

**KAJIAN PENGGUNAAN OBAT ANTIPSIKOTIK PADA PASIEN GANGGUAN
BIPOLAR DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT
JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2017**



Oleh :

**Dzulyan Adi Wahana
20144105A**

**FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS SETIA BUDI
SURAKARTA
2018**

**KAJIAN PENGGUNAAN OBAT ANTIPSIKOTIK PADA PASIEN GANGGUAN
BIPOLAR DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT
JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2017**

SKRIPSI

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

Oleh :

**Dzulyan Adi Wahana
20144105A**

**FAKULTAS FARMASI
UNIVERSITAS SETIA BUDI
SURAKARTA
2018**

PENGESAHAN SKRIPSI

berjudul

KAJIAN PENGGUNAAN OBAT ANTIPSIKOTIK PADA PASIEN GANGGUAN BIPOLAR DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2017

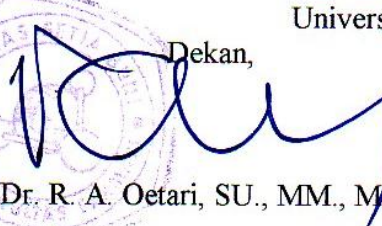
Oleh :

Dzulyan Adi Wahana
20144105A

Dipertahankan di hadapan Panitia Penguji Skripsi
Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi
Pada tanggal : 29 Juni 2018

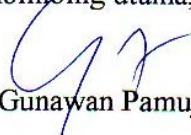
Mengetahui,
Fakultas Farmasi
Universitas Setia Budi

Dekan,



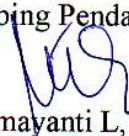
Prof. Dr. R. A. Oetari, SU., MM., M.Sc., Apt

Pembimbing utama,



Dr. Gunawan Pamuji W., M.Si., Apt

Pembimbing Pendamping,



Nila Darmayanti L, M.Sc., Apt
Penguji :

1. Samuel Budi Harsono, S.Farm.,M.Si.,Apt.
2. Dra. Pudiasuti RSP.,MM.,Apt.
3. Lukito Mindi Cahyo, S.KG.,MPH.
4. Dr. Gunawan pamuji, S.Si.,M.Si.,Apt.



1.



2.



3.



4.

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 **Nabi Muhammad Saw.**

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

Trimakasih bapak dan ibu pembimbing yang selalu membantu membimbing saya dalam mengerjakan skripsi

Terimakasih untuk seluruh **teman, sahabat dari kaltim maupun jawa** yang telah sama-sama berjuang selama 4 tahun dan selalu memberikan semangat satu sama lain, semoga kedepannya kita sama-sama berhasil Amin.

PERNYATAAN

Saya menyatakan bahwa skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi dan sepanjang pengetahuan saya tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah 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, 29 Juni 2018



Dzulyan Adi Wahana

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan yang Maha Esa atas semua berkat dan kasih-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul **“KAJIAN PENGGUNAAN OBAT ANTI PESIKOTIK PADA PASIEN GANGGUAN BIPOLAR DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2017”**. 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. Dr. Gunawan Pamuji W., M.Si., Apt. selaku Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan serta nasehat dalam penyusunan skripsi ini.
3. Nila Darmayanti L, M.Sc., Apt selaku Pembimbing Pendamping yang telah memberikan bimbingan dan pengarahan serta nasehat dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak dan ibu Dosen Fakultas Farmasi, serta seluruh Civitas Akademika Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi Surakarta.
5. Seluruh staf perpustakaan Universitas Setia Budi Surakarta, yang bersedia meminjamkan buku kepada penulis untuk menyusun skripsi ini.
6. Instalasi Farmasi dan Instalasi Rekam Medik RSJD Surakarta atas segala bantuan dan kerja samanya.
7. Ayah, Ibu, dan adik-adik yang telah memberikan kasih sayang, dorongan, semangat, nasehat dan doanya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini.

8. Teman pejuang skripsi Firdaus, Adam rizky, AL Mukzid, Hilmi, Hendrik, Afif, Fajar, Satia, dan Ms. G yang telah menguatkan di kala penulis dipuncak kemalasan dan sempat merasa tidak mampu melakukan apa – apa. Terimakasih telah memberikan semangat untuk merintis masa depan.
9. Sahabat-sahabatku, kalimantan, Hefliannur, Diana mulyana, Bella anggreani, Trimida, Puti rinda, Annora rizky, Fitri, Heny, Serly, bang Udin, Sopan, bang Deni, Jemy, Mas Rudi yang sudah mendukung dan membantu.
10. 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, 29 Juni 2018

Dzulyan Adi Wahana

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 | 3 |
| C. Tujuan Penelitian | 3 |
| D. Kegunaan Penelitian | 4 |
| BAB II TINJAUAN PUSTAKA | 5 |
| A. Bipolar | 5 |
| 1. Definisi bipolar | 5 |
| 2. Epidemiologi | 6 |
| 3. Etiologi | 7 |
| 4. Patofisiologi | 8 |
| 5. Prognosis | 9 |
| 6. Tanda dan gejala klinik | 9 |
| 7. Diagnosis | 11 |
| B. Kriteria Diagnostik Gangguan Bipolar I | 11 |
| 1. Episode Mania | 11 |
| 2. <i>Episode Hipomania</i> | 12 |
| 3. <i>Episode Depresi Mayor</i> | 13 |
| C. Kriteria Diagnostik Gangguan Bipolar II | 14 |
| 1. Episode Hipomania | 14 |

| | |
|--|-----------|
| 2. Episode Depresi Mayor | 15 |
| D. Kriteria Diagnostik Gangguan Siklotimik..... | 16 |
| E. Tata Laksana Terapi Bipolar | 17 |
| 1. Terapi secara non – farmakologi..... | 17 |
| 2. Terapi secara farmakologi | 18 |
| 3. Obat gangguan bipolar..... | 18 |
| 3.1 <i>Mood stabilizer</i> | 18 |
| 4. Antipsikotik..... | 19 |
| 5. Algoritma Terapi..... | 22 |
| F. Rumah Sakit Jiwa | 25 |
| G. Formularium Rumah Sakit | 26 |
| H. Rekam Medik | 27 |
| I. Landasan Teori | 28 |
| J. Keterangan empiris | 29 |
| K. Kerangka Pikir Penelitian..... | 29 |
| BAB III METODE PENELITIAN..... | 30 |
| A. Populasi dan Sampel | 30 |
| 1. Teknik sampling..... | 30 |
| 2. Kriteria inklusi dan eksklusi | 30 |
| B. Variabel Penelitian..... | 31 |
| 1. Identifikasi Variabel Utama..... | 31 |
| 2. Klasifikasi Variable Utama..... | 31 |
| 3. Devinisi Operasional Variabel Utama..... | 31 |
| C. Alat dan Bahan | 32 |
| 1. Alat | 32 |
| 2. Bahan..... | 32 |
| D. Jalannya Penelitian..... | 32 |
| 1. Tahap persiapan | 32 |
| 2. Tahap pengumpulan dan pengolahan data..... | 32 |
| E. Analisis Data..... | 33 |
| BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN | 34 |
| A. Karakteristik Pasien | 34 |
| 1. Karakteristik berdasarkan jenis kelamin..... | 34 |
| 2. Karakteristik berdasarkan usia | 34 |
| 3. Karakteristik berdasarkan diagnosa..... | 35 |
| 4. Karakteristik berdasarkan lama rawat | 36 |
| 5. Karakteristik berdasarkan status pernikahan | 37 |
| B. Penggunaan Obat | 37 |
| 1. Jenis Antipsikotik..... | 37 |
| C. Analisis Penggunaan Antipsikotik..... | 39 |
| 1. Tepat Dosis | 39 |
| 2. Tepat Indikasi..... | 42 |

| | | |
|---------------------|----------------------------|----|
| BAB V | KESIMPULAN DAN SARAN | 45 |
| | A. Kesimpulan..... | 45 |
| | B. Saran..... | 45 |
| DATAR PUSTAKA | | 46 |
| LAMPIRAN | | 48 |

DAFTAR GAMBAR

| | Halaman |
|--|---------|
| Gambar 1. Terapi Fase Akut Pada Gangguan Depresi | 22 |
| Gambar 2. Algoritma Terapi Depresi Tanpa Komplikasi..... | 23 |
| Gambar 3. Skema variabel pengamatan dan parameter..... | 29 |

DAFTAR TABEL

| | Halaman |
|--|---------|
| Tabel 1. Obat antipsikotik tipikal beserta dosisnya | 21 |
| Tabel 2. Obat antipsikotik atipikal beserta dosisnya | 22 |
| Tabel 3. Algoritma dan Pedoman Umum Terapi Akut Pada Episode Mania atau Campuran..... | 24 |
| Tabel 4. Algoritma dan Pedoman Umum Terapi Akut Pada Episode Depresi. | 25 |
| Tabel 5. Karakteristik pasien gangguan afektif bipolar berdasarkan jenis kelamin di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017. | 34 |
| Tabel 6. Karakteristik pasien gangguan afektif bipolar berdasarkan usia di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017..... | 35 |
| Tabel 7. Karakteristik pasien gangguan afektif bipolar berdasarkan diagnosa penyakit yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017 | 35 |
| Tabel 8. Karakteristik pasien gangguan afektif bipolar berdasarkan lama rawat yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017..... | 36 |
| Tabel 9. Karakteristik pasien gangguan afektif bipolar berdasarkan status pernikahan di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017..... | 37 |
| Tabel 10. Jenis antipsikotik yang digunakan oleh pasien gangguan afektif bipolar di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017..... | 38 |
| Tabel 11. Distribusi tepat dosis pemberian antipsikotik di Instalasi Rawat Inap RSJD tahun 2017 | 39 |
| Tabel 12. Distribusi tepat indikasi pemberian antipsikotik di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Tahun 2015-2016 | 43 |

DAFTAR LAMPIRAN

| | Halaman |
|---|---------|
| Lampiran 1. Ethical Clearance | 49 |
| Lampiran 2. Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian | 50 |
| Lampiran 3. Data rekam medik | 51 |

INTISARI

WAHANA, DA., 2018, KAJIAN PENGGUNAAN OBAT ANTI PSIKOTIK PADA PASIEN GANGGUAN BIPOLAR DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA PRIODE 2017, SKRIPSI, FAKULTAS FARMASI, UNIVERSITAS SETIA BUDI.

Gangguan afektif bipolar adalah suatu gangguan yang ditandai dengan perubahan mood antara rasa senang yang ekstrim dan depresi yang parah. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran penggunaan obat antipsikotik dan kesesuaian pengobatan pada pasien gangguan afektif bipolar di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017.

Metode penelitian yang digunakan adalah metode non eksperimental dan bersifat deskriptif. Pengumpulan data dilakukan secara retrospektif dengan mencatat catatan rekamedik pasien yang terdiagnosa gangguan afektif bipolar di RSJD Surakarta pada tahun 2017 sesuai inklusi. Pasien yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 55 pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 55 pasien, Jenis antipsikotik yang banyak digunakan risperidon 72,72%. Depakote dan haloperidol paling sedikit digunakan yaitu 14,54%. Penggunaan antipsikotik untuk pasien gangguan bipolar di instalasi rawat inap RSJD Surakarta tahun 2017 dapat dikatakan sesuai dengan pedoman terapi dan panduan praktek klinis kesehatan jiwa. Hasil penelitian untuk tepatnya dosis sebesar 96,32% dan indikasi 100%.

Kata kunci: kesesuaian penggunaan obat, gangguan afektif bipolar, antipsikotik

ABSTRACT

WAHANA, DA., 2018, DRUG USED STUDY OF ANTI PSYCHOTIC IN ANCENTIVE DISORDER IN PATIENTS INSTALLATION OF PSYCHIATRIC HOSPITALS REGIONS SURAKARTA PERIOD 2017, THESIS, FACULTY OF PHARMACY, SETIA BUDI UNIVERSITY.

Bipolar affective disorder is a disorder characterized by a mood change between extreme pleasure and severe depression. This study was conducted to determine the description of the use of antipsychotic drugs and the appropriateness of treatment in affective bipolar disorder patients installed in RSJD Surakarta in 2017.

The research method used is non experimental and descriptive method. The data were collected retrospectively by recording the patient's medical records diagnosed with bipolar affective disorder at RSJD Surakarta in 2017 according to inclusion. Patients who met the inclusion criteria were 55 patients.

. The results showed that of 55 patients, Type of antipsychotics are widely used risperidon 72,72%. Depakote and haloperidolare the least used 14,54%. The use of antipsichotics for bipolar disorder patients at the RSJD Surakarta 2017 can be saide to be in accordance with therapeutic guidelines and guide clinical practice of mental health. Research results for exactly dose 96,32% and 100% indication.

Keywords: fitness suitability, bipolar affective disorder, antipsychotics

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Gangguan afektif bipolar merupakan gangguan jiwa yang bersifat episodik dan ditandai oleh gejala-gejala manik, hipomanik, depresi, dan campuran, biasanya rekuren serta dapat berlangsung seumur hidup (Menkes 2015)

Gangguan bipolar adalah gangguan yang ditandai dengan adanya perubahan yang sangat ekstrim pada suasana perasaan, yaitu berupa mania dan depresi (APA 2013). Dalam episode mania, individu merasakan kegembiraan atau euforia ekstrem dari setiap aktivitas atau menjadi luar biasa aktif (hiperaktif), yang berhubungan dengan beberapa gangguan perasaan (Durand & Barlow 2006).

Sedangkan episode depresi merupakan keadaan suasana perasaan ekstrem yang berlangsung paling tidak selama dua minggu dan meliputi gejala-gejala seperti perasaan tidak berharga dan tidak pasti. Episode ini biasanya disertai dengan hilangnya ketertarikan secara umum terhadap berbagai hal dan ketidakmampuan mengalami kesenangan apapun dalam hidup (Buhwald & Rudick-Davis 1993).

Etiologi yang tepat dari gangguan bipolar belum diketahui secara pasti. Gangguan bipolar dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat meningkatkan ekspresi gen. Faktor-faktor tersebut meliputi faktor lingkungan, trauma, susunan anatomi yang abnormal, paparan zat kimia atau obat, dan faktor lain yang mempengaruhi (Drayton & Weinstein 2008). Abnormalitas *neurochemical* pada pasien gangguan bipolar kemungkinan disebabkan oleh beberapa faktor tersebut. Menurut *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder* yang dikeluarkan oleh *American Psychiatric Association* (APA), terapi farmakologi lini pertama untuk episode mania dan episode campuran adalah litium dikombinasi dengan asam valproat dan antipsikotik. Terapi alternatif berupa pemberian karbamazepin atau oxcarbazepin. Sedangkan untuk episode depresi terapi lini pertama menggunakan litium atau lamotrigin. Antidepresan monoterapi tidak direkomendasikan untuk pasien gangguan bipolar episode

depresi. Episode depresi yang disertai penyakit psikotik lain dapat menggunakan terapi tambahan berupa obat antipsikotik (APA 2002). Sebuah penelitian menunjukkan bahwa pola penggunaan obat pada episode mania adalah lithium, valproat dan antipsikotik tipikal, sedangkan untuk episode depresi menggunakan litium, lamotrigin, dan olanzapin (NIMH 2012).

Salah satu obat yang digunakan dalam terapi bipolar adalah obat antipsikotik. Obat antipsikotik direkomendasikan untuk pengobatan bipolar. Tujuan jangka panjang dari pengobatan bipolar termasuk mencegah kekambuhan, pemulihan, peningkatan kepatuhan terhadap terapi dan peningkatan kualitas hidup pasien. Obat antipsikotik dianggap penting untuk pencapaian tujuan jangka panjang tersebut (Sacchetti *et al.*, 2015). Obat antipsikotik dapat memberikan efek membaiknya halusinasi dan rasa gelisah (agitasi) dalam beberapa hari serta delusi yang biasanya dapat membaik dalam beberapa minggu (NIMH, 2007)

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 permil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, dan Jawa Tengah. Gangguan jiwa berat 14,3% dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di pedesaan 18,2%, serta pada kelompok penduduk dengan indeks kepemilikan terbawah 19,5% (Riskesdas 2013).

