

**RASIONALITAS PENGGUNAAN OBAT ANTIDEPRESAN PADA PASIEN  
SKIZOAFEKTIF DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT  
JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2015 - 2016**



**Oleh :**

**Imam Choiri  
19134016A**

**FAKULTAS FARMASI  
UNIVERSITAS SETIA BUDI  
SURAKARTA  
2017**

**RASIONALITAS PENGGUNAAN OBAT ANTIDEPRESAN PADA PASIEN  
SKIZOAFEKTIF DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT  
JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2015 - 2016**

**SKRIPSI**

*Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat mencapai  
Derajat Sarjana Farmasi (S. Farm)  
Program Studi S1 Farmasi pada Fakultas Farmasi  
Universitas Setia Budi*

**Oleh :**

**Imam Choiri  
19134016A**

**FAKULTAS FARMASI  
UNIVERSITAS SETIA BUDI  
SURAKARTA  
2017**

## PENGESAHAN SKRIPSI

Berjudul

### **RASIONALITAS PENGGUNAAN OBAT ANTIDEPRESAN PADA PASIEN SKIZOAFEKTIF DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2015 - 2016**

Oleh:

**Imam Choiri  
19134016A**

Dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi  
Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi  
Pada tanggal : 6 Juni 2017

Mengetahui,  
Fakultas Farmasi  
Universitas Setia Budi  
Sekan,

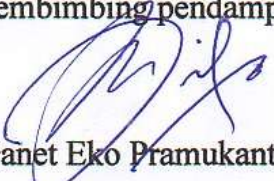


Prof. Dr. R. A. Oetari, SU., MM., M.Sc., Apt.

Pembimbing,

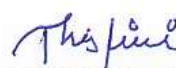
  
Samuel Budi Harsono, M.Si., Apt

Pembimbing pendamping,

  
Ganet Eko Pramukantoro, M.Si., Apt

Penguji:

1. Dra. Kisrini, M.Si., Apt
2. Dr. Jason Merari P, MM, M.Si., Apt
3. Sunarti, M.Sc., Apt
4. Samuel Budi Harsono, M.Si., Apt

  
.....

  
.....

  
.....

  
.....

## PERSEMBAHAN

**“Tidak ada hasrad (iri) yang dibenarkan kecuali terhadap dua orang, yaitu terhadap orang yang Allah berikan harta, ia habiskan dalam kebaikan, dan terhadap orang yang Allah berikan ilmu, ia memutuskan dengan ilmu itu dan mengajarkannya kepada orang lain” (Abdul bin Masud).**

Ku persembahkan skripsi ini sebagai rasa syukurku kepada **Allah Swt** yang selalu memberikan rahmat, taufiq, dan hidayahnya dan kepada junjungan besar **Nabi Muhammad Saw.**

Trimakasih **keluargaku Bapak, Ibu dan adik-adikku** yang selalu memberikan doa dan dukungannya selama ini dengan penuh kasih sayang.

Trimakasih bapak pembimbing yang slalu membantu membimbing saya dalam mengerjakan skripsi

Trimakasih **sahabat** yang selalu membantuku dalam setiap hal, selalu mendukung dan mendoakanku.

Terimakasih untuk seluruh **teori 5** yang telah sama-sama berjuang selama 4 tahun dan selalu memberikan semangat satu sama lain, semoga kedepannya kita sama-sama berhasil Amin.

Seluruh teman-temanku yang selalu ada dalam suka dan dukaku.

Agama, Almamater, Bangsa, dan Negara.

## **PERNYATAAN**

Dengan ini 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 dituliskan atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu oleh naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

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

Surakarta, 06 Juni 2017



Imam Choiri

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan yang Maha Esa atas semua berkat dan kasih-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“RASIONALITAS PENGGUNAAN OBAT ANTIDEPRESAN PADA PASIEN SKIZOAFEKTIF DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2015-2016”**. ini guna memenuhi persyaratan untuk mencapai derajat Sarjana Farmasi (S. Farm) pada Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini penulis telah banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, maka pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. R. A. Oetari, S.U., M.M., M.Sc., Apt. selaku Dekan Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi.
2. Samuel Budi Harsono, M.Si., Apt. selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan serta nasehat dalam penyusunan skripsi ini.
3. Ganet Eko Pramukantoro, M.Si., Apt. selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan serta nasehat dalam penyusunan skripsi ini.
4. Tim penguji (Dra. Kistrini, M.Si., Apt, Dr. Jason Merari P, MM, M.Si., Apt, Sunarti, M.Sc., Apt, Samuel Budi Harsono, M.Si., Apt) yang telah menyediakan waktu untuk menguji dan memberikan masukan untuk penyempurnaan skripsi ini.
5. Dr. Rina Herowati, M.Si., Apt. Selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan serta nasehat dalam menjalani kuliah S1 Farmasi.
6. Instalasi Farmasi dan Instalasi Rekam Medik RSJD Surakarta atas segala bantuan dan kerja samanya.

7. Ibu, bapak, dan adik-adik yang telah memberikan kasih sayang, dorongan, semangat, nasehat dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.
8. Sahabat-sahabatku, teori 5 angkatan 2013, untuk kos elite mas agus, Basit, Syadad, Bang Anton, Angga, Arvin, Uwik, Patric dan Bang Anca Teman-teman perantauan, Gus Adi, Marwin, Abi, Astrid, Alfi, Rossa P, Adit, Salim, Sirin, Grup luar biasa, Hardono, Wisnu, Irsyad, Silviana, Nisa fitri, Purwanita, Dwi yuli, Mas Rudi dan Bu Rt yang sudah mendukung dan membantu.
9. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu yang telah membantu penulis selama penelitian ini berlangsung.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih belum sempurna. Oleh karena itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran dari para pembaca. Akhirnya, penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan khususnya di bidang farmasi.

Surakarta, 06 Juni 2017

Penulis

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
PENGESAHAN SKRIPSI .....	ii
PERSEMBAHAN .....	iii
PERNYATAAN.....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI.....	vii
DAFTAR GAMBAR .....	x
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xii
INTISARI.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Perumusan Masalah .....	2
C. Tujuan Penelitian .....	3
D. Kegunaan Penelitian .....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	4
A. Skizoafektif.....	4
1. Definisi Skizoafektif.....	4
2. Epidemiologi.....	5
3. Etiologi .....	5
4. Prognosis.....	6
5. Patofisiologi .....	6
5.1 Peranan dopamin. ....	7
5.2 Peranan serotonin.....	7
5.3 Peranan glutamat. ....	7
6. Diagnosis .....	8
7. Terapi .....	10
7.1 Terapi awal. ....	10
7.2 Terapi stabilisasi. ....	10



7.3 Terapi Pemeliharaan.....	11
B. Rasionalitas.....	14
1. Tepat Diagnosis.....	14
2. Tepat Indikasi Penyakit.....	14
3. Tepat Pemilihan Obat.....	15
4. Tepat Dosis.....	15
5. Tepat Cara Pemberian.....	15
6. Tepat Interval Waktu Pemberian.....	15
7. Tepat lama pemberian.....	15
8. Waspada terhadap efek samping.....	15
9. Tepat penilaian kondisi pasien.....	16
10. Tepat informasi obat.....	16
C. Rumah Sakit.....	16
D. Rekam Medik.....	17
E. Landasan Teori.....	17
F. Keterangan Empiris.....	18
<b>BAB III METODE PENELITIAN.....</b>	<b>20</b>
A. Rancangan Penelitian.....	20
B. Populasi dan Sampel.....	20
C. Teknik Sampling dan Jenis Data.....	20
1. Teknik Sampling.....	20
2. Jenis data.....	20
D. Subyek Penelitian.....	21
1. Kriteria inklusi.....	21
2. Kriteria eksklusi.....	21
E. Definisi Operasional Variabel.....	21
F. Alur Penelitian.....	22
G. Analisis Data.....	23
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>24</b>
A. Karakteristik Pasien.....	24
1. Karakteristik berdasarkan jenis kelamin.....	24
2. Karakteristik berdasarkan usia.....	24
3. Karakteristik berdasarkan diagnosa.....	25
4. Karakteristik berdasarkan jenjang pendidikan.....	26
5. Karakteristik berdasarkan pekerjaan.....	27
6. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan Jaminan Kesehatan pasien yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016.....	28
B. Penggunaan Obat.....	28
C. Kerasionalan Penggunaan Antidepresan.....	31
1. Tepat Indikasi.....	31
2. Tepat Obat.....	32
3. Tepat Pasien.....	34
4. Tepat Dosis.....	35

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....	37
A. Kesimpulan .....	37
B. Saran .....	38
DAFTAR PUSTAKA .....	39

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Skema alur penelitian .....	22

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan jenis kelamin di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016.....	24
Tabel 2. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan usia di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016. ....	25
Tabel 3. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan diagnosa penyakit yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016.....	25
Tabel 4. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan jenjang pendidikan yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016.....	26
Tabel 5. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan pekerjaan yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016.....	27
Tabel 6. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan Jaminan Kesehatan yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016.....	28
Tabel 7. Distribusi penggunaan antidepresan pada pengobatan pasien skizoafektif berdasarkan golongan dan jenis antidepresan yang digunakan di RSJD Surakarta tahun 2015-2016. ....	29
Tabel 8. Distribusi variasi obat antidepresan untuk pasien skizoafektif di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2015-2016. ....	30
Tabel 9. Distribusi tepat indikasi pemberian antidepresan di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Tahun 2015-2016 .....	31
Tabel 10. Distribusi tepat obat pemberian antidepresan di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Tahun 2015-2016.....	32
Tabel 11. Distribusi tepat pasien pemberian antidepresan di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Tahun 2015-2016 .....	34
Tabel 12. Daftar obat antidepresan dan peringatan dalam pemberian .....	34
Tabel 13. Distribusi tepat dosis pemberian antidepresan di Instalasi Rawat Inap RSJD tahun 2015-2016 .....	35

## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Keterangan Izin Studi Pendahuluan .....	44
Lampiran 2. Surat Keterangan Izin penelitian Tugas Akhir .....	45
Lampiran 3. Surat Keterangan Ethical Clearance .....	46
Lampiran 4. Surat Keterangan Selesai Penelitian .....	47
Lampiran 5. Rekapitulasi Data Karakteristik Pasien Skizoafektif Tahun 2015- 2016 .....	48
Lampiran 6. Rekapitulasi Kerasionalan Obat Pasien Skizoafektif Tahun 2015- 2016 .....	51

## INTISARI

**CHOIRI, I. 2017. RASIONALITAS PENGGUNAAN OBAT ANTIDEPRESAN PADA PASIEN SKIZOAFEKTIF DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA TAHUN 2015-2016, SKRIPSI, FAKULTAS FARMASI, UNIVERSITAS SETIA BUDI SURAKARTA**

Skizoafektif merupakan penyakit kejiwaan kronis yang berdampak buruk bagi pasien itu sendiri. Salah satu dampak terburuk dari gangguan ini adalah bunuh diri. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui gambaran penggunaan obat antidepresan dan rasionalitas penggunaan obat antidepresan pada pasien skizoafektif di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Periode 2015-2016 berdasarkan tepat indikasi, tepat obat, tepat pasien, tepat dosis berdasarkan *An overview of the treatment of schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry*.

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif yang bersifat non ekperimental non (*observasional*) dengan pengumpulan data secara retrospektif. Data yang digunakan adalah data sekunder yang diperoleh dari kartu rekam medik pasien rawat inap skizoafektif yang berisi tentang identitas pasien meliputi nama pasien, jenis kelamin, usia, diagnosa, dan jenis obat-obat yang digunakan pasien selama menjalani terapi. Data yang diperoleh dianalisis kerasionalannya berdasarkan *An overview of the treatment of schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry*.

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data penggunaan obat antidepresan yang paling banyak digunakan untuk pasien skizoafektif adalah Fluoxetine dengan persentase sebanyak 52,3% dengan variasi obat yang paling banyak digunakan adalah risperidon sebanyak 90,9%. Kerasionalan penggunaan obat antidepresan diperoleh presentase tepat indikasi 100%, tepat obat 63,64%, tepat pasien 100%, tepat dosis 100%.

---

Kata kunci : Skizoafektif, Antidepresan, Rasionalitas Pengobatan

## ABSTRACT

**CHOIRI, I. 2017. THE RATIONALITY OF THE USE ANTIDEPRESSANT DRUG FOR SCHIZOAFFECTIVE PATIENTS IN THE INPATIENT INSTALLATION AT PSYCHIATRIC HOSPITAL OF SURAKARTA IN 2015-2016, THESIS FACULTY OF PHARMACY, SETIA BUDI UNIVERSITY, SURAKARTA**

Schizoaffective is a chronic mental disorder which have bad impacts to the patients. One of the most dangerous impact from this mental disorder is suicide. The purpose of this study is to know the description of the use of antidepressant drugs and the rationality of the use of antidepressant drugs in the schizoaffective patients at the Inpatient Installation of Surakarta Regional Mental Hospital 2015-2016 based on precise, precise, precise, appropriate dosage based on An overview of the treatment of Schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry.

This research used non experimental descriptive method (observational) with a retrospective data collection. Data used is secondary obtained from inpatient schizoaffective patient medical record card which contains about the identity of the patient, include patient name, gender, age, diagnose, and The type drugs used during therapy for patient. The data obtained were analyzed according to An overview of the treatment of schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry.

Based on the results of the research, the most widely used antidepressant drug for scizoaffective patients is Fluoxetine with 52,3% percentage With the most widely used drug variation is risperidon as much as 90.9%. The rationality of the use of antidepressant was 100% appropriate in indication, 63,64% appropriate in drug of therapy, 100% appropriate in patient, 100% appropriate in dosage.

