengatasi masalah efek samping tersebut maka ditambahkan *adjunctive drug* (Obat adjuvant). Tujuan dari penambahan

obat adjuvant adalah untuk menghindari terjadinya gejala ekstrapiramidal yang berpotensi tinggi terjadi pada pasien yang diterapi dengan menggunakan antipsikotik, khususnya antipsikotik tipikal (FKUI 2007).

Secara garis besar dapat kita lihat penggunaan obat antipsikotik berdasarkan golongannya seperti tabel dibawah ini :

Tabel 10. Distribusi penggunaan obat berdasarkan golongan pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

Kategori golongan obat	Jumlah	Persentase
Tipikal	14 pasien	11,7%
Atipikal	33 pasien	27,5%
Tipikal atipikal	73 pasien	60,8%
Jumlah	120 pasien	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 10. menunjukkan Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa daerah Surakarta dapat diketahui bahwa penggunaan golongan obat yang banyak digunakan adalah kombinasi antara antipsikotik atipikal dan tipikal sebanyak 73 resep (60,8%). Pada penggunaan antipsikotik terbanyak kedua ialah antipsikotik golongan atipikal sebanyak 33 resep (27,5 %). Pada urutan terakhir dimana penggunaan antipsikotik golongan tipikal merupakan yang paling sedikit digunakan, yaitu sebanyak 14 resep (11,7%)

Obat antipsikotik kombinasi golongan tipikal dan atipikal menjadi yang terbanyak digunakan di RSJD Surakarta tahun 2017. Tujuan dari penggunaan kombinasi ini adalah untuk mengobati atau mengurangi gejala positif dan negatif yang ada pada penderita karena obat dengan golongan tipikal umumnya hanya merespon pada gejala positif oleh sebab itu dikombinasikan dengan obat golongan atipikal. Golongan antipsikotik atipikal efektif untuk memblok serotonin juga untuk mengatasi gejala positif dan negatif (Tan & Raharja 2007).

Penggunaan Obat antipsikotik kedua terbanyak adalah antipsikotik golongan atipikal. Antipsikotik atipikal saat ini telah menjadi pilihan pertama dalam pengobatan skizofrenia, karena mekanisme kerja dari obat ini melalui interaksi antar serotonin dan dopamine ke 4 jalur dopamine di otak. Hal ini yang menyebabkan efek samping ekstrapiramidal yang lebih rendah dan sangat efektif untuk mengatasi gejala negatif (Sinaga 2007).

Penggunaan yang paling sedikit digunakan adalah antipsikotik tipikal tunggal maupun kombinasi. Cara kerja dari antipsikotik tipikal ialah menurunkan hiperaktivitas dopamin di jalur mesolimbik, sehingga menyebabkan gejala positif menurun. Kelemahan penggunaan antipsikotik tipikal adalah mudahnya muncul efek samping ekstrapiramidal dan *tardive dyskinesia*, serta sering menyebabkan terjadinya kekambuhan (Sinaga 2007). Antipsikotik tipikal juga memiliki tempat dalam manajemen psikosis, antara lain untuk pasien yang kurang mampu atau pada keadaan dimana pasien tersebut sudah stabil dengan antipsikotik tersebut dengan efek samping yang masih diterima oleh pasien skizofrenia (Jarut 2013).

8. Keadaan Pulang

Keadaan pulang pasien skizofrenia meliputi keterangan pasien pulang dalam keadaan membaik berdasarkan gejala yang dialami oleh pasien.

Tabel 11. Distribusi keadaan pulang pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017

No	Hasil	Jumlah	Persentase
1	Membaik	120	100%
2	Tidak membaik	0	0
	Total	120	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 11. menunjukkan bahwa semua pasien yang pulang dikatakan membaik, meskipun masih perlu berobat jalan. Hal ini disebabkan karena gejala skizofrenia dapat kambuh apabila putus obat secara tiba-tiba. Terapi pengobatan skizofrenia juga membutuhkan waktu yang lama sehingga berobat jalan berguna untuk meminimalisir pelayanan medis di rumah sakit dan pemulihan dapat dilakukan sendiri di rumah dengan bantuan keluarga dan mengontrol kesehatan pasien ke rumah sakit secara rutin.

B. Evaluasi Penggunaan Obat Antipsikotik

1. Tepat Indikasi

Tepat indikasi merupakan obat yang diberikan harus sesuai dengan diagnosa penyakit skizofrenia yang ditentukan oleh dokter berdasarkan gejala klinis pada pasien. Jika diagnosis yang ditegakkan tidak sesuai maka obat yang digunakan juga tidak memberikan efek yang diinginkan.

Tabel 12. Distribusi tepat indikasi penggunaan obat pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017

No	Hasil	Jumlah	Persentase
1	Tepat indikasi	120	100%
2	Tidak tepat indikasi	0	0
Total		120	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 12. menunjukkan semua pasien skizofrenia mendapat terapi antipsikotik. Hal tersebut menunjukkan bahwa pengobatan pasien skizofrenia di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta pada tahun 2017 adalah tepat indikasi sebanyak 120 pasien (100%).

Klasifikasi skizofrenia meliputi skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia tak terinci, skizofrenia katatonik, skizofrenia residual, dan skizofrenia lainnya. Berdasarkan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa menyatakan bahwa gejala skizofrenia paranoid yang menonjol waham dan halusinasi, skizofrenia hebefrenik yang menonjol yaitu efek tumpul, tidak serasi, proses pikir asosiasi longgar hingga inkoherensi, waham tak sistematis, disertai perilaku disorganisasi, skizofrenia katatonik yang menonjol yaitu gejala stupor katatonik atau mutisme, negativistik katatonik, skizofrenia tak terinci mempunyai gejala waham halusinasi dan gejala psikotik aktif yang menonjol sehingga tidak dapat digolongkan secara spesifik, skizofrenia residual yang menonjol penarikan diri secara sosial, afek datar, pikiran tak logis (Muslim 2003).

2. Tepat Obat

Tepat obat merupakan pemilihan obat yang harus mempunyai efek terapi sesuai dengan penyakitnya dengan mempertimbangkan keefektifan, keamanan, kecocokan obat bagi pasien, serta ada dalam daftar pengobatan yang direkomendasikan untuk menjadi pembanding dalam mengevaluasi ketepatan obat antipsikotik pada pasien skizofrenia.

Tabel 13. Distribusi tepat obat pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

No	Hasil	Jumlah	Persentase
1	Tepat obat	113	94,2 %
2	Tidak tepat obat	7	5,8%
Total		120	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 13. menunjukkan pemilihan obat dan kombinasi antipsikotik pada pasien skizofrenia yang tepat obat sebesar 94,2% dan yang tidak tepat obat sebesar 5,8% dari 120 resep.

Pemberian klopazin dianggap tidak tepat karena gejala pasien tidak ada yang ingin bunuh diri. Klopazin merupakan antipsikotik yang mampu mengatasi sindrom positif, negatif, serta kognitif tanpa menyebabkan gejala ekstrapiramidal, dan digunakan sebagai pilihan pertama untuk menangani pasien dengan kasus depresi berat dan keinginan bunuh diri (Fatemi & Folsom 2009). Klopazin merupakan antipsikotik golongan dibenzodiazepin. Klopazin merupakan obat efektif, aksinya cepat, merupakan antipsikotik dengan spectrum luas baik pada pasien skizofrenia terkontrol maupun tidak terkontrol. Klopazin digunakan untuk pasien skizofrenia yang parah dan gagal merespon terapi antipsikotik yang memadai (Tan dan Rahardja 2007).

Pemilihan obat antipsikotik dipengaruhi oleh tingkat sedasi yang diinginkan dan kerentanan pasien terhadap efek samping ekstrapiramidal. Bagaimanapun perbedaan antara obat antipsikotik merupakan hal yang tidak begitu penting dibanding respon pasien terhadap obat. Selain medikasi antipsikotik dari pengobatan skizofrenia, intervensi psikososial dapat memperkuat perbaikan klinis seperti dukungan keluarga dan terapi spiritual.

3. Tepat Pasien

Tepat pasien jika penggunaan obat antipsikotik sesuai dengan kondisi fisiologi dan patofisiologi pasien atau tidak adanya kontraindikasi dengan pasien dan tidak terdapat riwayat alergi.