Kesehatan jiwa masih menjadi salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia. Menurut data WHO (2016), terdapat sekitar 35 juta orang terkena depresi, 60 juta orang terkena bipolar, 21 juta terkena skizofrenia, serta 47,5 juta terkena demensia. Jumlah penderita gangguan jiwa di Indonesia saat ini adalah 236 juta orang, dengan kategori gangguan jiwa ringan 6% dari populasi dan 0,17% menderita gangguan jiwa berat, 14,3% diantaranya mengalami pasung. Tercatat sebanyak 6% penduduk berusia 15-24 tahun mengalami gangguan jiwa. Di Indonesia, Jawa Tengah merupakan peringkat ke 14 dari 33 provinsi (Riskesdas 2013).

Melihat penelitian terdahulu mengenai prevalensi penderita gangguan bipolar, prevalensi gangguan afektif bipolar di RSUP Dr. Sardjito pada tahun 2012-2014 adalah 1,97%. Gangguan afektif bipolar lebih banyak ditemukan pada perempuan (69,2%), kelompok usia 21-30 tahun (34,3%), tingkat pendidikan

SMA (8%), status pekerjaan pelajar/mahasiswa (25,3%), berstatus sudah kawin (92%), dan dengan tipe gangguan afektif bipolar episode manik dengan gejala psikotik (40,1%), prevalensi gangguan afektif bipolar di RSUP Dr.Sarjito tahun 2012-2014 sebesar 1,97% (Septiana *et al.* 2014).

Berdasarkan uraian latar belakang tersebut dan tingginya angka kejadian gangguan afektif bipolar pada daerah Jawa Tengah, peneliti memilih RSJD Surakarta sebagai tempat untuk melakukan penelitian, dimana penyakit dengan gangguan afektif bipolar pada RSJD Surakarta menempati 6 dari 10 penyakit terbesar yang ada di RS tersebut. Pada penelitian kali ini, penulis ingin melakukan penelitian tentang kajian penggunaan antidepresan pada penderita afektif bipolar di RSJD Surakarta tahun 2017 dengan menggunakan metode deskriptif. Analisis ini dilakukan untuk mengetahui apakah penggunaan obat anti depresan telah sesuai dengan kajian pengobatan.

B. Perumusan Masalah

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

Pertama, bagaimana gambaran penggunaan obat antipsikotik pada pasien gangguan bipolar di Instalasi Rawap Inap RSJD Surakarta tahun 2017?

Kedua, bagaimana kajian kesesuaian pengobatan pada pasien gangguan bipolar di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017 berdasarkan Pedoman Terapi Rumah Sakit?

C. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk:

Pertama, mengetahui gambaran penggunaan obat antipsikotik pada pasien gangguan bipolar di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta pada tahun 2017.

Kedua, untuk mengkaji kesesuaian pengobatan pada pasien gangguan bipolar di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017 berdasarkan Pedoman Terapi Rumah Sakit.

D. Kegunaan Penelitian

Manfaat dilakukan penelitian ini

1. Untuk RSJD Surakarta, sebagai masukan untuk meningkatkan pelayanan khususnya dalam penggunaan antidepresan pada pasien gangguan bipolar.
2. Untuk peneliti, menambah wawasan tentang terapi penyakit gangguan bipolar.
3. Untuk peneliti lainnya, sebagai bahan referensi guna kemajuan ilmu pengetahuan khususnya di bidang farmasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Bipolar

1. Definisi bipolar

Gangguan bipolar, atau dikenal juga dengan *manic-depressive illness*, adalah gangguan sistem saraf yang menyebabkan perubahan yang ekstrem atau tidak biasa pada perasaan, energi, tingkat aktivitas, dan kemampuan untuk melakukan pekerjaan harian (NIMH 2012). Gangguan bipolar merupakan gangguan suasana perasaan yang ditandai dengan adanya deviasi atau penyimpangan yang sangat besar pada mood atau perasaan (Durand & Barlow 2006).

Gangguan ini ditandai dengan satu atau lebih episode mania atau hipomania, dan terkadang diikuti dengan satu atau lebih episode depresi berat (Crabtree & Faulkner 2008). Suasana perasaan pasien dengan gangguan bipolar dapat berganti secara tiba-tiba antara dua kutub (bipolar) yang berlawanan yaitu kutub kebahagiaan (mania) dan kutub kesedihan (depresi) yang berlebihan tanpa pola dan waktu yang pasti (Durand & Barlow 2006).

Gangguan bipolar dan gangguan lain yang terkait dipisahkan dari gangguan depresi dalam *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (APA 2013). DSM V mengklasifikasikan gangguan bipolar menjadi:

Bipolar I mewakili pemahaman klasik mengenai *manic-depressive disorder* dimana pasien dengan kategori ini mengalami satu atau lebih episode mania serta episode depresi berat dalam hidup mereka. Bipolar II terjadi setidaknya satu episode depresi berat dan satu episode hipomania dalam seumur hidup. Siklotimik (*cyclothymic*) ditandai dengan mengalami episode hipomania dan depresi tanpa memenuhi kriteria untuk episode mania, hipomania, dan depresi berat. Terjadi setidaknya dalam 2 tahun untuk orang dewasa, dan satu tahun penuh pada anak-anak. Bipolar yang diinduksi oleh substansi kimia atau obat-obatan. Sejumlah besar zat kimia yang disalahgunakan maupun obat yang diresepkan dapat dikaitkan dengan gejala yang mirip dengan episode mania. Bipolar yang

terkait kondisi medis lain. Kondisi medis lain yang dapat dikaitkan dengan gejala serupa gangguan bipolar (APA 2013).

Other Specified Bipolar and Related Disorder berlaku untuk gejala yang dikarakterisasi sebagai gangguan bipolar dan ditandai dengan kesedihan yang signifikan secara klinis, penurunan fungsi sosial, pekerjaan serta aspek-aspek lain yang penting. Kategori ini digunakan oleh dokter untuk mengklasifikasi gangguan yang serupa namun tidak memenuhi kriteria bipolar dan gangguan terkait (APA 2013).

Other Unspecified Bipolar and Related Disorder berlaku untuk gejala yang dikarakterisasi sebagai gangguan bipolar dan ditandai dengan kesedihan yang signifikan secara klinis, penurunan fungsi sosial, pekerjaan serta aspek-aspek penting lain. Kategori ini digunakan oleh dokter untuk mengklasifikasi gangguan yang tidak memenuhi satupun kriteria bipolar, namun memiliki informasi lain yang cukup untuk membuat diagnosis yang lebih spesifik (APA 2013). Definisi dari gangguan bipolar adalah gangguan mood yang ditandai dengan adanya frustasi dari energi dan perilaku. Gangguan ini bersifat siklis (Wells dkk 2009). DSM-5 mengelompokkan bipolar menjadi beberapa tipe, yaitu bipolar tipe I, bipolar tipe II, gangguan siklotimik, bipolar karena diinduksi obat atau substansi lain, bipolar karena kondisi medis tertentu, bipolar tidak spesifik dan bipolar yang spesifik lainnya.

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 diinduksi dengan penggunaan obat dan skizofrenia. Episode psikotik ini dibagi menjadi 3 fase, yaitu prodrome, fase akut dan fase recovery (Castle & Tan 2013).

2. Epidemiologi

Secara umum gangguan bipolar dikategorikan ke dalam gangguan bipolar I, bipolar II, dan *not otherwise specified* (NOS). Sejumlah besar penelitian epidemiologi telah melihat gangguan bipolar dari semua jenis (bipolar I dan

bipolar II), mencakup semua kondisi klinis yang berkaitan dengan gangguan ini (Crabtree & Faulkner 2008).

Prevalensi seumur hidup gangguan bipolar I diperkirakan antara 0,3% - 2,4%. Sedangkan untuk gangguan bipolar II berkisar 3% - 6,5% (Geddes dkk. 2004). Gangguan bipolar I mempengaruhi pria dan wanita dengan porsi yang sama banyak, sedangkan bipolar II lebih banyak terjadi pada wanita (Drayton & Weinstein 2008).

Dilaporkan dari *Diagnostic dan Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR) bahwa sekitar 78% 41- 85% pasien dengan gangguan bipolar sering dijumpai memiliki gangguan psikis lain, seperti gangguan kecemasan, gangguan nafsu makan, dan penyalahgunaan obat.

Bipolar seringkali muncul pada akhir remaja atau awal dewasa. Sedikitnya setengah dari keseluruhan kasus terjadi pada usia 25 tahun (Kessler dkk. 2005). Usia rata-rata onset gangguan bipolar terjadi pada 20 tahun, meskipun onset dapat pula terjadi pada awal masa anak-anak hingga pertengahan usia 40 tahun (Geddes dkk. 2004). Apabila gangguan bipolar muncul pada usia di atas 60 tahun, kemungkinan besar dapat menyebabkan munculnya gangguan atau penyakit lain. Onset yang terlalu cepat juga dapat menimbulkan penyakit penyerta yang lebih besar, episode *mood* yang lebih banyak, waktu depresi lebih lama, dan risiko percobaan bunuh diri yang lebih besar bila dibandingkan dengan onset gangguan bipolar yang muncul terlambat (Crabtree & Faulkner 2008).

3. Etiologi

Penyebab dari gangguan bipolar belum diketahui secara pasti. Gangguan bipolar dipengaruhi oleh berbagai faktor yang dapat meningkatkan ekspresi gen dan menyebabkan abnormalitas *neurochemical* pada pasien gangguan bipolar. Beberapa faktor tersebut antara lain:

Genetik merupakan faktor yang paling umum diketahui sebagai penyebab gangguan bipolar. Beberapa penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa individu dengan gen tertentu lebih mungkin mengidap gangguan bipolar. Individu dengan riwayat keluarga atau saudara yang memiliki gangguan bipolar lebih berisiko dibanding orang lain dari keluarga tanpa riwayat gangguan bipolar

(Durand & Barlow 2006). Seseorang yang lahir dari keluarga yang memiliki riwayat gangguan bipolar berisiko 80% - 90% terhadap gangguan ini (Drayton & Weinstein 2008). Prevalensi gangguan bipolar sebesar 5% - 10% terjadi pada keluarga derajat pertama (Crabtree & Faulkner 2003).

Faktor fisiologis Depresi disebabkan oleh penurunan kadar norepinefrin dan epinefrin, sedangkan peningkatan kadar keduanya dapat menyebabkan mania (Ikawati 2011). Serotonin merupakan neurotransmitter yang paling sering dihubungkan dengan keadaan depresi. Dimana penurunan kadar serotonin di cairan serebrospinal menyebabkan depresi (Ikawati 2011).

Faktor lingkungan Faktor eksternal lingkungan dan psikologis juga diyakini berperan dalam pengembangan gangguan bipolar. Faktor eksternal ini disebut sebagai faktor pemicu. Pemicu dapat memulai episode baru mania atau depresi serta membuat gejala yang ada semakin memburuk, namun banyak episode gangguan bipolar terjadi tanpa pemicu yang jelas. Salah satu faktor eksternal yang utama adalah stress. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa peristiwa yang menyebabkan stress sering mendahului episode pertama serta dapat memperpanjang waktu pemulihan gangguan *mood* (Drayton & Weinstein 2008).

4. Patofisiologi

Patofisiologi gangguan bipolar belum dapat diketahui secara pasti. Namun beberapa teknik pencitraan (*imaging*) seperti *Positron Emission Tomography* (PET) *scans* dan *functional Magnetic Resonance Imaging* (fMRI) saat ini digunakan untuk menjelaskan penyebabnya (Crabtree & Faulkner 2008). Salah satu hipotesis menyebutkan bahwa gangguan bipolar disebabkan oleh ketidak seimbangan kolinergik dan aktivitas neural katekolaminergik. Serotonin (5-HT) diperkirakan dapat memodulasi aktivitas katekolamin. Disregulasi dari hubungan tersebut dapat menyebabkan gangguan suasana hati (Crabtree & Faulkner 2008).

Teori awal menyebutkan bahwa peningkatan kadar norepinefrin dan dopamin menyebabkan terjadinya episode mania, dan penurunan kadar kedua neurotransmitter tersebut merupakan penyebab episode depresi (Suppes, dkk.

2005). Namun teori tersebut saat ini dianggap terlalu sederhana. Ada neurotransmitter lain yang terlibat dan berinteraksi dengan neurokimia melalui mekanisme dan jalur yang berbeda (Crabtree & Faulkner 2008).

Patofisiologi gangguan bipolar juga telah dihipotesiskan dari mekanisme aksi pengobatan menggunakan litium dan *mood stabilizer* lain. Litium, valproat, dan karbamazepin memiliki efek yang sama terhadap perkembangan saraf. Obat-obat ini reversibel oleh inositol, dimana mendukung sebuah hipotesis yang menyebutkan bahwa perkembangan gangguan bipolar berhubungan dengan penipisan inositol (Crabtree & Faulkner 2008).

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 (Drayton & wenstein 2008).

5. Prognosis

Pasien dengan gangguan bipolar memiliki risiko tinggi melakukan bunuh diri. Di Amerika Serikat pada tahun 1990-an, sekitar 25% - 50% orang dengan gangguan bipolar melakukan percobaan bunuh diri, dan 11% diantaranya benar-benar bunuh diri (Stephen *et al* 2012).

Pasien gangguan Bipolar I memiliki prognosis yang lebih buruk dari pasien gangguan depresi. Dalam dua tahun setelah episode awal, sebanyak 40% - 50% dari pasien mengalami serangan mania. Hanya 50% - 60% dari pasien gangguan Bipolar I yang mendapat litium untuk mengatasi gejala. Sekitar 7% dari pasien tersebut mengalami gejala tak terulang, 45% dari pasien mengalami lebih dari satu episode, dan 40% nya memiliki gangguan persisten (Kaplan, dkk.1996).

6. Tanda dan gejala klinik

Secara umum gangguan bipolar dibagi menjadi dua yaitu bipolar I dan bipolar II. Bipolar I ditandai dengan munculnya episode mania dan depresi.

Sedangkan bipolar II ditandai dengan episode hipomania dan depresi (Lubis 2009).

Gejala yang muncul pada pasien dengan gangguan bipolar berbeda untuk masing-masing individu. Gejala bervariasi dalam pola, frekuensi, dan keparahan. Beberapa orang lebih rentan terhadap episode mania atau depresi, sementara individu lain bergantian sama antara kedua episode. Pasien gangguan bipolar dapat mengalami episode hipomania, mania, depresi, episode campuran, dan atau mengalami stress akut (Crabtree & Faulkner 2008).

Dalam mania, individu merasakan kegembiraan ekstrem dari setiap aktivitas. Mereka menjadi hiperaktif, hanya membutuhkan sedikit tidur, dan mungkin mengembangkan rencana yang luar biasa besar dan merasa yakin bahwa mereka sanggup mencapai apa pun yang diinginkannya. Cara bicara individu dengan episode ini biasanya cepat dan mungkin menjadi tidak koheren karena individu yang bersangkutan berusaha mengungkapkan begitu banyak ide sekaligus (Durand & Barlow 2006).

Episode hipomania merupakan versi episode mania yang tidak begitu berat dan tidak menyebabkan terjadinya pengaruh yang mendasar pada fungsi sosial atau okupasional. Sebuah episode hipomania tidak selalu bersifat problematik, tetapi memberikan kontribusi pada penetapan beberapa gangguan suasana perasaan (Durrand & Barlow 2006). Sedangkan episode depresi ditandai dengan gejala utama yaitu depresi, kehilangan minat dan kegembiraan, serta kekurangan energi yang mengarah pada meningkatnya keadaan mudah lelah dan menurunnya aktivitas (Mansjoer 1999).

Seseorang dapat mengalami gejala-gejala mania tetapi pada saat yang sama juga merasa agak depresi atau cemas. Kombinasi ini disebut *mixed manic episode* (episode mania campuran) atau *dysphoric manic episode* (episode mania disforik) (Angst & Sellaro 2000). Pasien biasanya mengalami gejala-gejala mania seperti kehilangan kontrol atau berbahaya dan menjadi cemas atau depresi atas ketidakmampuannya untuk mengontrol diri (Durand & Barlow 2006).

Berikut adalah tanda dan gejala gangguan bipolar menurut *National Institute of Mental Health* (NIMH 2012).