---

Keywords: Schizoaffective, Antidepressant, Rationality of treatment

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Skizoafektif merupakan kelainan yang ditandai adanya kombinasi gejala skizofrenia (gangguan berpikir, delusi dan halusinasi) dan gejala afektif (gejala depresif atau manik) (Ahmed *et al* 2011). Gejala afektif ini bisa disebut juga gejala *mood*. Hal inilah yang mengakibatkan terjadinya perdebatan diantara para peneliti, karena masih terjadi *overlapping* antara skizofrenia dan gangguan afektif. Adanya beberapa peneliti yang beranggapan bahwa skizoafektif merupakan suatu kondisi yang bisa dibedakan dari skizofrenia dan gangguan afektif. Menurut ICD-10, gangguan skizoafektif ini dibagi menjadi beberapa tipe, yaitu tipe manik, tipe depresif, tipe campuran. Gangguan skizoafektif tipe manik menunjukkan gejala skizofrenia dan manik dalam satu episode sakit. Gangguan skizoafektif tipe depresif menunjukkan gejala skizofrenia dan depresif dalam satu episode sakit. Gangguan skizoafektif tipe campuran menunjukkan gejala skizofrenia dan gangguan campuran afektif bipolar (Anonim 2015).

Prevalensi seumur hidup terjadinya gangguan skizoafektif ini kurang dari 1%, mungkin berkisar 0,5 sampai 0,8%. Menurut data di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, memang tidak terlalu banyak pasien yang terdiagnosis skizoafektif. Prevalensi gangguan tersebut dilaporkan lebih rendah pada laki-laki dari pada perempuan, terutama perempuan yang tidak menikah (kaplan *et al* 2015).

Pemilihan pengobatan pada skizoafektif ini tergantung tipe yang muncul manik ataupun depresif, selain pemberian obat antipsikotik juga diberikan *adjunctive drug*. Salah satu *Adjunctive drug* yang diberikan adalah antidepresan. Hal ini diberikan sebagai terapi tambahan untuk menangani apabila pemberian antipsikotik tidak mampu mengobati depresi yang terjadi dan antidepresan disini digunakan sebagai *off label* pada skizoafektif tipe manik. Penggunaan obat secara rasional mengharuskan penderita menerima pengobatan yang tepat sesuai dengan kebutuhan klinik, dalam dosis yang memenuhi kebutuhan secara individu, untuk



suatu periode waktu yang tepat dengan biaya pengobatan yang terendah (WHO 2010). Hal ini karena penggunaan obat yang rasional sangat diperlukan dalam rangka peningkatan mutu pelayanan baik dalam aspek klinik, sosial maupun ekonomi.

Di Indonesia tersendiri belum banyak dilakukan penelitian mengenai skizoafektif. Penelitian tentang kesesuaian penggunaan obat antidepresan untuk pasien skizoafektif dan penelitian tentang rasionalitas penggunaan obat antidepresan belum banyak diteliti. Jika dibandingkan dengan skizofrenia maka skizoafektif termasuk ke dalam gangguan kejiwaan yang lebih berat. Walaupun demikian, jumlah penelitian mengenai terapi farmakologi yang terstruktur untuk mengenai skizoafektif ini juga belum banyak dilakukan (Olson *et al* 2009). Selain itu, skizoafektif merupakan penyakit kejiwaan kronis yang berdampak buruk bagi pasien itu sendiri. Salah satu dampak terburuk dari gangguan ini adalah bunuh diri. Menurut WHO (2015), pada tahun 2012 kasus terjadinya bunuh diri yang terjadi di dunia bisa mencapai lebih dari 800.000 per tahun atau 40 kematian per detik. Hal inilah yang menjadi salah satu pendorong bagi penulis untuk melakukan penelitian di bidang ini. Pada penelitian kali ini, penulis ingin melakukan penelitian tentang Rasionalitas penggunaan antidepresan pada penderita skizoafektif di RSJD Surakarta tahun 2015 - 2016 dengan menggunakan metode deskriptif. Analisis ini dilakukan untuk mengukur apakah suatu obat telah digunakan secara rasional.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan, maka dapat ditarik permasalahan sebagai berikut:

Pertama, bagaimana gambaran penggunaan obat antidepresan pada pasien Skizoafektif di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Periode 2015 - 2016?

Kedua, bagaimana kerationalan pengobatan antidepresan pada pasien Skizoafektif di Instalasi rawat Inap RSJD Surakarta Periode 2015 - 2016 berdasarkan tepat indikasi, tepat obat, tepat dosis, dan tepat pasien berdasarkan *An overview of the treatment of schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry*

### **C. Tujuan Penelitian**

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk:

Pertama, untuk mengetahui gambaran penggunaan obat antidepresan pada pasien Skizoafektif di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta pada Periode 2015 - 2016.

Kedua, untuk mengetahui rasionalitas pengobatan antidepresan pada pasien Skizoafektif di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Periode 2015 - 2016 berdasarkan *An overview of the treatment of schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry*

### **D. Kegunaan Penelitian**

Manfaat dilakukan penelitian ini adalah:

1. RSJD Surakarta sebagai masukan untuk meningkatkan pelayanan khususnya dalam penggunaan antidepresan pada pasien Skizoafektif.
2. Peneliti untuk menambah wawasan tentang penyakit Skizoafektif dan dalam penggunaan antidepresan.
3. Peneliti lainnya sebagai bahan referensi guna kemajuan ilmu pengetahuan khususnya bidang farmasi.
4. Bagi farmasi : dapat mengetahui kondisi yang berkaitan dengan pasien gangguan skzioafektif, bagaimana pengobatan yang diberikan kepada pasien tersebut.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Skizoafektif**

##### **1. Definisi Skizoafektif**

Gangguan skizoafektif merupakan salah satu gangguan mental yang serius dan kronis yang memiliki gejala campuran antara skizofrenia dan gejala *mood*. Menurut ICD-10, gangguan skizoafektif ini dibagi menjadi beberapa tipe, yaitu tipe manik, tipe depresif, tipe campuran. Gangguan skizoafektif tipe manik menunjukkan gejala skizofrenia dan manik dalam satu episode sakit. Gangguan skizoafektif tipe depresif menunjukkan gejala skizofrenia dan depresif dalam satu episode sakit. Gangguan skizoafektif tipe campuran menunjukkan gejala skizofrenia dan gangguan campuran afektif bipolar (Anonim 2015).

Skizofrenia merupakan penyakit psikiatrik kronik pada pikiran manusia yang mempengaruhi seseorang sehingga mengganggu hubungan antarpersonal dan kemampuan untuk menjalani kehidupan sosial. Skizofrenia menggambarkan kumpulan dari beberapa gejala kronis seperti gangguan berfikir, gangguan afektif, defisit fungsi kognitif, delusi, halusinasi dan kerusakan fungsi psikososial (Wells *et al* 2009). ICD-10 membagi skizofrenia menjadi beberapa tipe, yaitu skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak terinci, depresi pasca skizofrenia, skizofrenia residual, skizofrenia simpleks, skizofrenia lain-lain dan skizofrenia tak spesifik.

Definisi dari gangguan bipolar atau penyakit manik-depresif, adalah salah satu penyakit yang ditandai oleh masa-masa depresi berat, berkepanjangan dan mendalam, yang bergantian dengan periode yang senang berlebihan yang dikenal sebagai mania (Ikawati 2014). DSM-5 mengelompokkan bipolar menjadi beberapa tipe, yaitu bipolar tipe I, bipolar tipe II. Gangguan psikotik adalah gangguan jiwa yang ditunjukkan adanya gejala halusinasi, delusi serta terdapat gangguan dalam berbicara dan berperilaku. Pasien yang menderita gangguan psikotik ini akan sulit untuk membedakan kondisi yang nyata dan kondisi yang tidak benar-benar terjadi (imajinasi). Gejala gangguan psikotik bisa dialami oleh

penderita gangguan bipolar, depresi, psikosis yang di induksi dengan penggunaan obat dan skizofrenia (Castle & Tan 2013).

## 2. Epidemiologi

Belum ada penelitian yang pasti mengenai frekuensi penyakit ini. Namun diperkirakan berada pada kisaran 0,2-1,1%. Wanita lebih mudah terkena gangguan skizoafektif daripada pria, yaitu sekitar 66% (Pandhy & Hegde 2015). Gangguan skizoafektif tipe depresif lebih sering terjadi pada wanita, meskipun gangguan skizoafektif lebih banyak terjadi pada wanita, namun angka kejadian pada wanita jauh lebih baik daripada pria (Carpenello *et al* 2012).

Penyakit skizofrenia kebanyakan muncul pada akhir remaja sampai dewasa muda. Pada pria, gejala biasanya muncul pada usia 15-24 tahun, sedangkan pada wanita biasanya muncul pada usia 25-34 tahun. Sedangkan pada penyakit bipolar, prevalensinya yaitu sekitar 0,3% - 2,4% untuk bipolar tipe I, untuk bipolar tipe II prevalensinya sekitar 0,2% - 5%, dan bipolar tipe lainnya berada sekitar 3% - 6,5%. Bipolar tipe II lebih sering terjadi pada wanita (Chisholm-Burns *et al* 2008).

## 3. Etiologi

Belum ada studi yang pasti mengenai penyebab dari gangguan skizoafektif ini, namun gangguan ini bisa disebabkan oleh kelainan genetik, biokimia (ketidakseimbangan neurotransmitter dalam otak), ataupun karena faktor lingkungan (infeksi virus, *stressor*) (Calin *et al* 2013). Terdapat studi yang menemukan bahwa prevalensi gangguan afektif mayor risikonya meningkat hingga 3-5 kali lipat pada pasien yang memiliki saudara dengan gangguan afektif. Studi lain, menunjukkan bahwa pada saudara kembar memiliki hubungan yang erat antara skizofrenia, gangguan skizoafektif, dan gejala manik. Walaupun tidak ada gen yang berhubungan langsung dengan gangguan skizoafektif, namun studi tentang genetik menunjukkan ada beberapa gen yang *overlap* antara gangguan afektif dan skizofrenia. Beberapa studi menemukan bahwa gen yang terlibat antara lain DISC1, NRG1, DAOA dan gen yang terlibat dalam jalur glutamat. Oleh karena itu gangguan *mood*, gangguan skizoafektif dan skizofrenia bisa dianggap satu rangkaian. Awalnya bisa di diagnosis sebagai gangguan *mood*

namun bisa berkembang menjadi gangguan mood dengan psikosis dan berkembang lagi menjadi skizofrenia (Pandhy & Hegde 2015).

Penyebab dari skizofrenia sendiri masih belum diketahui secara jelas, namun dari beberapa penelitian yang ada, salah satu penyebab utama terjadinya skizofrenia adalah karena faktor genetik. Ketika orang tua menderita skizofrenia maka kemungkinan anaknya menderita skizofrenia adalah 40%. Sedangkan pada saudara kembar, kemungkinan untuk terkena skizofrenia adalah 50%. Penyebab lain dari skizofrenia adalah karena faktor lingkungan, misalnya karena adanya infeksi bakteri dan virus selama masa kehamilan (Chisholm-Burns *et al* 2008).

Penyebab bipolar ini juga belum diketahui secara pasti, karena terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhinya. Faktor-faktor tersebut antara lain, yaitu faktor genetik, keluarga, psikososial, Sosioekonomi, depresi dan mania (Kaplan *et al* 2015).

#### **4. Prognosis**

Berdasarkan definisi diagnosis, kita dapat mengharapkan pasien dengan gangguan skizoafektif mengalami perjalanan yang sama seperti gangguan *mood*. Telah diduga bahwa peningkatan adanya gejala skizofrenik memprediksi prognosis lebih buruk. Satu study yang mempelajari pasien yang di diagnosis gangguan skizoafektif selama 8 tahun mendapatkan hasil pasien tersebut lebih menyerupain skizofrenia daripada gangguan *mood* dengan gambaran penyakit (Kaplan *et al* 2015).

#### **5. Patofisiologi**

Patofisiologi skizoafektif sendiri disebabkan oleh terjadinya reduksi di volume cerebral, atau secara umum terjadi abnormalitas di hippocampus dan para-hippocampal gyrus. Menurut beberapa studi sebelumnya, skizoafektif memiliki kesamaan dengan gangguan afektif dan skizofrenia yaitu terdapat beberapa gen yang sama diantara penyakit-penyakit tersebut (Kaplan *et al* 2015).

Patofisiologi skizofrenia melibatkan sistem dopaminergik dan serotoninergik. Terdapat hubungan yang kuat diantara kedua sistem tersebut, yaitu serotonin dapat memodulasi fungsi dopamin sehingga penurunan aktivitas serotonin akan berhubungan dengan peningkatan aktivitas dopamin (Ikawati

2014). Penyakit skizofrenia memiliki beberapa hipotesis mengenai patofisiologi, yaitu:

**5.1 Peranan dopamin.** Dalam hipotesis dopamin, dinyatakan bahwa skizofrenia dipengaruhi oleh aktivitas dopamin pada jalur mesolimbik dan mesokortis syaraf dopamin. Overaktivitas syaraf dopamin pada jalur mesolimbik bertanggung jawab menyebabkan gejala positif, sedangkan kurangnya aktivitas dopamin pada jalur mesokortis menyebabkan gejala negatif, kognitif dan afektif (Ikawati 2014).

**5.2 Peranan serotonin.** Serotonin pertama kali diusulkan untuk terlibat dalam patofisiologi skizofrenia adalah pada tahun 1950, karena adanya kesamaan struktural dengan *diethylamide asam lisergat (LSD)*, kesamaan antara efek *halusinogen LSD* dengan gejala positif skizofrenia, dan fakta bahwa LSD merupakan antagonis serotonin di jaringan perifer. Meskipun bukti tentang perubahan serotonergik dalam skizofrenia relatif sulit ditafsirkan, namun secara keseluruhan, studi menunjukkan bahwa ada perubahan yang kompleks dalam sistem 5-HT pada pasien skizofrenia. Perubahan ini menunjukkan bahwa disfungsi serotonergik adalah penting dalam patologi penyakit ini (Ikawati 2014).