Tabel 14. Distribusi tepat pasien pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017

No	Hasil	Jumlah	Persentase
1	Tepat pasien	120	100%
2	Tidak tepat pasien	0	0
	Total	120	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 14. menunjukkan bahwa pengobatan pasien skizofrenia di instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta pada tahun 2017 adalah tepat pasien yaitu 100% memenuhi kriteria tepat pasien dengan jumlah 120 pasien. Hal

ini dibuktikan bahwa pada kartu rekam medik tidak ada riwayat penyakit yang tertulis terhadap pasien. Sudah sesuai dengan kondisi fisiologi dan patologis pasien atau tidak ada kontraindikasi. Hasil tersebut dievaluasi menggunakan konsensus penatalaksanaan skizofrenia.

4. Tepat dosis

Tepat dosis merupakan kesesuaian pemberian dosis terapi yang dibutuhkan oleh pasien skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

Tabel 15. Distribusi tepat dosis pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

No	Hasil	Jumlah	Persentase
1	Tepat dosis	116	96,7%
2	Tidak tepat dosis	4	3,3%
	Total	120	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun (2018)

Tabel 15. menunjukkan distribusi tepat dosis antipsikotik pada pasien skizofrenia, dari hasil penelitian didapatkan tepat dosis sebesar 96,7% dan tidak tepat sebesar 3,3% dari 120 pasien berdasarkan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Skizofrenia. Tepat dosis adalah dosis yang berada dalam area terapi obat antipsikotik dan kesesuaian dosis tersebut berdasarkan kondisi pasien. Menurut Maharani (2004) dosis obat antipsikotik pada pasien skizofrenia dimulai dengan dosis yang rendah lalu perlahan-lahan dinaikkan, dapat juga langsung diberi dosis tinggi tergantung pada keadaan pasien dan kemungkinan terjadi efek samping. Hasil penelitian didapatkan 4 pasien dengan dosis yang kurang. Pasien no 18 dan 52 dikatakan tidak tepat dosis karena pemberian dosis Klozapin yang kurang yaitu 12,5mg/hari yang rentang dosis 25-50mg/hari. Pasien no 24 dan 116 juga dikatakan tidak tepat karena pemberian Klorpmazin yang hanya diberikan setengahnya yaitu 50mg/hari, sedangkan dosis terapinya 100-200/hari.

Apabila dosis kurang dari dosis terapeutiknya kemungkinan efek yang diinginkan tidak muncul. Pada pengobatan skizofrenia jika efek yang diinginkan tidak muncul maka gejala-gejala tidak dapat ditekan sehingga pengobatan akan percuma karena tujuan dan sasaran terapi tidak akan tercapai. Apabila terjadi

pemberian dosis antipsikotik berlebih, pada penggunaan jangka panjang dapat mengakibatkan kerusakan pada organ hati dan ginjal serta menambah risiko efek samping obat (Maharani 2004).

5. Tepat Frekuensi

Frekuensi pemberian akan berkaitan dengan kadar obat dalam darah yang menghasilkan efek terapi.

Tabel 16. Distribusi tepat frekuensi pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

No	Hasil	Jumlah	Persentase
1	Tepat frekuensi	116	96,7 %
2	Tidak tepat frekuensi	4	3,3 %
	Total	120	100%

Sumber : Data sekunder yang diolah tahun 2018

Tabel 16. menunjukkan distribusi ketepatan frekuensi pemberian antipsikotik pada pasien skizofrenia, dari hasil penelitian didapatkan tepat frekuensi pemberian antipsikotik sebesar 96,7% dan tidak tepat sebesar 3,3 % dari 120 resep. Penentuan frekuensi pemberian obat dengan fungsi organ normal dapat ditentukan dengan melihat nilai waktu paruh ($t_{1/2}$) obat. Waktu paruh haloperidol 12 jam, sehingga cukup diberikan 2 kali sehari. Waktu paruh ($t_{1/2}$) Klorpromazin adalah 16-37 jam, klorpromazin dapat diberikan dosis awal 30-75 mg 3 kali sehari namun untuk dosis pemeliharaan diberikan 100 mg 1 kali sehari. waktu paruh ($t_{1/2}$) Klozapin adalah 12 jam (antara 10-16 jam). Sehingga Klozapin cukup diberikan 2 kali sehari agar dapat mempertahankan kadar obat dalam plasma. Waktu paruh Olanzapin 31 jam, kadar puncak plasma dicapai 5 jam pemberian Olanzapin dengan satu kali dosis (Amir 2013).

Obat antipsikotik sering diberikan dalam dosis harian yang terbagi dan titrasi hingga mencapai dosis efektif. Jika dosis harian efektif pasien telah diketahui, obat dapat diberikan tidak terlalu sering. Dosis sekali sehari, biasanya pada malam hari, dapat bermanfaat bagi kebanyakan pasien selama menjalani terapi rumatan jangka panjang. Penyederhanaan jadwal dosis akan meningkatkan kepatuhan pasien. Kebanyakan antipsikotik sangat larut lemak dan terikat protein (Klorpromazin 92-97%; Haloperidol 90%). Antipsikotik merupakan lipofilik sehingga terkumpul dalam kompartemen lipid tubuh dan afinitasnya terhadap

beberapa reseptor neurotransmitter disusunan saraf pusat sangat tinggi, durasi kerja klinisnya lebih lama dari yang diperkirakan berdasarkan waktu paruh plasmanya. Oleh karena itu, reseptor dopamin D2 di otak pun lebih lama ditempati. Metabolit Klorpromazin diekskresikan dalam urin berminggu-minggu sesudah dosis terakhir pemberian Klorpromazin menahun (Katzung 2012).

Frekuensi pemberian obat merupakan penentu dalam memaksimalkan proses terapi obat, karena menentukan efek biologis suatu obat seperti absorpsi, kecepatan absorpsi dan bioavailabilitas (total obat yang dapat diserap), cepat atau lambatnya obat mulai bekerja (*onset of action*), lamanya obat bekerja (*duration of action*), intensitas kerja obat, respons farmakologik yang dicapai serta dosis yang tepat untuk memberikan respons tertentu.

6. Tepat Cara Pemberian Obat

Cara pemberian yang tepat harus mempertimbangkan keamanan dan kondisi pasien. Hal ini juga akan berpengaruh pada bentuk sediaan dan saat pemberian obat.

Tabel 17. Distribusi cara pemberian obat pada pasien skizofrenia yang dirawat inap di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017.

No	Hasil	Jumlah	Persentase
1	Tepat cara pemberian obat	120	100%
2	Tidak tepat cara pemberian obat	0	0
Total		120	100%

Sumber : Data Sekunder yang diolah tahun 2018

Tabel 17. Menunjukkan bahwa cara pemberian antipsikotik pasien skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017 adalah 120 pasien (100%) tepat cara pemberian antipsikotik dalam pengobatan. Ketepatan cara pemberian dalam penggunaan antipsikotik pada semua pasien sudah tepat dan sesuai dengan *Formularium Rumah sakit Jiwa Daerah Surakarta* (2016) yaitu diberikan melalui cara pemberian secara oral dan intravena.

Cara pemberian melalui intravena merupakan cara pilihan untuk mendapatkan cara kerja obat yang lebih cepat serta hilangnya gejala yang segera dipertimbangkan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh 120 sampel pasien skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017 yang memenuhi kriteria inklusi, maka dapat disimpulkan bahwa :

1. Profil penggunaan antipsikotik yang digunakan pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017 adalah Risperidon, Iodomer, Klorpamazin, Haloperidol, Olanzapin dan Trifluoperazin. Menurut golongan antipsikotropik yang paling banyak digunakan di Rumah sakit jiwa Daerah Surakarta adalah kombinasi antara golongan tipikal dan atipikal sebanyak 60,8%.
2. Penggunaan antipsikotik pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017 berdasarkan Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Konsensus Penatalaksanaan Skizofrenia didapatkan tepat indikasi sebanyak (100%), tepat obat (94,2%), tepat dosis (96,6%), tepat frekuensi pemberian (96,6%), dan tepat cara pemberian (100%).