Gejala episode mania perubahan suasana perasaan, meliputi: perasaan sangat “tinggi” yang berlebihan dan berlangsung lama, iritabilitas yang ekstrem.

Perubahan perilaku, meliputi: berbicara sangat cepat, ide yang melompat-lompat, serta pemikiran yang liar, pikiran menjadi kacau dan tidak wajar, meningkatnya aktivitas, gelisah berlebihan, tidak merasakan lelah, memiliki kepercayaan yang tidak realistis terhadap kemampuannya, bertindak sesuai kehendak dan tertarik pada sesuatu yang menyenangkan.

Gejala episode depresi perubahan suasana perasaan, meliputi: merasa sangat sedih dan putus asa yang berlebihan dan berlangsung lama, kehilangan ketertarikan pada sesuatu yang menyenangkan.

Perubahan perilaku, meliputi: merasa sangat mudah lelah, bermasalah dengan konsentrasi, mengingat, dan membuat keputusan, kurang istirahat dan mudah marah, perubahan pola makan, tidur dan kebiasaan lain, berpikir untuk mati atau bunuh diri.

7. Diagnosis

Para pakar di bidang kedokteran mendiagnosis gangguan bipolar berdasarkan *guideline* yang dikeluarkan oleh DSM. Untuk menegakkan diagnosis sebagai gangguan bipolar, gejala yang muncul harus berupa perubahan besar terhadap suasana perasaan atau perilaku dari keadaan normal (NIMH 2012). Berikut kriteria diagnostik menurut DSM-V.

B. Kriteria Diagnostik Gangguan Bipolar I

1. Episode Mania

Episode mania periode yang tidak normal dan terus-menerus meningkat, expansive, dan mudah tersinggung. Berlangsung setidaknya 1 minggu, selama seharian, dan terjadi hampir setiap hari (atau beberapa durasi memerlukan perawatan di rumah sakit).

Selama periode gangguan *mood*, tiga (atau lebih) gejala berikut berada pada tingkat signifikan dan mewakili perubahan yang nyata dari perilaku biasa:

- a. Meningkatkan harga diri atau kebesarannya.

- b. Menurunnya kebutuhan untuk tidur (misalnya merasa cukup istirahat setelah 3 jam tidur).
- c. Lebih banyak bicara dari biasanya, atau ada tekanan untuk terus berbicara.
- d. Pikiran yang tidak teratur atau pikiran yang saling bersliweran.
- e. *Distractibility* (yaitu terlalu mudah tertarik pada hal yang tidak penting atau ada rangsangan dari luar yang tidak relevan), seperti yang dilaporkan atau diamati.
- f. Peningkatan dalam berbagai macam kegiatan (misalnya aktivitas sosial, aktivitas di tempat kerja atau sekolah, atau aktivitas seksual).
- g. Keterlibatan berlebihan dalam kegiatan menyenangkan yang memiliki potensi tinggi untuk mendapatkan konsekuensi yang menyakitkan (misalnya berfoya-foya, ketidakbijaksanaan dalam seksual, atau tidak bisa menjalankan investasi bisnis dengan benar).

Gangguan mood dapat terjadi hingga cukup parah yang menyebabkan penurunan fungsi kerja, kegiatan sosial atau hubungan dengan orang lain; atau memerlukan rawat inap untuk mencegah kerugian atas diri sendiri dan orang lain; atau memiliki gejala-gejala psikotik.

Gejala yang tidak disebabkan oleh efek fisiologis langsung dari substansi/zat (misalnya penyalahgunaan obat, atau pengobatan lainnya) atau kondisi medis lainnya.

2. *Episode Hipomania*

Epidode hipomania periode yang tidak normal dan terus menerus meningkat, expansive, atau mudah tersinggung, berlangsung setidaknya selama 4 hari berturut-turut dan selama seharian, serta terjadi hampir setiap hari.

Selama periode gangguan mood, serta peningkatan energi dan aktivitas, tiga (atau lebih) gejala berikut telah ada, menggambarkan perubahan nyata dari perilaku biasanya, dan telah hadir untuk tingkat yang signifikan:

- a. Meningkat harga diri atau kebesarannya.
- b. Menurunnya kebutuhan untuk tidur (misalnya merasa cukup istirahat setelah 3 jam tidur).
- c. Lebih banyak bicara dari biasanya, atau ada tekanan untuk terus berbicara.

- d. Pikiran yang tidak teratur atau pikiran yang saling bersliweran.
- e. *Distractibility* (yaitu terlalu mudah tertarik pada hal yang tidak penting atau ada rangsangan dari luar yang tidak relevan), seperti yang dilaporkan atau diamati.
- f. Peningkatan dalam berbagai macam kegiatan (misalnya aktivitas sosial, aktivitas di tempat kerja atau sekolah, atau aktivitas seksual) atau agitasi psikomotorik.
- g. Keterlibatan berlebihan dalam kegiatan menyenangkan yang memiliki potensi tinggi untuk mendapatkan konsekuensi yang menyakitkan (misalnya berfoya-foya, ketidakbijaksanaan dalam seksual, atau tidak bisa menjalankan investasi bisnis dengan benar).

Episode dikaitkan dengan perubahan yang jelas pada fungsi yang tidak dikarakterisasi oleh individu tanpa gejala. Gangguan suasana hati dan perubahan fungsi yang diamati oleh orang lain.

Episode yang tidak cukup parah ditandai dengan penurunan dalam hubungan sosial atau fungsi pekerjaan atau mengharuskan rawat inap. Jika ada gejala psikotik, episode ini sesuai definisi termasuk episode mania.

Episode tidak melibatkan efek psikologi yang disebabkan oleh substansi/zat (misalnya penyalahgunaan obat, obat, atau pengobatan lainnya).

3. *Episode Depresi Mayor*

Episode depresi mayor lima (atau lebih) dari gejala berikut telah ada setiap hari selama periode 2 minggu yang sama dan menggambarkan perubahan dari fungsi sebelumnya; setidaknya salah satu gejala adalah perasaan depresi atau kehilangan minat atau kesenangan:

- a. Perasaan depresi yang terjadi sepanjang hari, diindikasikan dari laporan subjektif (misalnya perasaan sedih, kosong, atau putus asa) atau pengamatan dari orang lain (misalnya keluar air mata).
- b. Berkurang secara nyata ketertarikan akan semua hal, atau hampir semua aktivitas sepanjang hari.

- c. Penurunan berat badan yang signifikan ketika tidak diet (misalnya perubahan lebih dari 5% berat badan dalam sebulan), atau penurunan atau peningkatan selera makan hampir setiap hari.
- d. *Insomnia* atau *hypersomnia* hampir setiap hari.
- e. Agitasi psikomotorik atau keterbelakangan mental hampir setiap hari (diamati oleh orang lain, tidak hanya perasaan subjektif akan kegelisahan).
- f. Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari.
- g. Perasaan tidak berharga atau perasaan yang berlebihan dan tidak selayaknya (yang mungkin delusi) hampir setiap hari.
- h. Penurunan kemampuan berpikir atau berkonsentrasi hampir setiap hari (baik secara subjektif maupun berdasar pengamatan orang lain).
- i. Terus berpikir tentang kematian (tidak hanya takut mati), berulang keinginan untuk bunuh diri tanpa rencana tertentu atau usaha bunuh diri atau rencana tertentu untuk bunuh diri.

Gejala menyebabkan tekanan klinis secara signifikan atau kerusakan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi dari aspek penting lainnya. Episode tidak melibatkan efek psikologi yang disebabkan oleh substansi/zat (misalnya penyalahgunaan obat, obat, atau pengobatan lainnya).

C. Kriteria Diagnostik Gangguan Bipolar II

1. Episode Hipomania

Episode hipomania periode yang tidak normal dan terus menerus meningkat, expansive, atau mudah tersinggung, berlangsung setidaknya selama 4 hari berturut-turut dan selama seharian, serta terjadi hampir setiap hari.

Selama periode gangguan *mood*, serta peningkatan energi dan aktivitas, tiga (atau lebih) gejala berikut telah ada, menggambarkan perubahan nyata dari perilaku biasanya, dan telah hadir untuk tingkat yang signifikan:

- a. Meningkatkan harga diri atau kebesarannya.
- b. Menurunnya kebutuhan untuk tidur (misalnya merasa cukup istirahat setelah 3 jam tidur).
- c. Lebih banyak bicara dari biasanya, atau ada tekanan untuk terus berbicara.

- d. Pikiran yang tidak teratur atau pikiran yang saling bersliweran.
- e. *Distractibility* (yaitu terlalu mudah tertarik pada hal yang tidak penting atau ada rangsangan dari luar yang tidak relevan), seperti yang dilaporkan atau diamati.
- f. Peningkatan dalam berbagai macam kegiatan (misalnya aktivitas sosial, aktivitas di tempat kerja atau sekolah, atau aktivitas seksual) atau agitasi psikomotorik.
- g. Keterlibatan berlebihan dalam kegiatan menyenangkan yang memiliki potensi tinggi untuk mendapatkan konsekuensi yang menyakitkan (misalnya berfoya-foya, ketidakbijaksanaan dalam seksual, atau tidak bisa menjalankan investasi bisnis dengan benar).

Episode dikaitkan dengan perubahan yang jelas pada fungsi yang tidak dikarakterisasi oleh individu tanpa gejala. Gangguan suasana hati dan perubahan fungsi yang diamati oleh orang lain.

Episode yang tidak cukup parah ditandai dengan penurunan dalam hubungan sosial atau fungsi pekerjaan atau mengharuskan rawat inap. Jika ada gejala psikotik, episode ini sesuai definisi termasuk episode mania.

Episode tidak melibatkan efek psikologi yang disebabkan oleh substansi/zat (misalnya penyalahgunaan obat, obat, atau pengobatan lainnya).

2. Episode Depresi Mayor

Episode Depresi Mayor Lima (atau lebih) dari gejala berikut telah ada setiap hari selama periode. Minggu yang sama dan menggambarkan perubahan dari fungsi sebelumnya; setidaknya salah satu gejala adalah perasaan depresi atau kehilangan minat atau kesenangan:

- a. Perasaan depresi yang terjadi sepanjang hari, diindikasikan dari laporan subjektif (misalnya perasaan sedih, kosong, atau putus asa) atau pengamatan dari orang lain (misalnya keluar air mata).
- b. Berkurang secara nyata ketertarikan akan semua hal, atau hampir semua aktivitas sepanjang hari.

- c. Penurunan berat badan yang signifikan ketika tidak diet (misalnya perubahan lebih dari 5% berat badan dalam sebulan), atau penurunan atau peningkatan selera makan hampir setiap hari.
- d. Insomnia atau hypersomnia hampir setiap hari.
- e. Agitasi psikomotorik atau keterbelakangan mental hampir setiap hari (diamati oleh orang lain, tidak hanya perasaan subjektif akan kegelisahan).
- f. Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari.
- g. Perasaan tidak berharga atau perasaan yang berlebihan dan tidak selayaknya (yang mungkin delusi) hampir setiap hari.
- h. Penurunan kemampuan berpikir atau berkonsentrasi hampir setiap hari (baik secara subjektif maupun berdasar pengamatan orang lain).
- i. Terus berpikir tentang kematian (tidak hanya takut mati), berulang keinginan untuk bunuh diri tanpa rencana tertentu atau usaha bunuh diri atau rencana tertentu untuk bunuh diri.

Gejala menyebabkan tekanan klinis secara signifikan atau kerusakan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi dari aspek penting lainnya. Episode tidak melibatkan efek psikologi yang disebabkan oleh substansi/zat (misalnya penyalahgunaan obat, obat, atau pengobatan lainnya).

D. Kriteria Diagnostik Gangguan Siklotimik

1. Paling sedikit selama 2 tahun (setidaknya 1 tahun pada anak-anak dan remaja), terdapat beberapa periode dengan gejala-gejala hipomania yang tidak memenuhi kriteria episode hipomania, dan beberapa periode dengan gejala-gejala hipomania yang tidak memenuhi kriteria episode depresi mayor.
2. Terjadi selama periode 2 tahun (setidaknya 1 tahun pada anak-anak dan remaja), periode hipomania dan depresi terjadi paling tidak setengah waktu dan individu tidak pernah bebas dari gejala-gejala selama lebih dari 2 bulan pada satu waktu.
3. Tidak pernah sesuai dengan kriteria untuk episode depresi mayor, mania, atau hipomania.

4. Gejala-gejala pada kriteria 1 bukan merupakan gangguan skizoaktif, skizofrenia, gangguan schizopreniform, gangguan delusi, atau spectrum skizofrenia baik spesifik maupun tidak spesifik dan gangguan psikotik lain.
5. Gejala-gejala tidak melibatkan efek psikologi yang disebabkan oleh substansi/zat (misalnya penyalahgunaan obat, pengobatan) atau kondisi medis lain (misalnya hipertiroidism).
6. Gejala-gejala menyebabkan tekanan klinis secara signifikan atau kerusakan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau fungsi dari aspek penting lainnya.

E. Tata Laksana Terapi Bipolar

1. Terapi secara non – farmakologi

Psikoterapi merupakan salah satu komponen penting dari pengobatan gangguan jiwa bipolar. Psikoterapi untuk gangguan jiwa bipolar meliputi:

Cognitive behavior therapy (CBT) (terapi perilaku kognitif). CBT merupakan salah satu model psikoterapi yang sering diterapkan pada penderita gangguan jiwa bipolar. Fokus dari CBT adalah mengidentifikasi semua pola pikir dan perilaku negatif dan menata ulang dengan pola pikir dan perilaku yang positif (sehat). CBT bisa mengidentifikasi pemicu gangguan bipolar dan memperkuat kemampuan dalam mengatasi stress dan hal-hal yang tidak menyenangkan hati.

Psychoeducation. Penyuluhan tentang gangguan bipolar sehingga si penderita dan keluarganya bisa memahami gangguan bipolar secara lebih baik sehingga bisa bekerja sama dalam pemulihan penyakit dengan lebih baik pula.

Family therapy (terapi keluarga). Terapi keluarga diberikan kepada keluarga sebagai keseluruhan utamanya untuk menciptakan suasana yang tidak menekan (stress). Dalam terapi keluarga diajarkan bagaimana komunikasi yang baik, menyelesaikan konflik dan memecahkan masalah.

Group therapy (terapi kelompok). Terapi dalam kelompok sesama penderita depresi. Dalam terapi ini sesama penderita bisa saling belajar.

Terapi lainnya. Terapi lainnya antara lain terapi untuk mendeteksi gejala yang memburuk (*prodrome detection*), *interpersonal and social rhythm therapy*, dan lain-lain.

2. Terapi secara farmakologi

Tujuan terapi gangguan bipolar adalah untuk mencegah kekambuhan episode mania, hipomania, atau depresi, mempertahankan fungsi-fungsi normal, dan untuk mencegah episode lebih lanjut mania atau depresi (Drayton & Weinstein 2008).

3. Obat gangguan bipolar

Berikut beberapa golongan obat yang dapat digunakan untuk terapi gangguan bipolar:

3.1 *Mood stabilizer*. Obat *mood stabilizer* memiliki empat efek utama, yaitu mengobati episode mania akut, mengobati depresi bipolar akut, mencegah kekambuhan episode mania, dan mencegah kekambuhan depresi bipolar akut. Semua obat golongan *mood stabilizer* yang diakui saat ini telah menunjukkan efikasi untuk satu atau lebih efek (Crabtree & Faulkner 2008).

a. Litium: merupakan obat golongan mood stabilizer yang pertama diakui. Obat ini memiliki efikasi sebagai anti-mania, mencegah kekambuhan, dan efikasi lain yang penting dalam pengobatan gangguan bipolar. Litium sangat efektif untuk pasien dengan beberapa episode sebelumnya dan memiliki riwayat keluarga gangguan bipolar yang merespon baik obat ini (Crabtree & Faulkner 2008).