**5.3 Peranan glutamat.** Disfungsi sistem glutamatergik di korteks prefrontal diduga juga terlibat dalam patofisiologi skizofrenia. Hipotesa peran sistem glutamatergik dalam skizofrenia muncul dari bukti, bahwa pemberian antagonis reseptor N-metil-D-aspartat (NMDA) pada orang sehat menghasilkan efek yang mirip dengan spektrum gejala dan gangguan kognitif yang terkait dengan skizofrenia. Efek yang timbul dari pemberian antagonis NMDA menyerupai gejala baik positif, negatif, maupun defisit kognitif pada penderita skizofrenia (Ikawati 2014).

Patofisiologi dari bipolar berkaitan dengan neurotransmitter seperti norepinefrin, dopamin dan serotonin. Bipolar bisa disebabkan oleh ketidakseimbangan kolinergik dan katekolamin. Serotonin bisa memodulasi aktivitas katekolamin. Jika terjadi disregulasi pada sistem ini maka dapat menyebabkan gangguan mood. Sedangkan peningkatan norepinefrin dan dopamin

bisa menimbulkan manik. Sebaliknya reduksi pada norepinefrin dan dopamin dapat menimbulkan gejala depresif (Wells *et al* 2009).

## **6. Diagnosis**

Kriteri diagnosis skizoafektif yang terdapat pada DSM-5 yaitu : Pada satu episode sakit, terjadi episode gangguan mood (depresif atau manik) dan gangguan skizofrenia secara bersamaan. Gangguan skizofrenia harus sesuai dengan kriteri A skizofrenia, yaitu menunjukkan dua atau lebih gejala seperti delusi, halusinasi, gangguan berbicara, katatonik, dan gejala negatif yang terjadi secara signifikan selama 1 bulan (atau kurang jika berhasil diterapi). Terdapat halusinasi ataupun delusi tanpa gangguan mood yang terjadi selama lebih dari 2 bulan dari durasi penyakit. Gejala mood harus memenuhi kriteria dan muncul secara mayoritas dari total durasi bagian aktif dan residual periode penyakit. Gangguan skizoafektif tidak disebabkan oleh penggunaan substansi tertentu (Penyalahgunaan obat, proses medikasi) ataupun karena kondisi medis lainnya. Kriteria skizoafektif bisa dispesifikasikan menjadi 2 tipe, yaitu : Tipe bipolar (F25.0) : subtype ini dapat diaplikasikan jika terjadi episode manik. Episode depresif juga bisa terjadi. Tipe depresif (F25.1) : subtype ini dapat diaplikasikan jika hanya terdapat episode depresif mayor. Kriteria diagnosis skizoafektif dalam DSM-5 bisa digunakan untuk membedakan skizoafektif dengan skizofrenia dan dengan gangguan bipolar. Gangguan skizoafektif memiliki durasi gangguan mood yang relatif lebih lama daripada skizofrenia (kriteria C). Gangguan skizoafektif bisa didahului atau diikuti oleh delusi dan atau halusinasi tanpa adanya gejala mood (kriteria B). Sedangkan pada pasien bipolar, gejala psikotik terjadi pada saat episode gejala mood (Anonim 2013). Selain DSM-5, kriteri diagnosis yang bisa digunakan adalah ICD-10. Menurut ICD-10, skizoafektif digolongkan menjadi 3 tipe, yaitu skizoafektif tipe manik (F25.0), skizoafektif tipe depresif (F25.1), skizoafektif tipe campuran (F25.2).

#### Kriteria gejala skizofrenia (F20) menurut ICD-10

- (a) *Thought echo, thought insertion* atau *withdrawal*, dan *thought broadcasting*.
- (b) Delusions of control, influence atau passivity, secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh / anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus, persepsi delusional.
- (c) Halusinasi suara yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku (diantara berbagai suara yang berbicara), atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.
- (d) Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perilaku keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain).

#### Kriteria diagnosis skizoafektif dan golongannya menurut ICD-10

##### Gangguan skizoafektif (F25)

Gangguan episodik dari gejala afektif dan skizofrenik yang masing-masing muncul dengan jelas dalam episode yang sama dari penyakit, terutama terjadi secara bersamaan, tapi setidaknya dalam beberapa hari dari masing-masing gejala.

##### Gangguan skizoafektif, tipe manik (F25.0)

Terdapat peningkatan mood yang muncul secara jelas, atau peningkatan mood yang kurang jelas namun terdapat kombinasi dengan peningkatan iritabilitas dan kegembiraan. Dalam episode yang sama, setidaknya terdapat satu atau dua gejala khas skizofrenik (terspesifikasi dalam skizofrenia (F20), kriteria gejala (a)-(d). Kategori ini dapat digunakan baik episode tunggal skizoafektif tipe manik maupun kekambuhan yang memiliki mayoritas episode skizoafektif tipe manik.

##### Gangguan skizoafektif, tipe depresif (F25.1)

Gangguan ini ditandai dengan adanya depresi yang muncul secara jelas, bersamaan dengan setidaknya dua karakteristik gejala depresif atau terkait abnormalitas dari perilaku seperti yang tercantum pada episode depresif (F32). Dalam episode yang sama, setidaknya terdapat satu atau dua gejala khas skizofrenik (terspesifikasi dalam skizofrenia (F20), kriteria diagnosis (a)-(b).



Kategori ini dapat digunakan baik episode tunggal skizoafektif tipe depresif maupun kekambuhan yang dimiliki mayoritas episode skizoafektif tipe depresif.

Gangguan skizoafektif, tipe campuran (F25.2)

Ditandai dengan adanya gejala skizofrenia (F20) yang bersamaan dengan gangguan campuran afektif bipolar (F31.6). kriteria F31.6 yang dimaksudkan adalah pasien memiliki setidaknya satu manik, hipomanik dan depresif yang tercampuran bergantian dengan cepat (gejala mania/hipomania dan depresi sama-sama mencolok dimana lalu tau masa sekarang).

Gejala yang terdapat episode depresif pada kriteria F.32 adalah.

- a. Lemahnya konsentrasi dan perhatian.
- b. Berkurangnya rasa percaya diri.
- c. Merasa bersalah dan merasa tidak layak.
- d. Merasa memiliki masa depan yang suram.
- e. Memiliki rencana bunuh diri atau melukai diri sendiri.
- f. Gangguan tidur.
- g. Berkurangnya nafsu makan.

## 7. Terapi

Pemilihan pengobatan dari skizoafektif ini tergantung tipe yang muncul, yaitu manik ataupun depresi. Pada tipe depresi, bisa diberikan antidepresan atau antipsikotik ataupun *mood stabilizer*. Sedangkan pada tipe manik, bisa diberikan *mood stabilizer* atau antipsikotik yang diberikan secara terpisah ataupun kombinasi. Tipe manik ini juga bisa diberikan Antidepresan sebagai terapi tambahan (McElroy *et al* 1999).

Sedangkan untuk skizofrenia sendiri, terapi yang dilakukan ada 3 tahapan, yaitu:

**7.1 Terapi awal.** Terapi ini dilakukan pada 7 hari pertama yang bertujuan untuk mengurangi agitasi, kecemasan, agresi, dan menormalkan gangguan tidur dan gangguan makan. Salah satu obat yang dapat digunakan adalah antipsikotik.

**7.2 Terapi stabilisasi.** Terapi stabilisasi ini dilakukan pada minggu ke 2 dan 3 yang bertujuan untuk meningkatkan sosialisasi, perbaikan perilaku dan

mood. Pada pasien yang kronis mungkin dibutuhkan waktu yang lebih lama yaitu 6-8 minggu. Pengobatan yang bisa digunakan adalah antispikotik atipikal.

**7.3 Terapi Pemeliharaan.** Terapi seharusnya diteruskan hingga 12 bulan setelah membaiknya dari episode pertama psikotik. Pengobatan yang berkesinambungan diperlukan pada kebanyakan pasien. Dalam terapi pemeliharaan digunakan antipsikotik tipikal. Sebelum terapi dihentikan untuk menghindari gejala putus obat pemberian obat harus dikurangi secara pelan – pelan agar tidak terjadi efek kolinergik saat obat dihentikan secara mendadak (Sukandar *et al* 2013). Sedangkan terapi untuk bipolar kebanyakan digunakan untuk mengatasi episode akut dan digunakan untuk terapi pemeliharaan. *Drug of choice* untuk periode ini adalah *mood stabilizer*. *Mood stabilizer* bisa digunakan juga untuk mencegah relaps. Antipsikotik dan Antidepresan bisa digunakan untuk bipolar, tapi antidepresan harus dikombinasikan dengan mood stabilizer. Hal ini berfungsi untuk mencegah berubahnya gejala depresif menjadi manik (Kaplan *et all* 2015).

Adapun mekanisme dari obat-obat yang digunakan adalah sebagai berikut.

**7.3.1 Antispikotik.** Obat-obat antispikotik ialah obat-obatan yang digunakan untuk mengobati gangguan psikotik. Mekanisme aksi dari antispikotik adalah untuk mengembalikan konsentrasi dopamin pada otak sehingga akan mengurangi bahkan menghilangkan gejala psikotik. Efek samping yang mungkin ditimbulkan dari penggunaan obat ini adalah mengantuk, otot kaku, resah atau gerakan tak terkendali, mulut kering, berat badan naik, penglihatan kabur, pening, perubahan dalam kemampuan atau gairah seksual, konstipasi, mual atau gangguan pencernaan. Terdapat dua jenis utama obat antispikotik, yaitu tipikal dan atipikal. Contoh obat antispikotik tipikal adalah klorpromazin, flupenthixol, haloperidol, trifluoperazin, dan zuclopenthixol. Sedangkan contoh obat antispikotik atipikal adalah amisulprid, aripipazol, klozapin, olanazapin, paliperidon, quetiapin, risperidon, dan ziprasidon (Castle & Tan 2013). Interaksi dari obat antispikotik adalah barbital menurunkan kadar darah antispikotik berdasarkan induksi enzim. *Klorpromazin* dan *garam lithium* masing-masing kadarnya dalam darah (Tan & Rahardja 2015).

**7.3.2 Antidepresan.** Obat antidepresan dibagi menjadi 4 kelompok besar, yaitu Antidepresan klasik: obat-obat ini menghambat resorpsi kembali dari serotonin dan noradrenalin dari sela sinaps di ujung-ujung saraf. Pengecualian adalah *desipramin* yang menghambat re-uptake NA secara lebih selektif. *Senyawa trisiklik: amitriptilin, doksepin, dosulepin, inipramin, desipramin dan klomipramin.* Obat-obat ini memiliki struktur dasar cincin-tiga, mirip dengan struktur antipsikotika kelompok fenotiazin dan thioksanten. Obat-obat antidepresan trisiklik klasik (TCA) ini juga disebut Non-selective Mono-amin reuptake Inhibitors dan terdapat paling lama di pasaran. *Senyawa tetrasiklik: maprotilin, mianserin (dan mirtazapin)* dengan struktur tetrasiklis, tetapi dengan sifat yang hampir sama. Maprotilin dan desipramin menghambat secara selektif re-uptake dari NA (*Selective NA Re-uptake Inhibitor*) begitu pula mianserin (lemah) (Tan & Rahardja 2015).

Obat generasi ke 2 dengan struktur kimiawi berlainan yang menimbulkan lebih sedikit efek samping, khususnya berkurangnya efek jantung dan antikolinergik. Oleh karena itu lebih lama pada overdosis dan bagi pasien lansia. SSRI's (= *Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors*): *fluvoxamin (Luvox, Fevarin), fluoxetine, paroxetin, sertraline, citalopram dan venlafaxin. Trazodon (Trazolam)* juga menghambat re-uptake serotonin, tetapi di samping itu juga bekerja anti-serotonin. NaSA (*Noradrenalin and Serotonin Anti-depressants*): *mirtazapin dan venlafaxin (Efexor).* Obat-obat ini tidak berkhasiat selektif, menghambat reuptake dari serotonin maupun noradrenalin. Terdapat beberapa indikasi bahwa obat-obat ini lebih efektif dari pada obat SSRI (Tan & Rahardja 2015).

MAO-blocker: *Fenelzin dan tranylcypromin (Parnate).* Obat ini menghambat enzim mono-amin-oksidase (MAO), yang menguraikan zat-zat monoamin setelah selesai aktivitasnya. Enzim ini terdapat dalam dua bentuk: MAO-A dan MAO-B. Kedua obat di atas menghambat kedua bentuk secara irreversibel, tetapi pada overdosis selektivitasnya hilang. Obat Parkinson selegilin memblokir secara selektif pada dosis tinggi dengan resiko efek samping. Oleh karena itu tidak digunakan lagi sebagai antidepresivum. Lainnya: *tryptofan,*

*okstriptan, piridoksin, tingtur hyperici, litium, agomelatine, bupropion, trazodon dan vortixetine* (Tan & Rahardja 2015).

**7.3.3 Mekanisme kerja.** Antidepresiva bekerja melalui penghambatan re-uptake serotonin dan noradrenalin di ujung-ujung saraf otak dan dengan demikian memperpanjang masa waktu tersedianya neurotransmitter tersebut. Di samping itu antidepresiva dapat mempengaruhi reseptor post-sinaptis. Tetapi mekanisme kerjanya yang tepat belum diketahui. Misalnya, mengapa penghambatan re-uptake dari 5-HT dan NA berlangsung dengan cepat, sedangkan efek antidepresifnya baru nyata setelah 2-6 minggu. Menurut pemikiran masa laten ini berkaitan dengan berkurangnya jumlah dan kepekaan dari reseptor postsinaptis tertentu, yang baru terjadi sesudah beberapa minggu. Demikian di samping peningkatan kadar serotonin, diperkirakan masih terdapat mekanisme lain untuk efek antidepresifnya (Tan & Rahardja 2015).

**7.3.4. Efek samping.** Antidepresiva dapat menimbulkan banyak efek samping yang tidak diinginkan, yang banyak mirip dengan efek samping antipsikotik. Kebanyakan efek ini bersifat sementara dan hilang dengan sendirinya sesudah beberapa waktu.

