

**KARYA TULIS ILMIAH**

**EVALUASI TERAPI OBAT ANTIDEPRESAN PADA PASIEN DEPRESI DI  
RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB TAHUN 2021**



**Oleh :**

**Wina Mustari**

**2019E0B001**

Telah memenuhi Persyaratan dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian Karya Tulis Ilmiah  
Penelitian pada Program Studi DIII Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Mataram

**PROGRAM STUDI DII FARMASI FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM**

**MATARAM**

**TAHUN 2021/2022**

**LEMBAR PENGESAHAN DOSEN PEMBIMBING**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**EVALUASI TERAPI OBAT ANTIDEPRESAN PADA PASIEN DEPRESI DI  
RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB TAHUN 2021**

Oleh :

Wina Mustari

2019E0B001

Menyetujui

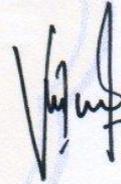
Pembimbing Pertama

Pembimbing Kedua



(Apt. Nurul Qiyaam, M.Farm., Klin)

NIDN. 0827108402



(Apt. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm)

NIDN. 0807119001

**LEMBAR PENGESAHAN DOSEN PENGUJI**

**KARYA TULIS ILMIAH INI TELAH DISEMINARKAN DAN DIUJI OLEH TIM**

**PENGUJI PADA HARI JUM'AT, 22 JULI 2022**

Oleh

**DEWAN PENGUJI**

**Ketua**

**Tanda tangan**

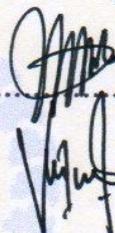
**Apt. Baiq Nurbaety, M.Sc**  
**NIDN: 0829039001**  
**Anggota I**

(.....)



**Apt. Nurul Qiyaam, M.Farm., Klin**  
**NIDN: 0827108402**  
**Anggota II**

(.....)



**Apt. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm**  
**NIDN: 0807119001**

(.....)

**Mengetahui,**  
**Dekan**

**Fakultas Ilmu Kesehatan**  
**Universitas Muhammadiyah Mataram**



**Apt. Nurul Qiyaam, M.Farm., Klin**  
**NIDN: 0827108402**

## PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Dengan ini saya menyatakan:

1. Karya Tulis Ilmiah yang berjudul:

**“EVALUASI TERAPI OBAT ANTI-DEPRESI PADA PASIEN DEPRESI DI RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB TAHUN 2021.”** ini merupakan hasil karya tulis asli yang saya ajukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Ahli Madya pada Program Studi D3 Farmasi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Mataram.

2. Semua sumber yang saya gunakan dalam penulisan karya tulis ilmiah tersebut telah saya cantumkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi D3 Farmasi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Mataram.

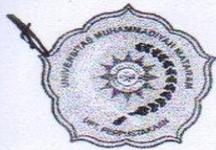
3. Jika di kemudian hari terbukti bahwa karya saya tersebut bukan hasil karya tulis asli saya atau hasil jiplakan dari orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi yang berlaku di Program Studi D3 Farmasi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Mataram.

Mataram, Kamis 08 September 2022

Yang membuat pernyataan



Wina Mustari  
NIM. 2019E0B001



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PENELITIAN DAN  
PENGEMBANGAN PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM  
UPT. PERPUSTAKAAN H. LALU MUDJITAHID UMMAT

Jl. K.H.A. Dahlan No.1 Telp.(0370)633723 Fax. (0370) 641906 Kotak Pos No. 108 Mataram  
Website : <http://www.lib.ummat.ac.id> E-mail : [perpustakaan@ummat.ac.id](mailto:perpustakaan@ummat.ac.id)

SURAT PERNYATAAN BEBAS  
PLAGIARISME

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Mataram, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wina Mustari  
NIM : 2019E08001  
Tempat/Tgl Lahir : Gerung Butun Timur, 05 Desember 2000  
Program Studi : D3 Farmasi  
Fakultas : Ilmu Kesehatan  
No. Hp : 081 717 451 257  
Email : mustari.wina@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Skripsi/KTI/Tesis\* saya yang berjudul :

EVALUASI TERAPI OBAT ANTIDEPRESAN PADA PASIEN DEPRESI  
DI RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB TAHUN  
2021

Bebas dari Plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain. 30%

Apabila dikemudian hari ditemukan seluruh atau sebagian dari Skripsi/KTI/Tesis\* tersebut terdapat indikasi plagiarisme atau bagian dari karya ilmiah milih orang lain, kecuali yang secara tertulis disitasi dan disebutkan sumber secara lengkap dalam daftar pustaka, saya **bersedia menerima sanksi akademik dan/atau sanksi hukum** sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Muhammadiyah Mataram.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun dan untuk dipergunakan sebagai mana mestinya.

Mataram, 3...september.....2022

Penulis



WINA MUSTARI  
NIM. 2019E08001

Mengetahui,  
Kepala UPT. Perpustakaan UMMAT



Iskandar, S.Sos., M.A.  
NIDN. 0802048904

\*pilih salah satu yang sesuai



**MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI PENELITIAN DAN  
PENGEMBANGAN PIMPINAN PUSAT MUHAMMADIYAH  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM  
UPT. PERPUSTAKAAN H. LALU MUDJITAHID UMMAT**

Jl. K.H.A. Dahlan No.1 Telp.(0370)633723 Fax. (0370) 641906 Kotak Pos No. 108 Mataram  
Website : <http://www.lib.ummat.ac.id> E-mail : [perpustakaan@ummat.ac.id](mailto:perpustakaan@ummat.ac.id)

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN  
PUBLIKASI KARYA ILMIAH**

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Mataram, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Wina Mustari  
NIM : 2019E06001  
Tempat/Tgl Lahir : Gerung, Bukit Timur, 05 Desember 2000  
Program Studi : D3 Farmasi  
Fakultas : Ilmu Kesehatan  
No. Hp/Email : 081717451257 / mustariwina@gmail.com  
Jenis Penelitian :  Skripsi  KTI  Tesis

Menyatakan bahwa demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada UPT Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Mataram hak menyimpan, mengalih-media/format, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (*database*), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di Repository atau media lain untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta izin dari saya selama *tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta* atas karya ilmiah saya berjudul:

EVALUASI TERAPI OBAT ANTIDEPRESAN PADA PASIEN DEPRESI DI  
RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUMA PROVINSI NTB TAHUN 2021

Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah ini menjadi tanggungjawab saya pribadi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Mataram, 3 September.....2022  
Penulis



WINA MUSTARI  
NIM. 2019E06001

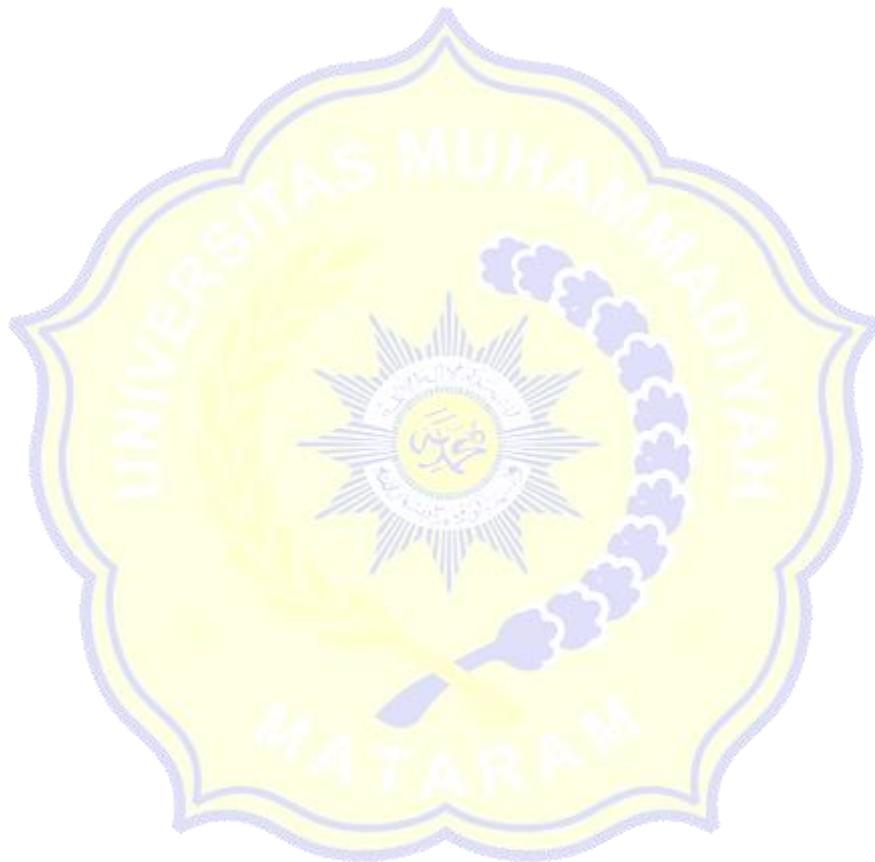
Mengetahui,  
Kepala UPT. Perpustakaan UMMAT



Iskandar, S.Sos., M.A.  
NIDN. 0802048904

**MOTO HIDUP**

***“HIDUP ITU DINIKMATI JANGAN DIBAWA SUSAH”***



## KATA PENGANTAR

*Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh*

*Alhamdulillah*, puji dan syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, taufik, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan judul, **“EVALUASI TERAPI OBAT ANTI-DEPRESI PADA PASIEN DEPRESI DI RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB TAHUN 2021.”** Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Farmasi pada Jurusan D3 Farmasi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Mataram, sebagai ujian akhir program studi di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram. Sholawat dan salam tak lupa penulis sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW yang menjadi pedoman bagi umat Islam.

Penulis menyadari bahwa terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini tidak lepas dari peran, bantuan dan dorongan yang diberikan oleh berbagai pihak kepada penulis. Oleh karena itu, pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Arsyad Abdul Ghani, M.Pd, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Mataram.
2. Ibu Apt. Nurul Qiyaam, M.Farm., Klin selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.

3. Ibu Cahaya Indah Lestari, M.Keb selaku Wakil Dekan I Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
4. Bapak Apt. Abdul Rahman Wahid, M.Farm selaku Wakil Dekan II Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
5. Ibu Apt. Cyntiya Rahmawati, M.KM selaku Ketua Program Studi DIII Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
6. Ibu Apt. Nurul Qiyaam, M.Farm., Klin selaku Pembimbing Pertama, Ibu Apt. Baiq Leny Nopitasari, M.Farm selaku Pembimbing Kedua, Ibu Apt. Baiq Nurbaety, M.Sc selaku dosen penguji, dan Seluruh Bapak Ibu Dosen serta jajaran Staf Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram, yang telah memberikan ilmu, bimbingan dan motivasi kepada penulis.
7. Direktur Rumah sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB
8. Kedua orang tua penulis yakni Abah Mustiah dan Umi Saminah yang selalu mendaampingi penulis dari nol sampai sekarang serta selalu memberikan doa, semangat untuk penulis.
9. Kakak penulis yakni Amanda Rizkia yang selalu memberikan spirit dan semangat untuk penulis
10. Orang ketiga yang penulis cintai setelah ibu dan kakak penulis yakni Kris Wardiansyah yang selalu menjadi support sistem bagi penulis.
11. Kedua ponakan penulis yakni Rizki dan Erwin yang selalu membuat kegaduhan dalam keluarga.

