

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Resep

1. Pengertian Resep

Resep adalah permintaan tertulis dari seorang dokter, dokter gigi, dokter hewan yang diberi izin berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku kepada apoteker pengelola apotek untuk menyiapkan dan atau membuat, meracik serta menyerahkan obat kepada pasien (Syamsuni, 2006).

Sedangkan menurut Permenkes RI Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit, resep adalah permintaan tertulis dari Dokter atau Dokter Gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk *paper* maupun *electronic* untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai peraturan yang berlaku.

2. Penggolongan Resep

Resep pada era sekarang ini ada dua jenis bentuk resep, yaitu peresepan secara manual dalam bentuk *paper* dengan menulis menggunakan kertas resep langsung ataupun secara *electronic* dengan sistem komputer. Menurut Anief (1993), peresepan obat harus memuat beberapa unsur diantaranya:

- a. Nama, alamat dan nomor izin praktek Dokter, Dokter Gigi dan Dokter Hewan.
- b. Tanggal penulisan resep (*inscriptio*).

- c. Tanda R/ pada bagian kiri setiap penulisan resep. Nama setiap obat atau komposisi obat (*invocatio*).
- d. Aturan pemakaian obat yang tertulis (*signatura*).
- e. Tanda tangan atau paraf Dokter penulis resep, sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku (*subscriptio*).
- f. Jenis hewan dan nama serta alamat pemiliknya untuk resep Dokter Hewan.
- g. Tanda seru dan paraf Dokter untuk resep yang mengandung obat yang jumlahnya melebihi dosis maksimal.

Penulisan resep untuk obat yang mengandung narkotika dan psikotropika tidak boleh ada ulangan (*iterasi*). Alamat pasien dan aturan pakai harus jelas, tidak boleh ditulis sudah tahu pakainya (*usus cognitus*). Resep obat yang diminta harus segera dilayani terlebih dahulu Dokter akan menuliskan *Periculum in Mora* (berbahaya bila di tunda) di bagian kanan atas. Resep obat yang tidak boleh diulang Dokter akan menuliskan *Ne iteretur* yang artinya tidak boleh diulang (Anief, 1993).

Obat yang dituliskan Dokter belum tentu tersedia dan ditebus semua, maka akan dibuatkan salinan resep oleh Apoteker. Salinan resep atau disebut *copie resep* memuat keterangan yang ada dalam resep asli ditambah beberapa keterangan. Keterangan tersebut meliputi tanda obat yg sudah diserahkan atau *detur* disingkat *det*. Tanda untuk obat yang belum diserahkan *ne detur* disingkat *ne det* (Anief, 1993). Resep obat yang ditulis secara elektronik menggunakan komputer akan lebih mudah lagi. Dokter akan meresepkan melalui komputer dengan mengetik langsung dan resep obat akan muncul di komputer Instalasi Farmasi.

B. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

1. Pengertian

Menurut Pasal 1 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (yang selanjutnya disebut dengan UU SJSN), yang dimaksud dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah suatu tata cara penyelenggaraan program jaminan sosial oleh beberapa badan penyelenggara jaminan sosial. Sedangkan menurut Pasal 3, Sistem Jaminan Sosial Nasional bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

Menurut Pasal 18 UU SJSN, jenis program jaminan sosial meliputi jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Dan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan jaminan sosial dinamakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Menurut Pasal 1 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (yang selanjutnya disebut dengan UU BPJS), yang dimaksud dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (yang selanjutnya disingkat BPJS), adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial. BPJS bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya.

2. Pembagian BPJS

Dalam Pasal 5 UU BPJS disebutkan bahwa BPJS dibentuk berdasarkan UU BPJS. Dan BPJS sebagaimana dimaksud adalah:

- a. BPJS Kesehatan; dan
- b. BPJS Ketenagakerjaan.

Menurut Pasal 8 UU BPJS, BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Adapun BPJS Ketenagakerjaan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, program jaminan kematian, program jaminan pensiun, dan jaminan hari tua.

BPJS mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014. BPJS kesehatan akan menggantikan lembaga penjaminan kesehatan PT Askes (Persero). BPJS Ketenagakerjaan akan menggantikan lembaga penjaminan ketenagakerjaan PT Jamsostek (Persero) (DPR RI, 2011).

Setiap warga Indonesia diwajibkan mendaftar BPJS Kesehatan untuk mendapatkan jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan adalah perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya di bayarkan oleh pemerintah (PP RI, 2013).

C. Formularium Nasional (Fornas)

1. Pengertian Formularium Nasional (Fornas)

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/659/2017 tentang Formularium Nasional, Formularium Nasional (yang selanjutnya disebut Fornas) merupakan daftar obat terpilih yang

dibutuhkan dan harus tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai acuan dalam pelaksanaan JKN. Dalam hal obat yang dibutuhkan tidak tercantum dalam Fornas, dapat digunakan obat lain secara terbatas berdasarkan persetujuan Direktur Rumah Sakit setempat.

Dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/Menkes/524/2015 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Formularium Nasional (yang selanjutnya disebut Kepmenkes Pedoman Fornas) disebutkan bahwa, tujuan utama pengaturan obat dalam Fornas adalah meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, melalui peningkatan efektifitas dan efisiensi pengobatan sehingga tercapai penggunaan obat rasional.

Bagi tenaga kesehatan, Fornas bermanfaat sebagai “acuan” bagi penulis resep, mengoptimalkan pelayanan kepada pasien, memudahkan perencanaan, dan penyediaan obat di fasilitas pelayanan kesehatan. Dengan adanya Fornas maka pasien akan mendapatkan obat terpilih yang tepat, berkhasiat, bermutu, aman dan terjangkau, sehingga akan tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Oleh karena itu obat yang tercantum dalam Fornas harus dijamin ketersediaan dan keterjangkauannya.

2. Tujuan dan Manfaat

Menurut Kepmenkes Pedoman Fornas, tujuan dibuatnya Pedoman Penyusunan dan Penerapan Fornas adalah agar menjadi acuan bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Provinsi/Kabupaten/ Kota, Rumah Sakit, dan Puskesmas serta pihak lain yang terkait dalam penerapan Fornas pada penyelenggaraan dan pengelolaan Program JKN.

Adapun Pedoman Penyusunan dan Penerapan Fornas dimaksudkan agar dapat memberikan manfaat baik bagi Pemerintah maupun Fasilitas Kesehatan dalam:

- a. Menetapkan penggunaan obat yang aman, berkhasiat, bermutu, terjangkau, dan berbasis bukti ilmiah dalam JKN.
- b. Meningkatkan penggunaan obat rasional.
- c. Mengendalikan biaya dan mutu pengobatan.
- d. Mengoptimalkan pelayanan kesehatan kepada pasien.
- e. Menjamin ketersediaan obat yang dibutuhkan untuk pelayanan kesehatan.
- f. Meningkatkan efisiensi anggaran pelayanan kesehatan.

3. Penyediaan Obat Berdasarkan Fornas

Menurut Kepmenkes Pedoman Fornas, penyediaan obat dilaksanakan dengan mekanisme sebagai berikut:

- a. Penyediaan obat di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)

- 1) Puskesmas

Berpedoman kepada Fornas dapat dilaksanakan oleh Satuan Kerja Perangkat Daerah (SKPD) Dinas Kesehatan melalui *e-purchasing* berdasarkan *e-catalogue*.

- 2) Klinik

Berpedoman kepada Fornas yang dilaksanakan oleh Instalasi Farmasi yang ada di klinik. Jika klinik tidak memiliki apoteker, maka pelayanan kefarmasian dilakukan oleh Apotek Jejaring.

- a) Praktik Dokter, Dokter gigi, Dokter spesialis dan Dokter gigi spesialis layanan primer.
 - b) Penyediaan obat untuk praktek Dokter, Dokter gigi, Dokter spesialis dan Dokter gigi spesialis layanan primer, mengacu kepada Fornas yang dilaksanakan oleh apotek sebagai jejaring pelayanan kesehatan.
- b. Penyedia obat di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan/FKRTL (Fasilitas kesehatan tingkat kedua dan ketiga).
- Pelayanan kesehatan sekunder (fasilitas kesehatan tingkat kedua) dan tersier (fasilitas kesehatan tingkat ketiga) di Rumah Sakit, penyediaan obat dilaksanakan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit (IFRS) melalui *e-catalogue*. Proses penyediaan obat menggunakan acuan Fornas dan mekanisme pengadaannya melalui *e-purchasing* berdasarkan *e-catalogue*.
- c. Dalam hal obat yang dibutuhkan tidak terdapat dalam Katalog Elektronik (*e-catalogue*) obat, proses pengadaan dapat mengikuti metode lainnya sebagaimana diatur dalam Peraturan Perundang-undangan yang berlaku.
 - d. Dalam hal pengadaan obat melalui *e-purchasing* berdasarkan katalog elektronik (*e-catalogue*) sebagaimana dimaksud butir 1 (satu) dan 2 (dua) mengalami kendala operasional dalam aplikasi, pembelian dapat dilaksanakan secara manual. Pembelian manual dilaksanakan secara langsung kepada Industri Farmasi yang tercantum dalam Katalog Elektronik (*e-catalogue*).