Mekanisme aksi lithium belum diketahui secara pasti, dan mungkin melibatkan banyak efek. Ada berbagai kemungkinan termasuk perubahan transport ion, peningkatan metabolisme katekolamin intraneuronal, neuroproteksi, penghambatan sistem second messenger, dan reprogramming ekspresi gen (Crabtree & Faulkner 2008).

b. Natrium Divalproat dan Asam Valproat: Valproat terdiri atas asam valproat dan natrium valproat. Obat ini termasuk golongan obat antiepilepsi, tetapi juga mempunyai efikasi sebagai mood stabilizer dan sakit kepala migrain. Valproat sudah diakui oleh FDA sebagai terapi gangguan bipolar episode mania. Ini dapat digunakan sebagai monoterapi atau dikombinasi dengan lithium atau antipsikotik (Crabtree & Faulkner 2008).

Mekanisme aksi valproat belum diketahui secara pasti. Obat ini diketahui dapat mempengaruhi transport ion dan meningkatkan aktivitas asam γ -

aminobutirat. Seperti halnya lithium, valproat pun kemungkinan memiliki efek neuroprotektif dengan jalan meningkatkan faktor brain-derived neurotrophic (Crabtree & Faulkner 2008).

c. Karbamazepin: seperti halnya natrium divalproat, karbamazepin juga memiliki efikasi sebagai penstabil mood atau mood stabilizer. Tetapi obat ini tidak digunakan sebagai terapi lini pertama karena keamanan dan interaksinya dengan obat-obat lain. Karbamazepin dapat digunakan sebagai monoterapi atau dikombinasi dengan litium atau antipsikotik (Crabtree & Faulkner 2008).

Mekanisme aksi karbamazepin juga belum diketahui secara pasti. Diperkirakan karbamazepin dapat memblok kanal-kanal ion dan menghambat eksitasi berulang neuronal. Akan tetapi berdasarkan penjelasan ini, efek karbamazepin sebagai mood stabilizer belum diketahui (Crabtree & Faulkner 2008).

d. Lamotrigin: efektif digunakan untuk terapi pemeliharaan gangguan bipolar. Obat ini lebih efektif untuk mencegah kekambuhan episode depresi dibanding episode mania. Dalam penggunaannya sebagai terapi pemeliharaan, lamotrigin kadang dikombinasikan dengan litium atau natrium divalproat, meskipun kombinasi dengan natrium divalproat dapat meningkatkan efek samping ruam kulit. Mekanisme aksi lamotrigin adalah terlibat dalam pemblokiran kanal kanal ion dan berefek pada transmisi glutamat. Akan tetapi mekanisme yang tepat dan berhubungan dengan gangguan bipolar belum diketahui secara pasti (Crabtree & Faulkner 2008).

e. Oxcarbazepin: merupakan analog dari karbamazepin, dikembangkan sebagai obat antipsikotik. Oxcarbazepin muncul di sebagian besar algoritma terapi gangguan bipolar yang terbaru, akan tetapi data percobaan klinis untuk ini masih sangat sedikit (Crabtree & Faulkner 2008).

4. Antipsikotik

Antipsikotik konvensional seperti klorpromazin dan haloperidol sudah lama digunakan untuk terapi episode mania. Lebih baru lagi, antipsikotik atipikal seperti aripiprazol, olanzapin, quetiapin, risperidon, dan ziprasidon telah diakui untuk terapi episode mania atau campuran sebagai monoterapi atau kombinasi

dengan *mood stabilizer*. Persetujuan antipsikotik sebagai terapi gangguan bipolar dilakukan tanpa melihat adanya gejala psikosis pada pasien (Crabtree & Faulkner 2008).

. Obat antipsikotik telah menjadi terapi farmakologi untuk bipolar sejak 1950-an. Dalam perawatan bipolar, antipsikotik digunakan untuk pengobatan episode akut, untuk pencegahan kekambuhan, untuk pengobatan darurat gangguan perilaku akut, dan untuk mengurangi gejala (Ikawati, 2014).

Antipsikotik typis (klasik). Terapi skizofrenia umumnya dimulai dengan suatu obat klasik, terutama klorpromazin bila diperlukan efek sedatif, trifluoperazin bila sedasi tidak dikehendaki atau pimozida jika pasien justru perlu diaktifkan. Efek antipsikotika baru menjadi nyata setelah terapi 2-3 minggu. Flufenazin dekanat digunakan sebagai profilaksis untuk mencegah kekambuhan penyakit. Thioridazin bermanfaat bagi lansia untuk mengurangi GEP dan gejala antikolinergik. Obat klasik terutama efektif untuk meniadakan gejala positif yang efeknya baru nampak setelah beberapa bulan. Pengobatan perlu dilanjutkan dengan dosis pemeliharaan lebih rendah untuk mencegah residif, selama minimal 2 tahun dan tidak jarang seumur hidup (Tan & Kirana, 2015).

Antipsikotik atypis. Obat atypis lebih ampuh untuk simptom negatif kronis, mungkin karena pengikatannya pada reseptor -D1 dan -D2 lebih kuat. Sulpirida, risperidon dan olanzapin dianjurkan bila obat klasik tidak efektif atau bila terjadi terlalu banyak efek samping. Karena klopazin dapat menimbulkan agranulocytosis hebat (1-2% dari kasus), selama terapi perlu dilakukan penghitungan leukosit setiap minggu (Tan & Kirana, 2015).

Antipsikotika (*major tranquillizers*) adalah obat-obat yang dapat menekan fungsi-fungsi psikis tertentu tanpa memengaruhi fungsi umum seperti berfikir dan berkelakuan normal. Obat ini dapat meredakan emosi dan agresi dan dapat pula menghilangkan atau mengurangi gangguan jiwa seperti impian buruk dan pikiran khayali (halusinasi) serta menormalisasikan perilaku yang tidak normal. Oleh karena itu antipsikotika terutama digunakan pada psikosis, penyakit jiwa hebat tanpa keinsafan sakit oleh pasien, misalnya skizofrenia (Tan & Kirana, 2015).

Antipsikotika biasanya dibagi dalam dua kelompok besar, yaitu *obat typis* atau *klasik* dan *obat atypis* (Tan & Kirana, 2015).

Antipsikotika typis. Efektif mengatasi simptom positif, pada umumnya dibagi lagi dalam sejumlah kelompok kimiawi sebagai berikut:

Derivat fenotiazine. Klorpromazin, levomepromazin, dan triflupromazine (*Siquil*), thioridazine dan periciazin, perfenazin dan flufenazin, perazin (*Taxilan*), trifluoperazin, prokloperazin (*Stemetil*) dan thietilperazin.

Derivat thioxanthen. Klorprotixen (*Truxal*) dan zuklopentixol (*Cisordinol*).

Derivat butirofenon. Haloperidol, bromperidol, pipamperon dan dromperidol.

Derivat butilpiperidin. Pimozida, fluspirilen dan penfluridol.

Dalam tabel dibawah ini adalah jenis dan dosis obat antipsikotik tipikal yang dapat digunakan pada terapi skizofrenia (Ikawati 2014)

Tabel 1. Obat antipsikotik tipikal beserta dosisnya

| Nama generic | Rentang dosis yang sering digunakan (mg/hari) | Dosis maksimum menurut pabrik (mg/hari) |
|----------------|---|---|
| Klorpromazin | 100 – 800 | 2000 |
| Flufenazin | 2 – 20 | 40 |
| Haloperidol | 2 – 20 | 100 |
| Loksapin | 10 – 80 | 250 |
| Molindon | 10 – 100 | 225 |
| Mesoridazin | 50 – 400 | 500 |
| Ferfenazin | 10 – 64 | 64 |
| Thloridazin | 100 – 800 | 800 |
| Thiotiksen | 4 – 40 | 60 |
| Trifluoperazin | 5 – 40 | 80 |

Antipsikotika Atypis. (Sulpirida, klozapin, risperidon, olanzapin dan quetiapin) bekerja efektif melawan *simtom negatif*, yang praktis kebal terhadap obat klasik. Lagi pula efek sampingnya lebih ringan, khususnya gangguan ekstrapiramidal dan dyskinesia tarda. Tetapi lansia sebaiknya menghindari penggunaan antipsikotika atypis karena risiko kerusakan ginjal akut (Tan & Kirana, 2015).

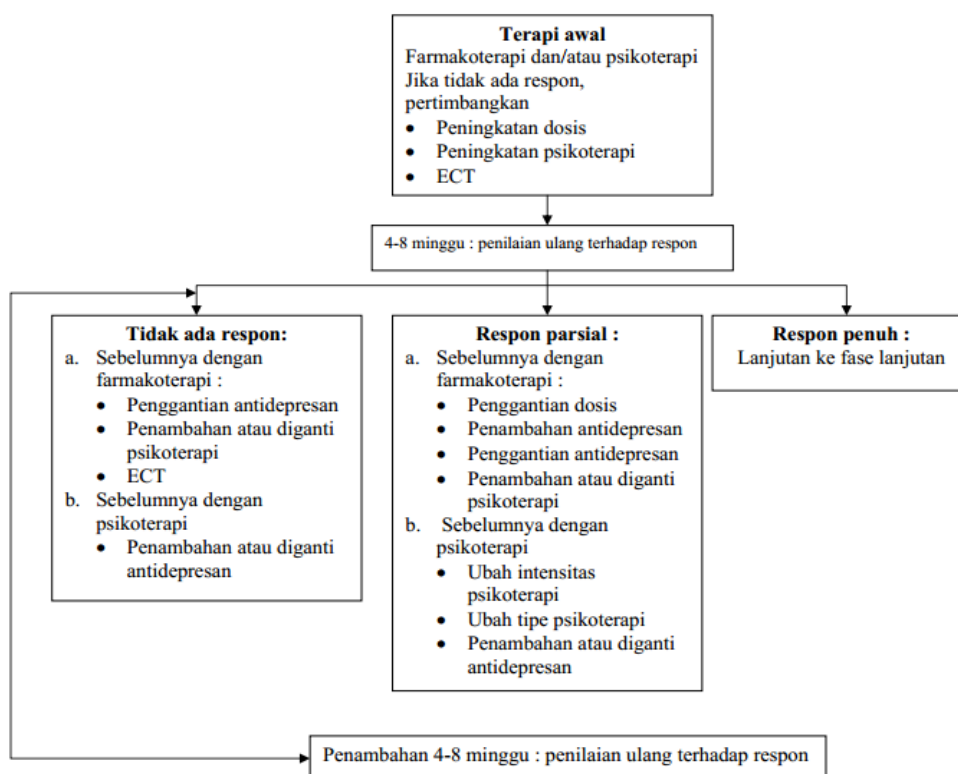
Dalam tabel dibawah ini jenis dan dosis obat antipsikotik atipikal yang dapat digunakan pada terapi skizofrenia (Ikawati 2014).

Tabel 2. Obat antipsikotik atipikal beserta dosisnya

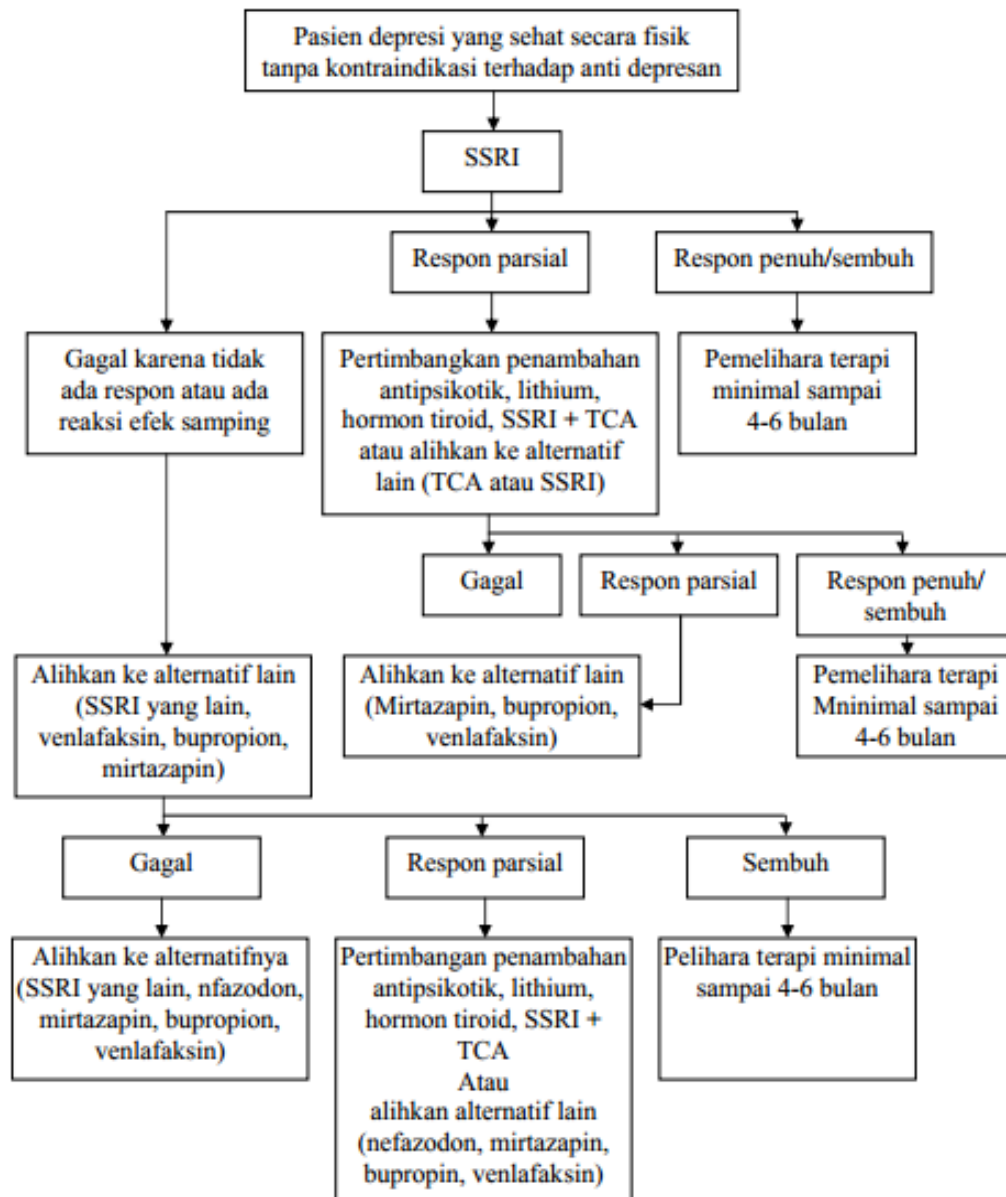
| Nama generik | Rentang dosis yang sering digunakan (mg/hari) | Dosis maksimum menurut pabrik (mg/hari) |
|--------------------|---|---|
| Aripiprazol | 15 – 30 | 30 |
| Klozapin | 50 – 500 | 900 |
| Olanzapin | 10 – 20 | 20 |
| Quetiapin | 250 – 500 | 800 |
| Risperidon | 2 – 8 | 16 |
| Risperidon (depot) | 25 – 50 | 50 |
| | setiap 2 minggu | setiap 2 minggu |
| Ziprasidon | 40 – 160 | 200 |

5. Algoritma Terapi

Pengobatan gangguan bipolar dapat bervariasi tergantung episode yang dialami oleh pasien. Setelah didiagnosis gangguan bipolar pasien harus mendapat *mood stabilizer* (misalnya litium, valproat) untuk menjalani kehidupan sehari-hari. Selama episode akut obat dapat ditambahkan dan kemudian dapat diturunkan takarannya setelah pasien stabil (Drayton & Weinstein 2008).