Obat-obat klasik dapat efek samping berikut: Efek jantung, dapat menimbulkan gangguan penerusan implus jantung dengan perubahan ECG. Pada overdose dapat terjadi *aritmia berbahaya*. Efek antikolinergis akibat blokade reseptor muskarin dengan menimbulkan antara lain mulut kering, obstipasi, retensi urin, tachycardia, serta gangguan potensi dan akomodasi. Hierhidrosis (keringat berlebihan) sebagai efek paradoksal. Efek ini terutama kuat pada amitriptilin, klomipramin, serta doxepin, dan ringan pada desipramin. Perlu diketahui bahwa mulut kering dan obstipasi pada sendirinya merupakan gejala depresi. Sedasi berdasarkan penghambatan reseptor antihistamin postsinaptis, yang terutama kuat pada amitriptilin, doxepin, dan dosulepin (dan miaserin), kurang kuat pada imipramin, klomipramin, dan maprotilin dan ringan sekali pada desipramin. Efek antiserotonin akibat blokade reseptor 5HT postsinaptis menyebabkan nafsu makan bertambah dan berat badan bertambah (Tan & Rahardja 2015).

**7.3.5 Interaksi.** Fluxetin dan SSRIs lain dapat meningkatkan kadar darah dari antidepresiva trisiklis, mungkin karena penghambatan metabolismenya di dalam hati, MOA-blockers dalam kombinasi dengan obat-obat klasik (terutama imipramin dan klomipramin) dapat menimbulkan sindrom serotonin yang bercirikan demam tinggi, gemetar, gangguan kesadaran, dan kejang-kejang otot (Rahardja 2015).

**7.3.6 Mood stabilizer.** Obat ini digunakan untuk mengurangi keparahan dari mood swing, iritabilitas dan agresi. Beberapa obat yang termasuk golongan ini adalah lithium. Lithium merupakan salah satu obat yang efektif untuk mengobati manik sedang hingga berat untuk pencegahan gangguan afektif bipolar, terutama terjadinya relaps mania. Efek samping yang bisa ditimbulkan adalah rasa haus, volume urin yang berlebih dan tremor. Jika terjadi dehidrasi maka bisa membahayakan bagi fungsi ginjal. Salah satu peringatan jika terjadi toksisitas lithium adalah mual-muntah, tremor yang semakin buruk, dan rasa bingung (Travor *et al* 2008). Interaksi lithium adalah toksisitas lithium dapat diperparah dengan kurangnya kadar natrium, oleh karena itu penggunaan bersama dengan diuretik (terutama tiazid) berbahaya dan sebaiknya dihindari (IONI 2008).

## **B. Rasionalitas**

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2011), penggunaan obat dikatakan rasional jika memenuhi kriteria:

### **1. Tepat Diagnosis**

Penggunaan obat disebut rasional jika diberikan untuk diagnosis yang tepat. Jika diagnosis tidak ditegakkan dengan benar, maka pemilihan obat akan terpaksa mengacu pada diagnosis yang keliru tersebut. Akibatnya obat yang diberikan juga tidak akan sesuai dengan indikasi yang seharusnya.

### **2. Tepat Indikasi Penyakit**

Setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik. Antibiotik, misalnya diindikasikan untuk infeksi bakteri. Dengan demikian, pemberian obat ini hanya dianjurkan untuk pasien yang memberi gejala adanya infeksi bakteri.

### **3. Tepat Pemilihan Obat**

Keputusan untuk melakukan upaya terapi diambil setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dengan demikian, obat yang dipilih harus yang memiliki efek terapi sesuai dengan spektrum penyakit.

### **4. Tepat Dosis**

Dosis, cara dan lama pemberian obat sangat berpengaruh terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya untuk obat yang dengan rentang terapi yang sempit, akan sangat beresiko timbulnya efek samping. Sebaliknya dosis yang terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya kadar terapi yang diharapkan.

### **5. Tepat Cara Pemberian**

Obat Antasida Tablet seharusnya dikunyah dulu baru ditelan. Demikian pula antibiotik tidak boleh dicampur dengan susu, karena akan membentuk ikatan, sehingga menjadi tidak dapat diabsorpsi dan menurunkan efektivitasnya.

### **6. Tepat Interval Waktu Pemberian**

Cara pemberian obat hendaknya dibuat sesederhana mungkin dan praktis, agar mudah ditaati oleh pasien. Makin sering frekuensi pemberian obat per hari (misalnya 4 kali sehari), semakin rendah tingkat ketaatan minum obat. Obat yang harus diminum 3x sehari harus diartikan bahwa obat tersebut harus diminum dengan interval setiap 8 jam.

### **7. Tepat lama pemberian**

Lama pemberian obat harus tepat sesuai penyakitnya masing-masing. Untuk Tuberkulosis dan Kista, lama pemberian paling singkat adalah 6 bulan. Lama pemberian kloramfenikol pada demam tifoid adalah 10-14 hari. Pemberian obat yang terlalu singkat atau terlalu lama dari yang seharusnya akan berpengaruh terhadap hasil pengobatan.

### **8. Waspada terhadap efek samping**

Pemberian obat potensial menimbulkan efek samping, yaitu efek tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi, karena itu muka merah setelah pemberian atropin bukan alergi, tetapi efek samping sehubungan vasodilatasi pembuluh darah di wajah.

## **9. Tepat penilaian kondisi pasien**

Respon individu terhadap efek obat beragam. Hal ini lebih jelas terlihat pada beberapa jenis obat seperti teofilin dan aminoglikosida. Pada penderita dengan kelainan ginjal, pemberian aminoglikosida sebaiknya dihindarkan, karena resiko terjadinya nefrotoksisitas pada kelompok ini meningkat.

## **10. Tepat informasi obat**

Informasi yang tepat dan benar dalam penggunaan obat sangat penting dalam menunjang keberhasilan terapi.

### **C. Rumah Sakit**

Rumah Sakit adalah bagian dari integral dari keseluruhan system kesehatan yang dikembangkan melalui rencana pembangunan kesehatan. Sehingga pembangunan rumah sakit tidak lepas dari pembangunan kesehatan, yakni harus sesuai dengan garis-garis besar haluan negara. Menurut beberapa ahli Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis professional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (Alamsyah 2011).

Rumah Sakit sebagai salah satu subsistem pelayanan kesehatan menyelenggarakan dua jenis pelayanan untuk masyarakat yaitu pelayanan kesehatan dan pelayanan administrasi. Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi medik dan pelayanan perawatan. Pelayanan tersebut dilaksanakan melalui unit gawat darurat, unit rawat jalan dan unit rawat inap. Dalam perkembangannya, pelayanan Rumah Sakit tidak terlepas dari pembangunan ekonomi masyarakat. Perkembangan ini tercermin pada perubahan fungsi klasik RS yang pada awalnya hanya memberikan pelayanan yang bersifat penyembuhan (kuratif) terhadap pasien melalui rawat inap. Pelayanan RS kemudian bergeser karena kemajuan ilmu pengetahuan khususnya teknologi kedokteran, dan pendidikan masyarakat. Pelayanan kesehatan RS saat ini tidak saja bersifat kuratif (penyembuhan) tetapi juga bersifat pemulihan (rehabilitatif). Keduanya dilaksanakan secara terpadu melalui upaya promosi

kesehatan (promotif) dan pencegahan (preventif). Dengan demikian, sasaran pelayanan kesehatan RS bukan hanya untuk individu pasien, tetapi juga berkembang untuk keluarga pasien dan masyarakat umum (Muninjaya 2004).

#### **D. Rekam Medik**

Definisi rekam medik menurut peraturan Menteri Kesehatan, merupakan dokumen milik rumah sakit tetapi data dan isinya adalah milik pasien. Kerahasiaan isi rekam medik harus dijaga dan dilindungi oleh rumah sakit. Rekam medik bersifat informatif dan setidaknya memuat informasi sekaligus sarana komunikasi yang dibutuhkan baik oleh penderita, maupun pemberi pelayanan kesehatan dan pihak terkait lainnya (klinis, manajemen, asuransi) untuk pertimbangan dalam menentukan suatu kebijakan tata laksana atau tindakan medik. Informasi yang ada dalam rekam medik tersebut dapat digunakan sebagai data untuk analisis Drug Related Problem (DRP), dengan mengambil yang dibutuhkan saja, karena dalam farmasi klinik penekanan ada pada terapi obat, masalah diagnosis dan pemeriksaan bukan wewenang farmasis. Selain dapat digunakan untuk analisis Drug Related Problem (DRP), informasi yang ada dalam rekam medik dapat pula digunakan untuk meneliti pola penggunaan obat, pemakaian obat generik, kajian obat dan hubungannya dengan harga atau farmakoekonomi. Oleh karena itu rekam medik sangat penting artinya sebagian sebuah sumber informasi dan sumber data bagi farmasi klinik (Sari 2004).

#### **E. Landasan Teori**

Skizoafektif adalah suatu gangguan dimana gejala skizofrenia dan gangguan afektif menonjol dalam episode penyakit yang sama (Anonim 2015).

Menurut ICD-10, gangguan skizoafektif ini dibagi menjadi beberapa tipe, yaitu tipe manik, tipe depresif, tipe campuran, gangguan skizoafektif tidak spesifik, dan gangguan skizoafektif yang lain. Gangguan skizoafektif tipe manik menunjukkan gejala skizofrenia dan manik dalam satu episode sakit. Gangguan skizoafektif tipe depresif menunjukkan gejala skizofrenia dan depresif dalam satu



episode sakit. Gangguan skizoafektif tipe campuran menunjukkan gejala skizofrenia dan gangguan campuran afektif bipolar (Anonim 2015).

Skizofrenia merupakan penyakit psikiatrik kronik pada pikiran manusia yang mempengaruhi seseorang sehingga mengganggu hubungan antarpersonal dan kemampuan untuk menjalani kehidupan sosial. Skizofrenia menggambarkan kumpulan dari beberapa gejala kronis seperti gangguan berfikir, gangguan afektif, defisit fungsi kognitif, delusi, halusinasi dan kerusakan fungsi psikososial (Wells *et al* 2009). ICD-10 membagi skizofrenia menjadi beberapa tipe, yaitu skizofrenia paranoid, skizofrenia hebefrenik, skizofrenia katatonik, skizofrenia tak terinci, depresi pasca skizofrenia, skizofrenia residual, skizofrenia simpleks, skizofrenia lain-lain dan skizofrenia tak spesifik.

Pemilihan pengobatan dari skizoafektif ini tergantung tipe yang muncul, yaitu manik ataupun depresi. Pada tipe depresi, bisa diberikan antidepresan atau antipsikotik ataupun *mood stabilizer*. Sedangkan pada tipe manik, bisa diberikan mood stabilizer atau antipsikotik yang diberikan secara terpisah ataupun kombinasi. Tipe manik ini juga bisa diberikan Antidepresan sebagai terapi tambahan. Adapun tujuan dari dipilihnya terapi tertentu ini adalah untuk mengurangi gejala psikosis yang timbul (McElroy *et al* 1999).

Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien (Alamsyah 2011).

## **F. Keterangan Empiris**

Keterangan empiris penelitian ini, yaitu:

Pertama, pasien Skizoafektif di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Periode 2015 - 2016 di terapi dengan obat antidepresan.

Kedua, penggunaan obat antidepresan pada pasien skizoafektif di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2015 - 2016 sudah rasional berdasarkan *guideline An overview of the treatment of schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry*

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang bersifat non eksperimental (*observasional*) dengan pengambilan data secara retrospektif dari rekam medik pasien skizoafekif dengan terapi obat antidepresan yang menjalani Rawat Inap di RSJD Surakarta Periode 2015 - 2016.

#### **B. Populasi dan Sampel**

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/subyek yang mempunyai kuantitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono 2015). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien skizoafektif yang di rawat di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Periode 2015 - 2016.

Sampel adalah bagian atau sejumlah cuplikan penelitian yang diambil dari suatu populasi dan teliti secara rinci (Sugiyono 2015). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien skizoafektif yang tercantum dalam rekam medik menggunakan terapi antidepresan di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Periode 2015 - 2016.

#### **C. Teknik Sampling dan Jenis Data**

##### **1. Teknik Sampling**

Cara pengambilan sampel menggunakan teknik *nonprobability sampling* yaitu teknik pengambilan sampel yang tidak memberi kesempatan atau peluang yang sama bagi setiap anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel. Teknik penentuan sampel dengan cara *purposive sampling* yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono 2015).

##### **2. Jenis data**

Jenis data yang digunakan adalah data sekunder yaitu data yang diperoleh dari kartu rekam medik pasien skizoafektif rawat inap yang berisi informasi tentang nama pasien, jenis kelamin pasien, umur pasien, nama obat, dosis obat, golongan obat, data laboratorium.

## **D. Subyek Penelitian**

### **1. Kriteria inklusi**

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Nursalam 2011). Pasien yang terdiagnosa skizoafektif dan tercantum dalam rekam medis yang lengkap, pasien dengan terapi antidepresan, dan menjalani rawat inap di RSJD Surakarta Periode 2015 - 2016.

### **2. Kriteria eksklusi**

Kriteria eksklusi merupakan kriteria dimana subjek penelitian tidak dapat mewakili sampel karena tidak memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Nursalam 2011). Pasien skizoafektif dari rekam medik yang rusak/ tidak terbaca/ tidak lengkap/ hilang dan meninggal.