4. Penggunaan Obat di Luar Fornas

Dalam Kepmenkes Pedoman Fornas diatur bahwa, pada pelaksanaan pelayanan kesehatan, penggunaan obat disesuaikan dengan standar pengobatan program terkait dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Apabila dalam pemberian pelayanan kesehatan, pasien membutuhkan obat yang belum tercantum di Fornas, maka hal ini dapat diberikan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Penggunaan obat di luar Fornas di FKRTL hanya dimungkinkan setelah mendapat rekomendasi dari Ketua Komite Farmasi dan Terapi (KFT) dengan persetujuan Komite Medik dan Kepala/Direktur Rumah Sakit.
- b. Pengajuan permohonan penggunaan obat di luar Fornas dilakukan dengan mengisi Formulir Permintaan Khusus Obat Non Formularium.
- c. Pengajuan permohonan penggunaan obat di luar Fornas dilakukan dengan langkah – langkah sebagai berikut:
 - 1) Dokter yang hendak meresepkan obat di luar Fornas harus mengisi Formulir Permintaan Khusus Obat di luar Fornas sebagaimana contoh Formulir 3 terlampir.
 - 2) Formulir tersebut diserahkan kepada KFT untuk dilakukan pengkajian obat, baik secara farmakologi maupun farmako ekonomi.
 - 3) Setelah proses kajian obat selesai, maka KFT akan memberikan catatan rekomendasi pada formulir tersebut dan menyerahkan ke Komite Medik dan Direktur Rumah Sakit.

- 4) Formulir dengan rekomendasi dari KFT diserahkan kepada Komite Medik dan Direktur Rumah Sakit untuk meminta persetujuan.
- 5) Setelah mendapat persetujuan dari Komite Medik dan Direktur Rumah Sakit, obat dapat diserahkan ke pasien.
- 6) Biaya obat yang diusulkan sudah termasuk paket INA-CBG's dan tidak ditagihkan terpisah ke BPJS Kesehatan serta pasien tidak boleh diminta urun biaya.

5. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (FORNAS)

Berdasarkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor: HK.02.03/I/2630/2016 Tanggal : 29 Agustus 2016 tentang Perubahan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor: HK.02.03/I/0173/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016 Direktur Utama Rumah Sakit Umum /Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (yang selanjutnya disebut Kepdirjen tentang Penilaian IKI), Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional (Fornas) adalah kesesuaian penulisan resep oleh DPJP dengan Formularium Nasional untuk Pasien JKN, dengan sasaran strateginya adalah terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan kefarmasian berbasis mutu dan keselamatan pasien.

Pengaturan kepatuhan penggunaan Formularium Nasional bertujuan agar tergambar efisiensi pelayanan obat kepada pasien JKN. Kepatuhan penggunaan Fornas ini dihitung dengan membandingkan jumlah item resep (R/) yang sesuai Fornas dengan jumlah total item resep (R/) pada pasien JKN. Berdasarkan

Perdirjen tentang Penilaian IKI tersebut, kriteria penilaian kepatuhan penggunaan Formularium Nasional adalah sebagai berikut:

- a. Hasil $> 80\%$ → skor = 100
- b. $70\% \leq \text{Hasil} < 80\%$ → skor = 75
- c. $60\% \leq \text{Hasil} < 70\%$ → skor = 50
- d. $50\% \leq \text{Hasil} < 60\%$ → skor = 25
- e. Hasil < 50 → skor = 0

Dalam Perdirjen tentang Penilaian IKI tersebut juga diatur bahwa, untuk obat yang ada dalam Clinical Pathway namun tidak ada dalam Formularium Nasional tidak dijadikan denominator dalam penghitungan kepatuhan penggunaan Fornas, atau dimasukkan dalam kriteria eksklusi kepatuhan penggunaan Fornas.

D. Psikogeriatri

1. Pengertian

Lanjut usia (lansia) merupakan suatu keadaan atau proses alamiah yang terjadi di dalam kehidupan manusia. Memasuki usia tua terjadi banyak perubahan baik itu perubahan fisik dan fungsi, perubahan mental dan perubahan psikososial (Nugroho, 2008). Lanjut usia bukanlah suatu penyakit. Lanjut usia adalah tahap akhir dari siklus hidup manusia, merupakan proses dari kehidupan yang tidak dapat dihindari dan akan dialami oleh setiap individu. Pada tahap ini individu mengalami banyak perubahan baik secara fisik maupun secara mental, khususnya kemunduran dalam berbagai fungsi dan kemampuan yang pernah dimilikinya (Sadock, 2007).

Menurut Depkes RI (2009), umur dikategorikan dalam:

- a. Masa balita : 0 - 5 tahun
- b. Masa kanak-kanak : 5 - 11 tahun
- c. Masa remaja awal : 12 - 16 tahun
- d. Masa remaja akhir : 17 - 25 tahun
- e. Masa dewasa awal : 26 - 35 tahun
- f. Masa dewasa akhir : 36 - 45 tahun
- g. Masa Lansia Awal : 46 - 55 tahun
- h. Masa lansia akhir : 56 - 65 tahun
- i. Masa manula : > 65 tahun

Geriatric adalah cabang ilmu kedokteran yang mempelajari masalah kesehatan pada lanjut usia yang menyangkut aspek promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif serta psikososial yang menyertai kehidupan pasien lanjut usia. Psikogeriatric atau psikiatri pada geriatric adalah cabang ilmu kedokteran yang memperhatikan diagnosis dan terapi gangguan fisik dan psikologik/psikiatrik pada lanjut usia. Saat ini disiplin ini sudah berkembang menjadi suatu cabang psikiater, analog dengan psikiater anak (Brochulehivist, Ailen, 1987).