Gambar 1. Terapi Fase Akut Pada Gangguan Depresi



Gambar 2. Algoritma Terapi Depresi Tanpa Komplikasi

Tabel 3. Algoritma dan Pedoman Umum Terapi Akut Pada Episode Mania atau Campuran (Drayton & Weinstein 2008).

| | |
|--|---|
| <p>Pedoman Umum:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa penyebab sekunder dari episode mania atau campuran (misal alkohol, penyalahgunaan obat) Penurunan dosis antidepresan, stimulan dan kafein jika memungkinkan 2. Melakukan terapi untuk penyalahgunaan obat 3. Mendorong pasien untuk memenuhi gizi yang baik (dengan asupan protein dan asam lemak esensial), olahraga, tidur yang cukup, mengurangi stress, dan terapi psikososial 4. Mengoptimalkan dosis obat untuk menstabilkan suasana hati sebelum menambahkan obat golongan benzodiazepine; jika ada gejala psikotik dapat ditambahkan antipsikotik; ECT (<i>Electroconvulsive Therapy</i>) digunakan untuk episode mania atau campuran yang parah atau tidak dapat hanya diterapi atau ada gejala psikotik. | |
| <p>Gejala ringan sampai sedang episode mania atau campuran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertama, mengoptimalkan obat penstabil <i>mood</i> untuk menstabilkan <i>mood</i>: Litium, valproat, karbamazepin atau jika diperlukan dapat menambah benzodiazepin (lorazepam atau clonazepam) sebagai terapi penunjang jangka pendek untuk agitasi atau insomnia. 2. Alternatif pilihan obat: karbamazepin, jika pasien tidak merespon terapi atau toleran. Pertimbangkan juga pemberian obat antipsikotik atipikal (misal olanzapine, quetiapin, risperidon) atau oxcarbazepine. 3. Kedua, jika respon tidak mencukupi, pertimbangkan pemberian kombinasi dua obat: <ol style="list-style-type: none"> a. Litium dan antikonvulsan atau sebuah antipsikotik tipikal. b. Antikonvulsan dan antipsikotik atau antipsikotik tipikal. | <p>Gejala sedang sampai berat episode mania atau campuran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertama, kombinasi dua atau tiga obat: Litium atau valproat dan golongan benzodiazepin (lorazepam atau clonazepam) sebagai terapi jangka pendek untuk agitasi atau insomnia. Jika ada gejala psikotik, dapat diberikan antipsikotik atipikal dan kombinasi seperti di atas. Alternatif pilihan obat: karbamazepin, jika pasien tidak merespon terapi atau toleran, pertimbangkan juga pemberian oxcarbazepine. 2. Kedua, jika respon tidak mencukupi, pertimbangkan kombinasi tiga obat: <ol style="list-style-type: none"> a. Litium dan antikonvulsan dan antipsikotik tipikal. b. Antikonvulsan dan antikonvulsan dan antipsikotik tipikal. 3. Ketiga, jika respon tidak mencukupi, pertimbangkan ECT untuk mania dan psikotik atau katatonia, atau ditambah klozapin untuk terapi yang kambuhan. |

Tabel 4. Algoritma dan Pedoman Umum Terapi Akut Pada Episode Depresi (Drayton & Weinstein 2008).

| | |
|--|---|
| <p>Pedoman Umum:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa penyebab sekunder dari episode depresi (misal alkohol, penyalahgunaan obat). 2. Penurunan dosis antipsikotik, benzodiazepine atau obat sedatif hipnotik jika memungkinkan. Melakukan terapi untuk penyalahgunaan obat. 3. Mendorong pasien untuk memenuhi gizi yang baik (dengan asupan protein dan asam lemak esensial), olahraga, tidur yang cukup, mengurangi stress, dan terapi psikososial. 4. Mengoptimalkan dosis obat untuk menstabilkan suasana hati sebelum menambahkan obat litium, lamotrigin atau antidepresan (misal bupropion atau SSRI); jika ada gejala psikotik dapat ditambahkan antipsikotik; ECT (<i>Electroconvulsive Therapy</i>) digunakan untuk episode depresi yang parah atau tidak dapat hanya diterapi atau ada gejala psikotik. | |
| <p>Gejala ringan hingga sampai sedang episode depresi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertama, memulai dan/atau mengoptimalkan obat penstabil <i>mood</i> untuk menstabilkan <i>mood</i>: litium atau lamotrigin. 2. Alternatif terapi obat: karbamazepin atau oxcarbazepine. | <p>Gejala sedang sampai berat episode mania atau campuran:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertama, kombinasi dua atau tiga obat: litium atau lamotrigin dan antidepresan; litium dan lamotrigin. Jika ada gejala psikotik, dapat diberikan antipsikotik atipikal dan kombinasi seperti di atas. Alternatif antikonvulsan: valproat, karbamazepin atau oxcarbazepine. 2. Kedua, jika respon tidak mencukupi, pertimbangkan penambahan antipsikotik atipikal (quetiapin). 3. Ketiga, jika respon tidak mencukupi, pertimbangkan kombinasi tiga obat: <ol style="list-style-type: none"> a. Lamotrigin, antikonvulsan dan antidepresan. b. Lamotrigin dan litium dan antidepresan. 4. Keempat, jika terapi tidak mencukupi, pertimbangkan ECT untuk episode depresi kambuhan dan dengan psikotik atau katatonia. |

F. Rumah Sakit Jiwa

Rumah sakit jiwa adalah suatu sarana kesehatan yang digunakan sebagai tempat untuk menyelenggarakan setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat, dan juga berlaku sebagai suatu instrument utama yang dengannya, profesi kesehatan dapat memberikan pelayanan kesehatan kepada orang-orang dari komunitas (Siregar & Amalia 2003).

Pada mulanya rumah sakit hanya dianggap sebagai suatu tempat penderita atau pasien ditangani, namun sekarang rumah sakit dianggap sebagai suatu lembaga yang giat memperluas pelayanannya kepada penderita atau pasien.

Misalnya rumah sakit memberikan layanan kepada penderita rawat inap dan *ambulatory* didalam rumah sakit itu sendiri, di klinik, ruang gawat darurat, sentra pelayanan darurat, praktek dokter di rumah sakit, pelayanan dalam puskesmas, dalam klinik komunitas, dan dalam fasilitas pelayanan yang diperluas seperti rumah rawatan, serta di rumah penderita yang memerlukan layanan perawatan kesehatan (Siregar & Amalia 2003).

G. Formularium Rumah Sakit

Formularium rumah sakit merupakan penerapan konsep obat essensial di rumah sakit yang berisi daftar obat dan informasi penggunaannya. Obat yang termasuk dalam daftar formularium merupakan obat pilihan utama (*drug of choice*) dan obat-obat alternatifnya. Setiap rumah sakit di negara maju dan juga di banyak negara berkembang umumnya telah menerapkan formularium rumah sakit. Formularium rumah sakit pada hakekatnya merupakan daftar produk obat yang telah disepakati untuk dipakai di rumah sakit yang bersangkutan, beserta informasi yang relevan mengenai indikasi, cara penggunaan dan informasi lain mengenai tiap produk (Depkes 2008)

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

Formularium yang dikelola dengan baik mempunyai manfaat untuk rumah sakit. Manfaat yang dimaksud antara lain:

1. Meningkatkan mutu dan ketepatan penggunaan obat di rumah sakit.

2. Merupakan bahan edukasi bagi professional kesehatan tentang terapi obat yang rasional.
3. Memberikan rasio manfaat biaya yang tertinggi, bukan hanya sekedar mencari harga obat yang termurah.
4. Memudahkan profesional kesehatan dalam memilih obat yang akan digunakan untuk perawatan pasien.
5. Membantu sejumlah pilihan terapi obat yang sejenisnya dibatasi sehingga professional kesehatan dapat mengetahui dan mengingat obat yang mereka gunakan secara rutin.

H. Rekam Medik

Definisi rekam medik menurut Surat Keputusan Direktur Jendral Pelayanan Medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada seseorang penderita selama dirawat dirumah sakit, baik rawat jalan maupun rawat inap. Rekam medik terdiri dari catatan-catatan data pasien yang dilakukan dalam pelayanan kesehatan. Catatan-catatan tersebut sangat penting untuk pelayanan bagi pasien, karena dengan data yang lengkap dapat memberikan informasi dalam menentukan keputusan baik pengobatan, penggunaan, tindakan medis, dan lainnya (Siregar & Amalia 2003).

Rekam medik mempunyai beberapa fungsi penting di rumah sakit untuk mencapai terapi pengobatan yang optimal. Fungsi penting tersebut adalah sebagai dasar perencanaan dan berkelanjutan perawatan penderita, sebagai sarana komunikasi antara dokter dan setiap professional yang berkontribusi pada perawatan penderita, untuk melengkapi bukti dokumen terjadinya atau penyebab penyakit penderita dan penanganan atau pengobatan selama dirawat di rumah sakit, dan sebagai dasar perhitungan biaya, karena dengan menggunakan data dalam rekam medik akan mempermudah bagian keuangan untuk menetapkan berapa besarnya biaya pengobatan seorang penderita (Siregar & Amalia 2003).

I. Landasan Teori

Gangguan bipolar merupakan gangguan suasana perasaan yang ditandai dengan adanya deviasi atau penyimpangan yang sangat besar pada mood atau perasaan (Durand & Barlow 2006).

Secara umum gangguan bipolar dibagi menjadi dua yaitu bipolar I dan bipolar II. Bipolar I ditandai dengan munculnya episode mania dan depresi. Sedangkan bipolar II ditandai dengan episode hipomania dan depresi (Lubis 2009).

Genetik merupakan faktor yang paling umum diketahui sebagai penyebab gangguan bipolar. Beberapa penelitian yang dilakukan menunjukkan bahwa individu dengan gen tertentu lebih mungkin mengidap gangguan bipolar. Individu dengan riwayat keluarga atau saudara yang memiliki gangguan bipolar lebih berisiko dibanding orang lain dari keluarga tanpa riwayat gangguan bipolar (Durand & Barlow 2006).

Tata laksana terapi gangguan afektif bipolar dapat dilakukan dengan obat-obatan dan tanpa obat-obatan, yaitu dengan terapi yang melibatkan berbagai banyak pihak seperti seluruh anggota keluarga, lingkungan masyarakat, dan rumah sakit yang merawatnya. Untuk terapi yang umumnya digunakan obat-obat antidepresan dan obat *mood stabilizer*.

Obat *mood stabilizer* memiliki empat efek utama, yaitu mengobati episode mania akut, mengobati depresi bipolar akut, mencegah kekambuhan episode mania, dan mencegah kekambuhan depresi bipolar akut. Semua obat golongan *mood stabilizer* yang diakui saat ini telah menunjukkan efikasi untuk satu atau lebih efek (Crabtree & Faulkner 2008).

Litium. Litium merupakan obat golongan mood stabilizer yang pertama diakui. Obat ini memiliki efikasi sebagai anti-mania, mencegah kekambuhan, dan efikasi lain yang penting dalam pengobatan gangguan bipolar. Litium sangat efektif untuk pasien dengan beberapa episode sebelumnya dan memiliki riwayat keluarga gangguan bipolar yang merespon baik obat ini (Crabtree & Faulkner 2008).

J. Keterangan empiris

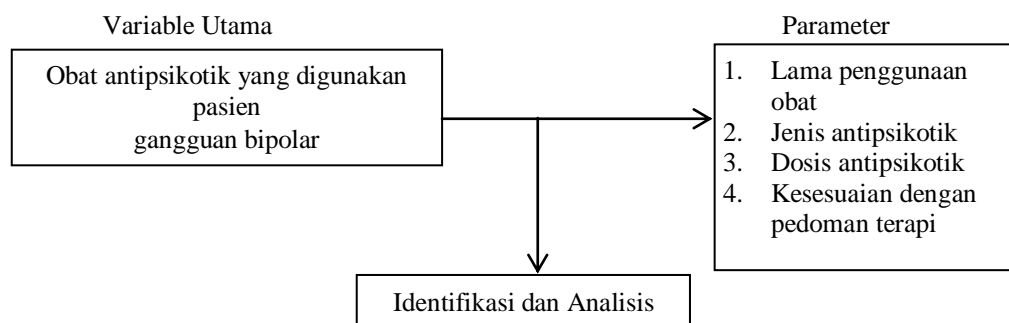
Keterangan empiris penelitian ini, yaitu:

1. Pasien gangguan bipolar di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017 di terapi dengan obat antipsikotik.
2. Penggunaan obat antipsikotik pada pasien gangguan bipolar di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017 sudah rasional berdasarkan Formularium Rumah Sakit.

K. Kerangka Pikir Penelitian

Penelitian ini mengkaji tentang identifikasi kesesuaian penggunaan antipsikotik pada pasien bipolar di instalasi rawat inap RSJD Surakarta. Dalam penelitian ini obat-obat yang tercatat dalam rekam medis pada pasien gangguan afektif bipolar merupakan variabel utama dan kesesuaian antipsikotik.

Digambarkan dalam kerangka pikir penelitian seperti ditunjukkan Gambar 1 dibawah ini:



Gambar 3. Skema variabel pengamatan dan parameter

BAB III

METODE PENELITIAN

A. 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 gangguan afektif bipolar yang dirawat di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017.

Sampel adalah bagian atau sejumlah cuplikan penelitian yang diambil dari suatu populasi dan teliti secara rinci (Sugiyono 2015). Sampel dalam penelitian ini adalah pasien gangguan afektif bipolar yang tercantum dalam rekam medik menggunakan terapi antidepresan di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017.

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 inklusi yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu (Sugiyono 2015).

2. Kriteria inklusi dan eksklusi

Kriteria inklusi merupakan kriteria dimana subyek penelitian mewakili sampel penelitian yang memenuhi syarat sebagai sampel penelitian (Nursalam 2011). Pasien yang terdiagnosa gangguan afektif bipolar dan tercantum dalam rekam medis yang lengkap, pasien dengan terapi antipsikotik, dan menjalani rawat inap di RSJD Surakarta tahun 2017.

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

B. Variabel Penelitian

1. Identifikasi Variabel Utama

Variabel utama pertama pada penelitian ini adalah penggunaan antipsikotik pada pasien bipolar di instalasi rawat inap RSJD Surakarta.

Variabel utama kedua pada penelitian ini adalah penggunaan antipsikotik pada pasien bipolar diinstalasi rawat inap RSJD Surakarta berdasarkan lama penggunaan obat, jenis antipsikotik, dosisi antipsikotik.

Variabel utama ketiga pada penelitian kali ini adalah mengkaji kesesuaian penggunaan obat antipsikotik pada pasien bipolar diinstalasi rawat inap RSJD Surakarta yang disesuaikan dengan pedoman terapi rumah sakit RSJD Surakarta.

2. Klasifikasi Variable Utama

Variabel bebas pada penelitian kali ini adalah terapi antipsikotik yang diberikan pada pasien bipolar diinstalasi rawat inap RSJD Surakarta tahun 2017.

Variabel tergantung pada penelitian ini adalah kesesuaian penggunaan antipsikotik dengan pedoman terapi RSJD Surakarta.

Variabel kendali pada penelitian kali ini adalah lama penggunaan obat antipsikotik, jenis antipsikotik, dosis antipsikotik yang disesuaikan dengan pedoman terapi RSJD Surakarta.

3. Devinisi Operasional Variabel Utama

Gangguan afektif bipolar adalah gangguan suasana perasaan yang ditandai dengan adanya deviasi atau penyimpangan yang sangat besar pada mood atau perasaan.

Antipsikotika (*major tranquillizers*) adalah obat-obat yang dapat menekan fungsi-fungsi psikis tertentu tanpa mempengaruhi fungsi umum seperti berfikir dan berkelakuan normal.

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 dirawat dengan baik dan dijaga kerahasiaannya oleh dokter atau dokter gigi dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

Pasien rawat inap adalah suatu proses pengobatan atau rehabilitasi pada pasien gangguan afektif bipolar Instalasi rawat Inap RSJD Surakarta

Rumah Sakit Jiwa adalah tempat pelayanan kesehatan yang berfungsi untuk melayani untuk semua bentuk pelayanan kesehatan jiwa baik berupa pencegahan, pengobatan dan rehabilitasi

C. Alat dan Bahan

1. Alat

Alat yang dipakai dalam penelitian ini adalah buku pedoman terapi rumah sakit serta laptop, kalkulator dan alat tulis untuk mengolah dan mencatat data.

2. Bahan

Data rekamedik pasien gangguan bipolar yang tercantum dalam rekam medik menggunakan terapi antipsikotik di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017.

D. Jalannya Penelitian

1. Tahap persiapan

Pada tahap persiapan ini meliputi studi pustaka yaitu mencari literatur pustaka yang berkaitan dengan topik dan judul dari penelitian yang akan dilakukan, serta mengurus perijinan pada lokasi penelitian yaitu RSJD Surakarta. Surat izin dibuat oleh Manajemen Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi Surakarta dan ditujukan kepada direktur RSJD Surakarta dengan tembusan Kepala Bagian Pendidikan dan Penelitian (Diklat) yang selanjutnya diteruskan ke bagian rekam medik untuk mendapatkan izin review rekam medik pasien.