12. Teman-teman Jurusan DIII Farmasi Angkatan 2019 yang telah memberikan semangat, dorongan, kritikan, masukan kepada penulis dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini.
13. Kepada semua pihak yang terlibat secara langsung maupun tidak langsung yang ikut mendukung penulis baik dari segi moril maupun materil yang pada hal ini memberikan dukungan sehingga terselesaikan skripsi ini.

Dengan kerendahan hati penulis menerima kritik dan saran yang membangun, sehingga dapat memperbaiki semua kekurangan yang ada dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga hasil karya ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

*Wassalammualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.*

Mataram, 22 Juli 2022

Penyusun

WINA MUSTARI

NIM: 2019E0B001

## ABSTRAK

### EVALUASI TERAPI OBAT ANTI-DEPRESI PADA PASIEN DEPRESI DI RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB TAHUN 2021

Oleh

**WINA MUSTARI**  
**2019E0B001**

Depresi merupakan jenis penyakit gangguan jiwa yang sering terjadi di masyarakat. Prevalensi gangguan depresi penduduk di dunia 3-8% dan 50% terjadi pada usia 20-50 tahun. Pada tahun 2020 diperkirakan depresi akan menempati urutan ke dua untuk beban global penyakit tidak menular. Semakin meningkatnya angka kejadian depresi sehingga perlu dilakukan penelitian di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi rawat jalan dan rawat inap di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB Tahun 2021 dan mengevaluasi ketepatan penggunaan obat antidepresan berdasarkan pedoman terapi. Penelitian ini merupakan penelitian observasional, dengan metode rancangan deskriptif dan pengumpulan data secara retrospektif. Data yang didapatkan dari rekam medis dengan kriteria inklusi yaitu pasien yang mendapat terapi obat antidepresan dan Pasien depresi katagori usia :16 tahun - 20 tahun, 21 tahun – 40 tahun, 41 tahun – 60 tahun. Hasil dari penelitian 225 pasien episode depresi ditemukan gambaran penggunaan obat antidepresan pada pasien rawat jalan yang banyak digunakan yaitu: Sertaline sebanyak 41,77% pasien, Fluoxentin sebanyak 14,22% pasien, Amytripilin sebanyak 2,66% pasien, Clobazam sebanyak 8% pasien, Olanzapin sebanyak 7,11% pasien, Risperidon sebanyak 6,66% pasien, Lorazepam sebanyak 5,33% pasein, Alprazolam 2,22% pasien, Haloperidon sebanyak 0,88%. Penggunaan obat antidepresan pada pasien rawat inap yang banyak digunakan yaitu : Fluoxentin sebanyak 0,44% pasien, Sertaline sebanyak 0,44% pasien, Olandzapin sebanyak 3,55% pasein, Lorazepam sebanyak 3,55% pasein, Risperidon sebanyak 2,22% pasein, Haloperidon sebanyak 0,44%, Alprazolam sebanyak 0,44%. Dari evaluasi ketepatan pengobatan ditemukan 100% tepat indikasi, tepat pemilihan obat, tepat dosis, dan tepat pasien.

**Kata Kunci:** *Depresi, Antidepresan, Evaluasi terapi, Pasien rawat jalan, Pasien rawat inap.*

## ABSTRACT

### EVALUATION OF ANTI-DEPRESSION DRUG THERAPY IN DEPRESSION PATIENTS AT MUTIARA SUKMA MENTAL HOSPITAL, NTB PROVINCE IN 2021

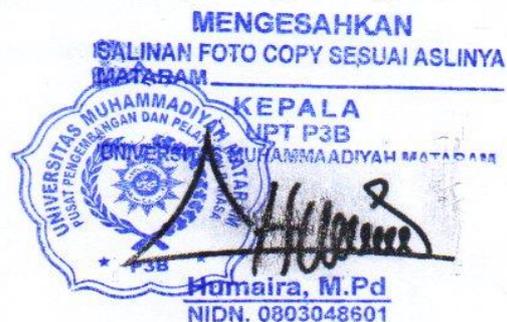
By

WINA MUSTARI

2019E0B001

A common form of mental illness in society is depression. 3-8% of people worldwide have a depressive condition, and 20-50-year-olds account for 50% of cases. According to estimates, depression will have the second-highest worldwide burden of non-communicable disorders by 2020. Research has to be done at Mutiara Sukma Hospital in NTB Province due to the rising prevalence of depression. The study aimed to identify the description of antidepressant drug usage in outpatient and inpatient depression patients at Mutiara Sukma Hospital in NTB Province in 2021 and assess whether antidepressant drug use was suitable in light of therapeutic recommendations. This study uses observational, descriptive design, and retrospective data gathering techniques. Data were gathered from medical records with the following inclusion criteria: antidepressant drug therapy recipients and depression patients aged 16 to 20 years, 21 to 40 years, and 41 to 60 years. According to the findings of a study including 225 individuals who had depressive episodes, antidepressant medication usage in outpatient settings was prevalent, namely: Sertraline in 41.77% of patients, Fluoxetine in 14.22% of patients, Amytripilin in 2.66% of patients, Clobazam in 8% of patients, Olanzapine in 7.11% of patients, Risperidone in 6.66% of patients, Lorazepam in 5.33% of patients, Alprazolam in 2.22% of patients, Haloperidone in 0.88%. The use of antidepressant drugs in inpatients that are widely used are Fluoxetine in 0.44% of patients, Sertraline in 0.44% of patients, Olanzapine in 3.55% of patients, Lorazepam in 3.55% of patients, Risperidone in 2.22% patients, Haloperidone as much as 0.44%, Alprazolam about 0.44%. From the evaluation of the accuracy of the treatment, it was found that it was 100% right on the indication, the right choice of the drug, the right dose, and the right patient.

**Keywords:** Depression, Antidepressants, Evaluation of therapy, Outpatients, Inpatients.





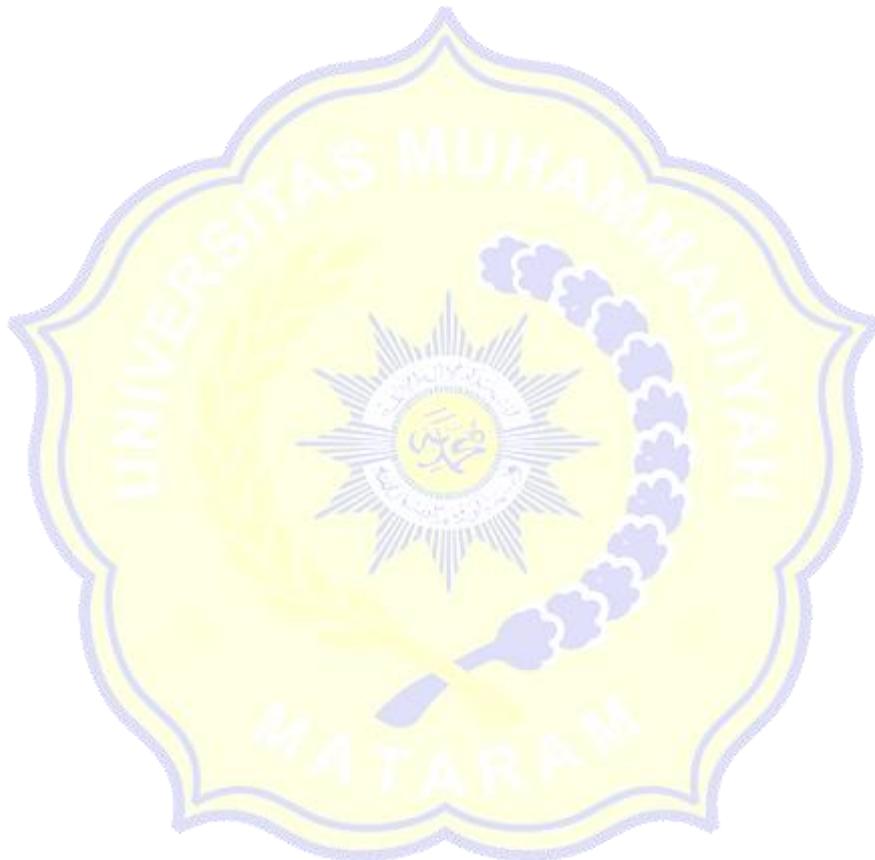
## DAFTAR ISI

<b>KULIT SAMPUL</b> .....	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	<b>iii</b>
<b>LEMBAR SUSUNAN DEWAN PENGUJI</b> .....	<b>iv</b>
<b>LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN KARYA TULIS</b> .....	<b>v</b>
<b>SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME</b> .....	<b>vi</b>
<b>SURAT PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH</b> .....	<b>vii</b>
<b>MOTO HIDUP</b> .....	<b>viii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>ABSTRAK</b> .....	<b>xii</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xvi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xvii</b>
<b>DAFTAR SINGKATAN</b> .....	<b>xviii</b>
<b>LAMPIRAN</b> .....	
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian.....	5
D. Manfaat Penelitian.....	6
E. Orisinalitas Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Depresi.....	9
1. Definisi.....	9
2. Epidemiologi.....	10
3. Etiologi dan Patofisiologi Depresi.....	11
4. Jenis Depresi.....	15
5. Gejala Klinis.....	16
6. Penatalaksanaan.....	19
B. Profil Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Jiwa.....	32
1. Sejarah Berdiri RSJ Provinsi.....	32
2. Visi dan Misi.....	34
C. Kerangka Konsep Penelitian.....	35
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian.....	36
B. Tempat dan Waktu.....	36
1. Tempat.....	36
2. Waktu.....	36
C. Variabel Penelitian.....	36
D. Populasi dan Sampel Penelitian.....	36

1. Populasi Penelitian.....	36
2. Sampel Penelitian.....	37
E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	37
1. Kriteria Inklusi.....	37
2. Kriteria Eksklusi.....	37
F. Teknik Sampling.....	37
G. Definisi Operasional.....	38
H. Instrumen Penelitian.....	39
I. Metode Pengumpulah Data.....	39
J. Analisis Data.....	39
K. Alur Penelitian .....	41
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
A. Karakteristik Pasien.....	42
1. Berdasarkan Jenis Kelamin .....	42
2. Berdasarkan Usia .....	44
3. Berdasarkan Diagnosa.....	45
B. Penggunaan Anti-depresan dan Anti-psikotik .....	46
1. Penggunaan Anti-depresan.....	46
2. Variasi Obat.....	46
C. Evaluasi Terapi.....	48
1. Tepat Indikasi .....	48
2. Tepat Pemilihan Obat .....	48
3. Tepat Dosis.....	49
4. Tepat Pasien .....	49
D. Keterbatasan Penelitian .....	49
<b>BAB V PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	50
B. Saran.....	51
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>52</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Mekanisme Depresi.....	9
Gambar 2.2	Terapi Fase Akut Pada Gangguan Depresi.....	24
Gambar 2.3	Algoritme Terapi Depresi Mayor Tanpa Komplikasi .....	25
Gambar 2.4	Kerangka Konsep Penelitian.....	35
Gambar 3.1	Alur Penilitia.....	41