2. Jenis Psikogeriatric

Gangguan jiwa memiliki spektrum yang sangat luas, diawali dengan masalah penyesuaian diri, gangguan mental organik yang diantaranya adalah demensia atau yang lebih dikenal dengan istilah pikun. Agronin dan Maletta dalam Mahajudin (2007) menyebutkan tidak ada hal lain dalam bidang kesehatan mental, selain integrasi yang begitu kuat antara gangguan psikiatrik dan gangguan fisik

seperti yang terjadi pada populasi lanjut usia. Penyakit fisik pada lanjut usia dapat dicetuskan oleh gangguan psikologis, begitu juga sebaliknya. Gangguan psikologis yang sering terjadi pada lanjut usia adalah depresi, delirium dan demensia (Sofia Rh, 2012).

Depresi merupakan bagian dari proses kehilangan dan berduka. Depresi merupakan masalah psikologis yang paling sering terjadi pada lanjut usia. Depresi pada lanjut usia seringkali menyebabkan gangguan sistem kekebalan tubuh. Depresi pada usia madya (40 – 60 tahun) sering menimbulkan gangguan daya ingat yang disebut pseudodementia. Pakar neurobehavior menengarai apabila depresi pada usia madya terjadi berkepanjangan dan disertai pelupa yang sukar mengenali kembali walaupun dengan penggunaan alat bantu, maka orang tersebut kemungkinan akan mengalami dementia Alzheimer (Sofia Rh, 2012).

Delirium merupakan sindrom perubahan kesadaran yang disertai gangguan kognisi. Lanjut usia yang mengalami delirium akan mengalami perubahan yang cepat dalam perilaku dan kemampuan berpikir. Perubahan status mental akan mempengaruhi kemampuan lanjut usia untuk berorientasi pada tempat, waktu dan peristiwa yang terjadi. Lanjut usia dengan delirium akan sering bergumam sesuatu yang tidak bermakna dan sulit terjaga (Sofia Rh, 2012).

Demensia merupakan gangguan mental yang disertai penurunan fungsi kognitif multipel, terutama gangguan dalam mengingat dan setidaknya satu dari gejala berikut (1) afasia, (2) apraksia dan (3) agnosia. Gejala demensia umumnya dihubungkan dengan penurunan kemampuan intelektual yang dapat berpengaruh terhadap pelaksanaan aktivitas kehidupan sehari-hari. Demensia

dikarakteristikan dengan adanya penurunan kemampuan kognitif, perubahan kepribadian, gangguan ingatan, penurunan fungsi intelektual, dan adanya perubahan dalam kemampuan pengambilan keputusan dan mood. Feil dalam Anderson (2007) membagi 4 tahapan disorientasi dalam demensia, diantaranya adalah: (1) malorientasi dengan karakteristik lanjut usia nampak normal namun melupakan informasi penting dalam kehidupan sehari-harinya; memaklumkan dirinya atas penurunan ingatan yang dialami; tidak suka berada di tengah lanjut usia yang telah pikun karena merasa terancam dengan kondisinya serta mengingkari perasaannya sendiri dan cenderung menyalahkan orang lain atas kondisi yang dialaminya; (2) kebingungan terhadap waktu yang dikarakteristikan dengan penurunan orientasi waktu pada masa kini dan lanjut usia merasa berada pada masa lalunya; (3) pergerakan berulang yang dikarakteristikan dengan pengulangan gerakan atau suara secara konstan, umumnya nonambulatori, mengalami kemunduran terhadap orientasi waktu dan lebih banyak menggunakan simbol universal dalam berorientasi; (4) fase vegetatif dengan karakteristik lanjut usia sudah tidak dapat turun dari tempat tidur, hanya mampu membuat sedikit gerakan dan suara dan tidak ada kontak mata (Sofia Rh, 2012).

Sementara gangguan lain yang dapat terjadi pada lansia adalah gangguan depresif, demensia, kecemasan, neurosis, mania dan bipolar, serta skizofrenia. Gangguan Depresif seringkali menyerang orang-orang yang masuk dalam kategori usia lansia. Gejala-gejala yang sering terlihat pada gangguan ini adalah penurunan pada kondisi fisik dan konsentrasi serta ada gangguan tidur yaitu terlalu cepat bangun pagi dan seringkali terbangun, nafsu makan yang menurun,

penurunan berat badan yang dratis, serta masalah-masalah pada tubuh lainnya. (<https://dosenpsikologi.com/gangguan-jiwa-pada-lansia>, 2017).

