

SKRIPSI

**STUDI PENGGUNAAN ANTIPSIKOTIK TIPIKAL DAN
ATIPIKAL PADA TERAPI PASIEN SKIZOFRENIA NON BPJS
RAWAT JALAN DI RSUD dr. ISKAK TULUNGAGUNG
PERIODE JANUARI 2015 - DESEMBER 2017**



GANARSIH AYU SAFITRI

**PROGRAM STUDI S1 FARMASI
STIKES KARYA PUTRA BANGSA
TULUNGAGUNG**

2018

SKRIPSI

**STUDI PENGGUNAAN ANTIPSIKOTIK TIPIKAL DAN
ATIPIKAL PADA TERAPI PASIEN SKIZOFRENIA NON BPJS
RAWAT JALAN DI RSUD Dr. ISKAK TULUNGAGUNG
PERIODE JANUARI 2015 - DESEMBER 2017**

GANARSIH AYU SAFITRI

NIM: 1413206020

**PROGRAM STUDI S1 FARMASI
STIKES KARYA PUTRA BANGSA
TULUNGAGUNG
2018**

**STUDI PENGGUNAAN ANTIPSIKOTIK TIPIKAL DAN
ATIPIKAL PADA TERAPI PASIEN SKIZOFRENIA NON BPJS
RAWAT JALAN DI RSUD dr. ISKAK TULUNGAGUNG
PERIODE JANUARI 2015 - DESEMBER 2017
SKRIPSI**

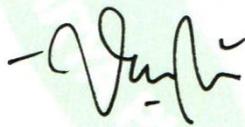
**Dibuat untuk Memenuhi Syarat Mencapai Gelar Sarjana Farmasi pada
Program Studi S1 Farmasi STIKes Karya Putra Bangsa
2018**

Oleh:

**GANARSIH AYU SAFITRI
NIM: 1413206020**

**Skripsi ini telah disetujui
Tanggal 20 Juli 2018 oleh:**

Pembimbing Utama,



**Dianipurwa Nofitasari, MMRS, Apt
NIDN: 07 050983 01**

Pembimbing Serta,



**Binti Muzayyanah, M.Farm.Klin, Apt
NIP. 19710123 199203 2 002**

**Ketua
STIKes Karya Putra Bangsa**



**dr. Denok Sri Utami, M.H
NIDN. 07.050966.01**

**Ketua Program Studi
S1 Farmasi**



**Tri Anita Sari, S.Farm, Apt
NP. 15.86.01.03**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Ganarsih Ayu Safitri

NIM : 1413206020

Program Studi : S1 Farmasi

menyatakan bahwa sesungguhnya skripsi yang saya tulis dengan judul:

**STUDI PENGGUNAAN ANTIPSIKOTIK TIPIKAL DAN ATIPIKAL
PADA TERAPI PASIEN SKIZOFRENIA NON BPJS RAWAT JALAN
DI RSUD Dr. ISKAK TULUNGAGUNG PERIODE**

JANUARI 2015 - DESEMBER 2017

adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri. Apabila di kemudian hari diketahui bahwa skripsi ini menggunakan data fiktif atau hasil plagiarisme, bahwa saya bersedia menerima sanksi berupa pembatalan kelulusan dan atau pencabutan gelar yang saya peroleh.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tulungagung, 1 Juni 2018



Ganarsih Ayu Safitri

NIM: 1413206020

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum Wa Rahmatullahi Wa Barakaatuh

Alhamdulillah, segala puji dan syukur kehadiran Allah SWT atas limpahan nikmat dan karunia yang diberikan kepada hamba-hambaNya. Begitu pula dengan karunia yang telah diberikan kepada penulis, sehingga dapat menyelesaikan penyusunan skripsi. Sholawat serta salam teriring penulis haturkan kepada nabi Muhammad SAW beserta keluarga, sahabat dan pengikutnya.

Penyusunan skripsi ini dapat berjalan dengan lancar dan selesai tepat pada waktunya tentunya dengan adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu. Ucapan terima kasih penulis ucapkan kepada :

1. Ibu dr. Denok Sri Utami, MH selaku ketua Stikes karya putra bangsa.
2. Ibu Tri Anita Sri, S.Farm.,Apt selaku kaprodi S1 Farmasi STIKes Karya Putra Bangsa.
3. Bapak Arif Santoso., S.Farm.,Apt selaku Kemahasiswaan Stikes Karya Putra Bangsa Tulungagung.
4. Ibu Dianipurwa Nofitasari, MMRS., Apt selaku dosen pembimbing utama yang selalu memberikan bimbingan dari awal hingga akhir dalam penyelesaian skripsi.
5. Ibu Binti Muzayyanah,M.farm. Klin.,Apt selaku dosen pembimbing serta yang telah membimbing penulis dari awal hingga akhir dengan sabar, mengarahkan, meluangkan tenaga dan waktu yang sangat bernilai dalam penyelesaian skripsi.
6. Bapak Dhanang Prawira Nugraha, S.Farm., Apt selaku dosen pembimbing utama yang selalu memberikan bimbingan, arahan dan meluangkan waktu yang sangat bernilai dalam penyelesaian skripsi.
7. Seluruh Tim Dosen STIKes Karya Putra Bangsa yang selalu senantiasa memberikan bimbingan dan semangat dalam penyelesaian skripsi.

8. Seluruh Staff Tata Usaha STIKes Karya Putra Bangsa yang ikut serta mendukung dalam proses penyelesaian skripsi.
9. Seluruh Staff Laboratorium STIKes Karya Putra Bangsa yang ikut serta memberikan dukungan, maupun bantuan dalam penyusunan skripsi.
10. Seluruh Staff RSUD dr. Iskak Tulungagung yang telah mengizinkan dilakukannya penelitian.
11. Teristemewa ucapan Terima Kasih kepada Orang Tua Tercinta, Bapak Dan Ibu yang telah mendidik, mencurahkan kasih sayang tiada tara, mendoakan keberhasilan penulis, serta memberikan bantuan baik moril maupun materil kepada penulis selama menyelesaikan skripsi ini. Tak lupa adikku dan seluruh keluargaku yang memberikan semangat tanpa pamrih.
12. Rizal Kurniawan yang selalu menyemangati dan memberi dukungan dari awal hingga akhir dalam penyusunan skripsi, serta memberikan bantuan yang diperlukan oleh penulis.
13. Alfrida Kumala Dewi yang selalu menemani dan membantu dalam penyusunan skripsi.
14. Seluruh Staff Balai Desa Ploso yang telah membantu dalam memberikan bantuan fasilitas dalam penyelesaian skripsi.
15. Tim Arek Edan (Dahniar, Mala, Fahima, Ilvi, Dhani) yang selalu memberikan hiburan dan semangat dalam penyusunan skripsi.
16. Tim Stroke (Dyah, Yane, Afif, Dhani) yang selalu memberikan doa, bantuan dan semangat dalam penyusunan skripsi.
17. Teman-teman seperjuangan angkatan pertama farmasi stikes karya putra bangsa yang selalu memberikan semangat.
18. Teman-teman Tim Bahan Alam yang selalu memberikan semangat dan bantuan dalam penyusunan skripsi.
19. Teman-teman yang tanpa kenal lelah selalu memberikan dukungan, semangat serta menghibur dalam masa-masa penyusunan skripsi.
20. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu.

Atas bantuan dan segala amal baiknya, semoga Allah SWT membalas dengan memberikan pahala yang setimpal, besar harapan penulis skripsi ini dapat bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi pembaca pada umumnya.

Penulis sadar bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan skripsi. Penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan penyusunan skripsi. Kritik dan saran yang membangun penulis harapkan dari pembaca. Semoga skripsi ini dapat bermanfaat dalam perkembangan ilmu pengetahuan.

Wassalamu'alaikum Wa Rahmatullahi Wa Barakaatuh

Tulungagung, 1 Juni 2018

Penulis

(Ganarsih Ayu Safitri)

RINGKASAN

STUDI PENGGUNAAN ANTIPSIKOTIK TIPIKAL DAN ATIPIKAL PADA TERAPI PASIEN SKIZOFRENIA NON BPJS RAWAT JALAN DI RSUD dr. ISKAK TULUNGAGUNG PERIODE JANUARI 2015 - DESEMBER 2017

Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu. Skizofrenia dapat ditandai oleh gejala-gejala yang meliputi kelainan kepribadian, cara berpikir, emosi, tingkah laku, dan hubungan dengan orang lain serta terdapat kecenderungan untuk menarik diri dari realitas ke dalam dunianya sendiri.

Salah satu penanganan skizofrenia adalah dengan menggunakan obat antipsikotik. Antipsikotik memiliki dua golongan yakni antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penggunaan antipsikotik tipikal dan atipikal pada pasien skizofrenia serta mengetahui biaya yang diperlukan untuk pengobatan pasien skizofrenia Non BPJS. Metode yang digunakan adalah metode deskriptif secara retrospektif dengan membaca rekam medik perawatan pasien skizofrenia yang menjalani rawat jalan di RSUD dr. Iskak di Kabupaten Tulungagung.

Hasil penelitian didapatkan 26 pasien skizofrenia Non BPJS yang menjalani rawat jalan di RSUD dr. Iskak Tulungagung. Data rekam medis diambil berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi, dimana kriteria inklusi adalah diagnosa utama pasien skizofrenia dan pasien yang mendapatkan terapi antipsikotik, sedangkan kriteria eksklusi tidak ada. Terapi dengan menggunakan kombinasi antipsikotik sebanyak 13 resep (50%), sedangkan penggunaan antipsikotik tipikal sebanyak 11 resep (42.31%) dan penggunaan antipsikotik atipikal sebanyak 2 resep (7.69%). Biaya rata-rata antipsikotik yang diperlukan dalam sekali kunjungan oleh pasien skizofrenia yaitu sebesar Rp. 32.037,32.

ABSTRACT

STUDY OF TYPICAL AND ATYPICAL ANTIPSYCHOTIC USE IN NON-BPJS OUTPATIENTS SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN RSUD dr. ISKAK TULUNGAGUNG IN PERIOD JANUARI 2015 - DESEMBER 2017

Schizophrenia is a disease that affects the brain and causes thoughts, perceptions, emotions, movements, strange and disturbed behavior. One of the treatment of schizophrenia is to use antipsychotic drugs. This study aims to determine the use of typical and atypical antipsychotics in schizophrenic patients and to know the costs required for the treatment of non-BPJS schizophrenic patients. The method used is a retrospective descriptive method by reading medical records of non-BPJS schizophrenic patients who underwent outpatient at RSUD dr. Iskak in Tulungagung. Medical record data were taken based on inclusion and exclusion criteria, where inclusion criteria were the primary diagnosis of schizophrenic patients and patients receiving antipsychotic therapy, while exclusion criteria were absent. Treatment using a combination of antipsychotics was 13 prescriptions (50%), whereas typical antipsychotic use were 11 recipes (42.31%) and atypical antipsychotic use of 2 prescriptions (7.69%). The average cost of antipsychotics required in a single visit by schizophrenic patients is Rp. 32.037,32.

Keywords : Schizophrenia, Antipsychotic, Cost Analysis.

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
RINGKASAN	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusah Masalah	4
1.3 Tujuan	5
1.4 Manfaat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Skizofrenia	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Epidemiologi.....	6
2.1.3 Gejala Skizofrenia.....	7
2.1.4 Penyebab Skizofrenia.....	8
2.1.5 Tipe Skizofrenia	9
2.2 Antipsikotik.....	10
2.2.1 Antipsikotik Tipikal	11
2.2.2 Antipsikotik Atipikal.....	12
2.2.3 Antipsikotik Tunggal dan Kombinasi	15
2.3 Analisa Biaya	17
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	19

3.1	Metodologi Penelitian	19
3.2	Waktu dan Tempat	19
3.3	Definisi Operasional.....	19
3.3.1	Pasien	19
3.3.2	Skizofrenia	19
3.3.3	Jumlah Obat	20
3.3.4	Jenis Obat.....	20
3.3.5	Biaya	20
3.4	Populasi dan Sampel	20
3.4.1	Inklusi	20
3.4.2	Ekslusi.....	20
3.5	Teknik Pengumpulan Data.....	20
3.6	Instrumen Penelitian.....	21
3.7	Teknik Analisa Data.....	21
3.7.1	Statistika Deskriptif	21
3.8	Pertimbangan Etis.....	21
3.9	Skema dan Alur Penelitian.....	22
BAB IV HASIL PENELITIAN.....		23
4.1	Profil Pasien Skizofrenia	23
4.2	Profil Antipsikotik yang Digunakan	24
4.3	Profil Penggunaan Obat Golongan Lain	25
4.4	Profil Biaya Penggunaan Antipsikotik	25
4.5	Profil Biaya Terapi Tertinggi Terendah	26
BAB V PEMBAHASAN		27
5.1	Kriteria Pasien	27
5.1.1	Profil Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin	27
5.1.2	Profil Pasien Berdasarkan Usia	28
5.1.3	Profil Pasien Berdasarkan Tipe Skizofrenia	29
5.1.4	Profil Pasien Berdasarkan Terapi Antipsikotik	30
5.1.5	Profil Pasien Berdasarkan Terapi Obat Golongan Lain	32
5.2	Analisis Biaya Penggunaan Antipsikotik	33

BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN.....	35
6.1 Kesimpulan	35
6.2 Saran	35
DAFTAR PUSTAKA	36
LAMPIRAN.....	41