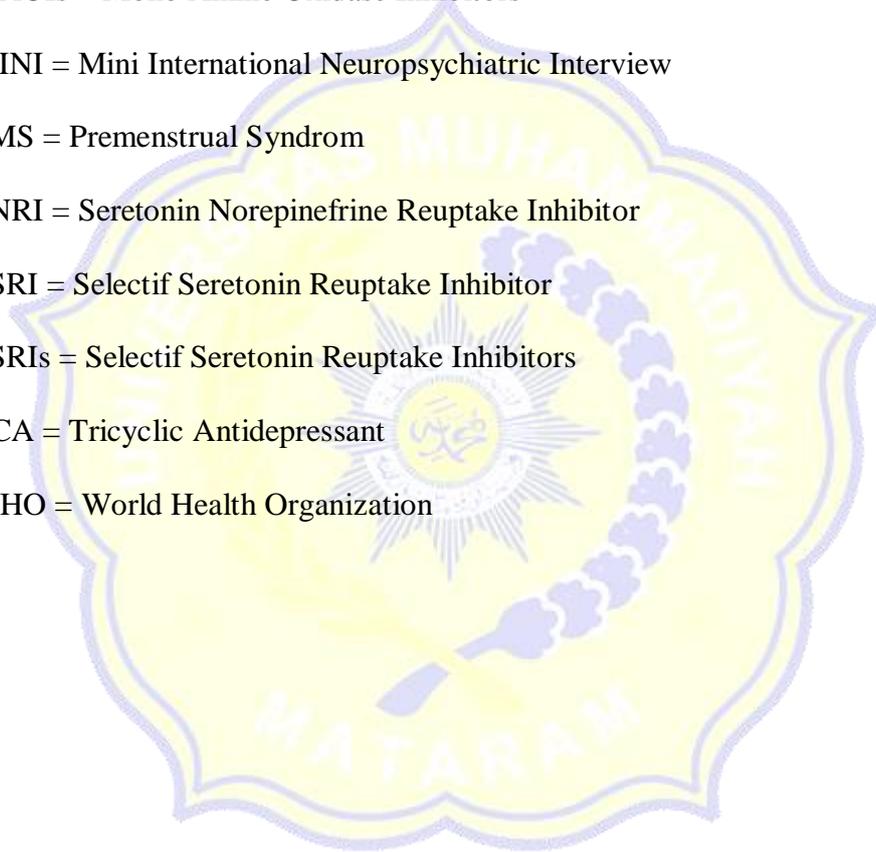
## DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Presentase Pengelompokan Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap di RSJ Mutiara Sukma NTB Tahun 2021 Berdasarkan Jenis Kelamin.....	42
Tabel 4.2	Presentase Pengelompokan Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap di RSJ Mutiara Sukma NTB Tahun 2021 Berdasarkan Jenis Umur.....	44
Tabel 4.3	Presentase Pengelompokan Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap di RSJ Mutiara Sukma NTB Tahun 2021 Berdasarkan Diagnosa.....	45
Tabel 4.4	Gambaran Penggunaan Terapi Anti-depresan pada Pasien Depresi di RSJ Mutiara Sukma NTB Tahun 2021 Berdasarkan Golongan dan Jenis Anti-depresan yang digunakan.....	46
Tabel 4.5	Variasi Obat Anti-psikotik dan Anti-ansietas Pasien Depresi Rawat Jalan dan Rawat Inap di RSJ Mutiara Sukma NTB Tahun 2021.....	47



## DAFTAR SINGKATAN

1. ECT = Electroconvulsive Therapy
2. MAOI = Mono Amine Oxidase Inhibitor
3. MAOIs = Mono Amine Oxidase Inhibitors
4. MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview
5. PMS = Premenstrual Syndrom
6. SNRI = Seretonin Norepinefrine Reuptake Inhibitor
7. SSRI = Selectif Seretonin Reuptake Inhibitor
8. SSRIs = Selectif Seretonin Reuptake Inhibitors
9. TCA = Tricyclic Antidepressant
10. WHO = World Health Organization



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

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

Depresi adalah kekacauan pola pikir yang digambarkan oleh rasa cemas yang serius dan kesedihan yang berkepanjangan sehingga menghambat keinginan untuk melakukan pola hidup sehat seperti kebiasaan manusia pada umumnya. Kesedihan berkepanjangan adalah kondisi medis umum yang benar-benar mengganggu serta mempengaruhi kondisi kesehatan manusia, berdasarkan hasil riset bahwa hampir 20% wanita dan 12% pria yang mengalami depresi dengan gejala cemas dan sedih yang berkepanjangan cepat atau lambat mereka akan mengalami fase gangguan mental yang lebih serius (Michael J. Breus, 2004). Depresi merupakan masalah psikologis yang biasa terjadi di lingkungan masyarakat. Persebaran masalah depresi pada populasi dunia adalah 3-8% dan setengahnya terjadi antara usia 20-50 tahun (Depkes, 2007). Wanita dua kali lebih rentan mengalami depresi dibandingkan pria, yang diyakini karena kontras dalam hormon, dampak persalinan, dan kontras dalam stres psikososial (Ismail dan Siste, 2010).

World Health Organization (WHO) Sesuai laporan yang berjudul State of the World's Children 2021 In My Mind: Mempromosikan, Melindungi dan Merawat Kesehatan Mental Anak, laporan terlengkap UNICEF tentang kesejahteraan emosional jiwa anak-anak, remaja dan wali mereka dalam abad ke-21 - bahkan sebelum munculnya COVID-19, anak muda dan remaja menanggung beban kesehatan emosional, sehingga sangat disayangkan sampai saat ini belum ada ide-

ide atau gagasan-gagasan pemikiran yang kritis dalam mengatasi masalah ini. Mengingat informasi data terakhir, diperkirakan bahwa lebih dari satu dari tujuh remaja berusia antara 10 dan 19 tahun secara keseluruhan di dunia, hidup dengan masalah psikologis (WHO, 2005). Secara konsisten hampir setiap tahun, kasus menghabisi nyawa sendiri sudah memakan korban 46.000 anak muda, yang disebabkan oleh salah satu dari lima alasan utama kematian di kelompok usia ini. Meskipun demikian, masih terdapatnya kendala antara kebutuhan untuk mengatasi masalah kesehatan emosional dan pembiayaan yang dapat diakses. Laporan tersebut menunjukkan bahwa secara universal hanya 2% dari rencana pengeluaran kesejahteraan yang didistribusikan ke kesejahteraan emosional (UNICEF, 2021).

Contoh masalah mental di Indonesia yang diambil dari hasil Studi Kesehatan Dasar tahun 2018, ditemukan adanya peningkatan. Peningkatan ini dapat dilihat dari adanya perluasan kasus keluarga dengan ODGJ di Indonesia. Jumlahnya bertambah menjadi 7 mille passus rumah untuk setiap seribu keluarga. Ini berarti 7 dari 1000 keluarga memiliki ODGJ, sehingga jumlah ODGJ yang diperkirakan sekitar 450.000 dengan kasus depresi berat (Kemenkes RI, 2019).

Rumah Sakit Provinsi Mutiara Sukma (RSJMS) NTB, berdasarkan pernyataan dari Dr. Evy Kustini Somawijaya, Mm selaku direktur menyatakan bahwa, Fakta kebutuhan yang semakin meningkat untuk penanganan kasus ODGJ di NTB, sedangkan keadaan RSJ Mutiara Sukma Jiwa NTB masih kurang dalam hal fasilitas maupun tenaga medis untuk menangani kasus-kasus ODGJ yang kianhari semakin meningkat, sehingga diperlukan perhatian yang lebih dari

pemerintah untuk bersama-sama berjuang dalam menangani kasus ODGJ di NTB. Mengingat berdasarkan dari penelitian kesejahteraan Provinsi se-Indonesia, Provinsi NTB hingga kini masih dinobatkan sebagai daerah dengan berbagai gangguan jiwa berat, gangguan emosional dan depresi, 10% pada 2018. Angka ini lebih tinggi dari seluruh negeri sebesar 7,0% (Kominfotik NTB, 2019).

Semakin menyedihkan suatu kehidupan, semakin banyak individu yang terindikasi depresi, salah satunya adalah meningkatnya kasus bunuh diri yang terungkap melalui berita televisi dan media informasi lainnya. Efek samping dari depresi menimbulkan gejala seperti merasa sengsara, putus asa, pemarah yang berujung pada kematian, kondisi mental yang tidak stabil yang menimbulkan gejala seperti merasa melakukan kesalahan, sinisme, kesedihan, tidak adanya fiksasi, masalah substansial yang menimbulkan gejala seperti migrain, refluks asam, masalah psikomotor yang menimbulkan gejala seperti fungsi otak yang lambat, dan masalah vegetative yang menimbulkan gejala seperti gangguan istirahat, gangguan makan, dan kemampuan seksual. Timbul berbagai macam jenis penyebab terjadinya kasus depresi pada seseorang seperti penyakit depresi yang turun-temurun hingga non-keturunan dengan jenis risiko seperti orientasi, usia, perkawinan status, geologi, karakter, afiliasi tekanan sosial (Amir N, 2004).

Antidepresan adalah obat yang digunakan untuk mengobati kondisi urgen yang disebabkan oleh depresi yang signifikan. Tingkat NT (non-pemancar), terutama NE (norepinefrin) dan serotonin di otak besar secara signifikan mempengaruhi depresi dan masalah kejiwaan lainnya. Derajat NE dan serotonin

yang rendah dalam pikiran menyebabkan keputusasaan, dan ketika kadarnya terlalu tinggi dapat menyebabkan kegilaan. Dengan cara ini, antidepresan adalah obat yang dapat meningkatkan kadar NE dan serotonin di otak besar ( Prayitno,2008 ).

Tujuan pengobatan depresi adalah untuk membebaskan efek samping dari kesedihan mendalam yang beujung pada masalah kejiwaan yang lebi serius, sehingga penggunaan anti-depresan memungkinkan pasien untuk kembali ke kehidupan biasa sebelum adanya depresi serta mencegah timbulnya depresi di masa depan (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

Ada banyak jenis pengobatan, yang kecukupannya bergeser dari satu individu ke individu lainnya. Spesialis mendukung resep bersama antidepresan dan obat lain untuk menyesuaikan ilmu pikiran pasien putus asa. Pengobatan depresi sangat bergantung pada penilaian riwayat kesehatan fisik dan emosional pasien (Kemenkes RI, 2007).

Ketepatan porsi obat tertentu juga harus diperhatikan, karena kelebihan atau kekurangannya bisa menjadi tanda bahwa pengobatan yang diberikan kepada pasien tidak tepat dan mungkin tidak sesuai untuk mencapai hasil yang ideal atau tidak berhasilnya pengobatan. Jika porsinya kurang sesuai, itu bisa menyebabkan peluang pengulangan pengobatan depresi sebesar 45% hingga 70% jika dibandingkan dengan perawatan yang sesuai berdasarkan jenis kesuraman yang dialami (Depkes, 2007).