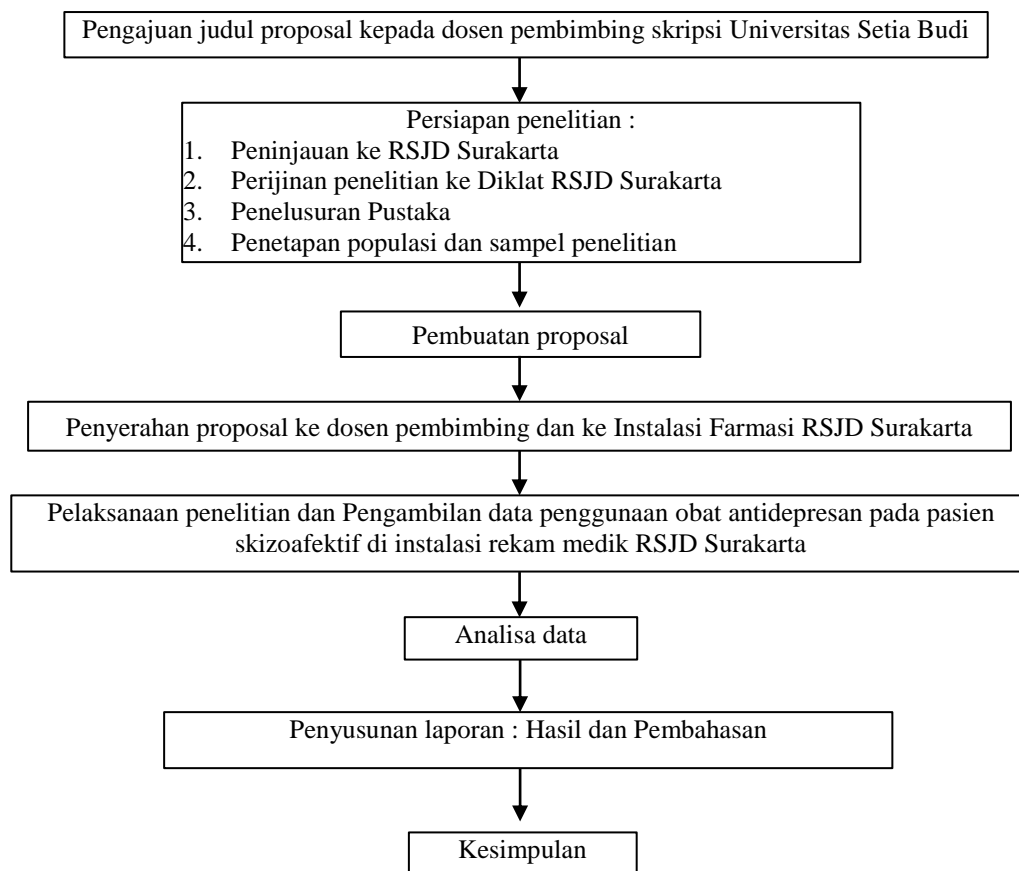
## **E. Definisi Operasional Variabel**

1. Rasionalitas penggunaan obat adalah penggunaan obat secara rasional dinilai berdasarkan tepat indikasi, tepat obat, tepat dosis, dan tepat pasien.
2. Skizoafektif adalah Suatu gangguan mental yang memiliki gejala skizofrenia dan gangguan *mood*.
3. Antidepresan adalah obat-obat yang mampu memperbaiki suasana jiwa (*mood*) dengan menghilangkan gejala.
4. Rekam medik adalah berkas yang berisi tentang identitas pasien, riwayat penyakit, data pengobatan, data nilai PANSS-EC, tindakan, dan pelayanan lain yang sudah diberikan ke pasien. Rekam medik harus disimpan dan di rawat dengan baik dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
5. Pasien rawat inap adalah suatu proses pengobatan atau rehabilitasi pada pasien skizoafektif di Instalasi rawat Inap RSJD Surakarta.
6. Rumah Sakit Jiwa adalah tempat pelayanan kesehatan yang berfungsi untuk melayani untuk semua bentuk pelayanan kesehatan jiwa baik berupa pencegahan, pengobatan dan rehabilitas.

7. Tepat indikasi adalah dimana pemberian obat dengan indikasi yang benar dan sesuai diagnosa dokter.
8. Tepat obat adalah Pemilihan obat antidepresan yang tepat dapat dilihat dari ketepatan terapi, dan jenis obat sesuai dengan diagnosis pada pasien Skizoafekif.
9. Tepat dosis adalah cara pemberian dan dosis terapi yang tepat pada pasien Skizoafekif.
10. Tepat pasien adalah menunjukkan tidak ada kontraindikasi dan kemungkinan terjadinya efek samping sangat kecil pada pasien Skizoafektif.

### F. Alur Penelitian

Alur penelitian dalam penelitian ini melalui beberapa tahap, dimana tahap-tahap tersebut dijelaskan pada gambar 3 dibawah ini :



**Gambar 1. Skema alur penelitian**

### **G. Analisis Data**

Data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif untuk mengetahui rasionalitas penggunaan obat antidepresan terhadap pasien skizoafektif di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Periode 2015 - 2016 dan hasil analisis dievaluasi rasionalitasnya berdasarkan *guideline An overview of the treatment of schizoaffective disorder. J Clin Psychiatry* sehingga persentase rasionalitas penggunaan obat antidepresan di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Periode 2015 – 2016 dapat diketahui.

## BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

### A. Karakteristik Pasien

Data jumlah pasien diperoleh di bagian Instalasi Rekam Medik dengan mengklasifikasikan jenis kelamin, usia, diagnosa penyakit, pendidikan, pekerjaan dan jenis pasien untuk penyakit skizoafektif.

#### 1. Karakteristik berdasarkan jenis kelamin

Pengelompokan pasien berdasarkan jenis kelamin dilakukan untuk mengetahui seberapa besar angka kejadian skizofrenia pada laki-laki dan perempuan.

**Tabel 1. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan jenis kelamin di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016.**

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	20	45,45
Perempuan	24	54,55
Total	44	100

Sumber : Data rekam medik pasien skizoafektif yang diolah 2017 di lampiran 5 hal 48

Dari tabel 1 diatas diperoleh data sebanyak 20 (45,45%) pasien skizoafektif berjenis kelamin laki-laki dan 24 (54,55%) pasien skizoafektif berjenis kelamin perempuan. Berdasarkan data di atas maka pasien skizoafektif lebih banyak diderita oleh pasien dengan jenis kelamin perempuan. Skizoafektif umumnya lebih banyak diderita oleh perempuan. Wanita lebih mudah terkena gangguan skizoafektif daripada pria, yaitu sekitar 66% (Pandhy & Hegde 2015). Hal ini kemungkinan disebabkan oleh adanya suasana *mood* yang bisa berubah tergantung pada hormon estrogen. Hal ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Ainsworth (2000) bahwa perempuan dua kali lipat memiliki resiko lebih tinggi mengalami suasana *mood* daripada laki-laki.

#### 2. Karakteristik berdasarkan usia

Tujuan dari pembagian usia ini adalah untuk melihat hubungan kelompok usia prevalensi terjadinya skizoafektif. Menurut WHO (1982), klasifikasi umur dapat menjadi 10 kelompok, yaitu kurang dari 1 tahun, 1-4 tahun, 5-14 tahun, 15-24 tahun, 35-44 tahun, 45-54 tahun, 55-64 tahun, 65-74 tahun dan lebih dari 75

tahun. Namun penelitian ini hanya menggunakan 4 kelompok, karena pasien skizoafektif yang menjadi sampel memiliki rentang usia 15-54 tahun.

**Tabel 2. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan usia di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016.**

Usia	Jumlah	Persentase (%)
15-24 tahun	10	22,73
25-34 tahun	24	54,54
35-44 tahun	8	18,18
45-54 tahun	2	4,55
Total	44	100

Sumber : Data rekam medik pasien skizoafektif yang diolah 2017 di lampiran 5 hal 48

Berdasarkan tabel 2 diatas diperoleh, Persentase kejadian skizoafektif paling tinggi terjadi pada interval usia 25-34 tahun sebanyak 24 orang (54,54%), hal ini disebabkan karena pada rentang usia tersebut masuk dalam range usai produktif dimana salah satu penyebab skizoafektif ini sendiri adalah stress, stress yang dipicu oleh berbagai urusan dan masalah yang kompleks yang dialami oleh pasien, mulai dari masalah keluarga, rekan kerja, pekerjaan, dan bahkan ekonomi sehingga gangguan kejiwaan mudah terjadi serta cenderung terkena skizoafektif.

Hal ini menunjukkan adanya kesesuaian dengan teori bahwa onset skizoafektif sebelum usia 10 tahun atau sesudah 50 tahun adalah sangat jarang (Kaplan *et al* 2015). Tidak ditemukan pasien skizoafektif dengan umur <15 tahun. Hal ini sesuai dengan literatur bahwa penyakit skizoafektif biasanya baru muncul pada usia muda yaitu 15-30 tahun (Bertolote 1992). Pada Laki-laki kejadian puncak onset berusia 15-25 tahun, sedangkan wanita 25-35 tahun (Braga *et al* 2015). Kira-kira 90% pasien dalam pengobatan skizoafektif adalah antara usia 15 tahun dan 55 tahun (Najwa 2010).

### 3. Karakteristik berdasarkan diagnosa

Pengelompokan pasien berdasarkan diagnosa digunakan untuk mengetahui penggunaan terapi antidepresan yang diberikan pada pasien.

**Tabel 3. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan diagnosa penyakit yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016.**

Diagnosa	Jumlah	Persentase (%)
Skizoafektif Manik	6	13,63
Skizoafektif Depresif	35	79,55
Skizoafektif Campuran	3	6,82
Total	44	100

Sumber : Data rekam medik pasien skizoafektif yang diolah 2017 di lampiran 5 hal 48



Berdasarkan tabel 3 diatas di RSJD Surakarta, Jawa Tengah, tipe skizoafektif yang diderita oleh pasien ada tipe manik, depresif dan campuran. Dalam penelitian ini dari 44 pasien pada tabel 3 menunjukkan bahwa tipe depresif lebih banyak diderita oleh pasien yaitu 35 pasien atau sebesar 79,55%. Menurut DSM-5 (2013), gangguan skizoafektif tipe depresif kemungkinan lebih sering terjadi pada dewasa muda, sedangkan gangguan skizoafektif tipe manik dan campuran kemungkinan lebih sering terjadi pada dewasa yang lebih tua. Hal ini sesuai dengan data karakteristik berdasarkan usia kejadian skizoafektif terbanyak terjadi pada usia dewasa muda.

#### 4. Karakteristik berdasarkan jenjang pendidikan.

Berdasarkan pendidikan terakhir dari 44 pasien skizoafektif diketahui pasien yang tidak bersekolah sebanyak 3 orang (6,82%), pendidikan sekolah dasar (SD) sebanyak 6 orang (13,64%), sekolah menengah pertama (SMP) sebanyak 3 orang (6,82), sekolah menengah atas (SMA) sebanyak 27 orang (61,36%), menempuh jenjang perguruan tinggi tingkat diploma sebanyak 2 orang (4,54%), serta sebanyak 3 orang (6,82) pasien menempuh jenjang perguruan tinggi hingga tingkat S1.

**Tabel 4. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan jenjang pendidikan yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016.**

Pendidikan	Jumlah	Persentase (%)
Tidak Sekolah	3	6,82
SD	6	13,64
SMP	3	6,82
SMA	27	61,36
DIPLOMA	2	4,54
S-1	3	6,82
Total	44	100

Sumber : Data rekam medik pasien skizoafektif yang diolah 2017 lampiran 5 hal 48

Berdasarkan tabel 4 diatas menunjukkan jenjang pendidikan pasien skizoafektif yang terbanyak yaitu pendidikan SMA 61,36%. Hal ini mungkin berkaitan dengan masalah yang dialami remaja seperti pendidikan. Pada sebagian besar remaja hambatan-hambatan dalam kehidupan akan sangat mengganggu kesehatan fisik dan emosi mereka, menghancurkan motivasi dan kemampuan menuju sukses di sekolah. Masalah yang dialami remaja pada saat ini merupakan

manifestasi dari stres, di antaranya depresi, kecemasan, pola makan yang tidak teratur dan penyalahgunaan obat. Menurut Lazarus & Folkman (1984) stres adalah keadaan internal yang dapat diakibatkan oleh tuntutan fisik dari tubuh (kondisi penyakit, latihan, dll) atau oleh kondisi lingkungan dan sosial yang dinilai potensial membahayakan.

### 5. Karakteristik berdasarkan pekerjaan

Berdasarkan pekerjaan dari 44 pasien skizoafektif didapatkan hasil berbagai pekerjaan yang pernah dialami oleh beberapa pasien skizoafektif yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta tahun 2015-2016. Dari penelitian ini didapatkan hasil pasien dengan pekerjaan, tidak bekerja sebanyak 23 orang (52,27%), IRT sebanyak 5 (11,36%), Buruh sebanyak 3 orang (6,82%), swasta sebanyak 7 orang (15,91%), wiraswasta 4 orang (9,09%), PNS sebanyak 2 orang (4,55%).

**Tabel 5. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan pekerjaan yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016**

Pekerjaan	Jumlah	Persentase (%)
Tidak bekerja	23	52,27
IRT	5	11,36
Buruh	3	6,82
Swasta	7	15,91
Wiraswasta	4	9,09
PNS	2	4,55
Total	44	100

Sumber: Data rekam medik pasien skizoafektif yang diolah 2017 lampiran 5 hal 48

Berdasarkan data diatas menunjukkan pekerjaan pasien yang terbanyak adalah tidak bekerja yaitu 52,27%. Penelitian lain di RSD Madani Sulawesi Tengah menunjukkan pasien skizofrenia yang tidak bekerja adalah yang terbanyak yaitu 62,2% (Fahrul 2014). Selain motivasi diri yang kurang karena adanya gejala negatif yang mendasarinya, 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, karena orang yang bekerja memiliki rasa optimis terhadap masa depan dan lebih memiliki semangat hidup yang lebih besar dibandingkan dengan yang tidak bekerja (Perkins *et al* 2002).