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka dapat disarankan sebagai berikut :

1. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan adanya penelitian lebih lanjut mengenai keefektivan biaya obat antipsikotik pada pasien skizofrenia di Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan perlu dilakukan penelitian tentang evaluasi penggunaan obat adjuvan pada skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2017
2. Diharapkan penulisan data rekam medik lebih jelas dan lengkap untuk menghindari kesalahan dalam membaca bagi peneliti berikutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Agus D. 2005. *Difungsi Kognitif pada Skizofrenia*. Jakarta: Majalah Psikiatri.
- Amir N. 2013. *Buku Ajar Psikiatri: Skizofrenia*. Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Arif IS. 2006. *Skizofrenia : Memahami Dinamika Keluarga Pasien*. Bandung: Refika aditama.
- [Depkes RI] Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2008. *Informatorium Obat Nasional Indonesia*. Badan POM RI. Jakarta: Gramedia.
- Dipiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey LM. 2014. *Pharmacotherapy A Pathophysiological Approach* Ninth Edition. United States: The McGraw-hill. Companies inc.
- Elin *et al.* 2008. *ISO Farmakoterapi*. halaman 288-289. Jakarta: Penerbit PT ISFI Penerbitan.
- Fahrul. 2014. *Rasionalitas Penggunaan Antipsikotik pada Pasien Rawat Inap Rumah sakit Jiwa daerah Madani Provinsi Sulawesi Tengah Periode Januari-April 2014*. Jurnal of Natural Science. 3: 18-29.
- [FKUI] Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2010. *Buku Ajar : Psikiatri*. Jakarta : Departement Kedokteran Universitas Indonesia.
- Fuller, A.M., Sajatoviv, M., 2002, *Drug Information Handbook for Psikiatry*. Lexy Comp, Kanada
- Hawari, Dadang. (2009). *Pendekatan Holistik Pada Gangguan Jiwa Skizofrenia*. Jakarta: FKUI.
- Ikawati, Zullies. 2014. *Farmakoterapi Penyakit Sistem Saraf*. Yogyakarta: Bursa Ilmu
- Ingram, IM, Timbury GC, Mowbray R.M. 1995. *Notes On Psychiatry*, Edisi 6. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC. Hal.8.
- Isaac. 2005. *Panduan Belajar Keperawatan Kesehatan Jiwa & Psikiatrik*. Edisi 3. Jakarta : EGC
- Iyus, Yosep. 2007. *Keperawatan Jiwa* Edisi Revisi. Bandung : Refika
- Jarut, Maria Julia. 2013. *Tinjauan Penggunaan Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Prof. Dr. V. L. Ratumbuang Manado Periode*

- Januari 2013-Maret 2013. Jurnal Ilmiah Farmasi-UNSRAT. Pharmacon 2 : 54-57.*
- Kaplan H I. 2010. *Sinopsis Psikiatri : Ilmu Pengetahuan Prilaku Psikiatri Klinis Jilid Satu*. Jakarta : Binarupa Aksara.
- Katzung B. 2012. *Farmakologi Dasar dan Klinik Edisi 10*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- [Kemenkes RI] Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2011. *Modul Penggunaan Obat Rasional*. Jakarta.
- [Kemenkes RI] Kementrian Kesehatan RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar Reskerdas 2013. Indonesia
- Lehman A F., Lieberman J.A., Dixon L.B., 2004. *Practice Guideline for The Treatment of Patients with Schizophrenia*. Second edition. Arlington : American Psychiatric Association
- Maharani, F.R.L. 2004. *Kajian Penggunaan Obat Antipsikosis pada Pasien Skizofrenia di Unit Rawat Inap Rumah Sakit Grhasia Propinsi Daerah Istimewa Yogyakarta Periode Januari-Desember 2003*. Skripsi. Fakultas Farmasi Universitas Sanata Dharma. Yogyakarta
- Maramis W F. 2009. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Edisi ke-2. Surabaya: Penerbit Air Langga University Press.
- Muslim Rusdi. 2003. *Buku Saku Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan jiwa III*. Jakarta : PT Nuh Jaya.
- Nevid JS, Rathus SA, Greene B. 2015. *Psikologi Abnormal*. Edisi kelima. Jakarta : Erlangga.
- [Permenkes RI] Peraturan Menteri Kesehatan RI. 2013. Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis. Indonesia
- [Permenkes RI] Peraturan Menteri Kesehatan RI. 2016. Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. Indonesia
- Reverger, MJ. (2012). *Perbandingan performa fungsi pasien skizofrenia yang mendapat terapi tunggal dengan terapi kombinasi antipsikotik di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo [TESIS]*. Jakarta. Universitas Indonesia.
- RSJD Surakarta Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta. 2014. Pedoman Praktek Klinis Kedokteran Jiwa pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Provinsi Jawa Tengah. Indonesia

- Sadock, Benjamin B. 2003. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. Woltres Kluwer. Philadelphia.
- Sadock, Benjamin B. 2010. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry 10th edition*. Lippincott William & wilknis. USA.
- Santikara Bagus I. 2016. Rasionalitas Penggunaan Antipsikotropik pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta tahun 2015. Surakarta : Fakultas Farmasi, Universitas Setia Budi Surakarta.
- Saperstein, A.M., Fiszdon J.M., Bell, M.D., 2011 , *Intrinsic motivation as a predictor of work outcome after vocational rehabilitation in schizophrenia* J Nerv Ment 199:672
- Sinaga, B.R., 2007, *Skizofrenia dan Diagnosis Banding*. Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Siregar CJP, & Amalia L. 2012. *Farmasi Rumah Sakit Teori dan Penerapan*. Jakarta : EGC
- Stuart GW. 2007. *Buku saku keperawatan jiwa*. Edisi 5. Jakarta: EGC
- Sugiyono. 2007. *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- Swandari S. 2012. *Penggunaan Obat Rasional (POR) Melalui 8 Tepat dan 1 Waspada*. Jakarta: Balai Besar Pelatihan Kesehatan.
- Sylvia, DE. 2010. *Buku Ajar Psikiatri*. Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta.
- Tan HT & Rahardja K. 2007. *Obat-Obat Penting*. Edisi 6. Departemen Kesehatan RI. Jakarata: PT Gramedia.
- Tan HT & Rahardja K. 2015. *Obat-Obat Penting*. Edisi 7. Elex Media Komputindo
- [WHO] *World Health Organization*. 1998. *Sczofrenia and publik Health Nation For Mental Health*
- Wijono Rudy., Nasrun M.W., Damping C.E. 2011. *Gambaran dan Karakteristik Penggunaan Triheksifenidil Pada Pasien Yang Mendapat Terapi Antipsikotik 2013*. [Artikel]. Jakarta: Departemen Psikiatri, Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo, Fakultas Kedokteran, Universitas Indonesia.

L

A

M

P

G

R

A

N

Lampiran 1. Surat Keterangan Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA

Jl. Ki Hajar Dewantara 80-Jebres Kotak Pos 187 Surakarta 57126 Telp. (0271) 641442 Fax. (0271) 648920 E-Mail : rsjd_surakarta@yahoo.com
 E-Mail : rsjdsurakarta@jatengprov.go.id Website : <http://rsjd-surakarta.jatengprov.go.id>

Nomor : 070/1948/03/2018
 Lampiran :
 Perihal : Permohonan Penelitian

Kepada Yth :
Dekan Fakultas Farmasi
Universitas Setia Budi Surakarta
 di.
SURAKARTA

Schubungan dengan surat Saudara tanggal 21 Februari 2018 Nomor.: 2767/A10-4/21.02.18 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan ijin Penelitian kepada :

- NAMA : TRI UTAMI HANDAYANI
- NIM : 20144165A
- INSTITUSI : UNIVERSITAS SETIA BUDI

Jl.Let.Jend Sutoyo - Solo

Untuk melakukan Penelitian dalam menyelesaikan Tugas Skripsi dengan Judul “ **Evaluasi Penggunaan Obat Antipsikotropik pada pasien Skizofrenia di rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta periode 2017** “

Informasi lebih lanjut tentang hal-hal yang bersifat teknis harap berhubungan langsung dengan Subbag Diklitbang RS.Jiwa Daerah Surakarta