Dari gambaran di atas, penelitian ini penting untuk dilakukan karena masih banyak penggunaan obat yang tidak tepat sering dijumpai dalam praktek sehari-

hari. Peresepan obat tanpa indikasi yang jelas, penentuan dosis, cara, dan waktu pemberian yang keliru. Disamping itu masih sedikit penelitian terkait evaluasi penggunaan terapi obat anti-depresi pada pasien gangguan jiwa di Rumah sakit ini. Penelitian yang dilakukan adalah evaluasi penggunaan terapi obat anti-depresi pada pasien depresi meliputi tepat indikasi, tepat pemilihan obat, tepat dosis dan tepat pasien di instalasi rawat inap dan rawat jalan RSJ Mutiara Sukma Mataram tahun 2021.

### **B. Rumusan Masalah**

Permasalahan yang akan diteliti dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana profil penggunaan terapi obat anti-depresi pada pasien depresi di instalasi rawat inap dan rawat jalan RSJ Mutiara Sukma Mataram Provinsi NTB tahun 2021?
2. Bagaimana ketepatan penggunaan terapi obat anti-depresi pada pasien depresi di instalasi rawat inap dan rawat jalan RSJ Mutiara Sukma Mataram Provinsi NTB tahun 2021 terkait dengan tepat indikasi, tepat pemilihan obat, tepat dosis dan tepat pasien?

### **C. Tujuan Penelitian**

1. Mengetahui profil penggunaan terapi obat anti-depresi pada pasien depresi di instalasi rawat inap dan rawat jalan RSJ Mutiara Sukma Mataram Provinsi NTB tahun 2021.
2. Mengetahui ketepatan penggunaan terapi obat anti-depresi pada pasien depresi di instalasi rawat inap dan rawat jalan RSJ Mutiara Sukma Mataram Provinsi

NTB tahun 2021 terkait dengan tepat indikasi penyakit, tepat pemilihan obat, tepat dosis dan tepat pasien.

#### **D. Manfaat Penelitian**

Berlandaskan pada permasalahan yang menjadi pokok kajian penelitian ini dan tujuan yang ingin dicapai maka diharapkan penelitian ini dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

##### **1. Bagi Institusi Pendidikan**

Penelitian ini dapat memberikan sumbangan dalam peningkatan ilmu kesehatan pada umumnya dan khususnya dalam bidang kefarmasian, juga bisa digunakan sebagai rujukan bagi mahasiswa kesehatan dan peneliti selanjutnya.

##### **2. Bagi Masyarakat/Pasien**

Diharapkan pada hasil penelitian ini dapat memberikan pengetahuan kepada pasien gangguan jiwa tentang evaluasi terapi obat antidepresi pada pasien depresi di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB tahun 2021.

##### **3. Bagi Peneliti**

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan ilmu farmakoterapi peneliti tentang evaluasi terapi obat antidepresi pada pasien gangguan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB tahun 2021.

##### **4. Bagi Rumah Sakit**

Sebagai masukan bagi lembaga pelayanan kesehatan dalam melakukan evaluasi terapi obat antidepresi pasien depresi.

### E. Orisinalitas Penelitian

1. Yuniastuti (2013) tentang Evaluasi pengobatan energizer pada pasien putus asa di Rumah Sakit Jiwa Surakarta tahun 2011-2012. Di klinik gawat darurat jangka pendek di Surakarta, antidepresan yang umum digunakan pada pasien dengan episode berat adalah antidepresan serotonin reuptake inhibitor (SSRI) spesifik 71,4%, dan jenis antidepresan yang digunakan adalah fluoxetine 64,2% escitalopram dan 7,1% escitalopram. Upper lain yang digunakan adalah amitriptyline 28,6% dari kelompok tricyclic energizer (TCA).
2. Poppy Diah PALUPI dan Metrikana NOVEMBRINA (2018) tentang penilaian pengobatan stimulan pada pasien di RSJD Amino Gondohutomo Semarang dengan efek samping yang memberatkan, penelitian ini menemukan bahwa jenis kesedihan berbeda tetapi tidak kritis untuk lama rawat ( $p>0,05$ ). Keputusan pemberian energizer berbeda namun tidak terlalu besar untuk lama rawat ( $p>0,05$ ). Tidak ada hubungan antara keputusan atas dan lama rawat inap ( $p>0,05$ ).
3. Khairiatul Wida (2020) tentang menilai kesesuaian penggunaan obat pada pasien skizofrenia di poli jangka panjang RS Jiwa Mutiara Sukma Mataram, 2019. Penggunaan terapi pada pasien skizofrenia di poli rawat jalan RS Mutiara Sukma Mataram tahun 2019 adalah 78% antipsikotik dan 18% antianxiety and mind-set stabilisator. 2%, antidepresan 1%. Obat tunggal yang umum digunakan adalah risperidone 8%, dan campuran yang banyak digunakan adalah campuran risperidone-clozapine 13%.

4. Niko Prasetyo (2015) tentang penggunaan antidepresan pada pasien putus asa di poliklinik jangka pendek Rumah Sakit Jiwa Suragada, Agustus 2015. Di antara 61 pasien hipertensi yang lebih tua yang mendapat obat antihipertensi di unit jangka panjang RSUD. Moewardi melacak pada tahun 2016 frekuensi tanda benar 100 persen, pemahaman benar 100 persen, pengobatan 95,08% benar dan porsi benar 96,55%. Amlodipine adalah 32,78% sejauh tingkat pasien yang menggunakan obat antihipertensi yang paling umum digunakan. Secara bersamaan, obat antihipertensi campuran yang paling umum digunakan di antara pasien adalah amlodipine dan candesartan, mewakili 19,67%.

Berdasarkan penelitian di atas, adapun perbedaan dengan penelitian sekarang yang berjudul Evaluasi Terapi Obat Anti-depresi Pada Pasien Depresi di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB tahun 2021 adalah perbedaan tempat, waktu, sampel penelitian dan perspektif.

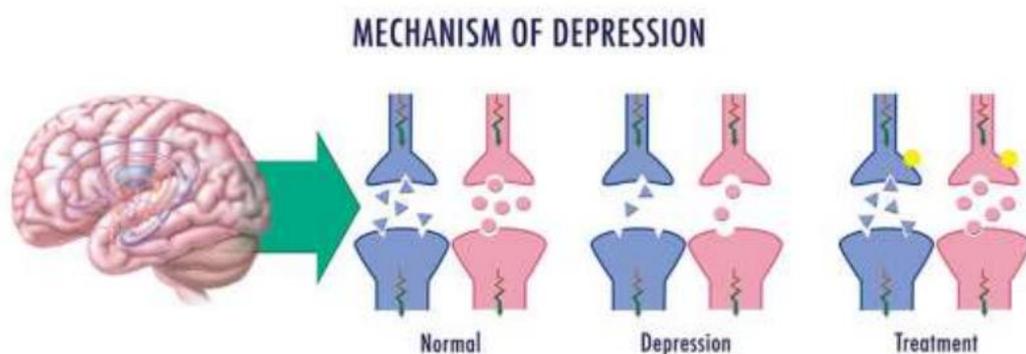
## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Tentang Depresi

##### 1. Definisi Depresi

Depresi adalah masalah temperamen yang digambarkan oleh kesengsaraan yang luar biasa dan mengganggu kehidupan normal (Michael J. Breus, 2004). Depresi adalah kondisi medis umum yang benar-benar mengganggu, sehingga berdasarkan hasil riset, depresi mempengaruhi 20% wanita dan 12% pria cepat atau lambat dalam hidup mereka (Amir N, 2004).



Gambar 2.1 Mekanisme Depresi

Sumber: [www.limoreervationssoftware.com](http://www.limoreervationssoftware.com)

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), depresi adalah masalah mental khas yang digambarkan oleh pola pikir yang rendah, kehilangan keinginan dan minat, perasaan bersalah dan kepercayaan diri yang rendah, sehingga menyebabkan masalah makan dan tidur, tidak adanya energi, dan kesulitan berkonsentrasi. Dalam kasus yang serius, melankolis dapat memicu keinginan untuk menghabisi nyawa sendiri. Berdasarkan hasil riset bahwa, hanya 80% lansia yang ingin mengobati depresi untuk pemulihan penuh dan menghargai hidup, namun sekitar 90% pasien yang menolak pengobatan karena masalah keadan emosional mereka (WHO, 2010).

## **2. Epidemiologi**

Gangguan depresi dapat terjadi pada tahap apa pun dalam kehidupan, dan latar belakang depresi yang dialami oleh suatu keluarga biasanya dimulai antara usia 15 dan 30 tahun. Usia paling awal berkisar antara 5-6 hingga 50 tahun, dengan usia tipikal 30 tahun. Melankolis yang signifikan mulai normal pada usia 40 (di suatu tempat di kisaran 20 dan 50). Studi tentang penularan penyakit ini bersifat otonom ras dan tidak ada hubungannya dengan ekonomi, wanita juga dapat mengalami depresi pasca kehamilan. Orang-orang tertentu kadang-kadang mengalami keputusasaan, tetapi kebanyakan terjadi di musim dingin di negara-negara barat. Ada masalah yang membebani yang penting untuk kebingungan bipolar (dua pos: satu adalah gejala yang membebani dan yang lainnya hiper). Keputusasaan yang signifikan adalah penyakit dengan kekambuhan seumur hidup sekitar

15% dan hingga 25% pada wanita. Wanita dua kali lebih rentan mengalami depresi dibandingkan pria. Konsentrasi di negara-negara Barat mengacu pada masalah hormonal, dampak kerja, stres, dan standar perilaku pribadi yang dipelajari sebagai alasan (Kemenkes RI, 2007).

Banyak orang mengalami depresi terkait dengan penggunaan obat-obatan berbahaya seperti narkoba dan minuman keras, karena narkoba terdiri dari zat-zat sintetis yang mempengaruhi daya pikir, dilanjutkan dengan penggunaan narkoba menyebabkan ketidakseimbangan zat-zat sintetis otak, sehingga menghalangi pandangan, perasaan, dan perilaku (Kemenkes RI, 2007).

### **3. Etiologi dan Patofisiologi Depresi**

Penyebab gangguan jiwa senantiasa dipikirkan dari sisi organobiologik, sosiokultural dan psikoedukatif. Dari sisi biologik dikatakan adanya gangguan pada neurotransmitter, norepinefrin, serotonin dan dopamine. Ketidakseimbangan kimiawi otak yang bertugas menjadi penerus komunikasi antar serabut saraf membuat tubuh menerima komunikasi secara salah dalam pikiran, perasaan dan perilaku. Karena itu pada terapi farmakologik maka terapinya adalah memperbaiki kerja neurotransmitter norepinefrin, serotonin dan dopamin (Kemenkes RI, 2007).

Dari penelitian keluarga didapatkan gangguan depresi mayor dan gangguan bipolar, terkait erat dengan hubungan saudara; juga pada anak kembar, suatu bukti adanya kerentanan biologik, pada genetik keluarga

tersebut. Episoda pertama gangguan seringkali dipicu oleh stresor psikososial pada mereka yang biologiknya rentan. Gangguan depresif juga mungkin dialami oleh mereka yang tidak mempunyai faktor biologik sebagai kontributor terhadap terjadinya gangguan depresif, hal ini lebih merupakan gangguan psikologik (Kemenkes RI, 2007).

Berbagai faktor psikologik memainkan peran terjadinya gangguan depresif. Kebanyakan gangguan depresif karena faktor psikologik terjadi pada gangguan depresif ringan dan sedang, terutama gangguan depresif reaktif. Gangguan depresif reaktif biasanya didiagnosis sebagai gangguan penyesuaian diri selama masa pengobatan (Kemenkes RI, 2007).