Gangguan Demensia dipengaruhi faktor resiko karena usia, riwayat penyakit keluarga, serta jenis kelamin (kebanyakan wanita). Perubahan yang sangat khas terjadi adalah pada memori, bahasa, kognisi, hingga kemampuan visuospasial. Namun pada gangguan demensia juga seringkali ditemukan gangguan perilaku seperti wandering, restlessness, kekerasan, impulsif, dan gangguan tidur (<https://dosenpsikologi.com/gangguan-jiwa-pada-lansia>, 2017).

Menurut Kaplan dan Sadock (2007) kecemasan adalah respon terhadap situasi tertentu yang mengancam, dan merupakan hal yang normal terjadi menyertai perkembangan, perubahan, pengalaman baru atau yang belum pernah dilakukan, serta dalam menemukan identitas diri dan arti hidup. Kecemasan adalah reaksi yang dapat dialami siapapun. Namun cemas yang berlebihan, apalagi yang sudah menjadi gangguan akan menghambat fungsi seseorang dalam kehidupannya.

Yang termasuk gangguan kecemasan dapat berupa gangguan panik, ketakutan, fobia, gangguan kecemasan menyeluruh, obsesif kompulsif, serta gangguan stress pasca trauma. Gejala-gejala yang dapat terlihat pada kaum lansia memang tidak akan separah pada kaum remaja maupun dewasa yang lebih muda namun memiliki efek yang sama. Gangguan kecemasan memang dapat muncul ketika masa remaja dan pertengahan namun juga pada beberapa kasus akan muncul ketika usia 60 tahun. Untuk pengobatan harus disesuaikan dengan kondisi penderitanya. Biasanya psikoterapi dan farmakoterapi menjadi salah satu cara

yang efektif sebagai cara mengatasi Anxiety Disorder (<https://dosenpsikologi.com/gangguan-jiwa-pada-lansia>, 2017).

Gangguan ini dialami 10-20% kaum lanjut usia. Gangguan ini memang agak sukar untuk dikenali pada kaum lansia karena sering disangka sebagai gejala faktor usia yang sudah tua. Pada sebagian kasus, gangguan ini memang sudah ada pada masa mudanya. Namun beberapa kasus lainnya gangguan ini baru dirasakan saat memasuki masa lanjut usia. Gangguan neourosis yang terjadi pada kaum lansia memiliki kaitan yang erat dengan masalah psikososial (<https://dosenpsikologi.com/gangguan-jiwa-pada-lansia>, 2017).

Angka penderita gangguan mania dan bipolar sering bertambah seiring dengan pertambahan usia. Kebanyakan kasus bipolar dimulai sebelum menginjak usia 50 tahun, bahkan sebenarnya kemuculan diatas usia 65 tahun dianggap sebagai sebuah hal yang tidak wajar. Bila gangguan ini terjadi setelah usia 65 tahun, maka kemungkinan penyebabnya adalah adanya patofisiologik etiologik yang cukup mencolok. Kemungkinan hal ini diakibatkan adanya efek samping konsumsi obat-obatan ataupun gangguan demensia konkomitan (<https://dosenpsikologi.com/gangguan-jiwa-pada-lansia>, 2017).

Gangguan skizofrenia adalah gangguan jiwa dalam skala yang cukup berat dan gawat yang dapat dialami semenjak usia masih muda dan kemudian berlanjut menjadi kronis dan gawat saat menginjak usia lansia. Hal ini dikarenakan adanya pengaruh dari segi fisik, psikologis, hingga sosial budaya. Skizofrenia pada kaum lansia dapat terjadi hingga 1% dari kelompok usia lansia. Ciri-ciri skizofrenia yang terjadi pada kaum lansia dapat ditandai dengan adanya gangguan

pada alam pikiran yang mana membuat pasien terasa terganggu pikirannya (<https://dosenpsikologi.com/gangguan-jiwa-pada-lansia>, 2017).

Karena hal inilah yang menyebabkan penderitanya mengalami emosi yang labil, sehingga merasa cemas, mudah marah, bingung, mudah salah paham, dan lainnya. Biasanya gangguan ini juga disertai dengan gangguan perilaku, yang mana ditandai dengan macam-macam halusinasi, gangguan kemampuan ketika menilai realita, sehingga menyebabkan penderitanya tidak mengetahui tentang waktu, orang, maupun tempat (<https://dosenpsikologi.com/gangguan-jiwa-pada-lansia>, 2017).

3. Tatalaksana Pasien Psikogeriatri

Diagnosis dan terapi gangguan mental pada lanjut usia memerlukan pengetahuan khusus, karena kemungkinan adanya perbedaan dalam manifestasi klinis, patogenesis dan patofisiologi gangguan mental antara patogenesis antara pasien dewasa muda dengan pasien lanjut usia. (Weinberg, 1995; Kolb – Brodie, 1982). Faktor penyakit yang terdapat pada pasien lanjut usia juga perlu dipertimbangkan, antara lain sering adanya penyakit yang diderita serta kecacatan medis kronis penyerta, pemakaian obat-obatan (polifarmasi) dan peningkatan kerentanan terhadap gangguan kognitif. (Weinberg, 1995, Gunadi, 1984).