Demikian atas perhatian saudara kami diucapkan terimakasih

Surakarta, 07 MAR 2018

An.Direktur RS.Jiwa Daerah Surakarta
 Provinsi Jawa Tengah
 Wakil Direktur Administrasi



Dra. ME.KUSDYAH SRI WINARNI,MM
 Pembina TK.I
 NIP. 19630716 198303 2 009

Lampiran 2. Perhitungan jumlah sampel

Jumlah sampel dalam penelitian dapat dihitung menggunakan rumus menurut isaac dan michael, sebagai berikut

$$s = \frac{\lambda^2 \cdot N \cdot P \cdot Q}{d^2(N-1) + \lambda^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$s = \frac{1,841 \cdot 346 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2(346-1) + 1,841 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$s = \frac{159,2465}{0,8625 + 0,46025}$$

$$s = \frac{159,2465}{1,32275}$$

$$= 120,39$$

$$= 120 \text{ pasien.}$$

Keterangan:

s = jumlah sampel

N = Jumlah populasi (346)

λ^2 = Tabel nilai chi-square dengan tingkat kepercayaan 0,95 (nilai = 1,841)

$P = Q = 0,5$ (50%) merupakan proporsi populasi

d = Tingkat akurasi = 0,05 (Sugiyono 2010)

Lampiran 3. Formularium Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta



KELOMPOK OBAT PSIKOTROPIKA

FORMULARIUM RS. JIWA DAERAH SURAKARTA Edisi Tahun 2016

NO	GOLONGAN	EFEK	NAMA GENERIK	DOSIS TERAPI / HARI	KEMASAN	CARA PAKAI
I A 1	OBAT PSIKO-TROPIKA Anti Psikotik Anti psikotik Konvensional	a. Sedatif Kuat b. Sedatif Lemah c. Khasiat Panjang	1. Klorpromazina 1. Pherpenazina 2. Fluphenazina 3. Trifluoperazina 4. Haloperidol 1. Fluphenazine Decanoat 2. Haloperidol Decanoat 3. Paliperidone	300 - 1200 mg 8 - 32 mg 2 - 20 mg 2 - 20 mg 2 - 20 mg 5 mg 10 - 30 tetes/hr 12,5-50 mg/4mg 50 - 100 mg 6 mg	25;100 mg 25mg / ml 4 mg; 8 mg 4 mg 2 mg;4 mg;8 mg 2,5 mg; 5 mg 5 mg 1 mg ; 5 mg 0,5mg;1,5mg;5mg 5 mg 2 mg ;5 mg 5 mg / cc 0,1 mg/ml liq 15 ml (2 kg/l) 25 mg / ml 50 mg / ml 6 mg 9 mg	Oral im Oral Oral Oral Oral Oral Oral im / lv Oral im im Oral Oral

FORMULARIUM RS. JIWA DAERAH SURAKARTA Edisi Tahun 2016

NO	GOLONGAN	EFEK	NAMA GENERIK	DOSIS TERAPI / HARI	KEMASAN	CARA PAKAI
2	Antipsikotik Atipikal	a. Aktivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pimozide 2. Sulpiride 3. Risperidon 4. Risperidon Decanoat 5. Clozapine 6. Olanzapine 7. Quetiapine 	<p>2-6 mg dosis tgl 150 - 600 mg</p> <p>3 - 6 ampul/hari 4 - 18 mg</p> <p>25 mg- 50 mg max : 600 mg 5 - 20 mg/hr 5 - 20 mg/hr</p> <p>10 mg / hari</p> <p>4 hari I : 1. 50 mg 2. 100 mg 3. 200 mg 4. 300 mg 5. 400 mg</p>	<p>1 mg; 4 mg 50 mg 200 mg 100 mg/2 ml 1 mg; 2 mg; 3 mg 1 mg/ml</p> <p>25mg;37,5mg;50mg 25 mg; 100 mg 5 mg; 10 mg; 5 mg; 10 mg; 10mg 10 mg beisl serbuk olanzapine 25 mg;100 mg; 200mg;300 mg</p>	<p>Oral Oral im Oral Oral Oral Oral Oral Oral Oral im Oral Oral Oral im Oral</p> <p>Tablet Kapsul Tablet Ampul Tablet Teles Tablet Salut Tablet Tablet Ampul Tablet Tablet Tablet Vial Tablet XR XR XR</p>

FORMULARIUM RS. JIWA DAERAH SURAKARTA Edisi Tahun 2016

NO	GOLONGAN	EFEK	NAMA GENERIK	DOSIS TERAPI / HARI	KEMASAN	CARA PAKAI		
B	Anti Depresi	a. Anti kolinergik b. Sedatif c. Anxiolitik d. Non sedatif	8. Aripirazole	Selanjutnya 300-800 mg/hr se-10 mg - 30 mg	10 mg ; 15 mg	Tablet Discmelt XR XR	Oral Oral	
			9. Paliperidon	6 mg	6 mg 9 mg	Injeksi Tablet	Sublingual	
			10. Asenapine	100 -150 mg/ml 5-10 mg	5mg; 10 mg			
			11. Ziprasidone	200 mg 40 mg	20 mg ; 40 mg; 60 mg; 80 mg 10 mg	Kapsul Injeksi	Oral im	
			1. Imipramine	50 - 200 mg	25 mg	Tablet	Oral	
			2. Amitriptiline	50 - 150 mg	25 mg	Tablet	Oral	
			1. Mirtazapin	15 - 45 mg / hari	30 mg	Tablet	Oral	
			1. Maprotiline	75 - 150 mg	25mg; 50 mg	Tablet	Oral	
			2. Escitalopram	20 mg 1x /hari Max 60 mg	10 mg	Tablet	Oral	
			1. Sertraline	50 - 100 mg	50 mg	Tablet	Oral	
			2. Moclobemide	150 - 300 mg 3 tab / hari	150 mg	Tablet	Oral	
			3. Tianeptine		12,5 mg	Tablet	Oral	

FORMULARIUM RS. JIWA DAERAH SURAKARTA Edisi Tahun 2016

NO	GOLONGAN	EFEK	NAMA GENERIK	DOSIS TERAPI / HARI	KEMASAN	CARA PAKAI	
C	Anti Mania	a. Spesifik b. Non spesifik	4. Fluoxetine HCl	10 - 20 mg / pagi	10 ; 20 mg	Kapsul	
			5. Amoxapine	200 - 300 mg	100 mg	Tablet	
			6. Klomipramine	75 - 150 mg	25 mg	Tablet	
			7. Peroxetine	40 - 60 mg	20 mg	Tablet	
			8. Fluvoxamine	Efektif 50 - 100 mg dinaikkan sesuai respon penderita max : 300 mg	25 - 50 mg	25 mg	Salut
			9. Agomelatine		60-120 mg	60 mg	Kapsul
			10. Duloxetine		75-225 mg	75 mg	XR
			1. Carbamazepine	200 - 600 mg	200 mg	Tablet	
			2. Sodium Valproat	300 - 600 mg	300 - 600 mg	Tablet	
				250 - 500 mg	250 mg	ER	
			3. Oxcarbazepine	300 - 600 mg	300 mg	Sirup Tablet	
			D	Anti Panik	a. Sedatif b. Anti Kolinergik	1. Alprazolam	0,75 - 1,5 mg
		1 mg				Tablet	
		25 mg				Tablet	
						Tablet	

FORMULARIUM RS. JIWA DAERAH SURAKARTA Edisi Tahun 2016

NO	GOLONGAN	EFEK	NAMA GENERIK	DOSIS TERAPI / HARI	KEMASAN	CARA PAKAI
E	Anti Obsesif - Kompulsif	a. Sedatif b. Aktivasi	Klomitpramin Sertraline	75 - 150 mg 49 - 100 mg	25 mg 49 mg	Tablet Tablet
F	Anti Anxietas	a. Sedatif Kuat	1. Diazepam ada tablet dan injeksi	4 - 40 mg Anak - anak : >10 kg : 10 mg < 10 kg : 5 mg 5 - 10 mg	2,5 mg 5; 10 mg / 2,5ml	Tablet Tube
			2. Lorazepam	2 - 6 mg	10 mg / 2 ml 5 mg	injeksi Tablet Oral im / iv
			1. Clobazam 2. Bromazepam 3. Clorazepate	10 - 30 mg 3 - 12 mg 15 - 60 mg	0,5; 1; 2 mg 2 mg 10 mg 1,5; 3; 6; 12 mg	Ampul Tablet Tablet Tablet Tablet Oral Oral Oral Oral Oral
		c. Non Benzo-diazepine	1. Buspiron 2. Hydroxichne Dihydro-clonide	20 - 30 mg Dws: 25mg/3x5hr Anak > 6 th : 50 - 100 mg (terbagi 3-4 kali) Anak < 6 th: 50mg (terbagi 3 - 4 kali)	10 mg 10 mg 25 mg 25 mg	Tablet Tablet Tablet Kapsul Tablet Tablet Kapsul