2. Tahap pengumpulan dan pengolahan data

Tahap awal penelitian yaitu pengumpulan data pasien afektif bipolar di RSJD Surakarta rawat inap yang diterapi dengan antipsikotik. Data catatan medik pasien yang dicatat nomor rekam medik pasien, nama, jenis kelamin, umur, alamat, tanggal masuk, diagnosa, jenis pemeriksaan penunjang, tindakan yang diberikan. Data yang diperoleh kemudian diperiksa kelengkapan datanya. Data kemudian dimasukan ke computer, dilakukan analisis hasil dan dikelompokkan

berdasarkan faktor yang diteliti, kemudian diperoleh hasil dan dibuat pembahasan, kesimpulan dan saran.

E. Analisis Data

Data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif untuk mengetahui apakah penggunaan obat antipsikotik terhadap pasien gangguan afektif bipolar di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Tahun 2017 sudah sesuai kajian penggunaan obat dan hasil analisis berdasarkan pedoman terapi Rumah Sakit, sehingga kesesuaian penggunaan obat antipsikotik di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017 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 dan lama rawat untuk penyakit gangguan bipolar.

1. Karakteristik berdasarkan jenis kelamin

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

Tabel 5. Karakteristik pasien gangguan bipolar berdasarkan jenis kelamin di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017.

| Jenis Kelamin | Jumlah | Persentase (%) |
|---------------|--------|----------------|
| Laki-laki | 32 | 64 |
| Perempuan | 23 | 46 |
| Total | 55 | 100 |

Sumber: Data rekam medik pasien bipolar yang diolah 2017

Dari tabel 5 diperoleh data sebanyak 23 (46%) pasien gangguan afektif bipolar berjenis kelamin perempuan dan 32 (64%) pasien gangguan afektif bipolar berjenis kelamin laki-laki. Berdasarkan data di atas maka pasien gangguan afektif bipolar lebih banyak diderita oleh pasien dengan jenis kelamin laki-laki. Pasien laki-laki lebih banyak terkena bipolar 75,4% dibandingkan dengan pasien wanita (Aisyah 2014)

2. Karakteristik berdasarkan usia

Tujuan dari pembagian usia ini adalah untuk melihat hubungan kelompok usia prevalensi terjadinya gangguan bipolar. 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 6 kelompok, karena pasien gangguan bipolar yang menjadi sampel memiliki rentang usia 15-74 tahun.

Tabel 6. Karakteristik pasien gangguan bipolar berdasarkan usia di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017

| Usia | Jumlah | Persentase (%) |
|-------------|--------|----------------|
| 15-24 tahun | 15 | 27,27 |
| 25-34 tahun | 19 | 34,54 |
| 35-44 tahun | 11 | 20 |
| 45-54 tahun | 5 | 9,09 |
| 55-64 tahun | 3 | 5,45 |
| 65-74 tahun | 2 | 3,6 |
| Total | 55 | 100 |

Sumber: Data rekam medik pasien gangguan bipolar yang diolah 2017

Berdasarkan tabel 6 diperoleh, persentase kejadian gangguan bipolar paling tinggi terjadi pada interval usia 25-34 tahun sebanyak 19 orang (34,54%), hal ini disebabkan karena pada rentang usia tersebut masuk dalam range usai produktif dimana salah satu penyebab gangguan afektif bipolar 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 gangguan afektif bipolar (Aisyah 2014)

Berdasarkan kelompok umur diperoleh bahwa rentang umur 25-34 tahun merupakan rentang umur terbanyak yang dirawat di rumah sakit jiwa daerah Surakarta baik untuk pasien pria maupun pasien wanita. Hal ini dikarenakan pada rentang umur tersebut manusia memiliki beban hidup yang lebih berat dibandingkan dengan rentang umur lainnya sehingga menyebabkan stress. Stress pada rentang umur 21-30 tahun dan 31-40 tahun pada usia tersebut manusia cenderung menghadapi masalah-masalah yang lebih kompleks, seperti masalah dengan keluarga, pasangan, teman kerja, beban pekerjaan yang terlalu berat, serta gaya hidup modern yang individualistis (Michael et al 2000)

3. Karakteristik berdasarkan diagnosa

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

Tabel 7. Karakteristik pasien gangguan bipolar berdasarkan diagnosa penyakit yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017

| Diagnosa | Jumlah | Persentase (%) |
|--------------------------|--------|----------------|
| Afektif bipolar Manik | 41 | 74,5 |
| Afektif bipolar Depresif | 14 | 25,5 |
| Total | 55 | 100 |

Sumber: Data rekam medik pasien gangguan bipolar yang diolah 2017

Berdasarkan tabel 7 di RSJD Surakarta, Jawa Tengah, tipe Gangguan afektif bipolar yang diderita oleh pasien ada tipe manik dan depresif. Dalam penelitian ini dari 55 pasien pada tabel 7 menunjukkan bahwa tipe maniak lebih banyak diderita oleh pasien yaitu 41 pasien atau sebesar 74,5%.

Pada beberapa kasus pemberian anti depresi pada penderita gangguan bipolar bisa memicu timbulnya gejala manik, namun hal ini bisa dihindari jika obat anti depresan diberikan bersamaan dengan obat penstabil suasana hati (Tirtojiwo 2012)

4. Karakteristik berdasarkan lama rawat

Pengelompokan pasien berdasarkan lama rawat yang dilakukan untuk mengetahui seberapa lama pasien gangguan bipolar melakukan pengobatan.

Tabel 8. Karakteristik pasien gangguan bipolar berdasarkan lama rawat yang menjalani rawat inap di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017.

| Lama rawat | Jumlah | Persentase (%) |
|------------|--------|----------------|
| 4-13 hari | 13 | 23,63 |
| 14-23 hari | 20 | 36,36 |
| 24-33 hari | 22 | 40 |
| Total | 55 | 100 |

Sumber: Data rekam medik pasien gangguan afektif bipolar yang diolah 2017

Berdasarkan tabel 8 lama rawat yang paling banyak pada pasien gangguan bipolar di RSJD Surakarta Jawa Tengah, dalam penelitian ini dari 3 kelompok waktu menunjukkan bahwa rentang waktu perawatan paling lama kisaran 24-33 hari dengan persentase sebesar 40%.

Lama rawat inap pada pasien yang menggunakan terapi antipsikotik tipikal beresiko lebih besar mengalami efek samping ekstrapirimal yang lebih tinggi dari pada yang menerima terapi antipsikotik atipikal. Efek samping ekstrapirimal menyebabkan penurunan pada kualitas hidup pasien sehingga pasien harus selalu dipantau dan dirawat lebih lama dirumah sakit (Harianto et al 2016)

Berdasarkan informasi yang saya dapat dari salah satu dokter yang ada disana, pengobatan gangguan bipolar membutuhkan waktu yang lama. Disamping itu terkait pemberian obat masih diberi obat pulang dengan jenis obat dan dosis

yang sama seperti perawatan di rumah sakit dengan mendapat obat pulang selama 10 hari.

5. Karakteristik berdasarkan status pernikahan

Pengelompokan pasien berdasarkan status pernikahan dilakukan untuk mengetahui seberapa besar angka kejadian gangguan bipolar pada laki-laki dan perempuan yang sudah menikah dan belum menikah.

Tabel 9. Karakteristik pasien gangguan bipolar berdasarkan status pernikahan di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017.

| Jenis Kelamin | Jumlah | Persentase (%) |
|---------------|--------|----------------|
| Menikah | 22 | 40 |
| Belum menikah | 33 | 60 |
| Total | 55 | 100 |

Sumber: Data rekam medik pasien afektif bipolar yang diolah 2017

Dari tabel 9 diperoleh data sebanyak 22 (40%) pasien gangguan bipolar berstatus menikah dan 33 (60%) pasien gangguan afektif bipolar berstatus belum menikah. Berdasarkan data di atas maka pasien gangguan afektif bipolar lebih banyak diderita oleh pasien dengan status yang belum menikah. Menurut Kaplan dan Shaddock depresi banyak ditemukan pada orang hidup sendiri/belum menikah. Pasien bipolar yang banyak adalah pasien yang belum menikah yaitu 58,8% hal ini kemungkinan dipicu oleh berbagai urusan dan masalah yang kompleks yang dialami oleh pasien, mulai dari masalah lingkungan, rekan kerja, pekerjaan, sehingga gangguan kejiwaan mudah terjadi serta cenderung terkena gangguan afektif bipolar (Aisyah 2014)

B. Penggunaan Obat

Distribusi jenis antipsikotik yang digunakan pada pasien gangguan bipolar di Rawat Inap RSJD Surakarta Provinsi Jawa Tengah Periode 2017.

1. Jenis Antipsikotik

Gambaran Jenis antipsikotik yang digunakan pada pasien gangguan bipolar di Rawat Inap RSJD Surakarta Provinsi Jawa Tengah Periode 2017 berdasarkan jenis antipsikotik yang digunakan ditunjukkan oleh tabel 11.

Tabel 10. Jenis antipsikotik yang digunakan oleh pasien gangguan bipolar di RSJD Surakarta, Jawa Tengah 2017.

| Nama obat | Jenis antipsikotik | Pasien | Persentase |
|---------------|--------------------|--------|------------|
| Risperidone | Atipikal | 40 | 72,72% |
| Clozapine | Atipikal | 15 | 27,27% |
| Seroquel | Atipikal | 9 | 16,36% |
| Depakote | Tipikal | 8 | 14,54% |
| Klorpromazine | Tipikal | 38 | 69,09% |
| Haloperidol | Tipikal | 8 | 14,54% |

Sumber: Data rekam medik pasien bipolar yang diolah 2017

Dari tabel 10 diketahui obat yang paling banyak digunakan untuk terapi pada pasien gangguan bipolar yang dirawat di RSJD Surakarta adalah risperidone 72,72% yang merupakan antipsikotik jenis atipikal. Menurut pedoman terapi antipsikotik atipikal baik monoterapi maupun kombinasi terapi efektif sebagai lini pertama untuk gangguan afektif bipolar.

Risperidone diresepkan pada 40 pasien atau sebesar 72,72%. Risperidone adalah derivat benzisoksazol, diabsorpsi dengan cepat setelah pemberian oral dan dimetabolisme oleh enzim hepar yaitu CYP 2D6. Risperidone memiliki afinitas rendah hingga sedang pada reseptor 5-HT_{1C}, 5-HT_{1D}, dan 5-HT_{1A}, afinitas lemah pada D₁ dan tidak memiliki afinitas pada muskarinik atau reseptor beta 1 dan beta 2 (Sajatovic *et al* 2002)

Haloperidol diresepkan pada 8 pasien atau sebesar 14,54%. Haloperidol merupakan golongan butirofenon dan merupakan obat antipsikotik dengan potensi tinggi, memiliki efek sedasi rendah dan memberikan efek ekstrapirimidial yang besar. Haloperidol bekerja dengan memblok reseptor dopaminergik D₁ dan D₂ mesolimbik postsinaptik di otak menekan pelepasan hormone hipotalamus dan hipofisis menekan aktivasi system reticular yang mempengaruhi metabolisme basal, temperature tubuh dan emesis (Sajatovic *et al* 2002)

Clozapine diresepkan pada pasien atau sebesar %. Clozapine antipsikotik golongan dibenzodiazepine merupakan obat efektif aksi cepat, merupakan pengeblok yang lemah pada dopamine D₁ dan D₂ tetapi memblok reseptor D₁-D₅, juga reseptor serotonin 2, alfa adrenergic, histamin H₁, kolinergik (Sajatovic *et al* 2002)

C. Analisis Penggunaan Antipsikotik

1. Tepat Dosis

Berdasarkan kerasionalan penggunaan obat antipsikotik dilihat dari ketepatan dosis terapi, dari 55 sampel yang diberikan obat antipsikotik untuk pasien gangguan bipolar yang menjalani rawat inap di Instalasi RSJD tahun 2017, diketahui dosis obat antipsikotik sesuai dengan range dosis sebanyak 55 obat antipsikotik (96,32%).

Tabel 11. Distribusi tepat dosis pemberian antipsikotik di Instalasi Rawat Inap RSJD tahun 2017

| No | Nama gnerik | No sampel | Dosis litratur | Kesesuaian standar | Persentase |
|----|--|---|---|--------------------|------------|
| 1 | Inj.zyprex Risperidone Trihexyphenidil Chlorpromazine Frimania | 4,7,26,27, 28,37,39 | Untuk risperidone dosis yang dianjurkan 6mg/hari. Trihexyphenidil 4-15mg/hari. Chlorpromazine 150-600mg/hari Frimania 600-1200mg/hari | 6 | 10,90% |
| 2 | Inj.zyprex Depakote Risperidone Trihexyphenidil Chlorpromazine | 5,17,45,53, 54 | Untuk Depakote dosis yang dianjurkan 250-1500mg/hari. risperidone dosis yang dianjurkan 6mg/hari. Trihexyphenidil 4-15mg/hari. Chlorpromazine 150-600mg/hari | 5 | 9,09% |
| 3 | Inj.lodomer Inj.delladryl Risperidone Trihexyphenidil Chlorpromazine | 10,11,12,13, 21,22,24,25, 32,36,35,38, 40,43,52,55 | Untuk risperidone dosis yang dianjurkan 6mg/hari. Trihexyphenidil 4-15mg/hari. Chlorpromazine 150-600mg/hari | 15 | 27,27% |
| 4 | Inj.zyprex Risperidone Trihexyphenidil Chlorpromazine | 6,9,18,20,31, 33,50 | Untuk risperidone dosis yang dianjurkan 6mg/hari. Trihexyphenidil 4-15mg/hari. Chlorpromazine 150-600mg/hari | 7 | 12,72% |

| No | Nama gnerik | No sampel | Dosis literatur | Kesesuaian standar | Persentase |
|-------|---|----------------------------|---|--------------------|------------|
| 5 | Inj.lodomer Inj.delladryl Clozapine Haloperidol Trihexyphenidil | 1,14,15,23, 29,46,47,49 | Dosis untuk clozapine 50- 500mg/hari. Haloperidol 1,5- 15mg/hari. Trihexyphenidil 4- 15mg/hari | 8 | 14,54% |
| 6 | Inj.delladryl Seroquel Risperidone Trihexyphenidil Clozapine | 8,41 | Untuk Seroquel dosis yang dianjurkan 200- 800mg/hari. risperidone dosis yang dianjurkan 6mg/hari. Trihexyphenidil 4- 15mg/hari. Clozapine 50- 500mg/hari | 2 | 3,63% |
| 7 | Inj.lodomer Inj.delladryl Clozapine Risperidone Trihexyphenidil Depakote | 48,34,2 | Untuk Clozapine dosis yang di anjukan 50- 500mg/hari. risperidone dosis yang dianjurkan 6mg/hari. Trihexyphenidil 4- 15mg/hari. Depakote dosis yang dianjurkan 250-1500mg/hari | 3 | 5,45% |
| 8 | Inj.lodomer Inj.delladryl Seroquel Trihexyphenidil Chlorpromazine Frimania | 42,44,51 | Untuk Seroquel dosis yang dianjurkan 200- 800mg/hari. Trihexyphenidil 4- 15mg/hari. Chlorpromazine 150-600mg/hari | 3 | 5,45% |
| 9 | Inj.zyprexa Clozapine Seroquel Ativan Ciprolex | 3,19,16,30 | Untuk Seroquel dosis yang dianjurkan 200- 800mg/hari. clozapine 50- 500mg/hari. | 4 | 7,27% |
| TOTAL | | | | 53 | 96,32% |

Sumber: Data rekam medik pasien gangguan bipolar yang diolah tahun 2017

Tepat dosis merupakan ketepatan suatu pemberian obat dengan dosis sesuai dengan range terapi obat antipsikotik dilihat berdasarkan pedoman dan PPK (panduan praktek klinis) kedokteran jiwa. Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa persentase ketepatan penggunaan antipsikotik berdasarkan dosis

terapi untuk pasien gangguan bipolar sebesar 96,32%. Hal tersebut menandakan bahwa hampir seluruh dosis antipsikotik yang diberikan dalam terapi gangguan afektif bipolar sesuai dengan range terapi obat antipsikotik berdasarkan pedoman rumah sakit dan PPK (panduan praktek klinis) kedokteran jiwa.