Mereka dengan rasa percaya diri rendah, senantiasa melihat dirinya dan dunia luar dengan penilaian pesimistik. Jika mereka mengalami stres besar, mereka cenderung akan mengalami gangguan depresif. Para psikolog menyatakan bahwa mereka yang mengalami gangguan depresif mempunyai riwayat pembelajaran depresi dalam pertumbuhan perkembangannya. Mereka belajar seperti model yang mereka tiru dalam keluarga, ketika menghadapi masalah psikologik maka respon mereka meniru perasaan, pikiran dan perilaku gangguan depresif. Orang belajar dengan proses adaptif dan maladaptif ketika menghadapi stres kehidupan dalam kehidupannya di keluarga, sekolah, sosial dan lingkungan kerjanya. Faktor lingkungan mempengaruhi perkembangan psikologik dan usaha seseorang mengatasi masalah. Faktor pembelajaran sosial juga menerangkan kepada kita

mengapa masalah psikologik kejadiannya lebih sering muncul pada anggota keluarga dari generasi ke generasi. Jika anak dibesarkan dalam suasana pesimistik, dimana dorongan untuk keberhasilan jarang atau tidak biasa, maka anak itu akan tumbuh dan berkembang dengan kerentanan tinggi terhadap gangguan depresif (Kemenkes RI, 2007).

Menurut Freud, kehilangan obyek cinta, seperti orang yang dicintai, pekerjaan tempatnya berdedikasi, hubungan relasi, harta, sakit terminal, sakit kronis dan krisis dalam keluarga merupakan pemicu episode gangguan depresif. Seringkali kombinasi faktor biologik, psikologik dan lingkungan merupakan campuran yang membuat gangguan depresif muncul (Kemenkes RI, 2007).

Etiologi gangguan depresi sangat kompleks, tidak dapat hanya dijelaskan dari satu macam faktor saja, tetapi melibatkan berbagai faktor seperti faktor sosial, perkembangan jiwa, dan biologis. Faktor-faktor tersebut bisa terjadi bersamaan tetapi bisa juga sendiri-sendiri. Gejala yang dilaporkan oleh pasien penderita depresi mayor mencerminkan terjadinya perubahan neurotransmitter monoamine dalam otak, terutama norepinefrin (NE), serotonin (5-HT), dan dopamin (DA) (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

Menurut (Kando, Wells, & Hayes, 2005), patofisiologi depresi dapat dijelaskan dalam beberapa teori. Teori amina biogenik menyatakan bahwa depresi disebabkan karena kekurangan (defisiensi) senyawa monoamin terutama noradrenalin dan serotonin. Oleh karena itu, depresi dapat

dikurangi oleh obat yang dapat meningkatkan kesediaan serotonin, dan noradrenalin, misalnya MAO inhibitor atau antidepresan trisiklik. Namun teori ini tidak dapat menjelaskan fakta mengapa onset obat-obat antidepresan umumnya lama (> 4minggu setelah pemberian dosis), padahal obat-obat tadi bisa meningkatkan ketersediaan neurotransmitter secara cepat. Kemudian munculah hipotesis sensitivitas reseptor.

Hipotesis sensitivitas reseptor menjelaskan bahwa depresi merupakan hasil perubahan patologis pada reseptor yang diakibatkan oleh terlalu kecilnya stimulasi oleh monoamin. Syaraf post-sinapsis akan berespon sebagai kompensasi terhadap besar kecilnya stimulasi oleh neurotransmitter. Jika stimulasi terlalu kecil maka saraf akan menjadi lebih sensitif (supersensitivity) atau jumlah reseptor akan meningkat (upregulation). Jika terjadi stimulasi yang berlebihan saraf akan menjadi kurang sensitif (desensitivity) atau jumlah reseptor akan berkurang (downregulation). Obat-obat antidepresan umumnya bekerja meningkatkan neurotransmitter sehingga meningkatkan stimulasi saraf dan menormalkan kembali saraf yang supersensitif. Proses ini membutuhkan waktu sehingga hal ini dapat menjelaskan mengapa aksi obat antidepresan tidak terjadi secara segera. Hipotesis disregulasi, gangguan depresi dan psikiatik disebabkan oleh ketidak teraturan neurotransmitter, antara lain gangguan regulasi mekanisme homeostasis, gangguan pada ritmik sirkadian, gangguan pada sistem regulasi sehingga terjadi penundaan level neurotransmitter untuk kembali ke

baseline. Hipotesis permisif memberikan gambaran bahwa kontrol emosi diperoleh dari keseimbangan antara serotonin (5-HT) dan norepinefrin (NE). Serotonin (5-HT) mempunyai fungsi regulasi terhadap norepinefrin (NE) sehingga dapat menentukan kondisi emosi apakah terjadi depresi atau manik. Teori ini mempostulatkan bahwa serotonin (5-HT) yang rendah dapat menyebabkan kadar norepinefrin (NE) menjadi tidak normal yang dapat menyebabkan gangguan mood. Jika kadar norepinefrin (NE) rendah akan terjadi depresi, dan jika kadarnya tinggi akan terjadi manik. Menurut hipotesis ini meningkatkan kadar serotonin (5-HT) akan memperbaiki kondisi sehingga tidak muncul gangguan mood.

#### **4. Jenis Depresi**

Gangguan distimia adalah suatu bentuk gangguan mood depresi yang ditandai dengan ketiadaan kesenangan atau kenikmatan hidup yang berlangsung terus menerus selama paling sedikit 2 tahun. Gejala umumnya adalah menghindar dari kehidupan sosial, gangguan tidur, dan tidak bisa menikmati hidup, yang paling buruk dapat berupa keinginan bunuh diri, dan isolasi terhadap kehidupan sosial (Kemenkes RI, 2007).

Gangguan distimia merupakan gangguan perasaan yang bersifat kronis meliputi perasaan tertekan, keadaan gangguan ini tidak lebih parah daripada gangguan depresi mayor (Wells, 2006).

Gangguan depresi mayor (depresi unipolar) adalah gangguan perasaan hati yang ditandai dengan munculnya satu atau lebih gejala episode

gangguan depresi seperti perasaan tertekan, kehilangan ketertarikan atau kenyamanan, insomnia, agitasi psikomotor, fatigue, dan kehilangan konsentrasi untuk berfikir tanpa adanya sejarah episode manik, hipomanik, atau campuran keduanya selama lebih dari 2 minggu (Kando, Wells, & Hayes, 2005). Jika terjadi dalam tempo waktu yang lama depresi mayor dapat berlanjut hingga mengganggu fungsi sosial dan kehidupan sehari-hari pasien (Kemenkes RI, 2007).

Gangguan depresi tipe manik (depresi bipolar) merupakan kebalikan dari gangguan depresi. Hal ini ditandai dengan peningkatan suasana hati atau euforia, peningkatan aktivitas dengan berkurangnya kebutuhan untuk tidur dan peningkatan optimisme yang biasanya jadi begitu ekstrim, peningkatan seksualitas yang mungkin dapat mengganggu status pernikahan bagi pasien yang sudah menikah (Belmaker, 2004).

## **5. Gejala Klinis**

Gejala gangguan depresi berbeda-beda dari satu orang ke orang lainnya, dipengaruhi juga oleh beratnya gejala (Kemenkes RI, 2007). Pada pasien depresi ditemui adanya gejala emosional, gejala fisik, gejala intelektual atau kognitif, dan gangguan psikomotor (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

Gejala emosional berupa berkurangnya kemampuan untuk menikmati kesenangan, kehilangan minat pada aktifitas yang biasa dilakukan, sedih, pesimis, menangis, tidak punya harapan, kecemasan, perasaan bersalah, dan

keadaan-keadaan psikotik seperti halusinasi pendengaran dan delusi (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

Gejala fisik meliputi fatigue, rasa sakit (khususnya sakit kepala), gangguan tidur, gangguan nafsu makan (menurun ataupun meningkat), kehilangan gairah seksual, keluhan pada sistem gastrointestinal atau kardiovaskuler, khususnya palpitasi (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

Gejala intelektual atau kognitif dapat berupa perubahan cara berpikir, terganggunya konsentrasi dan pengambilan keputusan, sulit mempertahankan memori jangka pendek, dan terkesan sebagai sering lupa, tidak percaya diri, sering dihindangi pikiran negatif seperti keinginan untuk bunuh diri atau membunuh orang lain (Kemenkes RI, 2007). Gangguan psikomotor depresi ditunjukkan dengan adanya retardasi psikomotor berupa keterlambatan dalam proses berpikir dan berbicara (Belmaker, 2004).

Kriteria episode depresi mayor menurut (Kando, Wells, & Hayes, 2005) adalah lima atau lebih gejala-gejala episode depresi mayor pernah terjadi selama periode 2 minggu dan terjadi perubahan fungsional dari sebelumnya. Paling tidak disertai gejala perasaan depresi/tertekan atau kehilangan ketertarikan. Gejala ini tidak termasuk gejala yang disebabkan karena kondisi pengobatan, halusinasi atau delusi.

Gejala-gejala episode depresi mayor tersebut adalah perasaan tertekan, kehilangan ketertarikan atau kenyamanan dalam semua atau hampir semua aktifitas, insomnia atau hiperinsomnia, agitasi psikomotor atau retardasi

(tidak selalu berupa perasaan subyektif berupa tidak bisa beristirahat atau menjadi lamban), fatigue atau kehilangan energi, perasaan tak berguna atau perasaan bersalah secara berlebihan (dapat berupa delusi), kehilangan kemampuan untuk berfikir, berkonsentrasi, atau tidak dapat membuat keputusan. Gejala-gejala tersebut terjadi hampir sepanjang hari dan setiap hari. Selain gejala di atas, pasien depresi mayor juga mengalami penurunan atau kenaikan berat badan yang signifikan dalam keadaan tidak sedang diet khusus (misalnya terjadi perubahan berat badan sebesar 5% dalam sebulan), dan mempunyai pikiran berulang untuk mati, bunuh diri tanpa rencana spesifik, atau percobaan bunuh diri, atau adanya rencana spesifik untuk bunuh diri.

Gejala-gejala tersebut menyebabkan kesukaran atau kerusakan yang signifikan dalam hal kehidupan sosial, pekerjaan, atau fungsional-fungsional lainnya, bukan disebabkan karena efek fisiologis secara langsung dari obat-obatan (misalnya karena penyalahgunaan obat-obatan atau karena pengobatan tertentu) atau bukan pula disebabkan karena kondisi kesehatan secara umum (misalnya karena penyakit hipotiroid). Gejala-gejala tersebut tidak mengalami perbaikan setelah terjadinya peristiwa kehilangan (misalnya setelah kehilangan orang yang dicintainya), gejala ini bertahan selama lebih dari 2 bulan atau dikarakterisasikan dengan kerusakan fungsional, keasikan yang tidak wajar dengan perasaan tak berharga, ide

bunuh diri, gejala-gejala psikotik atau retardasi psikomotor (Karasu, Gelenberg, Merriam, & Wang, 2000).