FORMULARIUM RS. JIWA DAERAH SURAKARTA Edisi Tahun 2016

NO	GOLONGAN	EFEK	NAMA GENERIK	DOSIS TERAPI / HARI	KEMASAN	CARA PAKAI
G	Anti Insomnia	a. WP Pendek b. WP Sedang c. WP Panjang	Triazolam Zolpidem tartart 1. Estazolam 2. Midazolam Diazepam	10 mg 10 mg 10 mg 2 - 6 mg 0,07 - 0,1mg/kg bb sehari : 0,03-0,3 4 - 40 mg Anak : > 10 kg : 10 mg < 10 kg : 5 mg 2 - 20 mg	0,125mg;0,25 mg 10 mg 10 mg 10 mg 1mg; 2 mg 15 mg / 3 cc, 5 mg/5 cc 2 mg ; 5 mg 5 ; 10 mg 10 mg / 2 cc	Oral Oral im / iv lambat Oral Rectal im / iv
H	Anti - Hipertensi	Stimulan	Metil Fenidat Atomoxetine HCl	30 - 50 mg ≥ 70 kg : 40 - 100 mg ≤ 70 kg : 0,5-1,2 mg/kg	10 mg ; 20 mg 10 mg 10 mg	Oral Oral
I	Fitofarmaka	a. Anti Depresi	Hypericum Performatum	300 - 400 mg 13,3 mg 12 mg	300 mg 4,6 ; 9,6 ; 13,3 mg 1,5 ; 3 ; 4,5 ; 6 mg	Oral Transdermal Oral
J	Anti Demensia	a. Anti Demensia	1. Rvastigmin Tartrat 2. Donepezil HCl 3. Memantine	5 - 10 mg 5 - 20 mg 7 - 28 mg	5 mg 5 mg ; 10 mg 7 ; 14 ; 21 ; 28 mg 2 mg/ ml	Oral Oral Oral Oral Oral

FORMULARIUM RS. JIWA DAERAH SURAKARTA Edisi Tahun 2016

NO	GOLONGAN	EFEK	NAMA GENERIK	DOSIS TERAPI / HARI	KEMASAN	CARA PAKAI
K	UNTUK TERAPI PASIEN KE-TERGANTUNGAN OBAT a. <i>Sindroma Puritus</i> Obat Opiat		<ol style="list-style-type: none"> 1. Codein 2. Naltrexone 3. Naloxone 4. Pethidin 5. Morfin 6. Clonidine 7. Tramadol 	<p>10 - 20 mg tiap 4-6 jam sesuai kebutuhan maksimum 60 mg/hari</p> <p>50 mg / hari</p> <p>Dosis awal 0,4-2 mg dapat dilanjutkan 2 s/d 3 mnt</p> <p>2 x sehari 1/2 tablet (awal), lalu disesuaikan keadaan penderita max Rj : 6 tab Rl : 12 tab max : 1 amp/hari</p> <p>1 kap. (dosis tgl)</p>	<p>10;15;20 mg Tablet</p> <p>50 mg 0,8 mg / 2 ml Tablet Injeksi</p> <p>50 mg / ml 10 mg 0,075;0,15 mg Injeksi Injeksi Tablet</p> <p>0,15 mg / ml Injeksi</p> <p>50 mg Kapsul</p>	<p>Oral</p> <p>Oral iv</p> <p>im/sk/iv im/sk/iv Oral</p> <p>im / iv lambat Oral</p>

FORMULARIUM RS. JIWA DAERAH SURABAYA Edisi Tahun 2016

NO	GOLONGAN	EFEK	NAMA GENERIK	DOSIS TERAPI / HARI	KEMASAN	CARA PAKAI
				50 - 100 mg/hari (secara lambat)	50 mg / ml	iv/im/isk
			8. Papaverin HCl	2 - 3 x sehari 40 - 80 mg/ml	50 mg 100 mg / 2 ml 40 mg 40 mg / ml	Oral iv/im/isk Oral sc/im/iv
			9. Buprenorphine HCl	Induksi : 0,8-4 mg Pre-penghentian adiksi: 1 dosis sublingual \geq 4 jam setelah menggunakan opioid terakhir. Pemakai metadon : 30-32 mg	2 mg	Oral Sublingual
			10. Fentanyl	25-100 mcg/ jam diulang tiap 72 jam (lihat depan)	50 mcg/jam	Transdermal
	* Benzodiazepin/ Alkohol		1. Diazepam	15 - 100 mg/hari 3 - 4 takaran	10 mg	iv/im
	b. Intoksikasi * Opiat * Benzodiazepine c. Antidotum Alkohol		2. Chlordiazepokside Naloxone Flumazenil Disulfiram	Sesuai kebutuh. ol. ahli anestesi	10 mg 0,8 mg / 2 ml 0,5 mg / 5 ml 400 mg	Oral iv iv Oral

Lampiran 4. Hasil Perhitungan Persentase

Jeniskelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	73	60,8	60,8	60,8
	perempuan	47	39,2	39,2	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17-25	11	9,2	9,2	9,2
	26-35	67	55,8	55,8	65,0
	36-45	42	35,0	35,0	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	wiraswasta	31	25,8	25,8	25,8
	PNS	3	2,5	2,5	28,3
	Buruh	16	13,3	13,3	41,7
	pelajar	2	1,7	1,7	43,3
	tidak bekerja	68	56,7	56,7	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Gejala

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	waham	65	18,6	18,6	18,6
	halusinasi	103	29,4	29,4	48,0
	inkoherensi	60	17,1	17,1	65,1
	afek datar	65	18,6	18,6	83,7
	alogia	35	10,0	10,0	93,7
	penarikan diri	22	6,3	6,3	100,0
	Total	350	100,0	100,0	

Tipeskizofrenia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	paranoid	32	26,7	26,7	26,7
	katatonik	9	7,5	7,5	34,2
	hebefrenik	5	4,2	4,2	38,3
	tipe depresif	13	10,8	10,8	49,2
	tak terinci	57	47,5	47,5	96,7
	lainnya	4	3,3	3,3	100,0
	Total	120	100,0	100,0	

Lamarawatinap

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <28	45	37,5	37,5	37,5
>28	75	62,5	62,5	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Obatantipsikotik

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Olanzapin	4	1,4	1,4	1,4
risperidon	107	38,5	38,5	39,9
klorpomazin	85	30,6	30,6	70,5
klozapin	7	2,5	2,5	73,0
iodomer	59	21,2	21,2	94,2
trifluperazin	4	1,4	1,4	95,7
haloperidol	12	4,3	4,3	100,0
Total	278	100,0	100,0	

Golonganobat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tipikal	14	11,7	11,7	11,7
atipikal	33	27,5	27,5	39,2
tipikal-atipikal	73	60,8	60,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Keadaanpulang

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid membaik	120	100,0	100,0	100,0

Tepatindikasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tepat indikasi	120	100,0	100,0	100,0

Tepatobat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tepat obat	113	94,2	94,2	94,2
tidak tepat obat	7	5,8	5,8	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Tepatpasien

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tepat pasien	120	100,0	100,0	100,0

Tepatdosis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tepat dosis	116	96,7	96,7	96,7
tidak tepat dosis	4	3,3	3,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Tepatfrekuensi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tepat frekuensi	116	96,7	96,7	96,7
tidak tepat frekuensi	4	3,3	3,3	100,0
Total	120	100,0	100,0	

Tepatcarapemberian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tepat cara pemberian	120	100,0	100,0	100,0