Pada pasien nomor 39 mendapat pengobatan terapi inj ziprexa, risperidone, triheksiphenidil, chlorpromazine, dan frimania. dari 4 obat yang digunakan ada satu obat yang menurut literature pedoman dosis yang digunakan kurang dari dosis maksimal penggunaan yaitu chlorpromazine. Awalnya pasien mendapat terapi chlorpromazine dengan dosisi 200mg masih termasuk dosis terapi, tetapi pada saat hari ke 5 dosis chlorpromazine diturunkan menjadi 100mg, pada hari yang sama dilakukan penambahan obat seperti Depakote dengan dosis 250mg. pada hari ke 8 chlorpromazine di setop penggunaannya. Dilihat dari kasus diatas terkait penggantian obat lini ke 3 digantikan dengan obat jenis lini pertama sampai terjadi penurunan dosis yang turun dibawah dosis minimum dikarenakan tidak terjadi perbaikan sehingga harus diganti dengan Depakote.

Pada pasien nomer 21 mendapat pengobatan inj Lodomer, inj delladryl, chlorpromazine, triheksiphenidil, haloperidol. Pada hari ke 15 haloperidol dihentikan penggunaannya karena diduga penggunaan haloperidol menyebabkan efek samping yang terjadi. Karena sebelumnya pada SOAP terdapat keterangan waspada interaksi haloperidol + chlorpromazine memperpanjang interval efek samping. Pada hari ke 15 pasien diberi tambahan obat Seroquel 400mg. penggantian haloperidol diduga karena terjadinya interaksi hingga menimbulkan efek samping. Haloperidol dan chlorpromazine merupakan antipsikotik yang penggunaannya paling luas, penggunaan kedua antipsikotik ini tidak hanya luas tetapi juga bisa dipakai dalam jangka waktu lama bagi pasien psikosis kronis. Oleh karena itu perlu adanya pemantauan terhadap kejadian efek samping yang ditimbulkan. Haloperidol mempunyai potensi yang besar untuk menimbulkan efek samping diantaranya berupa gejala ekstrapirimal (Srisusilowati2005)

Meskipun pada terapi yang masih belum mencapai dosis maksimal perhari itu dinyatakan bukan masalah karena pemberian dosis obat dilihat dari kondisi

pasien, jika pasien diterapi dengan dosisi lebih dari dosis minimal sudah memberikan respon perbaikan dan belum mencapai dosis maksimal maka dosis yang diberikan cukup sesuai dosisi kebutuhan terapi. Seandainya dosis maksimal sudah tercapai tetapi belum ada perbaikan kondisi maka disarankan mengganti obat dengan golongan lain. Pemberian obat harus dimulai dengan dosis awal sesuai dengan dosis anjuran. Dinaikan dosisnya hingga mencapai dosis efektif (mulai timbul peredaan gejala). Evaluasi dilakukan setiap dua minggu bila perlu dosis dinaikkan sampai mencapai dosisi optimal. Dosis ini dipertahankan sampai 8-12 minggu, kemudian diturunkan tiap dua minggu sampai mencapai dosis pemeliharaan. Dipertahankan selama 6 bulan sampai 2 tahun (Mansjoer et al 1999)

Pada pasien nomer 31 dan 7 terjadi pergantian obat chlorpromazine diganti dengan clozapine. Adalah 2 obat yang memiliki mekanisme yang berbeda, pada chlorpromazine bekerja sebagai antagonis dopamine dan untuk clozapine bekerja sebagai antagonis serotonin. sama sama bekerja pada reseptor histaminergik, adrenergik sama-sama memblok reseptor D2, tetapi pada clozapine pengeblok dopamine D1 dan D2. Dua atau lebih obat yang digunakan dalam waktu yang bersamaan dapat menunjukkan reaksi antagonis atau reaksi sinergis sehingga akan memberikan efek pada pasien (Sajatoviv et al 2002)

Dari data di atas tabel 11 dapat diketahui bahwa dari 55 pasien gangguan afektif bipolar yang dirawat di RSJD Surakarta persentase analisis kesesuaian dosis sebesar 96,32%. Dari beberapa kasus di atas mengenai dosis yang kurang atau pergantian obat dapat disesuaikan dengan kondisi klinis pasien.

2. Tepat Indikasi

Berdasarkan kerationalan penggunaan obat antipsikotik dilihat dari ketepatan indikasi penyakit pasien, dari 55 pasien gangguan bipolar yang menjalani rawat inap di Instlasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Periode 2017 yang mendapatkan obat sesuai dengan indikasi sebanyak 55 orang (100%).

Tabel 12. Distribusi tepat indikasi pemberian antipsikotik di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Tahun 2015-2016

| Obat | No pasien | Jumlah | Persentase (%) |
|-----------------------------|---|--------|----------------|
| Antipsikotik | 1,3,6,8,9,11,12,15,19,20,21,23-25,29,31,32,33,35,36,38,40,41,43,46,47,49,50,52,55 | 30 | 54,54 |
| Antipsikotik+antidepresan | 4,7,13,14,16,18,22,26,27,28,30,37,39,42,44,53 | 16 | 29,09 |
| Antipsikotik+moodstabilizer | 2,5,10,17,34,45,48,51,54 | 9 | 16,36 |
| Total | | 55 | 100 |

Sumber: Data rekam medik pasien gangguan bipolar yang diolah 2017 lapiran

Dari analisis ketepatan indikasi dibuktikan dengan adanya diagnose bipolar maka perlu diterapi dengan antipsikotik. Seluruh sampel sebanyak 55 pasien di RSJD Surakarta mendapat terapi antipsikoptik sehingga membuktikan hasilnya 100% memenuhi kriteria tepat indikasi.

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

Pemberian obat untuk pasien gangguan bipolar tergantung dari gejalanya yang ada, jika pasien mengalami gejala gangguan bipolar episode manik diberikan antipsikotik dan mood stabilizer bila perlu, dan untuk gejala depresif biasanya ditambahkan antidpresan. Ada berbagai macam obat untuk angguan bipolar. Bila satu jenis obat tidak cocok masih ada jenis lain yang mungkin akan lebih sesuai. Kadang dokter mengkombinasikan beberapa obat untuk mendapatkan manfaat yang maksimal (Tirtojiwo 2012)

Pada penelitian kali ini antipsikotik yang digunakan seperti risperidone, haloperidol, Depakote, Seroquel, chlorpromazine, clozapine. Beberapa obat antipsikotik seperti aripiprazole, olanzapine, risperidone, quetiapine bisa diberikan pada penderita gangguan bipolar yang tidak cocok dengan obat dari kelompok anticonvulsants. Satu satunya obat antipsikotik yang dianjurkan oleh FDA (Badan

Pengawas Obat dan Makanan, Amerika) untuk gangguan bipolar adalah quetiapine, namun dokter tetap dapat meresepkan obat yang lain (Tirtojiwo 2012)

Anti depresan yang digunakan penderita gangguan bipolar pada penelitian kali ini adalah frimania, fluoxetin dan cipralex. Pemberian obat anti depresan tergantung gejala yang ada, dokter kemungkinan akan memberikan obat anti depresi. Pada beberapa kasus pemberian anti depresi pada penderita gangguan bipolar bisa memicu timbulnya gejala mania, namun hal ini bisa dihindari bila obat anti depresi diberikan bersama dengan obat penstabil suasana hati (Tirtojiwo 2012)

Mood stabilizer yang banyak digunakan pada penelitian ini adalah Depakote. Obat yang bisa menstabilkan suasana hati (mood stabilizer) dalam kelompok ini antara lain asam valproate (Depakene, Stavzor), divalproex (Depakote), lamotrigine (Imictal). Beberapa jenis anti konvulsant bisa mengakibatkan efek samping lebih serius seperti bercak-bercak merah di kulit, gangguan darah dan liver (Tirtojiwo 2012)

Pada pasien 14,16,19,30 selain mendapatkan obat antipsikotik atau depresan juga mendapat terapi obat Ativan yang berfungsi untuk mengurangi kecemasan dan gangguan tidur. Benzodiazepine obat ini untuk mengurangi kecemasan (anxiety) dan memperbaiki gangguan tidur. Obat dalam kelompok ini antara lain klonazepam (klonopin), lorazepam (Ativan), diazepam (valium), chlordiazepoxide (librium) dan alprazolam (niravam, Xanax) (Tirtojiwo 2012)

Dari data tabel 12 dapat diketahui bahwa dari 55 pasien gangguan bipolar, persentase pasien yang diberikan terapi menggunakan obat antipsikotik sebanyak 100%.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

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

Gambaran penggunaan obat antipsikotik yang banyak digunakan untuk pasien gangguan bipolar yang dirawat di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta Tahun 2017 adalah Risperidon sebanyak 72,72%, Depakote dan Haloperidol paling sedikit digunakan yaitu 14,54%. Penggunaan obat antipsikotik untuk gangguan bipolar di Instalasi Rawat Inap RSJD Surakarta tahun 2017 dapat dikatakan sesuai, karena sudah sesuai dengan pedoman terapi dan PPK (panduan praktek klinis) kesehatan jiwa. Hasil penelitian penggunaan obat antipsikotik dilihat dari ketepatan dosis 96,32% dan indikasi adalah 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 kersasionalan pengobatan antipsikotik pada pasien gangguan bipolar di Instalasi rawat Inap RSJD Surakarta.

DATAR PUSTAKA

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Edisi ke-4. Washington DC: Penerbit; 2005. hlm. 345-429.
- American Psychiatric Association (APA), 2000, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed, Text Revision, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (APA), 2013, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed, Washington, DC.
- Angst, J. & Sellaro, R., 2000, Historical perspectives and natural history of bipolar disorder, *Biol. Psychiatry*, 48 (6), 45-57.
- Buchwald, A.M. & Rudick-Davis, D., 1993, The symptoms of major depression, *J. Abnorm Psychol.*, 102(2), 197-205.
- Crabtree, B.L. & Faulkner, M.J., *Bipolar Disorder*, dalam Dipiro, J.T., Chisholmburns, M.A., Wells, B.G, Schwinghammer, T.L., Malone, P.M., Kolesar, J.M., Rotschafer, J.C., 2008, *Pharmacotherapy Principles & Practice*, 626-645, Mc-Graw Hill Companies, Inc., New York.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI), 2009, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta.
- Drayton, S.J. & Weinstein, B., *Bipolar Disorder*, dalam Dipiro, J.T., Talbert, R.L., Yee, G.C., Matzke, G.R., Wells, B.G., Posey, L.M., (Eds), 2008, *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach*, 7th Edition, 1174-1181, McGraw Hill Companies, Ins., New York.
- Durand, V.M. & Barlow, D.H., 2006, *Psikologi Abnormal*, diterjemahkan oleh Helly Prajitno & Sri Mulyantini, Edisi Keempat, 272-273, Pustaka Pelajar, Yogyakarta.
- Geddes, J.R., Burgess, S., Hawton, K., dkk, 2004, Long-term lithium therapy for bipolar disorder: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials, *Am. J. Psychiatry*, 161, 217-222.
- Ikawati, Z., 2011, *Farmakoterapi Penyakit Sistem Syaraf*, 213, Bursa Ilmu, Yogyakarta.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A., 1996, *Sinopsis Psikiatri*, diterjemahkan oleh Widjaja Kusuma, edisi 7, 779-781, Binarupa Aksara, Jakarta
- Kemenkes, Rencana Strategi Kementrian Kesehatan, Jakarta: Kementrian Kesehatan RI; 2015

- Kando, J.C., Wells, B.G., and Hayes, P.E., 2005, *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach: Depressive Disorders*, 6th Ed Vol.2, 1235-1253. Appleton and Lange.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R., Walters, E.E., 2005, Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Arch. Gen. Psychiatry*, 62 (6), 17-27.
- Lubis, N.L., 2009, *Depresi Tinjauan Psikologis*, 61-85, Kencana Prenada Media Group, Jakarta.
- Mann, J. J., 2005, The Medical Management of Depressi, *The New England Journal of Medicine*, number 17, volume 353: 1819 – 1834.
- Mansjoer, A., Triyanti, K., Savitri, R., Wardhani, W.I., & Setiowulan, W., 1999, *Kapita Selekt Kedokteran*, Jilid I, Edisi 3, 201-204, Media Aeculapilis FKUI, Jakarta.
- National Institute of Mental Health. Buku petunjuk bipolar disorder institut nasional kesehatan mental Amerika Serikat. New York: NIMH; 2012
- Riset kesehatan dasar (Riskesdas) badan penelitian dan pengembangan kesehatan kementrian RI tahun 2013
- Stephen, J., Watson, D.R., Anderson, Julie, M.E., Bai, Feng, Barrett, Suzanne L., McGinnity, T.M., Mulholland, C.C., Rushe, T.M., Cooper, 2012, A voxel based morphometry study investigating brain structural changes in first episode psychosis, *Behavioural Brain Research*, 227 (1), 91–99.
- Sugiyono, 2015, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, Alfabeta, Bandung.
- Suppes, T., Dennehy, E.B., Hirschfeld, R.M., dkk, 2005, The Texas implementation of medication algorithms: update to the algorithms for treatment of bipolar I disorder, *J. Clin. Psychiatry*, 66, 870-886
- WHO, 1993, *The ICD-10: Classification of Mental and Behavioural Disorders*, World Health Organization, Geneva.

L
A
M
P
I
R
A
N

Lampiran 1. Ethical Clearance

11/17/2017

Form A2



HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
Dr. Moewardi General Hospital
RSUD Dr. Moewardi

School of Medicine Sebelas Maret University
Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret



ETHICAL CLEARANCE
KELAIKAN ETIK

Nomor : 1.036 / XI / HREC /2017

The Health Research Ethics Committee Dr. Moewardi General Hospital / School of Medicine Sebelas
Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Moewardi / Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret

Maret University Of Surakarta, after reviewing the proposal design, herewith to certify
Surakarta, setelah menilai rancangan penelitian yang diusulkan, dengan ini menyatakan

That the research proposal with topic :
Bahwa usulan penelitian dengan judul

**KAJIAN PENGGUNAAN OBAT ANTIDEPRESAN PADA PASIEN GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR DI
INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA PERIODE 2017**

Principal investigator : Dzulyan Adi Wahana
Peneliti Utama : 20144105A

Location of research : Instalasi Rekam Medik RSJD Surakarta
Lokasi Tempat Penelitian

Is ethically approved
Dinyatakan layak etik

Issued on : 17 Nov 2017

Chairman
Ketua

Dr. Hari Wijoso, dr., Sp.FMM
NIP. 19621022 199503 1 001



Lampiran 2. Surat Keterangan Telah Melakukan 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 : rsjsurakarta@jatengprov.go.id Website : <http://rsjd-surakarta.jatengprov.go.id>

SURAT KETERANGAN

No : 421.5/ 3508 / 04 / 2018

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

NAMA : DZULYAN ADI WAHANA

NIM : 20144105 A

INSTITUSI : UNIVERSITAS SETIA BUDI SURAKARTA

Menyatakan bahwa yang bersangkutan telah melakukan Studi Pendahuluan bagi Mahasiswa Progam Studi S1 Farmasi Fakultas Farmasi Universitas Setia Budi Surakarta di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta untuk penyusunan Tugas Akhir (Skripsi)

Demikian Surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Surakarta, 27 April 2018