## 6. Penata-laksanaan

Penatalaksanaan yang adekuat menggunakan kombinasi terapi psikologis dan farmakologis disertai pendekatan multidisiplin yang menyeluruh. Terapi diberikan dengan memperhatikan aspek individual harapan-harapan pasien, martabat (dignity) dan otonomi/kemandirian pasien. Problem fisik yang ada bersama-sama dengan penyakit mental harus diobati.

Tujuan dari pengobatan depresi adalah untuk mengurangi gejala depresi akut, memudahkan pasien agar dapat kembali kepada fungsi hidupnya seperti semula sebelum terkena depresi dan untuk mencegah depresi lebih lanjut (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

Banyak jenis terapi, efektifitas akan berbeda dari orang ke orang dari waktu ke waktu. Psikiater memberikan medikasi dengan antidepresan dan medikasi lainnya untuk membuat keseimbangan kimiawi otak pasien depresi. Pilihan terapi sangat tergantung pada hasil evaluasi riwayat kesehatan fisik dan mental pasien (Kemenkes RI, 2007).

Saat merencanakan intervensi pengobatan penting untuk menekankan kepada pasien bahwa ada beberapa fase pengobatan sesuai dengan perjalanan gangguan depresi. Fase tersebut adalah fase akut, fase pencegahan (terapi lanjutan), dan fase pemeliharaan/rumatan (Kemenkes RI, 2007).

Menurut (Mann, 2005), tiap fase pengobatan mempunyai tujuan tertentu. Tujuan terapi fase akut yaitu untuk mencapai masa remisi, yaitu masa ketika gejala-gejala depresi seminimal mungkin. Pada masa remisi ini kriteria-kriteria terjadinya episode depresi mayor pada pasien sudah berkurang, dan terjadinya peningkatan fungsi psikososial. Rawat inap dibutuhkan jika pasien menunjukkan gejala-gejala yang parah.

Terapi fase akut biasanya berlangsung selama 6-10 minggu. Evaluasi terhadap pasien dilakukan seminggu sekali atau 2 minggu sekali. Dosis obat yang diberikan mulai dari dosis yang rendah, kemudian secara bertahap dosis ditingkatkan, tergantung dari respon klinik pasien dan efek samping yang muncul.

Terapi fase lanjutan pada umumnya berlangsung selama 6-9 bulan setelah dimulainya masa remisi. Tujuannya yaitu untuk menghilangkan gejala residual, mengembalikan fungsi-fungsi seperti sebelumnya, dan mencegah terjadinya recurrence atau relapse yang lebih awal. Adanya gejala residual (remisi parsial) merupakan prediktor yang kuat untuk terjadinya recurrence atau relapse yang lebih awal atau terjadinya depresi kronis.

Terapi harus dilanjutkan hingga gejala-gejala yang ada hilang. Episode depresi yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan dan depresi dengan gejala psikotik membutuhkan masa terapi lanjutan yang lebih lama hingga 12 bulan. Pengobatan dan dosis yang sama seperti pada terapi fase akut digunakan selama terapi lanjutan.

Terapi fase pemeliharaan dilakukan selama 12-36 bulan untuk mengurangi resiko terjadinya recurrence hingga 2/3. Pendekatan ini diindikasikan bagi pasien yang tiap tahunnya mengalami episode depresi, pasien yang mengalami kerusakan fisik akibat gejala residual yang ringan, pasien yang menderita depresi mayor atau minor yang kronis, atau bagi pasien depresi berat dengan resiko bunuh diri. Durasi terapi pemeliharaan ini tergantung dari sejarah penyakit dan untuk kasus yang mengalami recurrence, terapi pemeliharaan ini dapat diperpanjang atau bahkan dilakukan dalam waktu yang tak terbatas. Pilihan pertama untuk terapi fase pemeliharaan adalah antidepresan yang dapat mengarahkan ke fase remisi (Mann, 2005).

Secara umum, terapi yang terbukti efektif pada fase akut dan fase lanjutan, juga digunakan pada fase pemeliharaan (Karasu, Gelenberg, Merriam, & Wang, 2000). Kriteria respon pasien terhadap terapi antidepresan dibagi menjadi beberapa poin. Antidepresan tidak berespon jika keparahan gejala depresi berkurang  $\leq 25\%$ , respon parsial jika keparahan gejala depresi berkurang sebesar 26-49%, remisi parsial, yaitu jika keparahan gejala depresi berkurang sebesar  $\geq 50\%$  (masih ada gejala residual), remisi yaitu tidak ada gejala depresi sama sekali, kembali ke fungsi normal, relapse jika pasien kembali ke keadaan depresi dengan gejala penuh dan hal ini terjadi ketika pasien berada pada masa remisi, recovery adalah perpanjangan masa remisi, recurrence jika terjadi episode baru depresi ketika pasien berada pada masa recovery (Mann, 2005).

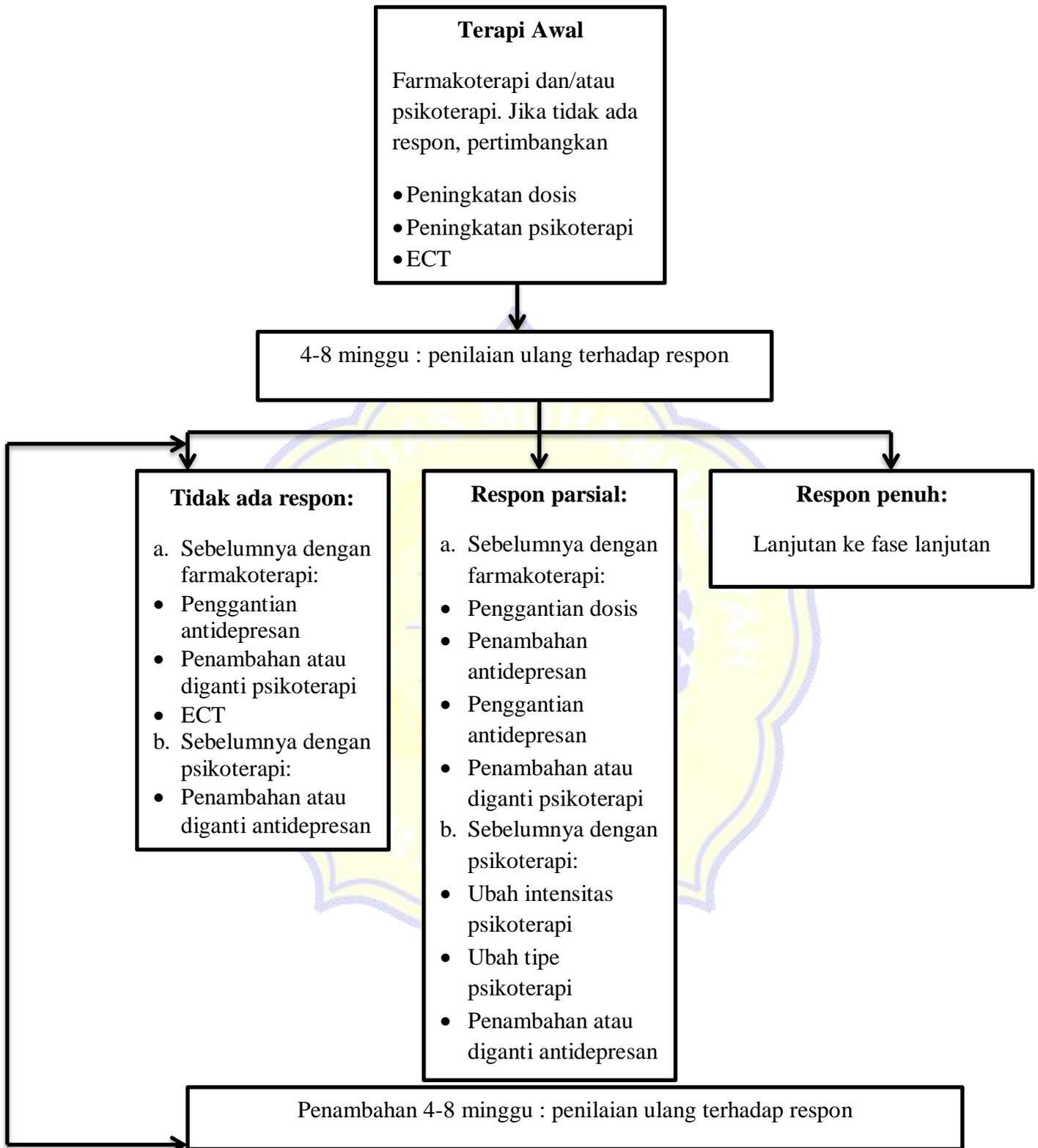
Ada 3 pendekatan utama secara farmakologi yang digunakan jika pasien tidak berespon terhadap terapi antidepresan. Pendekatan yang pertama yaitu penghentian penggunaan antidepresan yang sedang digunakan dan menggantikannya dengan antidepresan golongan lain. Kedua, dengan menambahkan antidepresan yang sedang digunakan dengan litium, liotrionin, atau antikonvulsan seperti karbamazepin atau asam valproat, atau penambahan antipsikotik. Ketiga, dengan menggunakan kombinasi antidepresan dari dua kelas yang berbeda secara bersama-sama. Pasien depresi psikotik membutuhkan kombinasi antidepresan dan antipsikotik (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

Penghentian terapi dilakukan jika tidak terjadi recurrence atau relapse selama terapi lanjutan, maka setelah paling tidak 6 bulan menjalani terapi lanjutan, dilakukan penghentian terapi secara bertahap. Penghentian terapi yang sangat dini tanpa adanya terapi lanjutan mempunyai resiko relapse 77% lebih tinggi jika dibandingkan dengan menjalani terapi lanjutan terlebih dahulu (Mann, 2005).