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Hal
3.9 Skema Alur Penelitian	22

DAFTAR TABEL

Tabel	Hal
IV.1 Profil Pasien Skizofrenia	23
IV.2 Profil Penggunaan Antipsikotik	24
IV.3 Profil Penggunaan Obat Golongan Lain.....	25
IV.4 Profil Biaya Penggunaan Antipsikotik	25
IV.5 Profil Biaya Terapi Tertinggi Terendah	26

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	Hal
Lampiran I Kode Etik Penelitian	41
Lampiran II Surat Ijin Penelitian	42
Lampiran III Data Induk	43
Lampiran IV Daftar Harga Antipsikotik.....	47

DAFTAR SINGKATAN

1. ALT : *Alanine Transaminase*
2. AST : *Aspartate Transaminase*
3. BPJS : Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan
4. CPZ : Chlorpromazine
5. D2 : Dopamin
6. EPS : Ekstrapiramidal
7. GABA : *Gamma-Aminobutyric Acid*
8. ICD : *International Statistical Classification of Diseases*
9. PPDGJ : Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa
10. TFP : Trifluoperazine
11. THD : Trihexyphenidyl
12. WHO : *World Health Organization*
13. 5HT2 : Serotonin

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia adalah gangguan jiwa berat yang ditandai dengan gangguan penilaian realita (Menkes, 2015). Skizofrenia adalah suatu penyakit yang mempengaruhi otak dan menyebabkan timbulnya pikiran, persepsi, emosi, gerakan, perilaku yang aneh dan terganggu. Skizofrenia dapat ditandai oleh gejala-gejala yang meliputi kelainan kepribadian, cara berpikir, emosi, tingkah laku, dan hubungan dengan orang lain serta terdapat kecenderungan untuk menarik diri dari realitas ke dalam dunianya sendiri (Ananda dan Pradana, 2016). Sementara itu gangguan skizofrenia ditandai dengan gejala yang menyertai gangguan ini antara lain berupa gejala positif (halusinasi, ilusi, waham), gejala negatif (tingkah laku aneh, misalnya agresivitas), serta gejala kognitif (gangguan proses pikir, kemampuan berpikir) (RISKESDA, 2013). Terdapat beberapa tipe dari skizofrenia Paranoid, hebefrenik, katatonik, tidak terinci, dan residual (Jarut dkk., 2013).

Skizofrenia adalah penyakit yang melemahkan dan menghancurkan secara emosional dengan dampak jangka panjang pada kehidupan pasien. Banyak ahli menganggap skizofrenia sebagai ekspresi psikopatologi yang paling berat, yang meliputi gangguan pemikiran, persepsi, emosi, dan perilaku yang signifikan. Skizofrenia biasanya merupakan gangguan kejiwaan seumur hidup. Skizofrenia menyebabkan seseorang menjadi disfungsi secara fisiologis untuk dirinya sendiri maupun orang lain. Gangguan ini sering muncul pada awal usia 20 tahun hingga usia paruh baya atau sekitar usia 40 tahun sehingga bagi banyak orang penyakit ini akan mengurangi produktivitas kehidupan secara mendadak (Alldredge *et al.*, 2013). Rentang usia tersebut merupakan rentang usia yang produktif yang dipenuhi dengan banyak faktor pencetus stress dan memiliki beban tanggung jawab yang besar.

Faktor pencetus stress tersebut diantaranya mencakup masalah dengan keluarga maupun teman kerja, pekerjaan yang terlalu berat hingga masalah

ekonomi yang dapat mempengaruhi emosional (Jarut dkk., 2013), selain itu trauma, kondisi lingkungan dan faktor biologi (keturunan) juga dapat mempengaruhi terjadinya skizofrenia (Sari dan Sirna, 2015)

Disfungsi sosial yang dialami oleh pasien skizofrenia akan menyebabkan gangguan dalam berhubungan dengan orang lain, fungsi kerja yang menurun, kesulitan dalam berfikir, kurangnya spontanitas, serta gangguan pikiran/inkoheren yang akan mengakibatkan pasien cenderung menyendiri. Disfungsi sosial dari pasien skizofrenia juga menjadikan kurangnya penerimaan pasien di lingkungan masyarakat dan keluarga terhadap kondisi yang dialami pasien yang mengakibatkan pasien mengalami isolasi sosial (Nyumirah, 2013). Di lingkungan masyarakat, penderita skizofrenia sering mendapatkan stigma dan diskriminasi seperti kekerasan, diasingkan, diisolasi atau bahkan mengalami pemasungan karena dianggap mengganggu. Seringkali penderita skizofrenia dianggap sebagai orang gila dan berbahaya. Hal ini dapat disebabkan karena minimnya pengetahuan dari masyarakat atau keluarga tentang skizofrenia (Dipiro *et al.*, 2011).

Di Indonesia diperkirakan 1- 2% penduduk atau skitar 2 – 4 juta jiwa terkena penyakit ini, bahkan sekitar sekitar 700 ribu hingga 1.4 juta jiwa, kini sedang menjalani perawatan di rumah sakit jiwa (Ananda dan Pradana, 2016). Sedangkan menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2013 disebutkan bahwa skizofrenia merupakan penyakit gangguan jiwa yang menyerang hampir 24 juta masyarakat di seluruh dunia, lebih dari 50% penderita pasien skizofrenia tidak mendapat pelayanan yang tepat dan 90% penderita skizofrenia yang tidak terawat berada di negara berkembang (WHO, 2013). Skizofrenia lebih sering terjadi pada laki-laki (12 juta) dibandingkan perempuan (9 juta) dan dimulai lebih awal pada pria (WHO, 2016). Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (RISKESDA) tahun 2013, prevalensi terjadinya skizofrenia di Indonesia sekitar 1,7% per 1000 penduduk. Di Jawa Timur sekitar 2,2% per 1000 penduduk menderita skizofrenia. Skizofrenia menimbulkan beban bagi pemerintah keluarga dan masyarakat karena menurunnya produktivitas pasien dan akhirnya menimbulkan beban biaya yang besar bagi keluarga dan pasien. Perlakuan yang salah seperti pemasungan pada penderita skizofrenia sampai saat ini masih

terdapat di Indonesia. Hal ini disebabkan pengobatan dan akses pelayanan kesehatan jiwa belum memadai. Pemerintah berupaya melalui kementerian kesehatan menjadikan Indonesia bebas pasung karena tindakan tersebut melanggar hak asasi manusia (RISKESDA, 2013).

Salah satu penanganan skizofrenia saat ini adalah dengan menggunakan antipsikotik. Antipsikotik merupakan obat yang efektif dalam mengatasi skizofrenia. Antipsikotik dibagi menjadi 2 golongan yaitu antipsikotik tipikal atau antipsikotik generasi ke-1 (Haloperidol, Pimozid, Flufenazin, Trifluoperazin) dan antipsikotik atipikal atau antipsikotik generasi ke-2 (Clozapine, Olanzapine, Risperidone) (Wells *et al.*, 2015). Penggunaan antipsikotik atipikal memiliki biaya yang lebih mahal dibandingkan dengan antipsikotik tipikal, sehingga antipsikotik tipikal lebih banyak digunakan. Terapi tunggal yang paling sering digunakan adalah Risperidone karena merupakan terapi yang baik untuk gejala positif dan negatif, sedangkan pada terapi kombinasi yang sering digunakan adalah Haloperidol-Chlorpromazine. Haloperidol merupakan golongan potensi tinggi untuk mengatasi penderita dengan gejala dominan gaduh, gelisah, hiperaktif dan sulit tidur. Haloperidol berguna untuk menenangkan keadaan mania pasien psikosis. Reaksi ekstrapiramidal timbul pada 80% pasien yang diobati dengan Haloperidol. Chlorpromazine merupakan golongan potensi tinggi untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, hipoaktif, waham dan halusinasi. Chlorpromazine menimbulkan efek sedasi yang disertai acuh tak acuh terhadap rangsang dari lingkungan (Jarut dkk., 2013). Antipsikotik dalam satu golongan umumnya memiliki efek yang sama, sehingga penggunaan antipsikotik kombinasi dalam satu golongan tidak memberikan keuntungan justru akan meningkatkan risiko efek samping yang membahayakan pasien (Fahrul dkk., 2014).

Masalah skizofrenia juga tidak hanya terbatas dibidang kesehatan. Beban ekonomi yang harus ditanggung oleh penderita skizofrenia dan keluarganya ternyata cukup besar, baik biaya langsung maupun biaya tidak langsung. Total biaya untuk pasien skizofrenia di Amerika Serikat rata-rata \$ 62,7 miliar per tahun (Rp 8 triliun) (Alldredge *et al.*, 2013). Penelitian terbaru di Inggris

memperkirakan biaya total skizofrenia sebesar Rp.9.093.240 (Bhugra *et al.*, 2010). Di Indonesia diketahui satu episode skizofrenia untuk mendapatkan satu kali perawatan dapat menghabiskan biaya sebesar Rp.1.817.466 (Ranti dkk., 2015).

Survei Kementrian Sosial tahun 2011 sebanyak 80% penderita gangguan jiwa skizofrenia tidak diberikan pengobatan oleh keluarganya, ditelantarkan dan dibiarkan berkeliaran di jalan-jalan, dan sebagian lainnya dipasung. Hal ini dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan seseorang, usia, pendidikan, status sosial ekonomi dan status pekerjaan (Noviria dkk., 2015). Tingkat pengetahuan keluarga tentang skizofrenia diperlukan agar pasien skizofrenia mendapatkan terapi yang dibutuhkan. Hasil wawancara bebas menurut sebagian besar responden, keluarga hanya akan membawa pasien skizofrenia berobat jika pasien dalam keadaan parah. Faktor lainnya berkaitan dengan keadaan status sosial ekonomi keluarga yang rendah dengan indikator pendapatan perbulan yang rendah sehingga mereka tidak mampu membayar biaya pengobatan skizofrenia (Noviria dkk., 2015).

Berkaitan dengan kondisi tersebut, penelitian ini dilakukan untuk mengkaji pola penggunaan antipsikotik tunggal dan antipsikotik kombinasi pada terapi pasien skizofrenia. Selain itu juga untuk mengkaji pertimbangan biaya yang akan dikeluarkan oleh keluarga pasien mengingat pengobatan skizofrenia ini butuh waktu yang lama.

1.2 Rumusan masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, perumusan masalah dalam penelitian ini adalah:

1. Bagaimana pola penggunaan antipsikotik tipikal dan atipikal pada terapi pasien skizofrenia non BPJS?
2. Berapa estimasi biaya yang dibutuhkan dalam pengobatan skizofrenia non BPJS?

1.3 Tujuan

1. Untuk mengetahui pola penggunaan antipsikotik tipikal dan atipikal pada pasien skizofrenia non BPJS.
2. Untuk mengetahui estimasi biaya yang diperlukan untuk pengobatan pasien skizofrenia non BPJS.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang kajian terapi pada pasien skizofrenia.

2. Manfaat praktis

- a. Bagi keluarga pasien

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan pemahaman kepada keluarga pasien mengenai perawatan pasien skizofrenia dan memberikan pengetahuan tentang estimasi biaya dalam terapi pasien skizofrenia.

- b. Bagi tenaga kesehatan dan institusi

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pola pengobatan dan biaya yang diperlukan dalam terapi pasien skizofrenia.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia merupakan sindrom heterogen kronis yang ditandai dengan pola pikir yang tidak teratur, delusi, halusinasi, perubahan perilaku yang tidak tepat serta adanya gangguan fungsi psikososial (Sukandar dkk., 2008). Skizofrenia merupakan salah satu gangguan psikosis yang mengacaukan kejiwaan seseorang berupa penyimpangan sikap, pikiran, dan perilaku (Fadilla dan Puspitasari, 2015).

Skizofrenia adalah penyakit yang melemahkan dan menghancurkan secara emosional dengan dampak jangka panjang pada kehidupan pasien. Banyak ahli menganggap skizofrenia sebagai ekspresi psikopatologi yang paling berat, meliputi gangguan pemikiran, persepsi, emosi, dan perilaku yang signifikan (Alldredge *et al.*, 2013). Definisi skizofrenia menurut *World Health Organization* (2017) adalah gangguan mental yang parah, yang ditandai dengan gangguan pemikiran yang mempengaruhi bahasa, persepsi, dan merasa sendiri.

2.1.2 Epidemiologi

Banyak orang menyalah artikan skizofrenia sebagai kepribadian terbelah (*split personality*) dimana seseorang dapat berperilaku normal namun tiba-tiba dapat berubah menjadi aneh atau berbahaya. Skizofrenia terjadi pada 15-20/100.000 individu per tahun, dengan risiko morbiditas selama hidup 0,85% dan kejadian puncak pada akhir masa remaja atau awal dewasa (Katona *et al.*, 2012).

Prevalensi skizofrenia berkisar antara 0,6% sampai 1,9% pada populasi U.S. Analisis klaim juga memperkirakan bahwa prevalensi skizofrenia di U.S didiagnosa pada 5,1 per 1.000 jiwa dalam satu tahun. Laki-laki dan perempuan kemungkinan memiliki prevalensi yang sama, meskipun gejala terjadi pada usia yang berbeda. Pria cenderung mengalami episode skizofrenia pertama mereka di awal usia 20-an, sementara wanita biasanya mengalami episode pertama mereka di usia 20 sampai 30an awal (Patel *et al.*, 2014).