## 6. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan Jaminan Kesehatan pasien yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016

**Tabel 6. Karakteristik pasien skizoafektif berdasarkan Jaminan Kesehatan yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2015-2016**

Jenis Pasien	Jumlah	Persentase (%)
Jamkesda	5	11,36
BPJS Non PBI	9	20,45
PBI	16	36,36
Umum	14	31,83
Total	44	100

Sumber: Data rekam medik pasien skizoafektif yang diolah 2017 lampiran 5 hal 48

Berdasarkan tabel 6 diatas menunjukkan jaminan kesehatan pasien yang terbanyak adalah PBI yaitu 36,36%. Menurut Kemenkes (2013) PBI adalah peserta Jaminan Kesehatan bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagaimana diamanatkan UU SJSN yang iurannya dibayari pemerintah sebagai peserta program jaminan kesehatan. Yang berhak menjadi peserta PBI adalah yang mengalami cacat dan tidak mampu, yang dimaksud cacat disini merupakan kecatatan fisik atau mental yang mengakibatkan ketidakmampuan seseorang untuk melakukan pekerjaan. Berdasarkan latar belakang yang didapatkan dari data sekunder. Menunjukkan pasien yang paling banyak adalah yang berekonomi lemah atau tidak bekerja, sehingga pasien yang tidak mampu banyak menggunakan Jaminan Kesehatan PBI.

### B. Penggunaan Obat

Distribusi penggunaan antidepresan pada pasien skizoafektif di Rawat Inap RSJD Surakarta Provinsi Jawa Tengah Periode 2015-2016.

#### 1. Golongan dan jenis antidepresan

Gambaran distribusi penggunaan antidepresan pada pasien skizofrenia di Rawat Inap RSJD Surakarta Provinsi Jawa Tengah Periode 2015-2016 berdasarkan golongan dan jenis antidepresan yang digunakan ditunjukan oleh tabel 7.

**Tabel 7. Distribusi penggunaan antidepresan pada pengobatan pasien skizoafektif berdasarkan golongan dan jenis antidepresan yang digunakan di RSJD Surakarta tahun 2015-2016.**

Golongan Obat	Nama Generik	Nama Dagang	Total	Persentase (%)
SSRI	Fluoxetin	Nopres	23	52,3
	Escitalopram	Cipralex	1	2,3
Antidepresan trisiklik	Amitriptilin	-	20	45,4
Total			44	100

Sumber : Data rekam medis pasien skizoafektif yang diolah tahun 2017

Berdasarkan tabel 7 diatas dijelaskan bahwa pasien yang menggunakan antidepresan golongan *selective serotonin reuptake inhibitors* sebanyak 23 pasien, dengan obat fluoxetin sebanyak 23 pasien (52,3%), Escitalopram sebanyak 1 pasien (2,3%). Pada golongan trisiklik sebanyak 20 pasien (45,4%).

Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa antidepresan yang paling banyak digunakan yaitu antidepresan golongan SSRI yaitu Fluoxetin dan Escitalopram sebanyak 23 pasien (52,3%). *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* dipilih sebagai antidepresan lini pertama karena keamanannya dan toleransi yang tinggi (Dipiro 2008). Fluoxetin merupakan antidepresan yang paling banyak digunakan karena fluoxetin memiliki waktu paruh yang paling panjang diantara antidepresan golongan SSRI yang lain, sehingga fluoxetin dapat digunakan sekali sehari (Mann 2005). SSRI adalah obat antidepresan yang paling banyak digunakan, agen pilihan karena efektif, mudah digunakan, efek sampingnya relatif lebih sedikit bahkan pada dosis yang tinggi (Kaplan *et al* 2015).

## 2. Kombinasi obat

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, pasien skizoafektif di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Periode 2015-2016 selain mendapatkan obat antidepresan, pasien-pasien tersebut juga mendapatkan terapi antipsikotik dan terapi obat lain.

**Tabel 8. Distribusi kombinasi obat antidepresan untuk pasien skizoafektif di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2015-2016.**

Kelas terapi	Nama Generik	Jumlah pasien	Persentase (%)
Antipsikotik	Risperidon	40	90,9
	Clozadin	1	2,3
	Haloperidol	1	2,3
	Trifluoperazin	2	4,6
	Olazapin	1	2,3
	Aripripazol	2	4,6
	klorpromazin	6	13,7
Antikolinergik	Triheksipenidil	39	88,7

Sumber : Data rekam medis pasien skizoafektif yang diolah tahun 2017

Dari tabel 8 diatas, obat yang paling banyak digunakan dari 44 pasien adalah Risperidon sebanyak 40 pasien (90,9%) dan Triheksipenidil sebanyak 39 pasien (88,7%). Selain mendapatkan obat antidepresan pasien juga mendapatkan obat antipsikotik dan antikolinergik. Pada pengobatan pasien skizoafektif penggunaan antipsikotik digunakan untuk mengurangi gejala skizofrenia yang sesuai dengan kriteria diagnosis DSM-5 seperti halusinasi, delusi dan gejala negatif yang terdapat dalam gejala skizoafektif. Pemberian obat antipsikotik memiliki efek samping utama yang paling sering terjadi adalah efek samping ekstrapiramidal. Jika penggunaan obat antipsikotik tidak bisa dihindari penggunaannya, dan pasien mengalami efek samping gejala ekstrapiramidal yang cukup signifikan dan tidak dapat ditoleransi, maka dapat digunakan obat-obat tambahan untuk pengatasan efek samping (Ikawati 2014).

Dalam penggunaan obat antipsikotik untuk pasien skizoafektif di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Periode 2015-2016. Risperidon merupakan obat terbanyak yang diresepkan oleh dokter. Menurut Marder *et al* (2003) pemberian obat risperidon sangat efektif dalam mengobati gejala skizofrenia, *study* terkontrol dalam pemberian obat risperidon pada pasien mengalami perbaikan secara positif dalam terapi jangka panjang dan efek samping yang ditimbulkan dari obat ini lebih sedikit. Obat yang paling banyak digunakan sebagai penunjang dalam pengobatan seperti terlihat diatas tabel 8 adalah triheksipenidil, triheksipenidil seringkali diresepkan bersama obat antipsikotik yang memiliki efek

ekstrapiramidal, serta kombinasi obat antipsikotik yang ditujukan untuk meminimalisir efek ekstrapiramidal yang kemungkinan terjadi. Triheksifenidil merupakan obat antikolinergik yang banyak digunakan untuk mengatasi EPS (Guthrie *et al* 2000). Konsensus dari WHO tahun (1990), menetapkan penggunaan obat triheksifenidil dalam mengatasi EPS. EPS kebanyakan terjadi pada obat antipsikotik, terutama yang memiliki efek ekstrapiramidal dari yang rendah sampai tinggi (Khalid *et al* 2012).

### C. Kerasionalan Penggunaan Antidepresan

#### 1. Tepat Indikasi

Berdasarkan kerasionalan penggunaan obat antidepresan dilihat dari ketepatan indikasi penyakit pasien, dari 44 pasien skizoafektif yang menjalani rawat inap di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Periode 2015-2016 yang mendapatkan obat sesuai dengan indikasi sebanyak 44 orang (100%).

**Tabel 9. Distribusi tepat indikasi pemberian antidepresan di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Tahun 2015-2016**

Tepat Indikasi	Jumlah	Persentase (%)
Tepat	44	100
Tidak tepat	0	0
Total	44	100

Sumber : Data rekam medik pasien skizoafektif yang diolah 2017 lapiran 6 hal 51

Tepat indikasi merupakan ketepatan pemberian obat yang sesuai dengan ketepatan diagnosis dan keluhan dari pasien. Tepat indikasi dalam pengobatan skizoafektif yaitu ketepatan dalam penggunaan obat antidepresan berdasarkan diagnosis yang ditetapkan oleh dokter pada berkas lembar rekam medik. Tujuan dari pengobatan skizoafektif menggunakan antidepresan untuk membantu pasien memahami hubungan antara perasaan, pola pikir dan kesusahan dalam menangani fungsi sosial (Goldberg 2010).

Dari data diatas tabel 9 dapat diketahui bahwa dari 44 pasien skizoafektif, persentase pasien yang diberikan terapi menggunakan obat antidepresan sebanyak 100%. Menurut Levinson *et al* (1999), menentukan diagnosis yang tepat untuk skizoafektif seringkali dipersulit oleh sulitnya mendapatkan informasi yang

dibutuhkan, pasien atau keluarga cenderung melebih-lebihkan gejala dimasa lalu dan dikacaukannya oleh ketidakpastian tentang gejala negatif skizofrenia sehingga dokter harus mendiagnosis secara akurat gejala yang dialami oleh pasien. Peneliti telah melakukan wawancara terhadap dokter di RSJD Surakarta bahwa pemberian *adjuvans* obat antidepresan berdasarkan pengalaman dokter, pada diagnosa skizoafektif tipe manik untuk menangani gejala manik seperti insomnia, mondar-mandir dan kegembiraan yang berlebih sehingga pasien sulit untuk melakukan istirahat.

## 2. Tepat Obat

Berdasarkan kersasionalan penggunaan obat antidepresan dilihat dari ketepatan dosis terapi, dari 44 obat antidepresan untuk terapi pasien skizoafektif yang menjalani rawat inap di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Periode 2015-2016, diketahui pemberian obat yang sesuai dengan terapi sebanyak 28 obat antidepresan (63.64%) dan 16 antidepresan (36,36%) tidak tepat obat berdasarkan *Guidline Pharmacotherapy Handbook Ninth Edition*.

**Tabel 10. Distribusi tepat obat pemberian antidepresan di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Tahun 2015-2016**

Tepat Obat	Jumlah	Persentase (%)
Tepat	28	63,64
Tidak tepat	16	36,36
Total	44	100

Sumber : Data rekam medik pasien skizoafektif yang diolah 2017 lampiran 6 hal 51

Ketepatan pemilihan obat didasarkan pada pertimbangan keamanan dan terbukti manfaatnya dan memiliki efek terapi yang sesuai dengan penyakit yang diderita (Depkes 2008). Berdasarkan data diatas tabel 10 dapat diketahui bahwa 36,36% penggunaan obat antidepresan tidak tepat obat. Hal tersebut dikarenakan penggunaan obat antidepresan tidak sesuai dengan *guidline*. Berdasarkan *Guidline Pharmacotherapy Handbook Ninth Edition* pemberian terapi farmakologi untuk pasien skizoafektif direkomendasikan untuk terapi *adjuvans* tahap pertama dimulai dengan golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI), apabila tidak berhasil gunakan golongan berikutnya *Tricyclic Antidepresan* (TCA) dan terakhir gunakan *Amin Oxidase Inhibitor* (MAOI) (Wells *et al* 2015). Pada penelitian ini antidepresan yang digunakan pada pasien rawat inap di RSJD

Surakarta Periode 2015-2016 yaitu antidepresan fluoxetine dan escitalopram dari golongan SSRI sedangkan dari golongan TCA yaitu amitriptylin. Pada penelitian ini banyak ditemukan penggunaan antidepresan pada awal terapi dimana yang sering adalah penggunaan obat golongan TCA yaitu amitriptylin. Dalam *guidline* hal tersebut dikatakan kurang tepat karena awal pemberian terapi *adjuvans* di rekomendasikan untuk diberikan obat golongan SSRI terlebih dahulu. Sedangkan pemberian obat golongan TCA di rekomendasikan diberikan pada tahap selanjutnya dimana terjadi kegagalan atau kurang berhasilnya pemberian obat golongan SSRI. Menurut Dipiro (2008), *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) dipilih sebagai antidepresan lini pertama karena keamanannya dan toleransi yang tinggi. Pemberian obat pada terapi *adjuvans* pemilihan awal golongan SSRI merupakan agen pilihan karena efektifnya suatu obat, memiliki efek samping relatif lebih sedikit bahkan pada dosis tinggi (Kaplan *et al* 2015).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pemberian SSRI sebagai terapi *adjuvans* memberikan nilai ekonomi yang lebih tinggi dibandingkan dengan antidepresan trisiklik pada saat seluruh biaya pengobatan diperhitungkan (Sukandar *et al* 2013). Pemberian obat golongan TCA amitriptylin tidak dipertimbangkan sebagai terapi lini pertama. Kombinasi obat trisiklik dan antipsikotik berhubungan saling memperkuat daya kerja dan toksisitas kedua obat, harus diwaspadai meningkatnya efek antikolinergik, seperti *ileus paralytic* dan *delirium* (Tan & Rahardja 2015). Obat antidepresan trisiklik sendiri memiliki efek samping antikolinergik yang tinggi (seperti: takikardi, mulut kering, pandangan kabur dan gangguan memori (Sukandar *et al* 2013). Dalam pemilihan obat antidepresan untuk terapi *adjuvans* skizoafektif dokter memilihkan obat berdasarkan pengalaman pengobatan dan pengalaman dalam menilai keefektifan obat antidepresan serta pertimbangan kondisi pasien, dimana terlihat ditabel 10 perbandingan ketepatan obat tidak begitu jauh, peneliti telah melakukan wawancara kepada dokter di RSJD Surakarta, bahwa penggunaan obat amitriptylin sering digunakan karna memiliki efek samping nafsu makan bertambah dan efek sedasinya agar pasien dapat istirahat dengan teratur.



### 3. Tepat Pasien

Berdasarkan kerasionalan penggunaan obat antidepresan dilihat dari ketepatan kondisi pasien, dari 44 pasien skizoafektif yang menjalani rawat inap di Instalasi RSJD Tahun 2015-2016 mendapatkan obat sesuai dengan kondisi pasien sebanyak 44 orang (100%).

**Tabel 11. Distribusi tepat pasien pemberian antidepresan di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Tahun 2015-2016**

Tepat Pasien	Jumlah	Persentase (%)
Tepat	44	100
Tidak tepat	0	0
Total	44	100

Sumber: Data rekam medik pasien skizoafektif yang diolah tahun 2017 lampiran 6 hal 51

Tepat pasien merupakan kesesuaian penggunaan obat yang tidak kontraindikasi dengan kondisi pasien, baik kondisi fisiologis maupun kondisi patologis pasien dan tidak terdapat riwayat alergi (Depkes 2008). Dalam penelitian ini ada beberapa jenis obat antidepresan golongan SSRI dan Trisiklik yang digunakan. Obat Antidepresan golongan SSRI yang digunakan yaitu Fluoxetine, dan Escitalompran. Obat antidepresan golongan Trisiklik yang digunakan yaitu Amitriptilin. Dibawah ini adalah tabel yang menjelaskan tentang pemberian obat yang memiliki kontra indikasi dengan suatu penyakit.