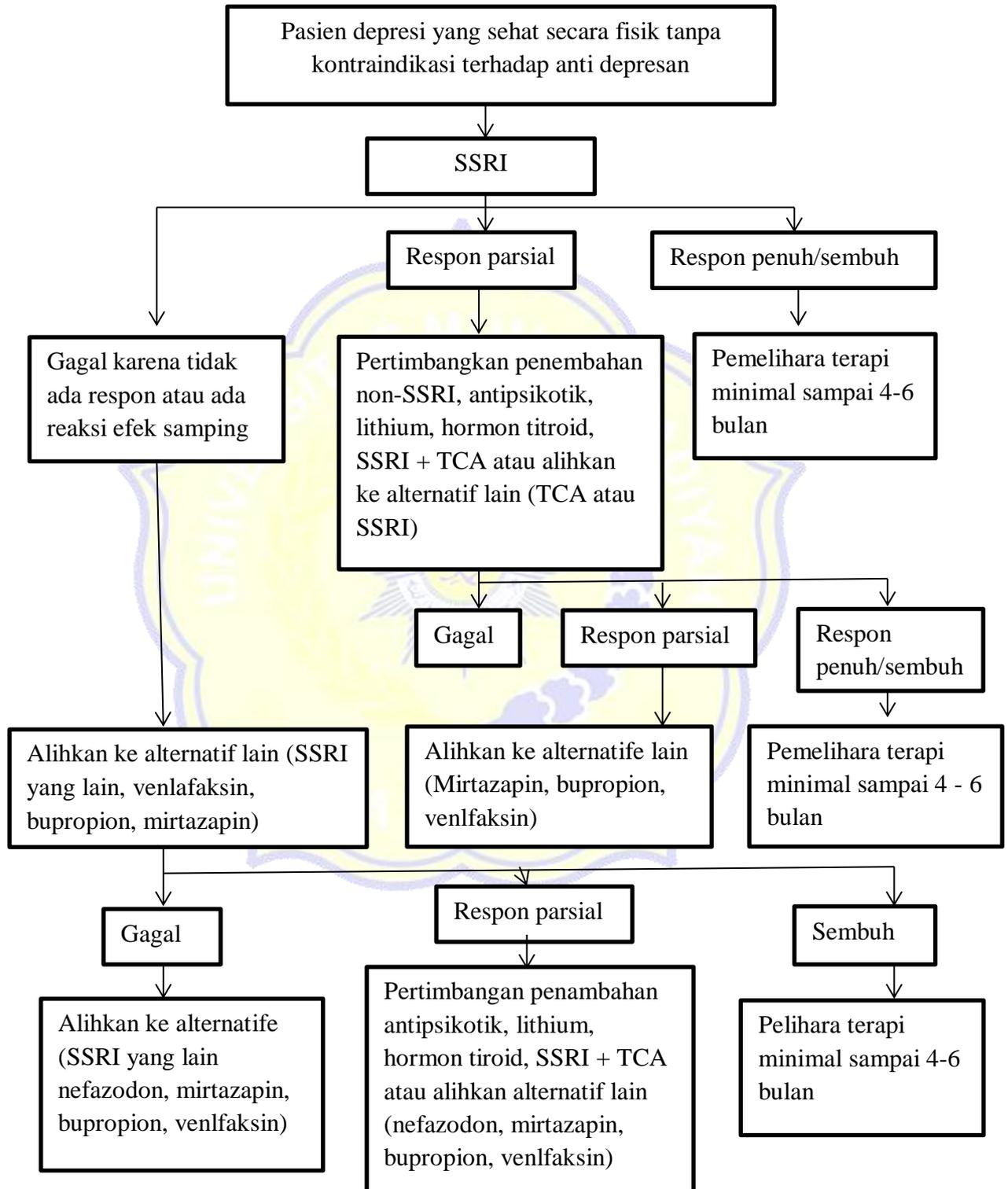
Proses tapering dosis dalam masa penghentian terapi dapat meminimalisir sindrom penghentian obat yang dapat terjadi selama beberapa hari. Sindrom ini berupa ketidakseimbangan fisik, seperti gejala gangguan gastrointestinal, gejala yang menyerupai influenza, gangguan tidur dan gangguan sensori. Sedangkan gejala psikologi yang dapat muncul

yaitu berupa ansietas, agitasi, iritabilitas. Sindrom penghentian obat ini biasanya disebut sebagai sindrom withdrawal (Mann, 2005).





Gambar 2.2. Terapi Fase Akut pada Gangguan Depresi (Karasu, Gelenberg, Merriam, & Wang, 2000).



Gambar 2.3 Algoritme Terapi Depresi Mayor Tanpa Komplikasi (Kando, 2005)

#### a. Terapi Farmakologi

Antidepresan adalah obat-obat yang mampu memperbaiki suasana jiwa atau mood dengan menghilangkan atau meringankan gejala keadaan murung, yang tidak disebabkan oleh kesulitan sosial-ekonomi, obat-obatan atau penyakit (Tjay & Rahardja, 2007).

##### 1) Antidepresan Trisiklik (TCA)

Antidepresan Trisiklik (TCA) bekerja dengan menghambat reuptake serotonin dan norepinefrin secara tidak selektif di dalam otak (Kando, Wells, & Hayes, 2005). Obat-obat yang termasuk antidepresan trisiklik antara lain amitriptilin, klomipramin, imipramin, desipramin, nortriptilin, maproptilin (Mann, 2005).

##### 2) Selectif Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI)

Selectif Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) merupakan golongan obat yang secara spesifik menghambat reuptake serotonin dan norepinefrin di dalam otak. Antidepresan yang termasuk golongan SSRI antara lain fluoksetin, paroksetin, sertraline, fluvoksamin, citalopram, escitalopram (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

##### 3) Antidepresan golongan Serotonin/Norepinefrin Reuptake Inhibitor (SNRI)

Antidepresan golongan Serotonin/Norepinefrin Reuptake Inhibitor (SNRI) misalnya vanlafaksin, duloksetin, dan milnasipran bekerja dengan jalan mengblok transporter monoamin secara lebih

selektif daripada antidepresan trisiklik, tidak menimbulkan efek konduksi jantung sebagaimana yang tidak ditimbulkan oleh antidepresan trisiklik (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

#### 4) Antidepresan golongan aminoketon

Antidepresan golongan aminoketon tidak memiliki efek yang cukup besar dalam reuptake norepinefrin dan serotonin. Satu-satunya antidepresan aminoketon yang dipasarkan adalah bupropion, mempunyai mekanisme aksi obat yang unik. Bupropion tidak memiliki efek yang cukup besar dalam reuptake norepinefrin dan serotonin (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

#### 5) Antidepresan triazolopiridin

Antidepresan triazolopiridin, contohnya trazodon dan nefazodon mempunyai aksi ganda terhadap saraf-saraf serotoninergik yaitu sebagai antagonis 5-HT<sub>2</sub> dan sebagai penghambat reuptake 5-HT, serta meningkatkan neurotransmisi 5-HT<sub>1A</sub>. Obat-obatan ini tidak mempunyai afinitas terhadap reseptor histaminergik dan kolinergik. Trazodon digunakan sebagai antidepresan yang dipakai untuk efek samping sekunder (misalnya, pusing dan sedasi) dan peningkatan availabilitas alternatif yang lebih ditoleransi (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

#### 6) Antidepresan golongan tetrasiklik

Antidepresan golongan tetrasiklik contohnya mirtazapin dan maprotilin. Mirtazapin bekerja sebagai antagonis pada autoreseptor dan heteroreseptor adrenergik L1 di presinaptik sehingga pengeluaran norepinefrin dan serotonin di dalam otak dapat dipicu (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

#### 7) *Mono Amine Oxidase Inhibitor* (MAOI)

*Mono Amine Oxidase Inhibitor* (MAOI) merupakan suatu sistem enzim kompleks yang terdistribusi luas dalam tubuh, berperan dalam dekomposisi amin biogenic, seperti norepinefrin, epinefrin, dopamine, serotonin (Kemenkes RI, 2007). Obat yang termasuk dalam antidepresan MAOI adalah fenelzin, tranilsipromin, isokarboksazid, dan seleginin. (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

Terapi penggunaan antidepresan mempunyai beberapa prinsip-prinsip umum yaitu, antidepresan mempunyai efikasi yang setara jika diberikan dalam dosis yang sebanding, terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi pemilihan antidepresan seperti sejarah respon pasien terhadap pengobatan yang lalu, sejarah respon pengobatan pada keluarga, subtype depresi, potensi interaksi obat, variasi obat dan efek sampingnya dan biaya pengobatan, 65% sampai 70% pasien dengan depresi mayor mengalami kemajuan dengan antidepresan, depresi melankolik berespon baik terhadap antidepresan trisiklik (TCA), Selektif Serotonin Reuptake

Inhibitors (SSRIs), dan ECT, respon terhadap Mono Amine Oxidase Inhibitors (MAOIs) lebih sering dijumpai pada pasien dengan depresi atipikal, pasien yang mengalami kegagalan respon terhadap TCA, dapat berespon baik dengan SSRI, individu dengan depresi psikotik biasanya diterapi dengan ECT atau kombinasi terapi dengan antidepresan ditambah antipsikotik (Wells, 2006).

Ada banyak faktor yang harus dipertimbangkan dalam pemilihan farmakoterapi antidepresan, misalnya target simptom, kerja obat, farmakokinetik, cara pemberian, efek samping, interaksi obat, sampai harga obat (Kemenkes RI, 2007).

Durasi rata-rata yang diperlukan untuk mengobati satu episode depresi yaitu selama 6 bulan, itupun masih ada resiko untuk terjadinya episode depresi lanjutan (Mann, 2005).

Berbagai antidepresan mempunyai keefektifan yang setara. Karena itu, seleksi awal terapi dengan antidepresan didasarkan pada pertimbangan keamanan dan toleransi pasien terhadap efek samping antidepresan, kecocokan pasien, data klinik mengenai kuantitas dan kualitas penggunaan antidepresan. Berdasarkan pertimbangan ini, maka antidepresan berikut adalah antidepresan yang memberikan hasil yang optimal bagi kebanyakan pasien: SSRI, desipramin, nortiptilin, bupropion, dan venlavaksin (Karasu, Gelenberg, Merriam, & Wang, 2000).

Pengukuran dapat diartikan sebagai cara atau prosedur kuantifikasi terhadap suatu atribut atau variabel di sepanjang suatu kontinum (Azwar, 2015). Furr dan Bacharach (2008) menjelaskan bahwa psikometrika sebagai sebuah ilmu lebih berfokus pada konseptual dan hubungan antara ide dan realita dalam pengukuran, bukan pada hitungan matematika dan aritmatika. Meskipun demikian, dalam prosedur pengukuran, psikometrika tidak akan bisa lepas dari ilmu lain yang terkait seperti matematika dan statistika. Hal ini terkait dengan beberapa estimasi dalam menentukan validitas maupun reliabilitas dalam pengembangan alat ukur yang memerlukan pemahaman dasar formula matematika dan statistika. Begitu juga dua pendekatan yang digunakan, yakni pendekatan Teori Tes Klasik dan Teori Respon Butir juga merupakan turunan dari formula matematika yang diaplikasikan dalam pengukuran psikologi.

Azwar (2016) menjelaskan bahwa dalam bidang Psikologi, atribut yang menjadi objek pengukuran itu dapat dibagi menjadi dua, yakni atribut yang bersifat kemampuan maupun atribut yang bersifat non-kemampuan. Atribut yang bersifat kemampuan menunjukkan kapasitas intelektual individu oleh karena itu sering juga disebut kemampuan kognitif. Atribut kemampuan ini dapat dibagi menjadi dua, yakni kemampuan aktual dan kemampuan potensial. Kemampuan aktual merupakan performansi nyata yang dimiliki individu saat ini

pada satu bidang tertentu, misalnya nilai pelajaran Kimia di kelas. Sedangkan kemampuan potensial merupakan modal dasar yang dimiliki individu untuk mencapai performansi yang optimal. Kenyataannya, performansi yang ditampilkan tidak selalu menggambarkan kemampuan potensi yang dimiliki. Ada individu yang memiliki potensi namun tidak mampu memperlihatkan performansi maksimal. Tingkat performansi dalam hal ini merupakan perpaduan dari potensi dan usaha seseorang. Atribut psikologi lainnya yaitu atribut non-kemampuan atau sering disebut juga sebagai kepribadian atau atribut afektif. Pengukuran kedua macam ini juga berbeda. Dalam istilah umum, penyebutan alat ukur atribut kemampuan disebut sebagai tes, sedangkan penyebutan alat ukur untuk atribut non-kemampuan disebut skala. Tes terdiri atas tes pretasi (untuk mengukur kemampuan aktual) serta tes inteligensi dan tes bakat (untuk mengukur kemampuan potensi). Valid tidaknya hasil tes yang diperoleh bergantung pada apakah individu tersebut benar-benar mengerjakan tes dengan usaha maksimal atau tidak. Sedangkan valid tidaknya hasil yang diperoleh pada skala bergantung pada kejujuran individu dalam menjawab. Perbedaan lainnya antara tes dan skala adalah pada item dan responnya. Pada tes kognitif, subjek dapat tahu arah dari pertanyaan serta respon dapat dibagi menjadi respon yang benar dan salah. Sedangkan pada skala, subjek tidak tahu arah

pertanyaannya dan setiap respon bisa dianggap benar jika subjek menjawab dengan jujur.