Sebuah penelitian epidemiologi menunjukkan bahwa skizofrenia terjadi pada setiap populasi dengan prevalensi 1,4 - 4,6 per 1000 dan tingkat kejadian rata-rata pada 0,16 - 0,42 per 1000 populasi (Azmi and Desrini, 2016). Menurut Suhita *et al* (2015) pada tahun 2009 disebutkan bahwa orang dengan gangguan jiwa mencapai 2,5 juta orang, data ini diperoleh berdasarkan data dari 33 rumah sakit jiwa di Indonesia. Studi epidemiologis menyebutkan bahwa perkiraan prevalensi skizofrenia di Indonesia adalah 0,3 sampai 1 persen dan biasanya terjadi sekitar usia 18-45 tahun, namun ada juga diusia 11-12 tahun yang sudah menderita skizofrenia. Jika Indonesia memiliki 200 juta orang, diperkirakan ada 2 juta penderita skizofrenia.

2.1.3 Gejala Skizofrenia

Skizofrenia ditandai dengan dua kategori gejala utama, positif dan negatif. Gejala positif berfokus pada distorsi fungsi normal, sedangkan gejala negatif mengindikasikan hilangnya fungsi normal. Contoh gejala positif adalah waham, halusinasi, bicara tidak teratur, dan kekacauan yang menyeluruh atau perilaku katatonia. Waham merupakan keyakinan yang salah didasarkan pada interpretasi yang salah atau tidak realistis dari suatu pengalaman atau persepsi. Penderita skizofrenia merasa bahwa pikirannya dapat diserap oleh orang lain, dapat disisipi dengan pikiran orang lain atau dapat dihapus dan meyakini bahwa tubuh penderita di bawah kendali orang lain, misalnya orang lain dapat membuat pasien merasakan sensasi panas atau sakit. Halusinasi yang paling sering dialami pasien skizofrenia adalah mendengar suara-suara seperti seseorang membahas atau mengomentari penderita, mendengar pikirannya sendiri dengan jelas (gema pikiran). Suara tersebut dianggap terpisah dari pikiran pasien sendiri. Seringkali suara tersebut memerintahkan pasien untuk melakukan tindakan yang akan melukai dirinya sendiri maupun orang lain (Copel, 2007). Gejala negatif pada penderita skizofrenia ditandai dengan kurang bicara, afek datar, motivasi rendah, penarikan diri, kurang peduli terhadap aturan sosial dan gejala kognitif seperti perhatian dan ingatan rendah (Katona *et al.*, 2012).

2.1.4 Penyebab

Skizofrenia dapat disebabkan oleh beberapa faktor, diantaranya :

2.1.4.1 Predisposisi Genetik

Seseorang yang memiliki kembar identik dan memiliki kecenderungan skizofrenia, akan beresiko lebih tinggi mengalami skizofrenia meskipun mereka dibesarkan secara terpisah. Anak-anak yang terlahir dari orang tua yang salah satunya menderita skizofrenia akan memiliki resiko sebanyak 12% sepanjang hidupnya untuk mengalami skizofrenia, sedangkan anak-anak dari orang tua yang keduanya menderita skizofrenia memiliki resiko sebesar 35%-46% sepanjang hidupnya, dibandingkan risiko menderita skizofrenia pada populasi umum yang hanya sebesar 1%-2% (Travis and Wade, 2007).

2.1.4.2 Abnormalitas Struktur Otak

Penderita skizofrenia sebagian besar memiliki abnormalitas pada struktur otak mereka, yang meliputi menyusutnya volume dari *temporal lobe*, atau hipokampus, berkurangnya jumlah neuron yang terdapat di korteks prefrontal, atau membesarnya *ventricles*, suatu ruang yang terdapat di otak, yang berisi cairan *ceresbrospinal*. Penderita skizofrenia juga memiliki abnormalitas pada *thalamus*, *auditory cortex* dan area *Broca* dan *Wernicke*. Abnormalitas tersebut dapat menjelaskan mengapa para penderita skizofrenia mengalami mimpi buruk yang berasal dari halusinasi dan suara-suara (Travis and Wade, 2007).

2.1.4.3 Abnormalitas Saraf Penghantar

Skizofrenia selama ini telah diasosiasikan dengan abnormalitas pada beberapa saraf penghantar, termasuk serotonin, glutamat, dan dopamin. Namun beberapa abnormalitas pada saraf penghantar yang mirip juga ditemukan pada berbagai jenis gangguan mental lainnya, seperti depresi, obsesif-kompulsif, dan kecanduan terhadap alkohol, hal ini menyulitkan para peneliti untuk dapat mengetahui apakah abnormalitas-abnormalitas tersebut memiliki peranan yang spesifik dalam menyebabkan skizofrenia (Travis and Wade, 2007).

2.1.4.4 Masalah Prnatal dan Komplikasi pada Proses Kelahiran

Kerusakan yang terjadi pada otak janin akan meningkatkan kemungkinan janin tersebut nantinya menderita skizofrenia. Kerusakan seperti itu dapat terjadi

bila ibu dari janin tersebut menderita malnutrisi, komplikasi pada saat proses kelahiran yang menyebabkan cedera pada otak bayi, atau menyebabkan bayi mengalami kekurangan oksigen. Stress pranatal yang terjadi pada ibu maupun bayi akan meningkatkan faktor risiko bayi untuk nantinya mengembangkan jenis-jenis gangguan psikologi lainnya tidak hanya skizofrenia (Travis and Wade, 2007).

2.1.4.5 Abnormalitas pada Perkembangan Otak yang Terjadi Saat Tahapan Perkembangan Remaja

Tahapan perkembangan otak remaja secara alamiah melakukan proses pemotongan sinaps yang tidak dibutuhkan. Umumnya proses pemotongan ini membantu meningkatkan efisiensi pada otak dalam menangani tantangan-tantangan baru yang terjadi pada tahap perkembangan remaja. Namun sepertinya otak penderita skizofrenia akan secara agresif memotong terlalu banyak sinaps, hal ini dapat menjelaskan mengapa episode pertama gangguan skizofrenia pada umumnya terjadi pada masa perkembangan remaja atau dewasa awal (Travis and Wade, 2007).

2.1.5 Tipe skizofrenia

Menurut DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed*) skizofrenia memiliki lima subtype skizofrenia yang terdiri dari skizofrenia paranoid, tidak terorganisir, katatonia, tidak terinci, dan residual (Copel, 2007; Katona *et al.*, 2012).

2.1.5.1 Paranoid

Skizofrenia paranoid merupakan subtype yang paling umum, dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat. Pikiran dipenuhi dengan waham sistematis dan yang paling umum adalah dengan waham kebesaran atau waham kejar, halusinasi pendengaran terfokus pada tema tunggal sementara pasien mempertahankan fungsi kognitif dan afek yang serasi, ansietas, marah, argumentatif, hubungan interpersonal menguat, dan berpotensi melakukan perilaku kekerasan pada diri sendiri atau orang lain (Copel, 2007; Katona *et al.*, 2012).

2.1.5.2 Katatonia

Skizofrenia katatonia ini lebih jarang ditemui. Gangguan psikomotor (stupor, negativisme, rigiditas, gairah, postur aneh), mutisme, ekolalia (pengulangan kata atau kalimat yang baru diucapkan orang lain), dan ekopraksia (meniru gerakan orang lain) (Copel, 2007; Katona *et al.*, 2012).

2.1.5.3 Tidak Terorganisir

Skizofrenia tidak terorganisir ditandai dengan perilaku kacau yang menyebabkan gangguan yang berat dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, kurang memiliki hubungan atau pertalian, kehilangan asosiasi, bicara tidak teratur, perilaku kacau, bingung, atau ganjil, afek datar atau tidak sesuai, dan gangguan kognitif (Copel, 2007; Katona *et al.*, 2012).

2.1.5.4 Residual

Minimal mengalami satu episode skizofrenik dengan gejala psikotik yang menonjol, diikuti oleh episode lain tanpa gejala psikotik, seperti emosi, menarik diri dari realita, keyakinan aneh, pengalaman persepsi tidak biasa, perilaku eksentrik, pemikiran tidak logis dan kehilangan asosiasi (Copel, 2007; Katona *et al.*, 2012).

2.1.5.5 Tidak Terinci

Skizofrenia tak terinci ditandai dengan waham, halusinasi, tidak koheren dan perilaku tidak terorganisasi (Copel, 2007; Katona *et al.*, 2012).

2.2 Antipsikotik

Antipsikotik merupakan penatalaksanaan yang utama. Antipsikotik efektif mengobati “gejala positif” pada episode akut (misalnya halusinasi, waham, fenomena *passivity*) dan mencegah kekambuhan. Antipsikotik tipikal dan atipikal sama-sama efektif dalam mengobati gejala positif, tetapi mempunyai riwayat efek samping yang berbeda. Antipsikotik atipikal menyebabkan efek samping motorik yang lebih ringan, tetapi beberapa berhubungan dengan penambahan berat badan dan diabetes. Hanya Clozapine, *prototipe* obat psikotik atipikal, yang telah terbukti efektif dalam mengobati psikosis yang tidak merespon obat antipsikotik lainnya. Antipsikotik atipikal efektif mengobati gejala negatif, meskipun bukti

tentang hal ini kurang jelas untuk obat selain Clozapine. Pasien yang tidak tenang, overaktif, atau kasar memerlukan penenang (dengan antipsikotik tipikal atau atipikal atau dengan benzodiazepin) (Katona *et al.*, 2012).

Sejak tahun 1950, pengobatan berpusat pada pemberian antipsikotik yang mengurangi gejala hingga 70%-80%. Golongan antipsikotik dibagi menjadi antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal.

2.2.1 Antipsikotik Tipikal

Disebut juga *Dopamine Receptor Antagonist*. Terdiri dari Fenotiazine, Butirofenon (haloperidol), Tioxanten, Dibenzoxazepin, Dihidronidol, Difenilbutilpiperidin. Jenis yang paling sering digunakan dalam praktek klinis adalah Haloperidol. Antipsikotik tipikal atau antipsikotik generasi pertama bekerja dengan memblok reseptor dopamin (D2) di mesolimbik, mesokortikal, nigostriatal dan tuberoinfundibular sehingga dengan cepat menurunkan gejala positif. Antipsikotika tipikal memberikan gejala sindrom ekstrapiramidal ditandai dengan distonia, akatisia, bahkan dapat memberikan efek samping sindroma neuroleptik maligna yang sangat berbahaya dengan gejala seperti hipertermia, rigiditas dan distonia, akinesia, mutisme, kebingungan, agitasi, peningkatan tekanan darah hingga kolaps kardiovaskuler. Dilaporkan juga adanya gangguan fungsi endokrin, yaitu peningkatan sekresi prolaktin (pembesaran payudara, galaktore, amenore, gangguan orgasme pada wanita, impotensi pada pria (Ranti dkk., 2015).

2.2.1.1 Haloperidol

Secara umum Haloperidol menghasilkan efek selektif pada sistem saraf pusat melalui penghambatan kompetitif reseptor dopamin (D2) postsinaptik pada sistem dopaminergik mesolimbik. Selain itu, haloperidol bekerja sebagai antipsikotik dengan meningkatkan siklus pertukaran dopamin otak. Pada terapi subkronik, efek antipsikotik dihasilkan melalui penghambatan depolarisasi saraf dopaminergik. Efek samping haloperidol berbeda pada berbagai tingkatan usia. Efek samping yang sering terjadi pada anak-anak adalah efek ekstrapiramidal. Sementara itu, pada pasien usia lanjut efek samping yang sering muncul adalah efek ekstrapiramidal dan hipotensi ortostatik. Efek samping itu dapat dicegah

dengan penggunaan dosis awal yang lebih rendah dan peningkatan dosis secara bertahap. Dosis awal yang digunakan 2-5 mg per hari dilanjutkan 2-20 mg per hari (Wells *et al.*, 2015).

2.2.1.2 Chlorpromazine

Chlorpromazine adalah fenotiazine pertama yang digunakan dalam skizofrenia dan banyak digunakan, walaupun menghasilkan efek yang lebih buruk daripada obat baru. Chlorpromazine bersifat sangat sedatif dan sangat berguna dalam mengobati pasien yang kejam. Efek samping meliputi reaksi sensitivitas, seperti agranulocytosis, anemia hemolitik, ruam, ikterus kolestatik dan fotosensitisasi (Neal, 2002). Dosis awal yang dapat digunakan adalah 5-150 mg per hari dilanjutkan dengan 300-1000 mg per hari (Wells *et al.*, 2015).