Penatalaksanaan pada pasien psikogeriatri dilaksanakan secara holistik meliputi penatalaksanaan fisik, psikologis, serta sosial yang termasuk keluarga dan lingkungan. Secara fisik, perhatikan asupan nutrisi baik secara kuantitas maupun kualitas, serta hindari makanan pantangan yang dapat memperparah penyakit yang diderita. Apabila harus menggunakan obat-obatan harus dimulai

dari dosis rendah dan ditinggalkan secara perlahan (*start low go slow*) (Yusuf, 2015).

Psikofarmaka untuk pasien psikogeriatri dibagi 3 golongan besar, yaitu Anti Psikosis/Neuroleptika, Anti Anxietas/Anxiolitik, dan Anti Depresi.

a. Antipsikosis

Penggunaan obat psikotropik pada lansia berbeda dengan dewasa, dimana pemberian obat dengan dosis yang lebih kecil. Hal ini dikarenakan efek samping yang ditimbulkan lebih besar pada lanjut usia terutama gangguan extra piramidal (misalnya disartia, jalan kaku, diskinesia, muka topeng, tremor kasar, ataxia). Untuk itu dapat diberikan trihexiphenidil 2 mg atau sulfas atropin 0,5 mg 3x1 hr untuk mengurangi gejala tersebut. Dengan pertimbangan faktor resiko sehingga diberikan pada lanjut usia dari dosis kecil dan perlahan.

Obat psikosis dibagi 2 macam yaitu:

- 1) Typical (generasi I), untuk gejala positif (halusinasi, waham), diantaranya Phenotiazin (CPZ, thioridazine, perfenazine, trifluoperatine, fluphenazine), Butirofenon (haloperidol), Primozide, Sulpiride.
Keuntungan obat ini adalah baik untuk gejala positif, murah, efek samping sedatif kurang.
- 2) Atypical (generasi II), untuk gejala positif maupun negatif (afek tumpul, abulia), diantaranya Clozapine, Risperidon, Olanzapine, Quetiapin.

b. Anti Anxietas/ Anxiolitika

Obat Anti Anxietas sering menyebabkan efek ketergantungan sehingga pemakai harus dikontrol pemberian yang singkat, walaupun penggunaan lama harus dijaga dengan dosis kecil. Golongan Benzodiazepin yang sering digunakan yaitu: Lorazepam & Alprazolam. Selain itu juga ada obat yang tidak menimbulkan ketergantungan yaitu golongan Buspiron.

c. Anti Depresi

Antidepressant atau anti depresi adalah jenis obat-obatan yang digunakan untuk membantu orang dengan gangguan depresi. Kebanyakan orang yang mengalami depresi menjadi lebih baik dengan pengobatan menggunakan obat-obatan anti depresi.

Rata-rata obat anti depresi dipercaya bekerja dengan menghilangkan atau memindahkan secara perlahan senyawa atau bahan kimia tertentu dalam otak. Senyawa-senyawa kimia tersebut biasa disebut dengan neurotransmitter. Neurotransmitter diperlukan agar otak dapat berfungsi normal. Obat Anti depresi membantu orang-orang dengan depresi dengan cara membuat senyawa-senyawa kimia alami tersebut tersedia dalam jumlah cukup untuk fungsi otak. Obat anti depresi biasanya di konsumsi 4 sampai 6 bulan. Pada beberapa kasus, penderita dan dokter mungkin memutuskan pemakaian antidepressant dalam waktu yang lama tergantung jenis depresi yang diderita.

Prinsip pemberian obat pada pasien depresi adalah:

- 1) Dosis awal yang rendah kemudian dinaikkan perlahan agar dapat diabsorpsi baik.

- 2) Penderita dengan kelainan fisik dapat diberikan sampai kelainannya sembuh dan diturunkan perlahan.
- 3) Dosis dapat diberi berupa dosis tunggal.

Beberapa golongan obat Antidepresan:

- 1) Tricyclic Tetracyclis (Amitriptiline, Imipramine, Dezepine, Cloflamine, Manserine)
- 2) SSRI (Serotonine, Selective Reuptake Inhibitor), diantaranya Fluoxetine, Sertraline, Paroxetin, Fluoxamine, Cetalopnam.
- 3) MAOI (*Monoamine Oxigenase Inhibitors*), untuk penghambatan serotonin yang terbentuk
- 4) SNRI (Serotonin Noradrenorgik Reuptake Inhibitors)
- 5) NaSSA (*Noradrenergik Spesifik Serotonin Antidepresan*) yang bekerja pada serotonin I memblok serotonin II dan III.
- 6) RIMA (*Reversible Inhibitor of Monoamine Oxidase Antidepresan*)