Lampiran 5. Data Karakteristik Pasien

No	Kode RM	Gejala	diagnosa	Jenis Kelaminn	Usia	Pekerjaan	LRI (hari)	Penjamin pasien	Keadaan pulang
1.	060692	2,3,4	F.20.0	L	35	Wiraswasta	17	Umum	Membaik
2.	060664	2	F.20.3	L	34	Tidak bekerja	40	Jamkesda	Membaik
3.	060874	1,2,3,4	F.20.3	L	40	Tidak bekerja	31	Umum	membaik
4.	061073	2,4,5	F.20.3	L	35	PNS	42	BPJS	Membaik
5.	060881	1,2,5,6	F.20.0	L	29	Wiraswasta	25	Umum	Membaik
6.	060871	2,3,6	F.20.3	L	32	Tidak bekerja	29	BPJS	Membaik
7.	060521	1,2	F.20.3	L	30	Wiraswasta	15	Jamkesda	Membaik
8.	060321	1,2,3,6	F.20.0	L	35	Tidak bekerja	44	Umum	Membaik
9.	060277	2,3,4,5	F.20.3	L	40	Tidak bekerja	56	Umum	Membaik
10.	060276	1,4	F.20.3	L	35	Tidak bekerja	48	Umum	Membaik
11.	060534	12,3,4,5	F.20.0	L	40	Wiraswasta	24	Jamkesda	Membaik
12.	060494	1,2,5	F.20.3	L	35	Tidak bekerja	36	Jamkesda	Membaik
13.	060335	2,3,5	F.20.3	L	38	Wiraswasta	40	BPJS	Membaik
14.	060681	1,2,4	F.20.0	L	33	Wiraswasta	27	Umum	Membaik
15.	060471	2,3,4,5	F.20.0	L	32	Tidak bekerja	31	BPJS	Membaik
16.	060481	1,2,3	F.20.3	L	30	Tidak bekerja	31	Jamkesda	Membaik
17.	060661	1,2,4,6,	F.20.0	L	37	Tidak bekerja	26	BPJS	Membaik
18.	060711	2,4,	F.20.3	L	42	Tidak bekerja	29	Umum	Membaik
19.	060885	2,3	F.20.3	L	35	Tidak bekerja	32	Umum	Membaik
20.	060755	2	F.20.1	L	41	Tidak bekerja	40	BPJS	Membaik
21.	060899	2,3	F.20.3	P	35	Tidak bekerja	24	Umum	Membaik
22.	060870	1,2,5	F.20.3	L	28	Tidak bekerja	30	BPJS	Membaik
23.	060662	2,4	F.20.0	L	38	Wiraswasta	27	BPJS	Membaik
24.	060360	1,2	F.20.0	L	30	Wiraswasta	32	Umum	Membaik
25.	060522	1,2,3,4	F.20.3	L	39	Wiraswasta	14	Umum	Membaik
26.	060295	2,3,4	F.20.3	L	36	Tidak bekerja	43	BPJS	Membaik
27.	060319	1,3,5,6	f.20.8	L	39	Tidak bekerja	36	BPJS	Membaik
28.	061859	2,3	F.20.3	L	24	Wiraswasta	25	BPJS	Membaik
29.	060357	1,2,4	F.20.3	L	35	Wiraswasta	27	Umum	Membaik
30.	060945	1,3	F.20.0	P	37	Buruh	38	Jamkesda	Membaik
31.	060063	1,2,3	F.20.3	L	35	Tidak bekerja	34	Umum	Membaik
32.	062283	1,2	F.20.1	P	37	Tidak bekerja	31	BPJS	Membaik
33.	061104	2,3	F.20.0	P	40	Tidak bekerja	29	Umum	Membaik
34.	060263	1,2,3,6	F.20.3	L	35	Tidak bekerja	25	BPJS	Membaik
35.	060691	4,6	F.20.0	P	31	Wiraswasta	16	BPJS	Membaik
36.	055308	1,2,3,4	F20.2	L	20	Pelajar	36	BPJS	Membaik
37.	060687	2,3	F.20.0	P	37	Buruh	41	Umum	Membaik
38.	060069	3,5,6	F.20.3	L	31	Tidak bekerja	34	Umum	Membaik
39.	062109	1,2,3,4,5	F.20.3	P	28	Wiraswasta	17	Umum	Membaik
40.	060149	1,2,4,5	F.20.2	L	21	Tidak bekerja	20	BPJS	Membaik
41.	060487	1,2,3,4,5	F.20.3	P	34	Tidak bekerja	31	BPJS	Membaik
42.	059290	1,5,6	F.20.1	p	40	Wiraswasta	34	Umum	Membaik
43.	060098	2,3,4	F.20.3	L	25	Pelajar	38	BPJS	Membaik
44.	060125	1,2,3	F.25.1	L	32	Tidak bekerja	13	Umum	Membaik
45.	060688	2,4	F.20.3	P	25	Tidak bekerja	32	Umum	Membaik
46.	065333	1,2,5	F.20.0	P	36	Tidak bekerja	18	Umum	Membaik
47.	061123	1,2,4	F.20.3	P	42	Wiraswasta	12	BPJS	Membaik
48.	060666	3,4	F.20.1	P	34	Tidak bekerja	34	BPJS	Membaik
49.	059743	1,2,3,4	F.20.3	L	28	Tidak bekerja	38	BPJS	Membaik
50.	060082	1,2	F.20.0	L	33	Buruh	33	BPJS	Membaik

No	Kode RM	Gejala	diagnosa	Jenis Kelamin	Usia	Pekerjaan	LRI (hari)	Penjamin pasien	Keadaan pulang
51	059909	2,3	F.20.0	L	26	Wiraswasta	40	BPJS	Membaik
52	060118	1,2,3,4	F.20.2	L	28	Tidak bekerja	15	BPJS	Membaik
53	060094	2,5,6	F.20.1	L	25	Tidak bekerja	24	BPJS	Membaik
54	060550	2, 4,5	F.25.1	P	27	Swasra	32	BPJS	Membaik
55	060090	2,4	F.25.1	L	41	Wiraswasta	13	BPJS	Membaik
56	060733	1,2	F.20.0	P	30	Buruh	34	Jamkesda	Membaik
57	061090	2,4	F.25.1	P	29	Buruh	12	BPJS	membaik
58	038575	3,5,6	F.25.1	P	39	Wiraswasta	35	BPJS	Membaik
59	060927	1,2,3	F.20.3	P	43	Wiraswasta	20	Umum	Membaik
60	051520	1,2,3,4,	F.25.1	L	29	Tidak bekerja	16	Umum	Membaik
61	060717	2,6	F.20.3	P	41	Wiraswasta	31	BPJS	Membaik
62	060536	1,2,3	F.20.1	P	34	Tidak bekerja	35	BPJS	Membaik
63	060902	2,3	F.20.3	P	37	Buruh	27	BPJS	Membaik
64	060543	2,3,4	F.20.3	P	33	Buruh	41	Umum	Membaik
65	060726	1,4,5	F.20.3	P	30	Tidak bekerja	33	BPJS	Membaik
66	060558	1,2,,4,5	F.20.0	P	32	Tidak bekerja	47	Jamkesda	Membaik
67	059923	2,3	F.20.3	L	41	Wiraswasta	26	BPJS	Membaik
68	038580	1,2	F.25.1	P	28	PNS	17	BPJS	Membaik
69	061100	1,3,5	F.20.0	L	26	Tidak bekerja	34	Umum	Membaik
70	059721	1,2	F.20.3	L	36	Tidak bekerja	32	Jamkesda	Membaik
71	060483	1,4	F.20.3	P	31	Buruh	16	Umum	Membaik
72	060482	1,2,3,4,5	F.20.3	P	24	Tidak bekerja	13	Jamkesda	Membaik
73	060469	1,2,3,6	F.20.8	P	29	Tidak bekerja	21	BPJS	Membaik
74	060668	2	F.20.3	P	25	Tidak bekerja	30	Umum	Membaik
75	060499	1,2,4	F.20.3	P	43	Tidak bekerja	26	BPJS	Membaik
76	060663	2,4	F.25.1	P	26	Tidak bekerja	15	BPJS	Membaik
77	060542	1,2,3,4	F.20.3	P	33	Buruh	38	BPJS	Membaik
78	060710	1,2,6	F.20.3	P	40	Buruh	32	Umum	Membaik
79	069590	2,5	F.20.3	P	26	Buruh	27	Umum	Membaik
80	038580	2,3	F.25.1	P	34	PNS	35	BPJS	Membaik
81	060313	2,4	F.20.3	P	25	Tidak bekerja	31	BPJS	Membaik
82	065137	1,2,3,4	F.20.3	L	42	Wiraswasta	25	Umum	Membaik
83	060901	1,2,3,4	F.20.3	L	33	Buruh	29	Jamkesda	Membaik
84	061276	1,2,,4,5	F.20.0	P	31	Wiraswasta	33	Umum	Membaik
85	060943	2,4	F.20.3	P	35	Tidak bekerja	21	BPJS	Membaik
86	060101	1,2,3,4,6	F.20.0	L	36	Tidak bekerja	30	Umum	Membaik
87	060672	3,4	F.25.1	P	26	Buruh	23	Jamkesda	Membaik
88	060093	1,2,3,6	F.20.0	L	36	Tidak bekerja	26	Umum	Membaik
89	060520	2,4	F.20.0	P	31	Tidak bekerja	27	BPJS	Membaik
90	060501	1,2,4,5	F.20.3	P	41	Tidak bekerja	32	BPJS	Membaik
91	060507	3,4	F.20.8	P	43	Buruh	17	BPJS	Membaik
92	060514	2,3,6	F.20.2	P	34	Wiraswasta	28	Umum	Membaik
93	060270	2,3	F.20.1	P	35	Tidak bekerja	23	Jamkesda	Membaik
94	060500	1,2,4,5	F.25.1	P	34	Tidak bekerja	36	BPJS	Membaik
95	066652	2,4	F.20.0	P	31	Buruh	33	BPJS	Membaik
96	060305	2	F.20.3	P	38	Tidak bekerja	27	Jamkesda	Membaik
97	059899	4,5,6	F.25.1	L	35	Tidak bekeja	21	BPJS	Membaik
98	059929	1,2	F.20.3	L	23	Wiraswasta	18	Umum	Membaik
99	059680	2,4,6	F.20.3	L	36	Tidak bekerja	35	BPJS	Membaik
100	059686	2,5	F.20.0	L	31	Wiraswasta	38	BPJS	Membaik
101	060890	1,2,3	F.20.3	L	30	Buruh	31	BPJS	Membaik