2.2.2 Antipsikotik Atipikal

Disebut juga *Setotonine Dopamine Antagonist*. Antipsikotik atipikal saat ini telah menjadi pilihan utama dalam terapi skizofrenia dan secara bertahap menggantikan antipsikotik tipikal. Mekanisme kerjanya adalah berikatan dengan reseptor dopamin (D2) dan reseptor serotonin (5HT₂) dan memiliki efek menurunkan gejala ekstrapiramidal dan efektif mengatasi simptom negatif. Perbedaan antipsikotik tipikal dan atipikal adalah antipsikotik tipikal hanya memblok reseptor dopamin (D2) sedangkan antipsikotik atipikal memblok secara bersamaan reseptor serotonin (5HT₂) & reseptor dopamin (D2). Antipsikotik atipikal menyebabkan sindrom ekstrapiramidal jauh lebih kecil, umumnya pada dosis terapi jarang terjadi sindrom ekstrapiramidal, serta dapat mengurangi gejala negatif, afektif dan kognitif skizofrenia. Contoh antipsikotik atipikal diantaranya :

2.2.2.1 Risperidone

Merupakan obat antipsikotik turunan benzisoxazole. Hasil penelitian menunjukkan bahwa Risperidone merupakan antipsikotik yang efektif dengan efek samping sindrom ekstrapiramidal minimal dibandingkan antipsikotik konvensional potensi tinggi (Haloperidol). Risperidone lebih baik untuk mengatasi gejala negatif pada skizofrenia daripada Haloperidol. Suatu penelitian mengindikasikan bahwa terapi Risperidon yang mengakibatkan gejala ekstrapiramidal sangat tergantung pada peningkatan dosis, walaupun pada

umunya penderita yang diterapi dengan dosis yang dianjurkan 6 mg/hari tidak mengeluhkan gejala ekstrapiramidal. Reaksi distonik pada pasien yang mendapatkan risperidone juga ditemukan. Risperidone juga secara hipotesa meningkatkan konsentrasi prolaktin, sebagai suatu efek langsung obat dengan aktivitas D2, sehingga memungkinkan terjadinya galaktore dan gangguan menstruasi pada wanita, juga disfungsi seksual pada pria. Efek samping lainnya yang biasa terjadi adalah konstipasi, takikardia, dan peningkatan berat badan. Risperidone memiliki risiko yang rendah untuk terjadinya sindrom neuroleptik maligna (Correll *et al.*, 2009).

2.2.2.2 Olanzapine

Olanzapine merupakan obat yang aman dan efektif untuk pengobatan skizofrenia, termasuk gejala positif dan negatif, lebih baik dari haloperidol untuk mengatasi gejala negatif. Olanzapine juga dilaporkan efektif untuk mengobati kegelisahan akut pada skizofrenia. Berpotensi untuk mengobati pasien yang mengalami relaps. Efek samping yang sering terjadi pada penggunaan Olanzapine adalah mengantuk, hipotensi ortostatik, konstipasi serta bertambahnya berat badan, sedangkan efek samping yang jarang terjadi adalah reaksi diastonia akut, asthenia, akatisia, sindroma neuroleptik maligna, gejala ekstrapiramidal, kejang-kejang. Olanzapine memiliki efek meningkatkan berat badan dan meningkatkan kadar trigliserida rata-rata dibandingkan dengan antipsikotik lainnya (Correll *et al.*, 2009). Dosis awal 5-10 mg per hari dilanjutkan dengan 10-20 mg per hari (Wells *et al.*, 2015).

2.2.2.3 Quetiapine

Quetiapine merupakan antagonis reseptor serotonin (5HT_{1A} dan 5HT_{2A}), reseptor dopamin (D1 dan D2), reseptor histamin (H1), reseptor adrenergik α 1 dan α 2. Memiliki efek antipsikotik yang kuat dan baik mengatasi gejala negatif tanpa menimbulkan efek samping ekstrapiramidal yang berarti (karena adanya aktivitas agonis parsial pada reseptor 5HT_{1A}). Quetiapine efektif untuk skizofrenia akut dengan eksaserbasi akut dan skizoafektif. Efek samping yang sering terjadi adalah somnolen, hipotensi postural, serta rasa pusing. Peningkatan prolaktin dan

gangguan metabolisme jarang dilaporkan pada pasien (Correll *et al.*, 2009). Dosis awal 50 mg per hari dilanjutkan dengan 300-800 mg per hari (Wells *et al.*, 2015).

2.2.2.4 Aripirazole

Aripirazole merupakan agonis partial dopamin. Mekanisme kerjanya belum jelas sampai saat ini. Aripirazole efektif untuk gejala negatif dan neurokognitif, dengan profil efek samping yang lebih rendah. Aripirazole tidak mengakibatkan hipodopaminergik berat di area striatal sehingga tidak menyebabkan gejala ekstrapiramidal. Tidak mengakibatkan hiperprolaktinemia dan peningkatan berat badan pasien (Correll *et al.*, 2009). Dosis awal 5-15 mg per hari dilanjutkan dengan 15-30 mg per hari (Wells *et al.*, 2015).

2.2.2.5 Clozapine

Clozapine merupakan antipsikotika lini kedua, yang digunakan apabila lini pertama tidak efektif dalam mengatasi gejala skizofrenia atau lebih dikenal sebagai resisten terhadap pengobatan. Clozapine dikenal sebagai antipsikotik yang efektif dalam mengatasi gejala negatif dan positif skizofrenia dengan sedikit mempengaruhi kognitif pada pasien skizofrenia. Pasien yang mendapatkan clozapine perlu dimonitor secara ketat karena efek samping agranulositosis yang sangat serius. Efek samping lainnya yang perlu diwaspadai adalah gangguan usus, kejang, miokarditis dan diabetes. Masalah yang dapat muncul juga adalah sialorea dan peningkatan berat badan yang dapat mempengaruhi kepatuhan pengobatan (Correll *et al.*, 2009). Dosis awal yang diberikan 25 mg per hari dilanjutkan dengan 100-800 mg per hari. Periksa kadar plasma sebelum melebihi 600 mg (Wells *et al.*, 2015).

Golongan antipsikotik generasi kedua (atipikal), kecuali Clozapine, merupakan pilihan pertama di dalam terapi skizofrenia. Meski masih kontroversial, saat ini sedang dikembangkan penelitian untuk mendapatkan bukti-bukti yang mendukung bahwa antipsikotik generasi kedua (Clozapine, Olanzapine, Risperidone, Quetiapine, Ziprasidon dan Aripirazole) mempunyai khasiat dalam memperbaiki gejala-gejala negatif, kognisi, suasana hati dan psikopatologi secara umum. Selain itu, antipsikotik generasi kedua lebih mudah diterima oleh pasien dibandingkan antipsikotik generasi pertama. Pemilihan terapi

antipsikotik harus berdasarkan pada kebutuhan untuk menghindari efek samping tertentu, adanya gangguan psikiatri atau kondisi media yang lainnya dan tanggapan terhadap riwayat pasien atau keluarga (Sukandar dkk., 2008).

Semua obat golongan antipsikotik tipikal memiliki khasiat yang sama dalam sekelompok pasien ketika diberikan dalam dosis yang potensinya sama (equipoten). Obat yang memiliki potensi tinggi seperti Haloperidol mempunyai efek yang sama dengan obat yang potensinya rendah dan sangat menimbulkan sedasi seperti Chlorpromazine di dalam mengatasi agitasi akut. Ekuivalensi dosis (dinyatakan dalam dosis ekuivalensi, dosis yang akan memberikan potensi yang sama dari sebuah antipsikotik generasi pertama jika dibandingkan dengan 100 mg Chlorpromazine) akan bermanfaat ketika hendak mengganti penggunaan suatu obat ke obat yang lain dalam satu golongan antipsikotik generasi pertama (Sukandar dkk., 2008).

Dalam episode pertama skizofrenia, pengobatan farmakologis antipsikotik harus digunakan dengan hati-hati karena risiko lebih tinggi pada gejala ekstrapiramidal. Strategi yang tepat meliputi penggunaan bertahap obat antipsikotik dengan dosis efektif sekecil mungkin dengan memberikan penjelasan yang cermat. Antipsikotik harus dipilih secara individual, melihat kondisi mental, dan somatik pasien yang berbeda pada efek samping. Namun, efek samping ekstrapiramidal pada antipsikotik atipikal lebih rendah sehingga sebaiknya digunakan pada tahap pertama pasien skizofrenia (Wells *et al.*, 2009).

Bila menggunakan antipsikotik tipikal, memerlukan pemantauan efek samping ekstrapiramidal (seperti: reaksi distonik terutama akut, parkinson, akathisia pada awal pengobatan, dan tardive diskinesia (gerakan abnormal yang lambat) selama perawatan). Efek samping penggunaan antipsikotik atipikal adalah meningkatnya risiko metabolik, terutama berat badan dengan beberapa antipsikotik atipikal. Parameter metabolik harus dikontrol ketat selama pengobatan antipsikotik (Wells *et al.*, 2009).

2.2.3 Antipsikotik Tunggal dan Kombinasi

Penggunaan antipsikotika secara tunggal merupakan rekomendasi yang pertama dan menjadi modalitas utama dalam pengobatan pasien skizofrenia.

Terapi tunggal dapat membantu klinisi menilai respon pengobatan, dan membantu pasien untuk mengingat respon terhadap masing-masing pengobatan, menurunkan risiko efek samping obat dan memudahkan mengontrol gejala. Adanya ketidakberhasilan pengobatan pasien skizofrenia dengan terapi tunggal mengakibatkan munculnya pemberian antipsikotik secara kombinasi. Pada dasarnya terdapat beberapa tujuan utama dari terapi kombinasi pada pasien skizofrenia, yaitu meningkatkan efektivitas antipsikotika dan hasil pengobatan pada pasien yang resisten terhadap pengobatan, memperkuat potensi efek antipsikotik melalui modifikasi pada profil reseptor, dan mengurangi risiko efek samping pada kondisi tertentu. Terapi kombinasi yang digunakan oleh pasien skizofrenia dapat berupa penggunaan antipsikotik tipikal dan tipikal, kombinasi antipsikotik tipikal dan atipikal, serta antipsikotik atipikal dengan atipikal (Ranti dkk., 2015).

Terapi kombinasi antipsikotik adalah salah satu metode yang paling umum digunakan oleh klinisi dalam kasus tertentu. Sebuah meta-analisis sebelumnya melaporkan prevalensi kombinasi antipsikotik bervariasi dari 7% sampai 50% di Amerika Serikat. Terapi kombinasi antipsikotik sangat bergantung pada berbagai faktor seperti tingkat keparahan penyakit, ketahanan terhadap pengobatan, durasi penyakit, lama tinggal di Rumah Sakit, dan wilayah geografis. Meskipun monoterapi direkomendasikan oleh sebagian besar pedoman pengobatan untuk skizofrenia, ada beberapa penelitian yang melaporkan bahwa kombinasi antipsikotik memiliki efek positif dalam perjalanan penyakit. Terapi kombinasi antipsikotik juga merupakan praktik umum di sebagian besar pusat perawatan psikiatri di Turki. Uji coba terkontrol secara acak untuk terapi kombinasi dengan Clozapine. Namun, hanya ada sedikit penelitian, meskipun penggunaan terapi kombinasi non-clozapine meningkat dalam praktik klinis. Diantara literatur yang berkaitan dengan modalitas terapi psikofarmakologis pada skizofrenia, satu penelitian melaporkan bahwa frekuensi penggunaan obat antipsikotik secara tunggal dengan menggunakan antipsikotik atipikal adalah 56%, sedangkan antipsikotik tipikal adalah 24%. Terapi dengan menggunakan Clozapine sebesar 6%, sedangkan terapi menggunakan antipsikotik atipikal depot adalah 9% dan

antipsikotik tipikal depot adalah 5%. Presentase antipsikotik kombinasi yang paling banyak digunakan adalah atipikal + tipikal (67%), atipikal + atipikal (1%), tipikal + tipikal (12%), clozapine + atipikal (10%), clozapine + tipikal (7%), clozapine + atipikal depot (2%), dan clozapine + tipikal depot (1%) (Karslioglu *et al.*, 2016)

2.3 Analisa Biaya

Masalah skizofrenia juga tidak hanya terbatas dibidang kesehatan, tetapi juga berpengaruh pada bidang ekonomi. Di Indonesia, biaya untuk menangani pasien skizofrenia dalam satu episode diperkirakan sebesar Rp. 1.817.466 (Ranti dkk., 2015). Beban ekonomi yang harus ditanggung oleh penyandang skizofrenia dan keluarganya ternyata cukup besar. Hal ini antara lain karena 50% penyandang skizofrenia tidak mampu bekerja, biaya pengobatan dan perawatan yang memerlukan waktu jangka panjang, serta waktu anggota keluarga yang tersita untuk merawat penyandang skizofrenia ternyata mempengaruhi beban ekonomi keluarga (Fahyan, 2007).

Penelitian terbaru di Inggris memperkirakan biaya total skizofrenia sebesar \$ 6,7 miliar (Rp. 90 triliun). Biaya tersebut, sekitar \$ 2 miliar (Rp. 27 triliun) (30%) untuk pengobatan biaya langsung sedangkan \$ 4,7 (Rp. 63 triliun) (70%) untuk biaya tak langsung. Biaya kehilangan produktivitas orang yang menderita skizofrenia dikarenakan pengangguran atau ketidakhadiran kerja dan kematian dini sebanyak \$ 3,4 miliar (Rp. 45 triliun), sedangkan biaya orang yang merawat pasien skizofrenia sebesar \$ 32 milyar (Rp. 432 triliun). Keseluruhan biaya perawatan yang ditanggung oleh keluarga diperkirakan sebesar \$ 615 miliar (Rp. 830 triliun) (Bhugra *et al.*, 2010). Dalam penelitian McGory (2004) menunjukkan bahwa biaya skizofrenia tahunan sebesar \$ 661 juta (Rp 89 miliar), atau \$ 18.000 (Rp 275,4 juta) per orang dengan skizofrenia. Biaya tidak langsung dihitung menjadi \$ 722 juta (Rp. 9,7 miliar). Laporan tersebut juga memperkirakan biaya transfer penyakit tersebut, yang mencakup \$ 190 juta (Rp. 2,5 miliar) pendapatan pajak yang hilang dari pasien dan perawat dan \$ 274 juta (Rp. 3,6 miliar) untuk pembayaran kesejahteraan (McGory, 2004).