**Tabel 12. Daftar obat antidepresan dan peringatan dalam pemberian**

Nama Obat	Peringatan
Amitriptilin	penyakit jantung (terutama dengan aritmia), epilepsi, hamil, menyusui, lansia, gangguan faal hati, penyakit tiroid, psikosis, glaukoma sudut sempit, retensi urin, bersamaan dengan terapi elektrokonvulsif, hindari pemutusan obat mendadak.
Fluoxetin	penyakit jantung, epilepsi (hindari bila sulit dikendalikan), bersama dengan terapi elektro syok, riwayat mania, gangguan hati dan ginjal, hamil dan menyusui, hindari pemutusan mendadak.
Escitalopram	digunakan dengan hati-hati pada pasien epilepsi (hindari jika kejang tidak terkendali, hentikan jika kejang meningkat), penyakit jantung, diabetes melitus, dicurigai adanya glaukoma sudut sempit, riwayat mania atau gangguan perdarahan (terutama perdarahan pada saluran cerna) dan jika digunakan dengan obat lain yang dapat meningkatkan risiko perdarahan, gangguan fungsi hati, gangguan fungsi ginjal, kehamilan dan menyusui.

Sumber: <http://pionas.pom.go.id>, diakses pada tanggal 15 mei 2017

Dari hasil pemeriksaan laboratorium bahwa terdapat 9 pasien yang memiliki hasil diatas normal. Hasil pemeriksaan tersebut yaitu pemeriksaan SGOT dan SGPT. Peneliti telah melakukan wawancara terhadap dokter di RSJD Surakarta, bahwa apabila kenaikan nilai SGOT/SGPT masih dapat 2-3 kali diatas nilai normal dianggap kenaikan yang tidak terlalu tinggi dan masih ditoleransi, dan Instalasi farmasi juga akan selalu melakukan monitoring terhadap pasien yang memiliki hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak normal yang berhubungan dengan pemberian suatu obat. Sebelum mendapatkan terapi, pasien mendapatkan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium untuk mengetahui kondisi fisiologis pasien. Pemeriksaan fisik yang diketahui meliputi berat badan, tekanan darah, jumlah denyut nadi, suhu tubuh, dan kecepatan respirasi. Selain itu dilakukan juga pemeriksaan laboratorium meliputi pemeriksaan gula darah, kolesterol, trigliserid, ureum, kreatinin, leukosit, trombosit, SGOT, dan SGPT. Namun, tidak semua pasien melakukan pemeriksaan laboratorium tersebut, kebanyakan pasien skizoafektif mendapatkan pemeriksaan laboratorium meliputi gula darah, SGOT, dan SGPT.

#### 4. Tepat Dosis

Berdasarkan kerationalan penggunaan obat antidepresan dilihat dari ketepatan dosis terapi, dari 44 sampel yang diberikan obat antidepresan untuk pasien skizoafektif yang menjalani rawat inap di Instalasi RSJD tahun 2015-2016, diketahui dosis obat antidepresan sesuai dengan range dosis sebanyak 44 obat antidepresan (100%).

**Tabel 13. Distribusi tepat dosis pemberian antidepresan di Instalasi Rawat Inap RSJD tahun 2015-2016**

Tepat Dosis	Jumlah	Persentase (%)
Tepat	44	100
Tidak tepat	0	0
Total	44	100

Sumber: Data rekam medik pasien skizoafektif yang diolah tahun 2017 lampiran 6 hal 51

Tepat dosis merupakan ketepatan suatu pemberian obat dengan dosis sesuai dengan range terapi obat antidepresan dilihat berdasarkan *Guidline Pharmacotherapy Principles & Practice* tahun 2008. Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa persentase ketepatan penggunaan antidepresan berdasarkan

dosis terapi untuk pasien skizoafektif sebesar 100%. Hal tersebut menandakan bahwa seluruh dosis antidepresan yang diberikan dalam terapi skizoafektif sesuai dengan range terapi obat antidepresan berdasarkan *Guidline Pharmacotherapy Principles & Practice*.

Dalam pemberian terapi obat antidepresan di Instalasi rawat inap RSJD Tahun 2015-2016 memberikan berbagai obat dengan pertimbangan dosis yang disesuaikan dengan kondisi pasien. Dalam pengobatan pasien skizoafektif pemberian terapi obat antidepresan bukan merupakan terapi awal dari penyakit skizoafektif melainkan suatu terapi tambahan atau *adjuvans* dan bisa juga digunakan pada saat munculnya gejala psikosis pada pasien (Brown *et al* 2014).

Dari data yang didapatkan terdapat usia remaja yang mendapatkan obat antidepresan jenis fluoxetine, hal ini sesuai dengan pendapat dari Wagner (2003), yang menyatakan bahwa obat fluoxetine yang telah ditunjukkan dalam uji klinis efektif dalam mengobati anak-anak dan remaja, sama dengan SSRI lainnya, manfaat untuk fluoxetine dalam mengobati Anak-anak dan remaja dinilai akan menguntungkan. Dilihat dari pemberian obat fluoxetine pada Anak-anak dan remaja diberikan dosis 10 mg pada penelitian ini. Hal ini sesuai menurut Brown *et al* (2014), bahwa pemberian obat fluoxetine pada anak-anak dan remaja pada dosis awal pemberian adalah 10 mg.

## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

Dari data yang dikumpulkan lalu dianalisis dan dibahas maka hasil penelitian dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Karakteristik pasien skizoafektif yang dirawat di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2015 - 2016 jenis kelamin yang paling banyak adalah perempuan. Dari segi umur yang paling banyak menderita skizoafektif adalah antara umur 25 - 34 tahun. Kebanyakan pasien skizoafektif berpendidikan menengah SMA dan tidak bekerja. Berdasarkan jenis penjaminan pasien skizoafektif jenis pasien PBI. Dalam penelitian ini skizoafektif yang paling banyak ditemui adalah jenis skizoafektif tipe depresif.
2. Obat antidepresan yang paling banyak digunakan untuk pasien skizoafektif yang dirawat di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Tahun 2015 - 2016 adalah Fluoxetine sebanyak 52,3% dengan kombinasi obat antipsikotik yang paling banyak diberikan adalah Risperidon sebanyak 90,9%.
3. Penggunaan obat antidepresan untuk skizoafektif di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2015 – 2016 belum dapat dikatakan rasional, karena kriteria pengobatan rasional meliputi tepat indikasi, tepat obat, tepat pasien, dan tepat dosis belum tepat 100%. Hasil penelitian rasionalitas penggunaan obat antidepresan adalah sebagai berikut: tepat indikasi 100%, tepat obat 63,64%. tepat pasien 100%, tepat dosis 100%.

## **B. Saran**

Berdasarkan hasil penelitian ini, maka dapat disarankan sebagai berikut:

1. Bagi institusi rumah sakit, diharapkan lebih meningkatkan pemantauan terhadap kelengkapan rekam medis pasien, penulisan yang lebih jelas demi mempermudah mengetahui riwayat penyakit dan pengobatan pasien dan sebagai dasar pertimbangan penentuan terapi dan sehingga dapat digunakan sebagai bahan penelitian berikutnya.
2. Bagi peneliti selanjutnya, diharapkan adanya penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh obat antidepresan sebagai penunjang yang digunakan kombinasi dengan obat antipsikotik atau obat lainnya pada penyakit skizoafektif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmed R, Namboodiri V, Tahira F. 2011. Mood Stabilisers for Schizoaffective Disorder (Protocol), *Cochrane Database of Systematic Review*.
- Alamsyah D. 2011. *Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ainsworth P. (2000). *Understanding Depression*. USA : University Press of Missisipi.
- Anonim. 1982, *Statistical Papers : Provisional Guidelines on Standard International Age Classifications*, 27, United Nation, New York.
- Anonim. 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5<sup>th</sup> ed, 15-17, 137-148, American Psychiatric Publishing, Washington DC.
- Anonim. 2015. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organization, WHO : USA
- Anonim. 2015. The Age Standarized Suicide Reates. World Health Organization, WHO : USA.
- Bertolote J M. 1992. Schizophrenia Information for Families initiative of support to people disable by mental illness. Divition of Mental Health World Health Organization, WHO : Geneva.
- [BPOM RI]. 2008. *IONI: Informatorium Obat Nasional Indonesia*. Jakarta: Badan Pengawas Obat dan Makanan Republik Indonesia.
- [BPOM RI].2017. Antidepresan, <http://pionas.pom.go.id/book/ioni/-bab-4-sistem-saraf-pusat-antidepresan>, 15 mei 2017.
- Braga MEM *et al*. 2015. Schizoaffective Disorder and Depression. A Case Study of a Patient from ceara. *Psychiatry & Metal Herlth* 8:1755-7682.
- Brown G, Atkinson J, Jenkins P, Hewitt J. 2014. Guidance on the Use antidepressants in Children and Adolescents. *Drugs and Therapeutics Group*.
- Calin DL, Mitrea M, Sinte C, Francu, Paduraru D. 2013. Schizoaffective Disorder : Neuroanatomic Characterizotion and Oral manifestation, *Clinical Anatomy*, XII, 1, 72.

- Carpenello B, Frederica P, Massimo T, Enrico Z, Francesca F. 2012. Gender Differences in Remission and Recovery of Schizophrenic and Schizoaffective Patients : Preliminary Results of a Prospective Cohort Study, 1-8 cit. Surbakti, R., 2014, A 30 , R., 2014, A 30 Years Old Man With Depressed Type of Schizoaffective Disorder : Case report, *J Medula Unila*,3,2,90.
- Castle D, Tan MS. 2013, Psychiatric Medication Information : A Guide for Patient and Carers, 3<sup>rd</sup> ed.
- Chisholm-Burns MA *et al.* 2008. *Pharmacotherapy Principles and Practice*. The McGraw-Hill Companies, United States of America. hlm 599-605.
- [Depertemen Kesehatan RI]. 2008. *Informatorium Obat Nasional Indonesia*. Badan POM RI. Gramedia, Jakarta.
- Dipiro J *et al.* 2008. *Pharmacotherapy a Pathophysiologic approach*. 7<sup>th</sup> ed. 1161. The McGraw-Hill Companies, United States of America.
- Douglas F, Levinson, MD, C. Umopathy MD, Mohamado Musthaq MD. 1999. Treatment of Schizoaffective Disorder and Schizophrenia With Mood Symptoms. *Am J Psychiatry*. 156:1138–1148.
- Fahrul. 2014. Rasionalitas penggunaan antipsikotik pada pasien skizofrenia di instalasi rawat inap jiwa rumah sakit daerah madani provinsi sulawesi tengah periode januari-april 2014 [Skripsi]. Makassar: Fakultas Farmasi, Universitas Tandulako.
- Goldberg JF, Nasrallah HA, Correll CU. 2010. Differential Diagnosis and Therapeutic Management of Schizoaffective Disorder, *Supplement to Annals of Clinical Psychiatry*.
- Guthrie SK, Manzey L, Scott D, Giordani B, Tandon R. 2000. Comparison of central and peripheral pharmacologic effects of biperiden and trihexyphenidyl in Human volunteers. *J Clin Psychopharmacol*. 77-78.
- Ikawati Zullies. 2014. Farmakoteri Penyakit Sistem Syaraf Pusat. Yogyakarta: Bursa Ilmu Karangajen.
- J. John Mann, M.D. 2005. The Medical Management of Depression. *N Engl J Med*. 353:1819-34.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Sadock VA. 2015. *Buku Ajar Psikiatri Klinis*. Edisi 2. Jakarta: EGC.
- [Kementrian Kesehatan RI]. 2011. *Modul Penggunaan Obat Rasional*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.

- [Kementrian Kesehatan RI]. 2013. *Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI.
- Khalid AJ *et al.* 2012. Antipsychotic and Anticholinergic Drug Prescribing Pattern in Psychiatry: Extent of evidence-Based Practice in Bahrain. *Pharmacology & Pharmacy*. 409-416.
- Lazarus, Richard S, Folkamn, Susan. 1984. *Stress, apprasial and coping*. New york springer publishing company.
- Marder MD *et al.* 2003. Maintenance Treatment of Schizophrenia With risperidone or Haloperidol: 2-Year Outcomes. *Am J Psychiatry*.
- Mcelroy SL, Keck JRPE, Strakowski SM. 1999. An overview of the treatment of schizoffective disorder. *J Clin Psychiatry*.
- Muninjaya AA. 2004. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Najwa S. 2010. Etiologi Skizofrenia dari Faktor Biologis dan Psikologis. RSJ Pusat Dr. Soeharto Heerdjan.
- Nursalam. 2011. Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Olfson M, Marcus SC, Wan GJ. 2009. Treatment Patterns for Schizoffective Disorder and Schizophrenia Among Medicaid Patient, *Psychiatric Servies*.
- Pandhy S, Hegde A. 2015. Schizoffective Disorder : Evolution and Current of the Concept, *Turkish Journal of Psychiatry*.
- Perkins R, Rinaldi M. 2002. Unemployment rates among patients with long-term mental health problems. *Psychiatric Bulletin*. 26, 295-298.
- Sari IP. 2004. *Penelitian Farmasi Komunitas dan Klinis*. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Sugiyono. 2015. *Statistik Nonparametris Untuk Penelitian*. Bandung: CV. Alfabeta Bandung.
- Sukandar EY, Andrajati R, Sigit JI, Adnyana IK, Setiadi AP, Kusnandar. 2013. *ISO Farmakoterapi*. Edisi 3. Jakarta : Penerbit PT. ISFI Penerbitan.
- Tan HT, Rahardja. 2015. *Obat-obat penting*. Edisi 7. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.
- Travor AJ, Katzung BG, Master SB. 2008. *Pharmacology: Examination & Board Review*, 8th, 248-249, McGraw-Hill, Boston.