Psikoterapi pada lanjut usia dilakukan untuk membantu menghadapi masalah sosialnya sehingga bermanfaat untuk meningkatkan hubungan interpersonal, meningkatkan harga diri/ keyakinan diri, meningkatkan kemampuan/menurunkan ketidakberdayaan, dan meningkatkan kualitas hidup

Terapi jenis ini dapat dalam beberapa jenis :

a. Transferensi

Sebagian besar sangat tergantung pada dokternya sehingga kita harus memberikan rasa kenyamanan dan kepercayaan sehingga mereka bisa lebih tenang.

b. Terapi Kelompok

Disini pada lansia diberikan suatu kesempatan bagi dukungan yang saling mendukung dan menguntungkan dan suatu bantuan dalam menolong pasien menghadapi stress dalam beradaptasi dengan penurunan kekuatan atau kehilangan sehingga mereka dapat tetap aktif, terstimulasi.

c. Terapi Keluarga

Melibatkan keluarga dalam terapi sehingga masalah yang ada dapat didistribusi satu sama lain didalam perawatan lagi pasien dan pasien dapat merasa keluarga masih ada perhatian untuk dirinya.

d. Terapi Singkat

Pendekatan jangka pendek, seperti terapi kognitif, membantu lansia dengan distorsi pikiran, sehingga pasien dapat belajar menggunakan mekanisme perhatian adaptif.

E. Rumah Sakit

1. Pengertian

Menurut Pasal 1 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (selanjutnya disebut UU Rumah Sakit), yang dimaksud dengan Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2. Tugas dan Fungsi

Dalam Pasal 4 dan Pasal 5 UU Rumah Sakit disebutkan bahwa Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Dan untuk menjalankan tugas tersebut, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

3. Jenis Rumah Sakit

Berdasarkan jenis pelayanan, menurut Pasal 19 UU Rumah Sakit, rumah sakit digolongkan menjadi:

- a. Rumah Sakit Umum, yaitu memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit.
- b. Rumah Sakit Khusus, yaitu memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya.

4. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Pasal 24 UU Rumah Sakit, dalam rangka penyelenggaraan pelayanan kesehatan secara berjenjang dan fungsi rujukan, rumah sakit umum dan rumah sakit khusus diklasifikasikan berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan Rumah Sakit.

a. Klasifikasi Rumah Sakit Umum (RSU) terdiri atas:

- 1) Rumah Sakit Umum (RSU) Kelas A,
- 2) Rumah Sakit Umum (RSU) Kelas B,
- 3) Rumah Sakit Umum (RSU) Kelas C, dan
- 4) Rumah Sakit Umum (RSU) Kelas D.

b. Klasifikasi Rumah Sakit Khusus (RSK) terdiri atas :

- 1) Rumah Sakit Khusus (RSK) Kelas A,
- 2) Rumah Sakit Khusus (RSK) Kelas B, dan
- 3) Rumah Sakit Khusus (RSK) Kelas C (KemenKes RI, 2009).

5. Pelayanan Kefarmasian

UU Rumah Sakit menyebutkan bahwa Rumah Sakit harus memenuhi persyaratan kefarmasian, yang harus menjamin ketersediaan sediaan farmasi dan alat kesehatan yang bermutu, bermanfaat, aman dan terjangkau, dan mengikuti standar pelayanan kefarmasian.

Menurut Pasal 1 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit, yang dimaksud dengan Standar Pelayanan Kefarmasian adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman bagi tenaga kefarmasian dalam menyelenggarakan pelayanan

kefarmasian. Adapun Pelayanan kefarmasian adalah suatu pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit juga disebutkan bahwa Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit meliputi dua kegiatan, yaitu kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dan kegiatan pelayanan farmasi klinik.

- a. Pengelolaan Sediaan Farmasi Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai, meliputi:
 - 1) pemilihan;
 - 2) perencanaan kebutuhan;
 - 3) pengadaan;
 - 4) penerimaan;
 - 5) penyimpanan;
 - 6) pendistribusian;
 - 7) pemusnahan dan penarikan;
 - 8) pengendalian; dan
 - 9) administrasi.
- b. Farmasi Klinik yang dilakukan meliputi:
 - 1) pengkajian dan pelayanan resep;
 - 2) penelusuran riwayat penggunaan obat;

- 3) rekonsiliasi obat ;
- 4) Pelayanan Informasi Obat (PIO);
- 5) konseling;
- 6) visite;
- 7) Pemantauan Terapi Obat (PTO);
- 8) Monitoring Efek Samping Obat (MESO);
- 9) Evaluasi Penggunaan Obat (EPO);
- 10) dispensing sediaan steril; dan
- 11) Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD).

6. Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 253/MENKES/PER/III/2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang adalah Unit Pelaksana Teknis di Lingkungan Kementerian Kesehatan yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Rumah Sakit ini merupakan pusat rujukan Nasional di bidang kesehatan jiwa dengan unggulan tumbuh kembang anak.