Masing-masing pasien akan memiliki biaya yang berbeda-beda dalam pengobatannya, hal ini disebabkan karena kebutuhan obat satu pasien dengan pasien yang lain tidaklah sama. Untuk biaya obat antipsikotik tunggal maupun kombinasi sudah tentu berbeda. Evaluasi ekonomi yang dipublikasikan menunjukkan bahwa antipsikotik atipikal lebih efektif biaya dibandingkan dengan antipsikotik tipikal (Lilly and Lilly, 2006).

Karena biaya yang cenderung tinggi inilah yang menyebabkan sebagian masyarakat yang memiliki keluarga dengan gangguan skizofrenia lebih memilih untuk tidak memberikan pengobatan yang semestinya. Tentu saja hal ini akan memperburuk keadaan pasien yang harusnya mendapatkan terapi sesuai kebutuhan mereka. Tidak sedikit pula pasien dengan gangguan skizofrenia yang tidak mendapatkan pengobatan harus dipasung agar tidak mengganggu orang disekitar mereka. Penanganan yang tepat pada kasus skizofrenia sangatlah penting dimana pengobatan skizofrenia ini memerlukan pemantauan penggunaan obat, keamanan pengobatan, serta pertimbangan biaya karena dilakukan dalam jangka waktu yang panjang (Noviria dkk., 2015).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Metodologi Penelitian

Penelitian dilakukan dengan metode deskriptif secara retrospektif dengan membaca rekam medik perawatan pasien skizofrenia yang menjalani rawat jalan di RSUD dr. Iskak di Kabupaten Tulungagung periode Januari 2015 – Desember 2017.

3.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Iskak di kabupaten tulungagung sebagai rumah sakit milik pemerintah kabupaten tulungagung karena menjadi rumah sakit rujukan di Kabupaten Tulungagung dan sekitarnya. Penelitian dilakukan pada periode Januari 2015 – Desember 2017.

3.3 Definisi Operasional

3.3.1 Pasien

Pasien dalam penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa skizofrenia dan menjalani rawat jalan di RSUD dr. Iskak di Kabupaten Tulungagung.

3.3.2 Skizofrenia

Skizofrenia adalah sindroma heterogen kronis dari pikiran yang tidak terorganisir dan aneh, delusi, halusinasi, pengaruh yang tidak tepat, defisit kognitif, dan gangguan fungsi psikososial (Wells *et al.*, 2009). Menurut ICD 10 (2017) kode F-20, skizofrenia adalah gangguan otak yang parah. Penderita skizofrenia mungkin mendengar suara, melihat hal-hal yang tidak ada atau percaya bahwa ada seseorang yang mengendalikan pikiran mereka. Gejala lainnya yang biasanya dialami seperti pikiran yang tidak biasa, gangguan gerakan, kesulitan bicara dan mengekspresikan emosi, masalah dengan perhatian, dan ingatan.

3.3.3 Jumlah Obat

Jumlah obat yang digunakan dalam penelitian ini mengacu pada antipsikotik tipikal dan atipikal dalam pengobatan skizofrenia berdasarkan zat aktif.

3.3.4 Jenis Obat

Jenis obat yang digunakan dalam penelitian ini adalah antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal yang diperoleh dari resep dokter.

3.3.5 Biaya

Biaya dalam penelitian ini adalah biaya obat antipsikotik yang digunakan dalam terapi pasien.

3.4 Populasi dan Sampel

Populasi adalah seluruh pasien skizofrenia yang menjalani rawat jalan di RSUD dr.Iskak di Kabupaten Tulungagung.

Sampel adalah seluruh data pasien skizofrenia yang menjalani rawat jalan di RSUD dr.Iskak di Kabupaten Tulungagung periode 3 tahun terakhir yakni Januari 2015 - Desember 2017 yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

3.4.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi yang digunakan pada penelitian ini menggunakan diagnosa utama pasien adalah skizofrenia (ICD 10 kode F20) dan pasien yang mendapatkan terapi antipsikotik.

3.4.2 Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi pada penelitian ini tidak ada kriteria eksklusi.

3.5 Teknik Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan mencatat rekam medis pasien dan data biaya diperoleh dengan mencatat data pengobatan pasien di RSUD dr.Iskak Kabupaten Tulungagung bagian administrasi.

3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar pengumpulan data dan rekam medis.

3.7 Teknik Analisis Data

Analisis statistik dan pengolahan data dilakukan dengan menggunakan program SPSS. Langkah-langkah analisis data yang akan dilakukan pada penelitian ini adalah :

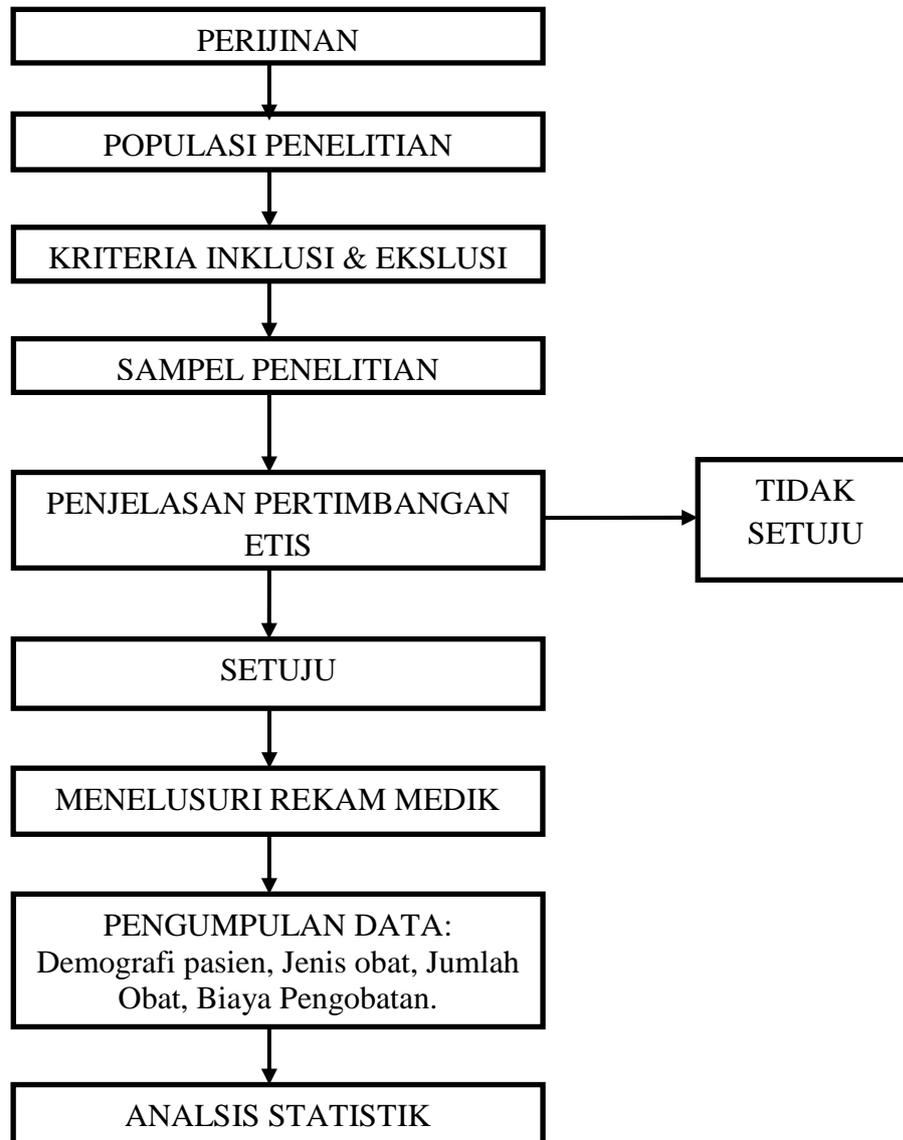
3.7.1 Statistika Deskriptif

Statistika deskriptif pada penelitian ini meliputi profil usia pasien, profil jenis kelamin pasien, profil jumlah obat pasien, profil jenis obat pasien, dan profil biaya perawatan.

3.8 Pertimbangan Etis

Hal-hal yang dilakukan sebagai pertimbangan etis sebelum penelitian ini dilakukan adalah mengirimkan surat permohonan ijin penelitian beserta proposal penelitian kepada kepala RSUD dr.Iskak kabupaten tulungagung, badan kesatuan dan politik kabupaten tulungagung dan kepala badan koordinasi pendidikan RSUD dr.Iskak.

3.9 Skema Alur Penelitian



BAB IV HASIL PENELITIAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di RSUD dr. Iskak Tulungagung diperoleh data pasien skizofrenia yang menjalani rawat jalan pada periode Januari 2015-Desember 2017 sebanyak 26 pasien yang memenuhi kriteria yakni diagnosa utama pasien skizofrenia dan pasien yang mendapatkan terapi antipsikotik.

Tabel IV.1 Profil Pasien Skizofrenia

Profil Pasien		n	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-Laki	16	61.54
	Perempuan	10	38.46
Total		26	100
Usia	<20	2	7.69
	21-30	4	15.38
	31-40	10	38.46
	41-50	8	30.77
	51-60	1	3.85
	>60	1	3.85
	Total	26	100
Tipe Skizofrenia	Paranoid	14	63.85
	Hebefrenik	12	46.1
	Total	26	100
Antipsikotik	Tipikal	11	42.31
	Atipikal	2	7.69
	Kombinasi	13	50
	Total	26	100

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data penderita skizofrenia lebih banyak diderita oleh jenis kelamin laki-laki yang berjumlah 16 orang (61.54%) dan perempuan berjumlah 10 orang (38.46%). Berdasarkan profil usia penderita skizofrenia dengan usia kurang dari 20 tahun sebanyak 2 orang (7.69%), usia 21-30 tahun sebanyak 4 orang (15.38%), usia 31-40 tahun sebanyak 10 orang (38.46%), usia 41-50 tahun sebanyak 8 orang (30.77%), usia 51-60 tahun sebanyak 1 orang (3.85%), dan usia lebih dari 60 tahun sebanyak satu orang (3.85%). Berdasarkan profil tipe skizofrenia yang paling banyak diderita adalah

skizofrenia paranoid sebanyak 14 orang (63.85%) dan skizofrenia hebefrenik sebanyak 12 orang (46.15%). Berdasarkan profil terapi antipsikotik yang paling banyak digunakan adalah antipsikotik kombinasi dengan jumlah penggunaan sebanyak 13 resep (50%), antipsikotik tipikal sebanyak 11 resep (42.31%), dan antipsikotik atipikal sebanyak 2 resep (7.69%).

Tabel IV.2 Tabel Profil Antipsikotik yang Digunakan

Antipsikotik	Generasi	Nama Obat	Jumlah (n)	Persentase (%)
Tunggal	Tipikal	Chlorpromazine	-	-
		Haloperidol	2	7.7
		Trifluoperazine	9	34.7
Kombinasi 2 Antipsikotik	Atipikal	Clozapine	-	-
		Risperidone	2	7.7
	Tipikal- Atipikal	Chlorpromazine- Haloperidol	1	3.8
		Risperidone- Clozapine	4	15.4
		Clozapine- Trifluoperazine	4	15.4
		Chlorpromazine- Risperidone	1	3.8
Kombinasi 3 Antipsikotik	Atipikal- Atipikal- Tipikal	Trifluoperazine -Risperidone	1	3.8
		Clozapine- Risperidone	2	7.7
		Trifluoperazine		
Total			26	100.0

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data penggunaan antipsikotik tipikal tunggal adalah Trifluoperazine 9 resep (34.7%), Haloperidol 2 resep (7.7%), dan antipsikotik atipikal adalah Risperidone 2 resep (7.7%). Penggunaan kombinasi antipsikotik yang paling banyak adalah kombinasi antipsikotik atipikal-atipikal (Risperidone-Clozapine) 4 resep (15.4%) dan kombinasi antipsikotik tipikal-atipikal (Clozapine-Trifluoperazine) 4 resep (15.4%). Kombinasi antipsikotik tipikal-atipikal lainnya (Chlorpromazine-Risperidone dan Trifluoperazine-Risperidone) 1 resep (3.8%). Kombinasi antipsikotik tipikal-tipikal (Chlorpromazine-Haloperidol) 1 resep (3.8%), sedangkan kombinasi 3

antipsikotik yakni atipikal-atipikal-tipikal (Clozapine-Risperidone-Trifluoperazine) 2 resep (7.7%).

Tabel IV.3 Penggunaan Obat Golongan Lain

Nama Obat	Frekuensi (f)	Presentae(%)
Trihexyphenidil	17	53.12
Lorazepam	12	37.5
Diazepam	2	6.25
Asam Valproat	1	3.13
Total	32	100.0

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil penggunaan obat golongan lain Trihexyphenidil 17 resep (53.12%), Lorazepam 12 resep (37.5%), Diazepam 2 resep (6.25%), dan Asam Valproat 1 resep (3.13%).