- Wells BG, Dipro JT, Scwinghammer TL, Dipro CV. 2009. *Pharmacotherapy Handbook*, 7<sup>th</sup> ed, 756, 799-800, 803-804, The McGraw-Hill Companies, United States of America.
- Wells BG, Dipro JT, Scwinghammer TL, Dipro CV. 2015. *Pharmacotherapy Handbook*. 9<sup>th</sup> ed.718, The McGraw-Hill Companies, United States of America.
- Wagner, K.D. 2003. Efficacy of Sertraline in the Treatment of Children and Adolescents with Major Depressive Disorder. *JAMA*, 290(8):1033-1041.
- [WHO] World Health Organization. 2010. *Collaborating Centre For Drug Statistics Methodology*. Oslo.
- WHO. 1990. Prophylactic use of anticholinergics in patients on longterm neuroleptic treatment. A consensus statement. World Health Organization heads of centres collaborating in WHO co-ordinated studies on biological aspects of mental illness. *Br J Psychiatry*.

*L*

*A*

*M*

*P*

*G*

*R*

*A*

*N*

## Lampiran 1. Surat Keterangan Izin Studi Pendahuluan



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH**  
**RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**

Jl. Ki Hajar Dewantara 80 Jebres Kotak Pos 187 Surakarta Telp (0271) 641442 Fax (0271) 648920  
 E-mail: rsjdsurakarta@jatengprov.go.id Website: http://rsjd-surakarta.jatengprov.go.id

Nomor : 070/2366/05/2016  
 Lampiran : -  
 Perihal : Penelitian Tugas Akhir

Kepada Yth. :  
 Dekan Universitas Setia Budi  
 Fakultas Farmasi  
 Di

SURAKARTA

Sehubungan dengan surat Saudara No. 1611/A10- 4/02.05.16 tanggal, 02 Mei 2016 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan ijin pada

N A M A : IMAM CHOIRI.  
 N P M : 19134016A

untuk melakukan Studi Pendahuluan Penelitian untuk Skripsi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta bagi mahasiswa Program Studi S1 Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi.

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

Demikian atas perhatian Saudara diucapkan terima kasih

Surakarta, 19 MAY 2016

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



## Lampiran 2. Surat Keterangan Izin penelitian Tugas Akhir



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH**  
**RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA**

Jl. Ki Hajar Dewantara 80 Jebres Kotak Pos 187 Surakarta Telp (0271) 641442 Fax (0271) 648920  
 E-mail : rjsdsurakarta@jatengprov.go.id Website: http://rsjt-surakarta.jatengprov.go.id

---

Nomor : 070/5265/12/2016  
 Lampiran : -  
 Perihal : Penelitian Tugas Akhir

Kepada Yth. ;  
 Dekan Fakultas Farmasi  
 Universitas Setia Budi  
 Di  
SURAKARTA

Sehubungan dengan surat Saudara No. 1782/A10 – 4/18.12.16 tanggal 08 Desember 2016 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan dan memberikan ijin pada

N a m a : IMAM CHOIRI.  
 N i m : 19134016A

untuk keperluan / memperoleh : **Pengambilan data rekam medik pasien skizofrenia tahun 2015** di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta berkaitan dengan penelitian tugas akhir (skripsi) mahasiswa Program Studi S1 Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi.

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

Demikian atas perhatian Saudara diucapkan terima kasih

Surakarta, 22 DEC 2016



Ag. Direktur RS Jiwa Daerah Surakarta  
 Provinsi Jawa Tengah  
 Wakil Direktur Administrasi,  
**Dra. ME. KUSDIYAH SRI WINARNI, MM**  
 Pembina Tingkat I  
 NIP. 19630716 198303 2 009

### Lampiran 3. Surat Keterangan Ethical Clearance

	<p><b><u>HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE</u></b>  <b>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN</b>  <u>Dr. Moewardi General Hospital</u>          RSUD Dr. Moewardi</p> <p><u>School of Medicine SebelasMaret University</u>          Fakultas Kedokteran Universitas sebelas Maret</p>	
<p><b><u>ETHICAL CLEARANCE</u></b>  <b>KELAIKAN ETIK</b></p>		
<p>Nomor : 1008/ XII / HREC /2016</p>		
<p><u>The Health Research Ethics Committee Dr. Moewardi General Hospital / School of Medicine Sebelas</u>          Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Moewardi / Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret</p>		
<p><u>Maret University Of Surakarta. after reviewing the proposal design, herewith to certify</u>          Surakarta, setelah menilai rancangan penelitian yang diusulkan, dengan ini menyatakan</p>		
<p><u>That the research proposal with topic :</u>          Bahwa usulan penelitian dengan judul</p>		
<p>RASIONALITAS PENGGUNAAN OBAT ANTIDEPRESAN PADA PASIEN SKIZOAFEKTIF          DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2015</p>		
<p><u>Principal investigator</u>          Peneliti Utama</p>	<p>: Imam Choiri          19134016A</p>	
<p><u>Location Of Research</u>          Lokasi Tempat Penelitian</p>	<p>: Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta</p>	
<p><u>Is ethically approved</u>          Dinyatakan laik etik</p>		
<p>Issued on : 05 Desember 2016</p>		
<p><u>Chairman</u>          Ketua</p>		
		
<p>Dr. Han Wijoso, dr.,Sp.F,MM          NIP. 19621022 199503 1 001</p>		

#### Lampiran 4. Surat Keterangan Selesai Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH  
RUMAH SAKIT Jiwa DAERAH SURAKARTA

Jl. Ki Hajar Dewantara 80 Jebres Kotak Pos 187 Surakarta Telp (0271) 641442 Fax (0271) 64892  
E-mail : [rsjdsurakarta@jatengprov.go.id](mailto:rsjdsurakarta@jatengprov.go.id) Website : <http://rsjd-surakarta.jatengprov.go.id>

### SURAT KETERANGAN

NO : 421.5/1503 /IV/2017

Yang bertanda tangan dibawah ini Kepala Sub Bagian Pendidikan, Penelitian, Pengembangan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta menerangkan bahwa :

Nama : IMAM CHOIRI.  
Nim : 19134016 A  
Fakultas : Farmasi  
Institusi : Universitas Setia Budi

Telah melaksanakan Penelitian di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta pada tanggal, 11 Januari 2017 nsampai dengan 6 Maret 2017.

Surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Surakarta, 06 APR 2017

Kasubbag. Diklitbang

Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta



Dra. Dwi Faridavanti

NIP. 19630128 198303 2 002

### Lampiran 5. Rekapitulasi Data Karakteristik Pasien Skizoafektif Tahun 2015-2016

No	Kode RM	JK		Usia (tahun)				Pendidikan						Pekerjaan						Jenis Pasien				Diagnosa		
		L	P	15-24	25-34	35-44	45-54	TDS	SD	SMP	SMA	D	S-1	TB	Buruh	IRT	Swasta	Wiraswasta	PNS	Jamkesda	Non PBI	PBI	Umum	F25.0	F25.1	F25.2
1	41078	Y			Y						Y						Y					Y			Y	
2	42485	Y		Y							Y			Y								Y			Y	
3	49025	Y				Y					Y			Y					Y						Y	
4	48985	Y			Y						Y							Y				Y			Y	
5	54853	Y			Y			Y						Y								Y			Y	
6	55454	Y		Y				Y						Y								Y			Y	
7	55421	Y			Y						Y						Y					Y			Y	
8	35886	Y			Y						Y			Y								Y			Y	
9	51618	Y					Y						Y						Y		Y				Y	
10	56507	Y		Y						Y				Y							Y					Y
11	45627	Y			Y				Y								Y					Y		Y		
12	57318	Y			Y						Y			Y								Y			Y	
13	57697	Y		Y							Y			Y								Y		Y		
14	57906	Y				Y					Y				Y							Y			Y	
15	58066	Y				Y					Y			Y									Y	Y		
16	58525	Y			Y						Y				Y							Y			Y	
17	58532	Y			Y						Y							Y		Y					Y	
18	58671	Y			Y						Y						Y					Y			Y	
19	58944	Y			Y						Y			Y							Y					Y
20	59330	Y				Y					Y				Y							Y			Y	
21	54802		Y		Y					Y						Y							Y		Y	
22	56448		Y		Y					Y				Y								Y		Y		
23	20520		Y			Y			Y									Y				Y		Y		
24	55921		Y	Y									Y	Y							Y			Y		

No	Kode RM	JK		Usia (tahun)				Pendidikan						Pekerjaan						Jenis Pasien				Diagnosa		
		L	P	15-24	25-34	35-44	45-54	TDS	SD	SMP	SMA	D	S-1	TB	Buruh	IRT	Swasta	Wiraswasta	PNS	Jamkesda	Non PBI	PBI	Umum	F25.0	F25.1	F25.2
25	55867		Y		Y						Y			Y							Y				Y	
26	8223		Y				Y				Y			Y								Y			Y	
27	51569		Y		Y				Y							Y						Y			Y	
28	56122		Y		Y							Y					Y				Y				Y	
29	25320		Y			Y		Y						Y								Y			Y	
30	53722		Y	Y							Y			Y									Y		Y	
31	45959		Y	Y							Y			Y									Y		Y	
32	52645		Y	Y					Y					Y								Y			Y	
33	57460		Y	Y							Y			Y							Y				Y	
34	57952		Y	Y							Y			Y								Y			Y	
35	58501		Y		Y						Y					Y					Y				Y	
36	58545		Y		Y						Y			Y						Y					Y	
37	58699		Y		Y						Y						Y						Y		Y	
38	58789		Y		Y						Y						Y						Y		Y	
39	58953		Y		Y						Y			Y							Y				Y	
40	59490		Y		Y						Y			Y									Y		Y	
41	59682		Y		Y				Y									Y		Y					Y	
42	59783		Y			Y			Y							Y				Y					Y	
43	64308		Y		Y								Y						Y				Y			Y
44	64096		Y			Y						Y				Y						Y			Y	
Total	Jumlah	20	24	10	24	8	2	3	6	3	27	2	3	23	3	5	7	4	2	5	9	16	14	6	35	3
	Persentase	45,45%	54,55%	22,73%	54,54%	18,18%	4,55%	6,82%	13,63%	6,82%	61,36%	4,54%	6,82%	52,27%	6,82%	11,36%	15,91%	9,09%	4,55%	11,36%	20,45%	36,36%	31,83%	13,63%	79,55%	6,82%



Keterangan:

JK	: Jenis Kelamin
RM	: Rekam Medik
L	: Laki-laki
P	: Perempuan
TDS	: Tidak Sekolah
TB	: Tidak Bekerja
IRT	: Ibu Rumah Tangga
Jamkesda	: Jaminan Kesehatan Daerah
F 25.0	: Skizoafektif tipe Manik
F 25.1	: Skizoafektif tipe Depresif
F 25.2	: Skizoafektif tipe Campuran

## Lampiran 6. Rekapitulasi Kerasionalan Obat Pasien Skizoafektif Tahun 2015-2016

No	Kode RM	Pemeriksaan Lab.			Terapi	Diagnosa	Ds (mg)	F (xdd)	TI		TO		TP		TD	
		SGOT	SGPT	GD					Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	41078	17	21	97	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
2	42485	18	14	118	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
3	49025	20	30	105	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
4	48985	38	19	102	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
5	54853	38	35	120	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
6	55454	28	31	90	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
7	55421	39	40	119	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
8	35886	28	16	110	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
9	51618	30	35	110	Escitalopram	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
10	56507	19	9	88	Fluoxetin	Campuran	10	1	Y		Y		Y		Y	
11	45627	40	35	109	Fluoxetin	Manik	20	1	Y		Y		Y		Y	
12	57318	17	17	90	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
13	57697	38	40	110	Amitriptilin	Manik	20	1	Y		Y		Y		Y	
14	57906	39	33	120	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
15	58066	38	40	93	Fluoxetin	Manik	20	1	Y		Y		Y		Y	
16	58525	38	19	95	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
17	58532	21	14	112	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
18	58671	16	18	96	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
19	58944	28	11	85	Fluoxetin	Campuran	20	1	Y		Y		Y		Y	
20	59330	33	37	120	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
21	54802	16	17	106	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
22	56448	16	19	74	Amitriptilin	Manik	25	1	Y		Y		Y		Y	
23	20520	17	11	93	Amitriptilin	Manik	25	1	Y		Y		Y		Y	
24	55921	28	29	110	Amitriptilin	Manik	25	1	Y		Y		Y		Y	
25	55867	35	37	124	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
26	8223	9	12	85	Amitriptilin	Depresif	25	2	Y			T	Y		Y	
27	51569	12	12	94	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
28	56122	12	14	110	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
29	25320	21	21	102	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
30	53722	14	20	105	Fluoxetin	Depresif	10	1	Y		Y		Y		Y	
31	45959	17	19	96	Amitriptilin	Depresif	12,5	2	Y			T	Y		Y	
32	52645	17	11	98	Amitriptilin	Depresif	12,5	2	Y			T	Y		Y	

No	Kode RM	Pemeriksaan Lab.			Terapi	Diagnosa	Ds (mg)	F (xdd)	TI		TO		TP		TD	
		SGOT	SGPT	GD					Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak	Ya	Tidak
33	57460	24	16	120	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
34	57952	23	20	92	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
35	58501	16	11	89	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
36	58545	19	9	120	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
37	58699	24	21	78	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
38	58789	23	12	96	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
39	58953	23	31	89	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
40	59490	16	12	86	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
41	59682	28	29	110	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
42	59783	12	9	120	Amitriptilin	Depresif	25	1	Y			T	Y		Y	
43	64308	21	16	120	Fluoxetin	Campuran	20	1	Y		Y		Y		Y	
44	64096	26	28	96	Fluoxetin	Depresif	20	1	Y		Y		Y		Y	
TOTAL		Jumlah							44	0	28	16	44	0	44	0
		Persentase							100%	0%	63,64%	36,36%	100%	0%	100%	0%

Keterangan :

RM : Rekam Medik  
 GD : Gula Darah  
 Ds : Dosis  
 F : Frekuensi  
 TI : Tepat Indikasi  
 TO : Tepat Obat  
 TD : Tepat Dosis  
 TP : Tepat Pasien