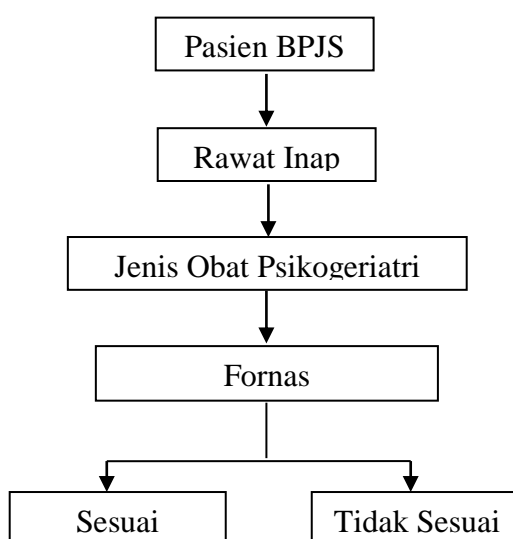
Berdasarkan Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang Nomor: HK.01.07/XXVI.3/2854/2018 tentang Jenis Pelayanan di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, jenis pelayanan pada Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang meliputi:

- a. Pelayanan Spesialis Kesehatan Jiwa, terdiri dari:
 - 1) Pelayanan Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja
 - 2) Pelayanan Kesehatan Jiwa Dewasa
 - 3) Pelayanan Kesehatan Jiwa Lansia
 - 4) Gangguan Metal Organik (GMO)
 - 5) Pelayanan Jiwa Forensik
 - 6) *Consultation Liaison Psychiatry (CLP)*
 - 7) Pelayanan Kesehatan Mental Wanita dan Reproduksi
 - 8) Pelayanan Rehabilitasi Psikososial
 - 9) Pelayanan Rehabilitasi Napza
 - 10) Pelayanan *Intensive* (UPI. ICU. HCU)
- b. Pelayanan Medik Dasar/Umum
- c. Pelayanan Medik Gigi dan Mulut
- d. Pelayanan Gawat Darurat Psikiatri dan Non Psikiatri
- e. Pelayanan Spesialis/Sub Spesialis, terdiri dari:
 - 1) Pelayanan Kesehatan Anak
 - 2) Pelayanan Bedah
 - 3) Pelayanan Kesehatan Reproduksi
 - 4) Pelayanan Kesehatan Penyakit Oalam
 - 5) Pelayanan Endokrin Metabolik dan Oiabetes Melilus
 - 6) Pelayanan Orthodontis
 - 7) Pelayanan Saraf
 - 8) Pelayanan Rehabilitasi Medik

- 9) Pelayanan Kulit dan Kelamin
 - 10) Pelayanan Anestesi
 - 11) Pelayanan Geriatri
- f. Pelayanan Penunjang, meliputi:
- 1) Pelayanan Laboratorium (Patologi Klinik)
 - 2) Pelayanan Radiologi
 - 3) Pelayanan Farmasi

Pelayanan geriatri di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dilaksanakan baik di rawat darurat, rawat jalan, maupun rawat inap, baik untuk pasien geriatri non psikiatri maupun untuk pasien psikogeriatric. Untuk pelayanan rawat inap pasien psikogeriatric dilaksanakan di dua bangsal, yaitu Wisma Abiyasa untuk pasien psikogeriatric laki-laki dan Wisma Dewi Kunti untuk pasien psikogeriatric perempuan (www.rsjsorojo.co.id).

F. Kerangka Pikir Penelitian



Gambar 1. Kerangka Pikir Penelitian

G. Landasan Teori

Psikogeriatri atau psikiatri pada geriatri adalah cabang ilmu kedokteran yang memperhatikan diagnosis dan terapi gangguan fisik dan psikologik/psikiatrik pada lanjut usia.

BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial, yang bertujuan untuk memberikan jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya

Obat yang digunakan adalah pengobatan untuk pasien psikogeriatri yaitu Lodomer, Clozapine, Trifluoprazine, dan Risperidon.

Formularium Nasional (Fornas) adalah sebuah pedoman peresepan obat untuk pasien BPJS yang berisi nama obat, sediaan, retriksi atau pengecualian, tingkatan fasilitas kesehatan dan peresepan maksimal yang terdapat di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang diambil dari Fornas tahun 2018.

H. Keterangan Empirik

Berdasarkan landasan teori, dapat diduga:

1. Gambaran obat yang digunakan untuk pasien rawat inap psikogeriatri BPJS di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang Tahun 2018 adalah Lodomer, Clozapine, Trifluoprazine, dan Risperidon.
2. Obat yang paling banyak digunakan untuk pasien rawat inap psikogeriatri BPJS di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang tahun 2018 adalah Lodomer.

3. Peresepan obat pasien rawat inap psikogeriatri BPJS di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang Tahun 2018 sudah sesuai dengan formularium nasional.