Tabel IV.4 Profil Biaya Penggunaan Antipsikotik

Antipsikotik	Jumlah (n)	Biaya (Rp)	Rata-Rata (Rp)
Risperidone-Clozapine-Trifluoperazine	2	148.440	5.709,23
Risperidone-Chlorpromazine	1	48.120	1.850,77
Risperidone-Clozapine	4	259.080	9.964,62
Risperidone-Trifluoperazine	1	44.220	1.700,77
Haloperidol-Chlorpromazine	1	15.720	604,62
Clozapine-Trifluoperazine	4	157.800	6.069,23
Haloperidol	2	4.740	182,31
Risperidone	2	69.540	2.674,62
Trifluoperazine	9	85.050	3.271,15
Total	26	832.710	32.027,32

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil biaya tertinggi penggunaan antipsikotik adalah kombinasi Risperidone-Clozapine sebanyak 4 resep (Rp. 259.080,00), Clozapine-Trifluoperazine sebanyak 4 resep (Rp. 157.800,00), Risperidone-Clozapine-Trifluoperazine sebanyak 2 resep (Rp. 148.440,00), Trifluoperazine sebanyak 9 resep (Rp. 85.050,00), Risperidone sebanyak 2 resep (Rp. 69.540,00), Risperidone-Chlorpromazine sebanyak 1 resep (Rp. 48.120,00), Risperidone-Trifluoperazine sebanyak 1 resep (Rp. 44.220,00), Haloperidol-Chlorpromazine sebanyak 1 resep (Rp. 15.720,00), dan Haloperidol sebanyak 2 resep (Rp. 4.720,00).

Tabel IV.5 Profil Biaya Terapi Tertinggi Terendah

	Resep	Biaya (Rp)
Biaya Tertinggi	Risperidone Clozapine Trifluoperazine	74.220
Biaya Terendah	Haloperidol	2.370

* Biaya terinci setiap pasien ada di lampiran 3 halaman 43

Berdasarkan hasil penelitian biaya tertinggi dalam pengobatan antipsikotik adalah biaya pasien yang mendapatkan terapi kombinasi Risperidone-Clozapine-Trifluoperazine yakni sebesar Rp. 74.220,00 dan biaya terendah adalah biaya pasien yang mendapatkan terapi tunggal Haloperidol yakni sebesar Rp. 2.370,00.

BAB V

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan pada bulan Maret-April 2018, diperoleh 26 data rekam medis pasien skizofrenia Non BPJS yang menjalani rawat jalan di RSUD dr. Iskak Tulungagung selama Januari 2015-Desember 2017. Data yang diperoleh diambil sesuai dengan kriteria inklusi yang meliputi diagnosa utama pasien adalah skizofrenia, dan pasien yang mendapatkan resep antipsikotik.

5.1 Kriteria Pasien

5.1.1 Profil Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data penderita skizofrenia dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak dengan berjumlah 16 orang (61.54%) dan perempuan berjumlah 10 orang (38.46%). Perbedaan jenis kelamin dalam skizofrenia telah dicatat sejak konseptualitas penyakit. Insiden lebih tinggi terjadi pada laki-laki sekitar 60% dibanding dengan perempuan. Gejala negatif lebih sering terjadi pada laki-laki sedangkan gejala positif lebih sering terjadi pada perempuan. Laki-laki lebih rentan untuk melakukan bunuh diri dibandingkan perempuan. Onset penyakit lebih awal terjadi pada laki-laki. Hal ini disebabkan karena adanya efek neuroprotektif dari hormon estrogen dan progesteron pada perempuan serta adanya kecenderungan mendapatkan trauma kepala lebih sering terjadi pada laki-laki. Perempuan memiliki tingkat estrogen yang lebih tinggi sampai menopause dibandingkan laki-laki. Estrogen dapat melindungi komplikasi prenatal dan pemotongan sinap yang berlebihan. Estrogen sendiri mampu memberikan efek neuroleptik dengan mengubah transduksi sinyal dopaminergik pasca sinap sehingga dapat menghambat gejala psikotik. Penelitian lain juga menyebutkan bahwa otak janin laki-laki lebih rentan terhadap komplikasi pra-dan peri-natal karena pematangan otak yang lebih lambat (Rahaya dan Cahaya, 2016; Falkenburg and Tracy, 2013).

5.1.2 Profil Pasien Berdasarkan Usia

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh jumlah usia penderita skizofrenia dengan usia kurang dari 20 tahun sebanyak 2 orang (7.69%), usia 21-30 tahun sebanyak 4 orang (15.38%), usia 31-40 tahun sebanyak 10 orang (38.46%), usia 41-50 tahun sebanyak 8 orang (30.77%), usia 51-60 tahun sebanyak 1 orang (3.85%), dan usia lebih dari 60 tahun sebanyak satu orang (3.85%). Puncak insiden skizofrenia terjadi antara 10 dan 25 tahun pada laki-laki dan antara 25 dan 35 untuk perempuan. Puncak lain, terutama di kalangan perempuan, terjadi di usia pertengahan 40 tahun. Sekitar 23% orang dengan skizofrenia mengalami episode pertama mereka setelah usia 40 tahun. Sekelompok kecil orang dengan skizofrenia berawal setelah usia 60, yang telah didefinisikan sebagai psikosis seperti skizofrenia yang sangat lambat (Rajji, Ismail and Mulsant, 2009). Berdasarkan data yang diperoleh di RSUD dr. Iskak Tulungagung, rentang usia 31-40 tahun merupakan rentang usia yang terbanyak yaitu 10 orang (38.46%). Penelitian yang dilakukan oleh Venkatesh *et al.*, (2008) menyatakan, usia 31 tahun keatas merupakan puncak terjadinya skizofrenia baik bagi laki-laki maupun perempuan. Umumnya perempuan memiliki dua onset puncak terjadinya skizofrenia yakni pada usia 20-25 tahun dan onset kedua pada usia 35-40 tahun, sedangkan laki-laki memiliki onset puncak mulai dari usia 30 tahun. Berdasarkan penelitian Rahaya dan Cahaya (2016) menyatakan bahwa pada rentang usia 30 tahun keatas seseorang memiliki beban hidup yang lebih berat seperti masalah-masalah yang lebih kompleks dengan keluarga, pasangan, teman kerja, beban pekerjaan yang terlalu berat, serta gaya hidup moderen yang individualistis dibandingkan dengan rentang usia lainnya, sehingga menyebabkan stres. Stres dapat didefinisikan sebagai reaksi otak tubuh terhadap rangsangan yang timbul dari lingkungan atau dari isyarat internal yang ditafsirkan sebagai gangguan homeostasis. Situasi ini dapat melibatkan aktivitas berbagai jenis sistem neurotransmitter di beberapa area sistem limbik yang dapat menyebabkan peningkatan sekresi neurotransmitter glutamat di daerah prerontal kortek dan dopamin pada sistem limbik (Mora *et al.*, 2012; Savioli, 2009). Hal inilah yang menyebabkan terjadinya skizofrenia. Penelitian yang dilakukan oleh Hafner

(2014) menyebutkan usia yang cenderung mengalami gangguan skizofrenia adalah 15-54 tahun. Hafner melakukan penelitian pada sepuluh negara, dimana empat pusat dinegara berkembang dan enam lainnya di negara industri. Selain itu penelitian lain juga menyebutkan di beberapa negara puncak kejadian skizofrenia terjadi pada usia kurang dari 40 tahun (Altamura *et al.*, 2014), sedangkan di Indonesia sendiri gangguan skizofrenia terjadi pada usia 18-40 tahun (Handayani dkk., 2014).

5.1.3 Profil Pasien Berdasarkan Tipe Skizofrenia

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh hasil Tipe skizofrenia yang paling banyak diderita adalah skizofrenia paranoid sebanyak (63.85%) dan skizofrenia hebefrenik sebanyak (46.15%). Skizofrenia memiliki beberapa macam tipe, diantaranya paranoid, katatonik, tidak terinci, residual dan tidak terorganisir. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan ditemukan bahwa tipe skizofrenia yang paling banyak ditemukan adalah skizofrenia paranoid. Hal ini ditentukan berdasarkan gejala-gejala yang dialami oleh sebagian besar pasien adalah halusinasi pendengaran yakni sering mendengar hal-hal yang tidak nyata. Gejala lain yang dialami oleh pasien adalah sering berbicara melantur (Hendarsyah, 2016). Skizofrenia paranoid merupakan tipe yang paling stabil dan paling sering terjadi. Ciri utamanya adalah waham yang mencolok atau halusinasi auditorik dalam konteks terdapatnya fungsi kognitif dan afektif yang relatif masih terjaga (Saputra, 2014). Skizofrenia paranoid terjadi karena melemahnya neurologis dan kognitif tetapi individu tersebut mempunyai prognosis yang baik (Ramdani dkk., 2017). Dapat diketahui untuk mendiagnosis skizofrenia paranoid harus memenuhi kriteria berdasarkan ICD 10 dan Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa (PPDGJ III) dan harus ada satu gejala yang jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih jika gejala yang ditimbulkan kurang tajam atau kurang jelas) untuk mendiagnosis skizofrenia dan sebagai tambahannya terdapat halusinasi atau waham, suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (*whistling*), mendengung (*humming*) atau bunyi tawa (*laughing*). Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain, perasaan tubuh, halusinasi

visual mungkin ada tetapi jarang menonjol. Waham dapat berupa hampir setiap jenis, keyakinan dikejar-kejar. Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan (Hendarsyah, 2016).

5.1.4 Profil Pasien Berdasarkan Terapi Antipsikotik

Berdasarkan hasil penelitian diperoleh data antipsikotik yang paling banyak digunakan adalah antipsikotik kombinasi dengan jumlah penggunaan sebanyak 13 resep (50%), antipsikotik tipikal sebanyak 11 resep (42.31%), dan antipsikotik atipikal sebanyak 2 resep (7.69%). Penggunaan antipsikotik secara kombinasi dipercaya dapat mengurangi gejala positif diikuti dengan mengurangi gejala negatif (Yulianty *et al.*, 2017). Berdasarkan data hasil penelitian kombinasi antipsikotik yang banyak digunakan adalah kombinasi atipikal-atipikal yaitu Risperidone-Clozapine dengan jumlah penggunaan 4 resep (15.4%) dan tipikal-atipikal yaitu Clozapine-Trifluoperazine dengan jumlah penggunaan juga 4 resep (15.4%). Menurut penelitian Sulejmanpasic and Bise (2017) penggunaan kombinasi Risperidone dan Clozapine (atipikal-atipikal) dapat mengurangi gejala positif secara signifikan pada pasien skizofrenia dibandingkan pasien yang mendapatkan terapi tunggal dengan Clozapine. Kombinasi Risperidone dan Clozapine efektif digunakan pada pasien yang resisten karena clozapine memiliki kemampuan menduduki reseptor D2 (16% sampai 68%) sedangkan risperidone (63% sampai 89%) sehingga dengan penambahan risperidone diharapkan mampu meningkatkan respon pasien terhadap clozapine (Yulianty *et al.*, 2017). Penggunaan kombinasi antipsikotik tipikal-atipikal (Clozapine-Trifluoperazine) merupakan kombinasi yang juga banyak digunakan, karena antipsikotik tipikal dapat memperbaiki gejala positif dan antipsikotik atipikal dapat memperbaiki gejala positif maupun negatif (Fleischhacker and Uchida, 2018; Rahaya dan Cahaya, 2016). Clozapine sendiri memiliki afinitas rendah terhadap reseptor D2 dopaminergik, sedangkan trifluoperazine memiliki efek blokade postsynaptic dari reseptor dopamin (reseptor D-2). Sifat antidopaminergik Clozapine yang lemah dapat ditambah dengan menambahkan Trifluoperazine untuk meningkatkan efek terapinya (Englisch and Zink, 2012).

Risperidone merupakan antipsikotik turunan benzisoxazole. Afinitas terbesarnya adalah pada serotonin 5-HT₂, histamin H₁, α 1-adrenergik, dan situs D₂ dopamin. Risperidone secara signifikan efektif dalam mengurangi keparahan gejala psikotik secara keseluruhan. Efek samping ekstrapiramidal umumnya lebih ringan dibandingkan dengan antipsikotik tipikal (Sinaga and Rudyanto, 2007; Shafti and Gilanipoor, 2014). Clozapine efektif digunakan pada pasien skizofrenia yang resisten terhadap pengobatan lini pertama atau resisten terhadap pengobatan. Pemberian Clozapine dipercaya dapat menurunkan tingkat rawat inap psikiatri dan penggunaan antipsikotik tambahan (Stroup *et al.*, 2016; Correll *et al.*, 2009). Akan tetapi Clozapine dapat menyebabkan hipotensi ortostatik dan efek samping sindrom metabolik berupa peningkatan enzim Alanine Transaminase (ALT) dan Aspartate Transaminase (AST). Trifluoperazine, turunan fenotiazin, adalah reseptor D₂ antagonis yang selektif, dan merupakan antipsikotik tipikal. Pemberian terapi kombinasi dengan Trifluoperazine memiliki efektivitas yang baik dalam pengobatan skizofrenia (Lin *et al.*, 2017). Selanjutnya penggunaan terapi tunggal dengan menggunakan antipsikotik tipikal yakni sebanyak 11 resep (42,31%). Terapi tunggal yang paling banyak digunakan adalah Trifluoperazine. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Fahrul Mukadas (2014) yang menyatakan bahwa terapi tunggal yang paling banyak digunakan adalah Risperidone. Trifluoperazine sendiri merupakan antipsikotik turunan fenotiazine. Mekanisme utama dari antipsikotik tipikal adalah blokade postsynaptic dari reseptor dopamin (reseptor D-2). Akibatnya, mereka mengurangi neurotransmisi dopaminergik di jalur dopamin. (Rahaya dan Cahaya, 2016; Fleischhacker and Uchida, 2018; Ayano, 2017). Seperti yang diketahui Trifluoperazine merupakan antipsikotik potensi tinggi seperti Haloperidol, akan tetapi Trifluoperazine memiliki aktivitas pada reseptor dopamin (D₂) dan serotonin (5HT₂) yang lebih tinggi dibandingkan Haloperidol. Efek samping ekstrapiramidal yang ditimbulkan Trifluoperazine cenderung lebih rendah dibandingkan dengan Haloperidol, oleh sebab itu Trifluoperazine lebih banyak digunakan (Guzman, 2016).