Kasubbag. Diklitbang

Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta



Dra. Dwi Faridayanti

NIP. 19630128 198303 2 002

Lampiran 3. Data rekam medik

| No | Nama no RM | Umur | Jenis kelamin | Diagnose | Pengobatan | | | Kesesuaian berdasarkan pedoman | |
|----|--------------------|-------|---------------|--------------------------------------|--|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| | | | | | Obat | Dosis | Rute pemberian | Td | Ti |
| 1 | A(040052) Manik | 34 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Haloperidol Trihexilphenidil Chlorpromazine Pada hari ke 8 injeksi disetop, obat oral lanjut. | 1 amp 1 amp 3x5mg 3x2mg 2x100mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 2 | H(060111) Manik | 17 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipolar | Inj olanzapine Risperidone Depakote Trihexilphenidil Hari ke 5 inj di setop obat lain tetap lanjut. | 1 amp 2x2mg 1x250mg 2x2mg | Im Oral Oral Oral | V V V V | V V V V |
| 3 | M(065761) Manik | 16 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipolar | Inj ziprexa Clozapine Hari ke 16 penambahan obat Seroquel 1x200mg | 1 amp 2x25mg | Im Oral | V V | V V |
| 4 | S(048209) Depresif | 50 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipolar | Inj ziprexa Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil Frimania | 1 amp 2x2mg 2x100mg 2x2mg 2x200mg | Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 5 | G(038311) Manik | 35 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipolar | Inj ziprexa Depakote Seroquel Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil | 1 amp 1x500mg 1x300mg 2x3mg 2x100mg 2x3mg | Im Oral Oral Oral Oral Oral | V V V V V V | V V V V V V |
| 6 | S(060323) Manik | 50 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipolar | Inj ziprexa Seroquel Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil | 1 amp 1x200mg 2x3mg 2x100mg 2x2mg | Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 7 | Y(062455) Depresif | 16 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipolar eps depresi | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Fremania Depakote Chlorpromazine Trihexilphenidil | 1 amp 1 amp 2x1mg 2x200mg 1x250mg 2x100mg 2x2mg | Im Im Oral Oral Oral Oral Oral | V V V V V V V | V V V V V V V |

| No | Nama no RM | Umur | Jenis kelamin | Diagnose | Pengobatan | | | Kesesuaian berdasarkan pedoman | |
|----|-----------------|-------|---------------|--------------------------|--|--|--|--------------------------------|----------------------------|
| | | | | | Obat | Dosis | Rute pemberian | Td | Ti |
| | | | | | Pada hari ke tujuh cpz disetop, diganti clozapine 2x25mg. pada hari ke sebelas dosis clozapine dinaikan 2x50mg . | | | | |
| 8 | M(055756) Manik | 21 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipolar | Inj delladryl Inj sulfas atropin Seroquel Risperidone Trihexilphenidil Clozapine Pada hari kedua dosis clozapine diturunkan 1x25mg dan dosis Trihexilphenidil menjadi 3x2mg. untuk obat lain tetap. 3 hari sebelum kepulangan pasien dosisi Seroquel dinaikan 1x400mg. | 2 cc 1 amp 1x200mg 2x2mg 2x2mg 2x25mg | Im Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V V | V V V V V V |
| 9 | S(056732) Manik | 48 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipolar | Inj Zyprexa Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil | 1 amp 2x2mg 2x100mg 2x2mg | Im Oral Oral Oral | V V V V | V V V V |
| 10 | L(066990) Manik | 18 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipola | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Depakote Trihexilphenidil | 1 amp 1 amp 2x2mg 2x2mg 1x250mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 11 | P(026785) Manik | 39 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Injdiphenhidramin Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil Pada hai ke 3 inj dipenhidramin disetop. Jadi injeksi yang digunakan inj lodomer 1amp dan delladryl 1 amp. Pada hari ke | 1 amp 1 amp 2x3mg 2x100mg 2x2mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |

| No | Nama no RM | Umur | Jenis kelamin | Diagnose | Pengobatan | | | Kesesuaian berdasarkan pedoman | |
|----|--------------------|-------|---------------|--------------------------|---|--|--|--------------------------------|----------------------------|
| | | | | | Obat | Dosis | Rute pemberian | Td | Ti |
| | | | | | 7 injeksi tidak digunakan lagi. Lanjut obat oral. | | | | |
| 12 | D(054049) Manik | 18 th | Laki-laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil Pada hari ke 3 penggunaan injeksi dihentikan. Pada hari ke 18 dosis thp dinaikan 2x2mg. pada hari ke 24 injeksi kembali digunakan. | 1 amp 1 amp 2x2mg 2x100mg 2x1mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 13 | K(060868) Depresif | 28 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj ziprexa Risperidone Trihexilphenidil Fluoxetine Pada hari ke 4 risperidone dinaikan dosisnya 2x2mg dan Trihexilphenidil 2x2mg. | 1 amp 2x1mg 2x1mg 1x20mg | Im Oral Oral Oral | V V V V | V V V V |
| 14 | A(060897) Depresif | 32 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj ziprexa Clozapine Haloperidol Trihexilphenidil Pada hari ke 3 Ciprolex Ativan | 1 amp 2x25mg 3x5mg 3x2mg 1x10mg 1x2mg | Im Oral Oral Oral Oral Oral | V V V V V V | V V V V V V |
| 15 | P(060955) Manik | 72 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Clozapine Haloperidol Trihexilphenidil Amlodipine | 1 amp 1 amp 1x25mg 3x2,5mg 3x2mg 1x10mg | Im Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V V | V V V V V V |
| 16 | N(063661) Depresif | 21 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj ziprexa Seroquel Ciprolex Ativan Clozapine | 1 amp 1x400mg 1x10mg 1x2mg 2x50mg | Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 17 | A(060680) Manik | 32 th | Laki – laki | Gangguan afektif | Inj Zyprexa Risperidone | 1 amp 2x2 mg | Im Oral | V V | V V |

| No | Nama no RM | Umur | Jenis kelamin | Diagnose | Pengobatan | | | Kesesuaian berdasarkan pedoman | |
|----|-----------------------|-------|---------------|--------------------------|--|--|--|--------------------------------|----------------------------|
| | | | | | Obat | Dosis | Rute pemberian | Td | Ti |
| | | | | bipolar | Trihexilphenidil Depakote Amlodipine | 2x2 mg 1x250mg 1x10mg | Oral Oral Oral | V V V | V V V |
| 18 | G(040669) Depresif | 29 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj Zyprexa Risperidone Trihexilphenidil Clozapine Chlorpromazine Frimania hari ke 12 cpz disetop dan hari ke 12 penggunaan injeksi lodomer dan delladryl 1 amp. | 1 amp 2x3mg 3x2mg 2x100mg 3x100mg 2x200mg | Im Oral Oral Oral Oral Oral | V V V V V V | V V V V V V |
| 19 | A(049005) Manik | 36 th | Laki - laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Elxion Ativan Hari ke 3 inj. Zyprex 1 amp. Ativan diganti dengan alprazolam 1x0,5mg | 1 amp 1 amp 2x2mg 1x10mg 1x2mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 20 | S(001810) Manik | 58 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil | 1 amp 1 amp 2x2mg 2x100mg 2x1 mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 21 | M(046979) Manik | 23 th | Laki - laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Haloperidol Chlorpromazine Trihexilphenidil Pada hari ke 15 haloperidol disetop, tambah Seroquel 400mg. | 1 amp 1 amp 3x5mg 2x100mg 3x2mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 22 | W(034445) Depresif | 43 th | Laki - laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil Frimania | 1 amp 1 amp 2x3mg 2x100mg 2x2mg 2x200mg | Im Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V V | V V V V V V |

| No | Nama no RM | Umur | Jenis kelamin | Diagnose | Pengobatan | | | Kesesuaian berdasarkan pedoman | |
|----|-----------------------|-------|---------------|--------------------------|--|---|--|--------------------------------|----------------------------|
| | | | | | Obat | Dosis | Rute pemberian | Td | Ti |
| 23 | A(049055) Manik | 22 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Haloperidol Chlorpromazine Trihexilphenidil | 1 amp 1 amp 3x5mg 2x100mg 3x2mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 24 | W(046642) Manik | 28 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil | 1 amp 1 amp 2x2mg 2x100mg 2x2mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 25 | S(044342) Manik | 46 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Haloperidol Chlorpromazine Trihexilphenidil Simvastatin | 1 amp 1 amp 3x5mg 2x100mg 3x2mg 1x10mg | Im Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V V | V V V V V V |
| 26 | F(056499) Depresif | 33 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj. Zyprexa Frimania Risperidone Trihexilphenidil Pada hari ke 3 tambahan obat Cetirizine 1x1 tab,dan hari ke14 dosis frimania turun menjadi 2x 200mg | 1 amp 2x400mg 2x2mg 2x2mg | Im Oral Oral Oral | V V V V | V V V V |
| 27 | M(058679) Depresif | 23 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj. Zyprexa Risperidone Trihexilphenidil Chlorpromazine Frimania | 1 amp 2x3mg 2x2mg 2x100mg 2x200mg | Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 28 | M(062176) Depresif | 16 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj. Zyprexa Risperidone Frimania Trihexilphenidil Chlorpromazine Hari ke 8 dosis cpz turun menjadi 1x150mg.dan hari ke 14 cpz distop dan dosis frimania diturunkan menjadi 2x100mg | 1 amp 2x2mg 2x200mg 2x2mg 2x100mg | Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 29 | P(060955) Manik | 42 th | Laki – laki | Gangguan afektif | Inj lodomer Inj delladryl | 1 amp 1 amp | Im Im | V V | V V |

| No | Nama no RM | Umur | Jenis kelamin | Diagnose | Pengobatan | | | Kesesuaian berdasarkan pedoman | |
|----|-----------------------|-------|---------------|--------------------------|--|---|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| | | | | | Obat | Dosis | Rute pemberian | Td | Ti |
| | | | | bipolar | Clozapine Haloperidol Trihexilphenidil | 1x25mg 3x5mg 3x2mg | Oral Oral Oral | V V V | V V V |
| 30 | N(063661) Depresif | 20 th | Laki - laki | Gangguan afektif bipolar | Inj Zyprexa Seroquel Cipralext Ativan Clozapine | 1 amp 1x400mg 1x10mg 1x2mg 2x50mg | Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 31 | A(052976) Manik | 23 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Risperidone Trihexilphenidil Chlorpromazine Haloperidol Pada hari ke 15 cpz setop diganticleclozapine 0–50mg–100mg | 2x3mg 2x2mg 1x100mg 3x5mg | Oral Oral Oral Oral | V V V V | V V V V |
| 32 | R(058713) Manik | 19 th | Laki – laki | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Trihexilphenidil | 1 amp 1 amp 2x3mg 2x2mg | Im Im Oral Oral | V V V V | V V V V |
| 33 | S(059523) Manik | 23 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj Zyprexa Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil Haloperidol | 1 amp 2x3mg 2x100mg 3x2mg 3x5mg | Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 34 | S(028568) Manik | 32 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj Zyprexa Clozapine Trihexilphenidil Depakote | 1 amp 2x50mg 2x2mg 1x250mg | Im Oral Oral Oral | V V V V | V V V V |
| 35 | S(030815) Manik | 38 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil | 1 amp 1 amp 2x3mg 2x100mg 2x2mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 36 | M(048839) Manik | 41 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil | 1 amp 1 amp 2x3mg 2x100mg 3x2mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 37 | A(044919) Depresif | 23 th | Perempuan | Gangguan afektif | Inj Zyprexa Risperidone | 1 amp 2x3mg | Im Oral | V V | V V |

| No | Nama no RM | Umur | Jenis kelamin | Diagnose | Pengobatan | | | Kesesuaian berdasarkan pedoman | |
|----|-----------------------|-------|---------------|--------------------------|---|--|--|--------------------------------|----------------------------|
| | | | | | Obat | Dosis | Rute pemberian | Td | Ti |
| | | | | bipolar | Chlorpromazine Trihexilphenidil Frimania | 2x100mg 2x2mg 2x200mg | Oral Oral Oral | V V V | V V V |
| 38 | K(043027) Manik | 50 th | Perempuan | Gangguan afktif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil | 1 amp 1 amp 2x3mg 2x100mg 2x2mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 39 | N(060117) Depresif | 17 th | Perempuan | Gangguan afktif bipolar | Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil Hari ke 5 cpz penurunan dosis 1x100mg, penambahan obat Depakote 1x250mg. pada hari ke 8 cpz di setop,tambah frimania 2x200mg | 2x2mg 2x100mg 2x2mg | Oral Oral Oral | V V V | V V V |
| 40 | I(052587) Manik | 21 th | Perempuan | Gangguan afktif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Chlorpromazine Trihexilphenidil | 1 amp 1 amp 2x3mg 2x100mg 3x2mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 41 | A(052188) Manik | 20 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Trihexilphenidil Seroquel | 1 amp 1 amp 2x2mg 2x2mg 1x400mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 42 | A(060685) Depresif | 19 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Seroquel Trihexilphenidil Frimania Chlorpromazine | 1 amp 1 amp 1x400mg 2x2mg 2x200mg 2x100mg | Im Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V V | V V V V V V |
| 43 | S(056890) Manik | | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Trihexilphenidil Chlorpromazine | 1 amp 1 amp 2x3mg 2x2mg 2x100mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 44 | O(051131) Depresif | 18 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Seroquel | 1 amp 1 amp 1x200mg | Im Im Oral | V V V | V V V |

| No | Nama no RM | Umur | Jenis kelamin | Diagnose | Pengobatan | | | Kesesuaian berdasarkan pedoman | |
|----|--------------------|-------|---------------|--------------------------|---|---|--|--------------------------------|----------------------------|
| | | | | | Obat | Dosis | Rute pemberian | Td | Ti |
| | | | | | Frimania Hari ke 7 dosis Seroquel dinaikan 1x400mg | 2x200mg | Oral | V | V |
| 45 | I(058463) Manik | 20 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj. Zyprex Risperidone Trihexilphenidil Depakote Hari ke 4 tambah clozapine 2x50mg | 1 amp 2x2mg 2x2mg 1x500mg | Im Oral Oral Oral | V V V V | V V V V |
| 46 | S(006872) Manik | 52 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Haloperidol Trihexilphenidil Chlorpromazine Amlodipine Hari ke 3 amlodipine dinaikan dosisnya 1x 10mg, pada hari ke 6 amlodipine di setop karena td sdh 120/80mmhg. Pada hari ke 15 penambahan obat risperidone 2x2mg | 1 amp 1 amp 3x5mg 3x2mg 2x100mg 1x5mg | Im Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V V | V V V V V V |
| 47 | S(027166) Manik | 43 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Trihexilphenidil Chlorpromazine Haloperidol | 1 amp 1 amp 3x2mg 2x100mg 3x5mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 48 | R(039811) Manik | 37 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Trihexilphenidil Clozapine Depakote | 1 amp 1 amp 2x3mg 2x2mg 1x50mg 1x250mg | Im Im Oral Oral Oral Oral | V V V V V V | V V V V V V |
| 49 | N(006631) Manik | 20 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Trihexilphenidil Chlorpromazine Haloperidol | 1 amp 1 amp 3x2mg 2x100mg 3x5mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |
| 50 | D(060529) Manik | 49 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Risperidone Trihexilphenidil Chlorpromazine Metformin | 2x2mg 2x2mg 2x100mg 2x500mg | Oral Oral Oral Oral | V V V V | V V V V |

| No | Nama no RM | Umur | Jenis kelamin | Diagnose | Pengobatan | | | Kesesuaian berdasarkan pedoman | |
|----|--------------------|-------|---------------|--------------------------|---|---|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------|
| | | | | | Obat | Dosis | Rute pemberian | Td | Ti |
| 51 | I (058911) Manik | 17 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Seroquel Depakote | 1 amp 1 amp 1x400mg 1x250mg | Im Im Oral Oral | V V V V | V V V V |
| 52 | Y(061310) Manik | 32 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Chlorpromazine | 1 amp 1 amp 2x2mg 2x100mg | Im Im Oral Oral | V V V V | V V V V |
| 53 | F(068573) Depresif | 18 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj Zyprexa Depakote Fimania | 1 amp 1x500mg 2x200mg | Im Oral Oral | V V V | V V V |
| 54 | M(058503) Manik | 29 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj Zyprexa Depakote Risperidone Trihexilphenidil | 1 amp 1x500mg 2x2mg 2x2mg | Im Oral Oral Oral | V V V V | V V V V |
| 55 | S(057063) Manik | 30 th | Perempuan | Gangguan afektif bipolar | Inj lodomer Inj delladryl Risperidone Trihexilphenidil Chlorpromazine | 1 amp 1 amp 2x3mg 2x2mg 2x100mg | Im Im Oral Oral Oral | V V V V V | V V V V V |