No	Kode RM	Gejala	diagnosa	Jenis Kelamin	Usia	Pekerjaan	LRI (hari)	Penjamin pasien	Keadaan pulang
102	061140	1,2,3,4,5	F.20.1	L	30	Tidak bekerja	27	Umum	Membaik
103	060698	2,4	F.20.0	L	33	Tidak bekerja	38	BPJS	Membaik
104	060516	1,2,3,4,5	F.20.3	L	43	Tidak bekerja	36	BPJS	Membaik
105	060517	2,3,4,5	F.20.8	L	34	Tidak bekerja	42	Umum	Membaik
106	061077	1,3,4,5	F.20.0	L	30	Tidak bekerja	27	Umum	Membaik
107	060878	2,6	F.20.3	L	38	Tidak bekerja	32	BPJS	Membaik
108	060929	1,2,5,6	F.20.0	L	26	Tidak bekerja	16	Umum	Membaik
109	060896	2,3,4	F.20.0	L	27	Tidak bekerja	25	Umum	Membaik
110	060900	1,2,4,5	F.20.3	L	38	Tidak bekerja	37	BPJS	Membaik
111	062353	4	F.20.3	L	25	Tidak bekerja	32	BPJS	Membaik
112	061081	1,2,4	F.20.3	L	43	Tidak bekerja	30	BPJS	Membaik
113	060532	2,4,6	F.20.0	L	30	Wiraswasta	43	BPJS	Membaik
114	060691	2,3,4,5	F.20.0	L	38	Wiraswasta	39	BPJS	Membaik
115	061061	1,2,3	F.20.0	L	33	Tidak bekerja	31	BPJS	Membaik
116	060533	1,2,4,6	F.20.3	L	32	Wiraswasta	29	BPJS	Membaik
117	061063	1,2	F.25.1	L	36	Tidak bekerja	35	BPJS	Membaik
118	061084	2,3	F.20.1	L	37	Tidak bekerja	30	BPJS	Membaik
119	060744	1,2,4	F.20.2	L	33	Tidak bekerja	18	BPJS	Membaik
120	060479	3,6	F.20.3	L	38	Wiraswasta	29	BPJS	Membaik

Lampiran 6. Data Evaluasi Penggunaan Obat

No	Kode RM	Pemeriksaan LAB			Golongan	Nama obat		Dosis (mg)	F	Sediaan	TO	TD	TP	TI	TF	TPO
		SGO T	SGPT	GD		Paten	Generik									
1	060692	30	24	125	Atipikal Atipikal Tipikal	Zyprexa	Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 50mg	1x1 2x1 1x1	I.v Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.	060664	37	12	91	Atipikal Atipikal		Risperidon Klozapin	2mg 25mg	2x1 2x1	oral oral	X	✓	✓	✓	✓	✓
3.	060874	21	16	97	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.	061073	12	14	130	Tipikal Tipikal		Iodomer Klorpamazin Trifluoperazin	5mg 100mg 20mg	1x1 1x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5.	060881	18	19	88	Tipikal Tipikal Tipikal		Iodomer Haloperidol Klorpamazin	5mg 5mg 100mg	1x1 3x1 1x1	i.v oral oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
6.	060871	14	16	120	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodome Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 2x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7.	060521	17	16	63	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8.	060321	21	33	109	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9.	060277	31	14	96	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Iv Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10.	060276	31	16	130	Tipikal Tipikal Tipikal		Iodomer Halopeeridon Klorpamazin	5mg 100mg	3x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
11.	060534	37	40	87	Tipikal Tipikal Tipikal		Iodomer Klorpamazin Trifluoperazin	5mg 100mg 20mg	1x1 1x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12.	060494	19	11	95	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓

No	Kode RM	Pemeriksaan LAB			Golongan	Nama obat		Dosis (mg)	F	Sediaan	TO	TD	TP	TI	TF	TPO
		SGO T	SGPT	GD		Paten	Generik									
13.	060335	27	32	130	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
14.	060681	37	24	107	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
15.	060471	31	33	120	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
16.	060481	21	12	130	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
17.	060661	24	24	120	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
18.	060711	37	28	90	Atipikal Atipikal		Risperidon Klozapin	3mg 25mg	2x1 1x1/2	Oral Oral	X	X	✓	✓	✓	✓
19.	060885	17	12	120	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
20.	060755	28	32	110	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
21.	060899	15	28	100	Tipikal Tipikal Tipikal		Iodomer Haloperidon Klorpamazin	5mg 5mg 100mg	1x1 3x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
22.	060870	21	12	96	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
23.	060662	18	18	90	Atipikal Atipikal		Risperidon Klozapin	2mg 25mg	2x1 1x1	Oral Oral	X	✓	✓	✓	✓	✓
24.	060360	21	17	120	Tipikal Tipikal		Iodomer Klorpamazin	5mg 100mg	1x1 1x1/2 1x1	Iv Oral	✓	X	✓	✓	✓	✓

No	Kode RM	Pemeriksaan LAB			Golongan	Nama obat		Dosis (mg)	F	Sediaan	TO	TD	TP	TI	TF	TPO
		SGO T	SGPT	GD		Paten	Generik									
					Tipikal		Trifluoperazin	20mg		Oral						
25.	060522	30	26	110	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
26.	060295	35	38	84	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
27.	060319	16	16	130	Tipikal Tipikal Tipikal		Iodomer Haloperidon Klorpamazin	5mg 5mg 100mg	1x1 3x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
28.	061859	26	13	130	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
29	060357	26	28	125	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
30.	060945	23	18	87	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
31.	060063	16	17	130	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
32.	062283	21	14	92	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
33.	061104	21	17	153	Tipikal Tipikal Tipikal		Iodomer Haloperidon Klorpamazin	5mg 5mg 100mg	1x1 3x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
34.	060263	35	38	97	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
35.	060691	19	24	100	Tipikal Tipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
36.	055308	26	22	78	Tipikal		haloperidol	5mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
37.	060687	30	32	118	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓

No	Kode RM	Pemeriksaan LAB			Golongan	Nama obat		Dosis (mg)	F	Sediaan	TO	TD	TP	TI	TF	TPO
		SGO T	SGPT	GD		Paten	Generik									
38.	060069				Tipikal Atipikal Tipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Haloperidon Klorpamazin	5mg 2mg 5mg 100mg	1x1 2x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
39.	062109	20	30	104	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
40.	060149	30	27	130	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
41.	060487	21	19	76	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
42.	059290	17	26	104	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
43.	060098	19	16	126	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
44.	060125	11	17	125	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
45.	060688	24	14	96	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
46.	065333	18	22	84	Tipikal Tipikal Tipikal		Iodomer Klorpamazin Trifluoperazin	5mg 100mg 20mg	1x1 1x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
47.	061123	16	19	120	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
48.	060666	28	11	130	Tipikal		Iodomer	5mg	1x1	Iv	✓	✓	✓	✓	✓	✓

No	Kode RM	Pemeriksaan LAB			Golongan	Nama obat		Dosis (mg)	F	Sediaan	TO	TD	TP	TI	TF	TPO
		SGO T	SGPT	GD		Paten	Generik									
					Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral						
49.	059743	12	27	118	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
50.	060082	26	14	122	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
51	059909	28	31	111	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
52	060118	16	14	78	Atipikal Atipikal		Risperidon Klozapin	2mg 25mg	2x1 1x1/2	Oral Oral	X	X	✓	✓	✓	✓
53	060094	12	23	106	Atipikal Atipikal		Risperidon Klozapin	2mg 25mg	2x1 1x1	Oral Oral	X	✓	✓	✓	✓	✓
54	060550	14	12	120	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
55	060090	26	26	107	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
56	060733	15	12	114	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
57	061090	20	15	100	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
58	038575	18	23	102	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
59	060927	15	11	130	Atipikal Atipikal Tipikal	Zyprexa	Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
60	051520	14	17	123	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
61	060717	19	14	112	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
62	060536	11	18	94	Atipikal Atipikal		Risperidon Klozapin	2mg 25mg	2x1 1x1	Oral Oral	X	✓	✓	✓	✓	✓
63	060902	19	14	107	Tipikal Tipikal		Iodomer Haloperidon	5mg 5mg	1x1 3x1	Iv Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓

No	Kode RM	Pemeriksaan LAB			Golongan	Nama obat		Dosis (mg)	F	Sediaan	TO	TD	TP	TI	TF	TPO
		SGO T	SGPT	GD		Paten	Generik									
					Tipikal		Klorpamazin	100mg	1x1	Oral						
64	060543	14	25	104	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
65	060726	14	24	107	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
66	060558	11	14	87	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
67	059923	31	16	122	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
68	038580	19	25	110	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
69	061100	27	19	104	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
70	059721	28	12	98	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
71	060483	21	19	110	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
72	060482	24	25	104	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
73	060469	16	12	121	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
74	060668	11	18	127	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
75	060499	16	13	120	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
76	060663	17	19	130	Tipikal		Haloperidol	5mg	1x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓

No	Kode RM	Pemeriksaan LAB			Golongan	Nama obat		Dosis (mg)	F	Sediaan	TO	TD	TP	TI	TF	TPO
		SGO T	SGPT	GD		Paten	Generik									
77	060542	21	19	130	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
78	060710	15	27	108	Atipikal Atipikla Tipikal	Zyprexa	Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
79	069590	12	27	100	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
80	038580	19	12	122	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
81	060313	21	18	130	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
82	065137	24	23	115	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
83	060901	28	17	126	Atipikal		Risperidon	3mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
84	061276	13	13	95	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
85	060943	13	24	109	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
86	060101	28	14	120	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
87	060672	19	12	87	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
88	060093	26	31	124	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
89	060520	16	14	97	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
90	060501	16	26	87	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
91	060507	21	18	130	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓

No	Kode RM	Pemeriksaan LAB			Golongan	Nama obat		Dosis (mg)	F	Sediaan	TO	TD	TP	TI	TF	TPO
		SGO T	SGPT	GD		Paten	Generik									
92	060514	27	30	117	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
93	060270	26	27	125	Tipikal		Iodomer	5mg	1x1	Iv	✓	✓	✓	✓	✓	✓
					Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral						
					Tipikal		Klorpamazin	100mg	1x1	Oral						
94	060500	14	11	98	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
95	066652	30	28	130	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	X	✓	✓	✓	✓	✓
					Atipikal		Klozapin	25mg	2x1	Oral						
96	060305	16	17	148	Tipikal		Iodomer	5mg	1x1	Iv	✓	✓	✓	✓	✓	✓
					Atipikal		Risperidon	3mg	2x1	Oral						
					Tipikal		Klorpamazin	100mg	1x1	Oral						
97	059899	31	17	130	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
					Tipikal		Klorpamazin	100mg	1x1	Oral						
98	059929	26	32	121	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
					Tipikal		Klorpamazin	100mg	1x1	Oral						
99	059680	18	11	121	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
					Tipikal		Klorpamazin	100mg	1x1	Oral						
100	059686	26	14	87	Tipikal		Iodomer	5mg	1x1	Iv	✓	✓	✓	✓	✓	✓
					Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral						
					Tipikal		Klorpamazin	100mg	1x1	Oral						
101	060890	32	27	115	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
					Tipikal		Klorpamazin	100mg	1x1	Oral						
102	061140	17	12	130	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
					Tipikal		Klorpamazin	100mg	1x1	Oral						
103	060698	19	11	86	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
104	060516	25	14	124	Tipikal		Iodomer	5mg	1x1	Iv	✓	✓	✓	✓	✓	✓
					Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral						
					Tipikal		Klorpamazin	100mg	1x1	Oral						
105	060517	23	16	96	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
106	061077	19	13	122	Tipikal		Iodomer	5mg	1x1	Iv	✓	✓	✓	✓	✓	✓
					Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral						

No	Kode RM	Pemeriksaan LAB			Golongan	Nama obat		Dosis (mg)	F	Sediaan	TO	TD	TP	TI	TF	TPO
		SGO T	SGPT	GD		Paten	Generik									
					Tipikal		Klorpamazin	100mg	1x1	Oral						
107	060878	21	18	96	Atipikal Atipikal Tipikal	Zyprexa	Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
108	060929	23	15	115	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
109	060896	27	10	130	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
110	060900	30	27	117	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
111	062353	16	21	98	Tipikal Tipikal Tipikal		Iodomer Haloperidon Klorpamazin	5mg 5mg 100mg	1x1 3x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
112	061081	19	31	126	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
113	060532	31	16	124	Tipikal Atipikal Tipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Haloperidon Klorpamazin	5mg 2mg 5mg 100mg	1x1 2x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
114	060691	26	23	130	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
115	061061	19	14	126	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
116	060533	31	27	98	Tipikal Atipikal		Iodomer Risperidon	5mg 2mg	1x1 2x1	Iv Oral	✓	X	✓	✓	✓	✓

No	Kode RM	Pemeriksaan LAB			Golongan	Nama obat		Dosis (mg)	F	Sediaan	TO	TD	TP	TI	TF	TPO
		SGO T	SGPT	GD		Paten	Generik									
					Tipikal Tipikal		Haloperidon Klorpamazin	5mg 100mg	2x1 1x1/2	Oral Oral						
117	061063	16	13	126	Atipikal Tipikal		Risperidon Klorpamazin	2mg 100mg	2x1 1x1	Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
118	061084	21	15	130	Atipikal		Risperidon	2mg	2x1	Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
119	060744	17	12	113	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓
120	060479	32	27	86	Tipikal Atipikal Tipikal		Iodomer Risperidon Klorpamazin	5mg 2mg 100mg	1x1 2x1 1x1	Iv Oral Oral	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Keterangan :

1. LRI : Lama Rawat Inap
2. TO :Tepat Obat
3. TD : Tepat Dosis
4. TP : Tepat Pasien
5. TI : Tepat Indikasi
6. TF : Tepat Frekuensi
7. TPO : Tepat Pemberian Obat