5.1.5 Profil Pasien Berdasarkan Terapi Obat Golongan Lain

Berdasarkan data yang diperoleh, selain terapi dengan menggunakan antipsikotik pasien juga mendapatkan terapi dengan obat lain diantaranya Trihexyphenidil 13 resep (53.12%), Lorazepam 12 resep (37.5%), Diazepam 2 resep (6.25%) dan Asam Valproat 1 resep (3.13%). Trihexyphenidil merupakan antikolinergik yang mempunyai efek sentral yang lebih kuat daripada perifer. Mekanisme kerjanya meningkatkan pelepasan dopamin dari vesikel parasinaptik, penghambatan ambilan kembali dopamin ke dalam terminal saraf prasinaptik atau menimbulkan efek agonis pada reseptor dopamin pascasinaptik (Swayami, 2014). Tujuan pemberian Trihexyphenidil pada pasien skizofrenia adalah untuk mencegah atau mengobati salah satu efek samping dari penggunaan antipsikotik jangka pendek maupun jangka panjang yang berupa sindrom ekstrapiramidal. Sindrom ekstrapiramidal meliputi reaksi distonia akut, dan parkinsonisme. Bila tidak ditangani akan menyebabkan pasien tidak patuh dalam mengkonsumsi obat antipsikotik sehingga memicu kekambuhan (Rahaya dan Cahaya, 2016).

Lorazepam dan Diazepam merupakan obat golongan Benzodiazepine yang sering diresepkan bersama dengan antipsikotik. Pemberian Benzodiazepine sering digunakan untuk mengatasi gangguan tidur dan kecemasan. Kombinasi antara Benzodiazepine dengan antipsikotik juga dapat memberikan manfaat pengobatan untuk psikosis dalam domain gejala positif dan negatif. Benzodiazepine sendiri juga dapat mengatasi serangan panik pada pasien skizofrenia. Diperkirakan Benzodiazepine bekerja dengan menormalkan transmisi GABAergic. Gangguan GABA pada skizofrenia dapat menyebabkan fluktuasi tingkat dopamin melewati ketidakseimbangan glutamat yang mendorong tingkat dopamine meningkat yang dapat menyebabkan psikosis. Benzodiazepine dapat mengembalikan keseimbangan neurotransmitter utama dalam onset skizofrenia, memiliki manfaat yang menguntungkan dalam mengobati gejala skizofrenia positif dan negatif (Szarmach, 2017).

Penggunaan obat tanpa label (*off-label*) tidak sesuai dengan label regulasinya telah menjadi hal umum dalam dunia kedokteran, terutama dibidang psikiatri. Stabilisator suasana hati (*mood stabilizer*) dimaksudkan untuk

mengurangi fluktuasi mood pada gangguan skizofrenia karena mampu memberikan kontrol yang lebih besar terhadap impulsivitas dan agresivitas. Asam Valproat adalah salah satu penstabil mood yang paling sering digunakan dalam psikiatri. Sodium valproat digunakan terutama untuk pasien skizofrenia yang cenderung melakukan kekerasan dikarenakan dapat memberikan kontrol yang besar pada impulsivitas dan agresivitas (Horowitz *et al.*, 2014).

5.2 Analisis Biaya Penggunaan Antipsikotik

Analisis biaya dilakukan dengan pengelompokan jenis antipsikotik yang digunakan dalam terapi pasien skizofrenia karena pasien dengan gangguan skizofrenia memerlukan pengobatan yang rutin dengan biaya yang tidak sedikit. Biaya antipsikotik adalah biaya rata-rata penggunaan antipsikotik berdasarkan komponen antipsikotik yang digunakan oleh pasien skizofrenia Poli Psikiatri di RSUD dr. ISKAK Tulungagung tahun 2015-2017. Pengobatan kombinasi antipsikotik melibatkan pemberian dua macam antipsikotik secara bersamaan. Pasien yang menerima penambahan terapi biasanya mengalami perbaikan dengan cepat. Jika tidak ada perbaikan, maka obat tambahan dihentikan (Sukandar dkk., 2008).

Biaya rata-rata antipsikotik adalah total biaya pada tiap pasien berdasarkan komponen antipsikotik yang digunakan dibagi total jumlah pasien berdasarkan komponen antipsikotik yang digunakan. Biaya tertinggi pada penggunaan antipsikotik adalah penggunaan kombinasi Risperidone dan Clozapine yaitu sebesar Rp. 259.080,00. Biaya total tertinggi penggunaan antipsikotik yang kedua adalah penggunaan kombinasi Clozapine dan Trifluoperazine yaitu sebesar Rp. 157.800,00. Biaya total tertinggi ketiga penggunaan antipsikotik adalah penggunaan kombinasi Risperidone, Clozapine dan Trifluoperazine yaitu sebesar Rp. 148.440,00. Biaya antipsikotik yang diperlukan dalam sekali kunjungan oleh pasien skizofrenia adalah Rp. 32.027,32. Biaya pada masing-masing pasien skizofrenia yang mendapatkan terapi antipsikotik berbeda. Hal ini dikarenakan pada tiap pasien skizofrenia mendapatkan resep antipsikotik yang berbeda.

Biaya yang dihitung berdasarkan tipe skizofrenia yang didiagnosa pada pasien didapatkan rata-rata biaya untuk terapi skizofrenia tipe hebefrenik sebesar Rp. 16.183,85. Biaya rata-rata untuk terapi skizofrenia tipe paranoid sebesar Rp. 15.480,00. Biaya pada masing-masing pasien dapat berbeda tergantung dari terapi antipsikotik yang diperoleh serta gejala yang dialami oleh masing-masing pasien.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Penggunaan antipsikotik pada pasien skizofrenia Non BPJS yang menjalani rawat jalan di RSUD dr. Iskak Tulungagung lebih banyak menggunakan antipsikotik secara kombinasi dengan jumlah penggunaan sebanyak 13 resep (50%) baik kombinasi tipikal-tipikal, atipikal-atipikal, maupun tipikal-atipikal. Penggunaan antipsikotik tipikal sebanyak 11 resep (42.31%) dan antipsikotik atipikal sebanyak 2 resep (7.69%).
2. Total estimasi biaya antipsikotik yang diperlukan oleh pasien dalam sekali kunjungan sebesar Rp. 32.037.32.

6.2 Saran

1. Bagi Penelitian Selanjutnya
Melakukan penelitian lanjutan dengan menggunakan sampel yang lebih besar dan waktu yang lebih lama untuk meningkatkan validitas.
2. Bagi Apoteker
Melakukan pemilihan obat dengan harga yang terjangkau dan memiliki efektivitas tinggi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alldedge, B. K. *et al.* (2013) *Koda-Kimble & Young's Applied Therapeutics The Clinical Use of Drugs*. 10th edn. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins, Pennsylvania.
- Altamura, C. *et al.* (2014) 'Schizophrenia today: epidemiology, diagnosis, course and models of care', pp. 223–243.
- Ayano, G. (2017) 'Research & Reviews: Journal of Chemistry', *Research & Review: Journal of Chemistry*, (June).
- Azmi, A. N. and Desrini, S. (2016) 'A cross sectional study of trihexyphenidyl utilization on patient receiving antipsychotic therapy', *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*, 7(3), pp. 102–108.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2013) 'Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) 2013', *Laporan Nasional 2013*, pp. 1–384. doi: 1 Desember 2013.
- Bhugra, D. *et al.* (2010) 'Through the prism darkly: how do others see psychiatrists?', *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 18(1), pp. 7–11.
- Copel, L. C. (2007a) *KESEHATAN JIWA & PSIKIATRI: pedoman Klinis Perawat*. edisi ke-2. Penerbit Buku Kedokteran EGC Jakarta.
- Copel, L. C. (2007b) *Kesehatan Jiwa & Psikiatri Pedoman Klinis Perawat (Psychiatric and Mental Health Care: Nurse's Clinical Guide)*. 2nd edn. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Correll, C. U. *et al.* (2009) 'Antipsychotic Combinations vs Monotherapy in Schizophrenia: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials', 35(2), pp. 443–457.
- Dipiro, J. T. *et al.* (2011) *Pharmacotherapy a Pathophysiologic Approach*. 8th edition.
- Dwi Ananda, V. N. dan Adhi Pradana, D. (2016) 'Gambaran Efek Samping Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia Pada Bangsal Rawat Inap Di RS. Grhasia Yogyakarta', *Farmasains*, 3(1).
- Englisch, S. and Zink, M. (2012) 'Treatment-resistant Schizophrenia: Evidence-based Strategies', pp. 20–32

- Fadilla, A. R. dan Puspitasari, R. M. (2015) 'Evaluasi Ketepatan Penggunaan Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia Rawat Inap', pp. 41–46.
- Fahrul, Mukaddas, A. dan Faustine, I. (2014) 'Rasionalitas Penggunaan Antipsikotik pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Jiwa RSD Madani Provinsi Sulawesi Tengah Periode Januari-April 2014, Online Journal of Natural Science, Vol. 3 (2): 18-29.
- Fahyan, S. E. (2007) 'Skizofrenia : memahami, dinamika, keluarga, pasien / Iman Setiadi Arif', *Koleksi Buku UPT Perpustakaan Universitas Negeri Malang*, 0(0).
- Falkenburg, J. and Tracy, D. K. (2013) 'Psychosis : Psychological , Social and Integrative Approaches Sex and schizophrenia: a review of gender differences', (September 2013), pp. 37–41.
- Fleischhacker, W. W. and Uchida, H. (2018) 'Critical review of antipsychotic polypharmacy in the treatment of schizophrenia', (May), pp. 1083–1093.
- Gory, P. M. (2004) 'Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related',
- Guzman, F. (2016) 'Long-Acting Injectable Antipsychotics: A Summary for Prescribers', pp. 1–5.
- Hafner, H. (2014) 'The Concept of Schizophrenia : From Unity to Diversity', 2014.
- Handayani, L. *et al.* (2014) 'Faktor Resiko Kejadian Skizofrenia DiRumah Sakit Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY)', 13(2), pp. 135–148.
- Hendarsyah, F. (2016) 'Diagnosis dan Tatalaksana Skizofrenia Paranoid dengan Gejala-Gejala Positif dan Negatif Diagnosis and Management of the Paranoid Schizophrenia with Positive and Negative Symptoms', 4, pp. 57–62.
- Horowitz, E. *et al.* (2014) 'Off-Label Use of Sodium Valproate for Schizophrenia', 9(3), pp. 1–7.
- Jarut, Y. M., Fatimawali dan Wiyono, W. I. (2013) 'Tinjauan Penggunaan Antipsikotik Pada Pengobatan Skizofrenia Di Rumah Sakit Prof . Dr . V . L. Ratumbuang Manado Periode Januari 2013- Maret 2013', *Jurnal Ilmiah Farmasi*, 2(3), pp. 54–57.
- Karslioglu, E. H. *et al.* (2016) 'Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Does Combined Antipsychotic Treatment Provide Better Control on Symptoms in Patients with Schizophrenia than the Monotherapy? Does

Combined Antipsychotic Treatment Provide Better Control on Symptoms in'

Katona, C., Cooper, C. and Robertson, M. (2012) *At a Glance Psikiatri*. 4th edn. Jakarta: Penerbit Erlangga.

Katona, C., Coper, C. and Robertson, M. (2012) *At a Glance PSIKIATRI*. Edisi Keempat. PENERBIT ERLANGGA Jl. H. Baping Raya No.100 Ciracas, Jakarta 13740.

Kementerian Sosial, 2011. Survei psikososial penderita gangguan jiwa. Dalam www.kemsos.go.id diakses tanggal 10 Juli 2018

Lilly, E. and Lilly, E. (2006) 'AUTHOR ' S PROOF Cost-effectiveness of first- v . second-generation antipsychotic drugs: results from a randomised controlled trial in schizophrenia responding poorly to previous therapy', pp. 14–23.

Lin, C. *et al.* (2017) 'A randomized , double-blind , comparison of the ef fi cacy and safety of low-dose olanzapine plus low-dose tri fl uoperazine versus full-dose olanzapine in the acute treatment of schizophrenia', *Schizophrenia Research*. Elsevier B.V., pp. 1–8.

Menkes (2015) 'Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa'.

Mora, F. *et al.* (2012) 'Stress, neurotransmitters, corticosterone and body-brain integration', *Brain Research*, 1476(January), pp. 71–85.

Neal, M. J. (2002) *Medical pharmacology at a Glance*. seventh ed, *Neurochemistry International*. seventh ed. doi: 10.1016/0197-0186(88)90017-4.

Noviria, M., Triyoso dan Yanti, L. (2015) 'Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kunjungan Kontrolpasien Jiwa Skizofrenia Di Rawat Jalan Di RSJ Provinsi Lampung 2013', 8(2), pp. 76–81.

Nyumirah, S. (2013) 'Peningkatan Kemampuan Interaksi Sosial (Kognitif, Afektif Dan Perilaku) Melalui Penerapan Terapi Perilaku Kognitif Di Rsj Dr Amino Gondohutomo Semarang', *Keperawatan Jiwa*, 2, pp. 121–128.

Patel, K. R. *et al.* (2014) 'Schizophrenia: overview and treatment options.', *P & er-reviewT: a peed journal for formulary management*, 39(9), pp. 638–45.

- Rahaya, A. dan Cahaya, N. (2016) 'October 2016 ISSN : 2442-8744 Studi Retrospektif Penggunaan Trihexyphenidil Pada Pasien Rumah Sakit Jiwa Sambang Lihum', 2(October), pp. 124–131.
- Rajji, T. K., Ismail, Z. and Mulsant, B. H. (2009) 'Age at onset and cognition in schizophrenia ', pp. 286–293.
- Ramdani, R., Septa, T. dan Lisiswanti, R. (2017) 'Wanita Usia 41 Tahun dengan Skizofrenia Paranoid Remisi Sempurna di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung', *J Medula Unila*, 7(2), pp. 3–8.
- Ranti, I., Octaviany, A. F. dan Kinanti, S. (2015) 'Analisis Efektivitas Terapi dan Biaya antara Haloperidol Kombinasi dengan Risperidon Kombinasi pada Terapi Skizofrenia Fase Akut Analysis Therapeutic and Cost Effectiveness of Combination Therapy between Risperidone and Haloperidol on Acute Phase of Schiz', 15(1), pp. 57–64.
- Saputra, T. A. (2014) 'Paranoid Types of Schizophrenia', *J Agromed Unilla*, 1(1), pp. 42–48.
- Savioli, W. K. (2009) 'The Relationship Between Perceived Stress and Smoking: Focusing on Schizophrenia and Comparative Sub-Groups Diagnosed with Mental Illness'.
- Shafti, S. S. and Gilanipoor, M. (2014) 'A Comparative Study between Olanzapine and Risperidone in the Management of Schizophrenia', 2014.
- Sinaga dan Rudyanto, B. (2007) *Skizofrenia dan Diagnosis Banding*, FKUI. Jakarta.
- Stroup, T. S. *et al.* (2016) 'Comparative Effectiveness of Clozapine and Standard Antipsychotic Treatment in Adults With Schizophrenia', (February). 10.1176/appi.ajp.2015.15030332.
- Suhita, B. M., Siyoto, S. and Catherine, U. W. (2015) 'The Identification of Families Stress Level with Adversity Quotient in Caring Schizophrenia Family Members in Kediri City', *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 5(12), pp. 106–113.
- Sukandar, E. . dkk. (2008) *Iso Farmakoterapi*. Jakarta: PT. ISFI Penerbitan.
- Swayami, I. G. A. V. (2014) 'Aspek Biologi Triheksifridil Di Bidang Psikiatri', (45), pp. 88–92.

- Travis, C. and Wade, C. (2007) *Psikologi*. Edisi ke-9. Edited by H. M. W. Hardani. Penerbit Erlangga Jl. H. Baping Raya No.100 Ciracas, Jakarta 13740.
- Venkatesh, B. K. *et al.* (2008) 'Sex difference in age of onset of schizophrenia : findings from a community-based study in India', pp. 173–176.
- Wells, B. *et al.* (2009) *Pharmacotherapy Handbook seventh edition*.
- Wells, B. G. *et al.* (2015) *Pharmacotherapy handbook. ninth edition*.
- WHO (2013) 'Schizophrenia'. Available at:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>.
- Yulianty, M. D., Cahaya, N. and Srikartika, V. M. (2017) 'Antipsychotics use and side effects in patients with schizophrenia at Sambang Lihum Hospital South Kalimantan, Indonesia', *Jurnal Sains Farmasi & Klinis*, 3(2), pp. 153–164.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Kode Etik Penelitian



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr. ISKAK TULUNGAGUNG

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK NOMOR : 070 / 1234 / 407.206/2018

Komisi Etik Penelitian Kesehatan RSUD Dr. Iskak Tulungagung dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol penelitian yang berjudul : "STUDI PENGGUNAAN ANTIPSIKOTIK TIPIKAL DAN ANTIPSIKOTIK ATIPIKAL PADA TERAPI SKIZOFRENIA PASIEN NON BPJS RAWAT JALAN DI RSUD Dr. ISKAK TULUNGAGUNG ".

Peneliti : GANARSIH AYU SAFITRI
NIM / NIK / NIP. *) : 1413206020
Program Studi / Unit / Lembaga / Tempat / Instansi Asal Peneliti : Program S-1 Farmasi STIKes Karya Putra Bangsa Tulungagung
Unit / Lembaga / Tempat Penelitian : Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Iskak Tulungagung.

Dinyatakan telah lolos kaji Etik sesuai sesuai kriteria pengambilan keputusan persetujuan protokol.

Tulungagung, 2 Maret 2018
Ketua,

dr. KASIL ROKHMAD, MMRS
Pembina
NIP. 19680413 200212 1 002

Lampiran 2 Surat Ijin Penelitian

	<p>PEMERINTAH KABUPATEN TULUNGAGUNG RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. ISKAK Jl. Dr. Wahidin Sudiro Husodo Telp.(0355) 322609 fax. (0355) 322165 e mail : rsu_iskak_ta@yahoo.com TULUNGAGUNG Kode Pos 66224</p>
Tulungagung, 20 Maret 2018	
Nomor : 423.4/1620/407.206/2018	Kepada :
Sifat : Penting	Yth. Sdr. Ka. Prodi S-1 Farmasi
Lampiran : -	STIKes Karya Putra Bangsa Tulungagung
Perihal : Ijin Penelitian	Di
<u>TULUNGAGUNG</u>	
<p>Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 0632/SKPB/1/2018 tanggal 30 Januari 2018 Perihal Ijin Penelitian, dengan hormat bahwa kami mengijinkan Penelitian Saudara :</p> <p>Nama : Ganarsih Ayu Safitri NIM : 1413206020 Judul Penelitian : Studi Penggunaan Antipsikotik Tipikal dan Antipsikotik Atipikal pada Terapi Skizofrenia Pasien Non BPJS Rawat Jalan di RSUD dr. Iskak Kabupaten Tulungagung.</p> <p>Setelah selesai penyusunan penelitian, yang bersangkutan diwajibkan untuk mempresentasikan hasil penelitian dan mengirimkan copy laporan penelitian kepada Rumah Sakit Umum Daerah dr. Iskak Tulungagung melalui Sub. Bagian Pengembangan Sumber Daya Manusia (PSDM) yang dibuktikan dengan surat keterangan telah mempresentasikan hasil penelitian di RSUD Dr. Iskak Tulungagung.</p> <p>Demikian untuk menjadikan maklum dan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.</p>	
<p>A.n. DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. ISKAK TULUNGAGUNG Wakil Direktur Umum dan Keuangan</p>  <p>Drs. YUDI RAHMAWAN, MM. Bembina Tingkat I NIP. 19650223 199403 1 003</p>	
Tembusan :	
1. Kasi Pelayanan Penunjang Medis RSUD dr. Iskak Tulungagung	
2. Ka. Instalasi Farmasi RSUD dr. Iskak Tulungagung	

Lampiran 3 Data Induk

No	Nama	Resep	Biaya (Rp)
1	No Rekam Medis : 11755XXX Jenis Kelamin : Laki-laki Usia : 38 tahun Tanggal Masuk : 18-12-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	Risperidone Clozapine TFP THD	74.220
2	No Rekam Medis : 11666XXX Jenis Kelamin : Laki-laki Usia : 35 tahun Tanggal Masuk : 27-12-2016 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	Clozapine TFP THD	39.450
3	No Rekam Medis : 11643XXX Jenis Kelamin : Laki-laki Usia : 47 tahun Tanggal Masuk : 24-08-2016 Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	Risperidone Chlorpromazine THD	48.120
4	No Rekam Medis : 11718XXX Jenis Kelamin : Laki-laki Usia : 42 tahun Tanggal Masuk : 19-04-2018 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	TFP THD Merlopam	9.450
5	No Rekam Medis : 11706XXX Jenis Kelamin : Perempuan Usia : 42 tahun Tanggal Masuk : 18-04-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	TFP THD Merlopam	9.450
6	No Rekam Medis : 11658XXX Jenis Kelamin : Laki-laki Usia : 44 tahun Tanggal Masuk : 24-11-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	Risperidone Heximer Clozapine	64.770
7	No Rekam Medis : 11664XXX Jenis Kelamin : Laki-laki Usia : 32 tahun Tanggal Masuk : Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	Risperidone Heximer Clozapine	64.770
8	No Rekam Medis : 11704XXX Jenis Kelamin : Perempuan Usia : 43 tahun Tanggal Masuk : 30-01-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	Risperidone THD Merlopam	34.770

No	Nama	Resep	Biaya (Rp)
9	No Rekam Medis : 11763XXX Jenis Kelamin : Laki-laki Usia : 25 tahun Tanggal Masuk : 11-08-2017 Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	Risperidone Clozapine THD	64.770
10	No Rekam Medis : 11720XXX Jenis Kelamin : Laki-laki Usia : 33 tahun Tanggal Masuk : 12-05-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	TFP THD Merlopam	9.450
11	No Rekam Medis : 11756XXX Jenis Kelamin : Laki-Laki Usia : 25 tahun Tanggal Masuk : 18-12-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	TFP Merlopam Clozapine	39.450
12	No Rekam Medis : 11730XXX Jenis Kelamin : Laki-Laki Usia : 40 tahun Tanggal Masuk : 06-07-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	TFP Merlopam	9.450
13	No Rekam Medis : 11660XXX Jenis Kelamin : Perempuan Usia : 31 tahun Tanggal Masuk : 23-11-2016 Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	Risperidone Diazepam THD	34.770
14	No Rekam Medis : 11662XXX Jenis Kelamin : Laki-Laki Usia : 30 tahun Tanggal Masuk : 05-12-2016 Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	Haloperidol Merlopam	2.370
15	No Rekam Medis : 11739XXX Jenis Kelamin : Laki-Laki Usia : 44 tahun Tanggal Masuk : 04-09-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	Risperidone TFP THD	44.220
16	No Rekam Medis : 11722XXX Jenis Kelamin : Laki-Laki Usia : 64 tahun Tanggal Masuk : 10-10-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	TFP Merlopam	9.450

No	Nama	Resep	Biaya (Rp)
17	No Rekam Medis : 11749XXX Jenis Kelamin : Perempuan Usia : 18 tahun Tanggal Masuk : 02-11-2017 Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	Risperidone Clozapine Merlopam THD	64.770
18	No Rekam Medis : 11737XXX Jenis Kelamin : Perempuan Usia : 32 tahun Tanggal Masuk : 16-08-2017 Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	TFP THD Merlopam	9.450
19	No Rekam Medis : 11743XXX Jenis Kelamin : Laki-Laki Usia : 19 tahun Tanggal Masuk : 16-11-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	TFP THD Merlopam	9.450
20	No Rekam Medis : 11736XXX Jenis Kelamin : Laki-Laki Usia : 35 tahun Tanggal Masuk : 14-12-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	TFP Clozapine THD	39.450
21	No Rekam Medis : 11644XXX Jenis Kelamin : Perempuan Usia : 29 tahun Tanggal Masuk : 29-08-2016 Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	Haloperidol Diazepam	2.370
22	No Rekam Medis : 11662XXX Jenis Kelamin : Perempuan Usia : 34 tahun Tanggal Masuk : 21-03-2017 Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	Risperidone TFP Clozapine	64.770
23	No Rekam Medis : 11649XXX Jenis Kelamin : Perempuan Usia : 41 tahun Tanggal Masuk : 18-05-2017 Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	TFP	9.450
24	No Rekam Medis : 11661XXX Jenis Kelamin : Perempuan Usia : 45 tahun Tanggal Masuk : 10-10-2017 Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	TFP Clozapine THD Merlopam	39.450

No	Nama	Resep	Biaya (Rp)
25	No Rekam Medis : 11663XXX Jenis Kelamin : Laki-Laki Usia : 56 tahun Tanggal Masuk : 14-02-2017 Diagnosa : Skizofrenia Paranoid	Stelazine Heximer	9.450
26	No Rekam Medis : 11748XXX Jenis Kelamin : Perempuan Usia : 40 tahun Tanggal Masuk : 30-10-2017 Diagnosa : Skizofrenia Hebefrenik	Haloperidol Depacote Chlorpromazine	15.720

Lampiran 4 Daftar Harga Antipsikotik

No	Nama Obat	Harga Satuan
1	Clozapine	1.000,00
2	Chlorpromazine	445,00
3	Haloperidol 0.5mg	64,00
4	Haloperidol 1.5mg	103,00
5	Haloperidol 5mg	79,00
6	Risperidone	1.159,00
7	Trifluoperazine	315,00