## **B. Profil Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB**

### **1. Sejarah Berdirinya RSJ Provinsi NTB**

Rumah Sakit Jiwa (RSJ) Mataram didirikan berdasarkan surat Penunjukan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tanggal 31 Oktober 1983 No. 17867/Yankes/DKJ/1983 kepada PT. Yodya Karya, Jl. D.I Panjaitan No.8 Cawang Jakarta dan Perwakilannya di Provinsi Nusa Tenggara Barat sebagai Konsultan Perencanaan, dengan tugas pembuatan Masterplan Rumah Sakit Jiwa Mataram dan pembuatan design/dokumen tender dan memberikan penjelasan dalam "aanwijzing". Rumah Sakit Jiwa Mataram didirikan dengan pertimbangan bahwa Rumah Sakit Jiwa Selebung (milik Daerah) tidak dapat dikembangkan karena letaknya terpencil dan bangunannya tidak memenuhi syarat sebagai Rumah Sakit.

Pembiayaan pembangunan Rumah Sakit Jiwa Mataram berasal dari Anggaran Pembangunan tahun 1982/1983, mulai beroperasi tanggal 27 Oktober 1987, diresmikan 27 Januari 1990 oleh Menteri Kesehatan RI (Bapak Dr. Adhyatma MPH). Pada awal beroperasi hanya melayani rawat jalan sekaligus sebagai unit gawat darurat. Pelayanan rawat inap baru dilaksanakan tahun 1988/1989 dengan 2 ruangan perawatan (Ruang Mawar dan Melati). Struktur Organisasi Rumah Sakit Jiwa Mataram semula adalah Rumah Sakit Jiwa Klas C berdasarkan SK. MenKes: 395/MenKes/SK/VI/1989 tanggal 19 Juni 1989.

Rumah Sakit Jiwa Mataram sejak semula direncanakan sebagai Rumah Sakit Jiwa Kelas B, untuk itu Rumah Sakit Jiwa Selebung diintegrasikan dengan Rumah Sakit Jiwa Mataram dan menjadi Rumah Sakit Jiwa Mataram Kelas B berdasarkan SK MenKes RI Nomor: 656/Menkes/SK/X/1991 tanggal 30 Oktober 1991.

Tahun 1991, RSJ Mataram menambah kapasitas pelayanan rawat inapnya dengan penambahan 2 ruang perawatan (ruang angsoka dan Dahlia) dan tahun 1996 kembali memperluas ruang perawatan dengan membangun ruang rehabilitasi (ruang sandat),IGD, gizi dan IPRS, ruang generator dan incenerator. Tahun 2000 dibangun ruang khusus terapi dan rehabilitasi narkoba dan tahun 2004 dilakukan pengembangan dan diresmikan sebagai pusat rehabilitasi narkoba "One Stop Centre (OSC)", dua tahun kemudian (2005) RSJ Mataram membangun klinik VCT Bale matahari dan yang terakhir tahun 2007 pembangunan ruang perawatan kelas I dan II (ruang Flamboyan) untuk mengganti ruang Angsoka yang sebelumnya merupakan kelas I dan II. Sampai dengan Desember 2009, RSJ Provinsi sudah memiliki 6 ruang perawatan, 1 ruang rehabilitasi dan IGD. Sebelum otonomi daerah RSJ Mataram merupakan RS khusus milik pemerintah pusat dan sejak otonomi daerah tahun 2001, RSJ Mataram menjadi milik Pemerintah Daerah dan merupakan Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) Dinas Kesehatan Provinsi NTB berdasarkan Peraturan Daerah No.13 tahun 2001. Sejak bulan Agustus 2008 berdasarkan Peraturan Daerah No. 8 Tahun 2008 RSJ Mataram berubah status menjadi Lembaga Teknis

Daerah (LTD) dengan nama RSJ Provinsi yang merupakan unsur pelayanan kesehatan khusus jiwa yang berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah dan secara teknis operasional berkoordinasi dengan Kepala Dinas Kesehatan dengan status Rumah Sakit Khusus Kelas B.

Sejak diresmikan tahun 1990 sampai dengan sekarang, RSJ Provinsi telah berganti pimpinan 6 kali penyesuain masa kepemimpinan, dimana yang menjadi pimpinan RSJ Provinsi Tahun 2019 – Sekarang yakni Dr. Evi Kustini Somawijaya, Mm

## **2. Visi dan Misi**

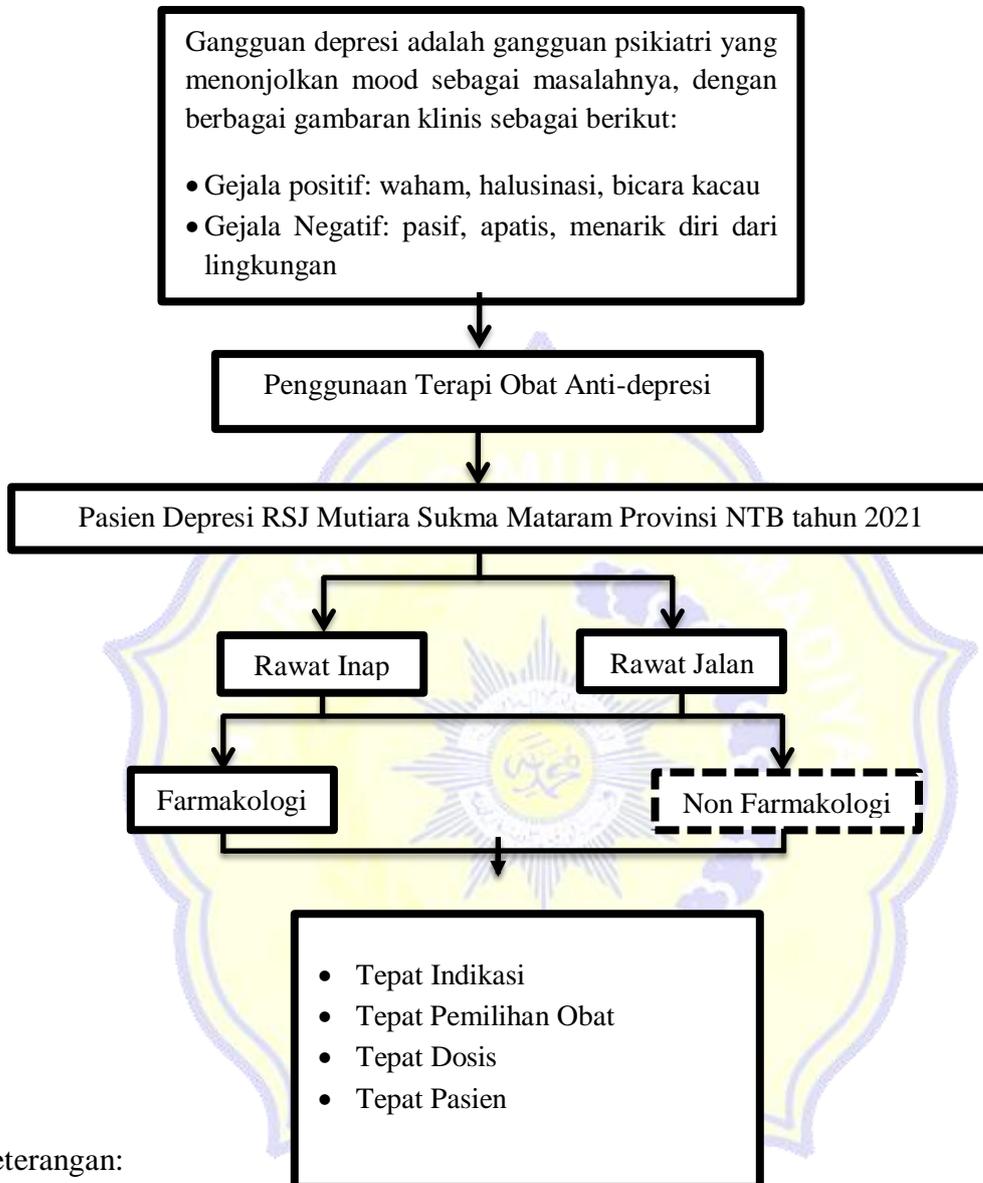
Visi:

“Rumah Sakit Dambaan Masyarakat Dengan Mutu Terkini”

Misi:

- a. Meningkatkan ketertiban dan kelancaran pelayanan dan pengelolaan administrasi perkantoran;
- b. Meningkatkan kemudahan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan jiwa dan Napza secara paripurna dan bermutu standar nasional;
- c. Meningkatkan ketersediaan fasilitas fisik, peralatan medis dan non medis sesuai standar untuk menunjang pelayanan;

### C. Kerangka Teori Penelitian



Keterangan:

Garis Tidak Putus-putus: Diteliti

Garis Putus-putus: Tidak Diteliti

Gambar 2.4 Kerangka Teori Penelitian

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif non-eksperimental, dengan teknik pengambilan data dilakukan secara retrospektif terhadap catatan medik pasien depresi di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB tahun 2021.

#### **B. Tempat Penelitian**

##### **1. Tempat**

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB.

##### **2. Waktu**

Penelitian dilakukan pada tahun 2022

#### **C. Variabel Penelitian**

Variable dalam penelitian ini yaitu variable tunggal berupa evaluasi terapi obat anti depresi pada pasien depresi.

#### **D. Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **1. Populasi Penelitian**

Populasi untuk penelitian ini adalah semua pasien di instalasi rawat jalan dan rawat inap di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB tahun 2021 yang terdiagnosis depresi.

## **2. Sampel Penelitian**

Sampel penelitian pada penelitian ini adalah seluruh pasien depresi yang termasuk dalam kriteria inklusi.

### **E. Kriteria Inklusi dan Eksklusi**

#### **1. Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a. Pasien depresi RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB tahun 2021.
- b. Pasien yang mempunyai data rekam medis yang lengkap: nomor registrasi, nama, umur, diagnosis, terapi obat yang diberikan, frekuensi pemberian obat atau aturan minum (Depkes, 2007).
- c. Pasien yang mendapat terapi obat antidepresan.
- d. Pasien depresi katagori usia : Remaja Akhir (16 tahun - 20 tahun ), Dewasa Awal (21 tahun – 40 tahun), Dewasa Madya (41 tahun – 60 Tahun)

#### **2. Kriteria Eksklusi**

Kriteria eksklusi adalah kriteria atau ciri-ciri anggota populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2010). Kriteria yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah pasien yang meninggal.

### **F. Teknik sampling**

Sampling adalah suatu cara yang ditempuh dengan pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan obyek penelitian. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *purposive sampling* didasarkan

pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Pengambilan sampel secara purposive ini anatara lain :

Peneliti mengidentifikasi semua karakteristik populasi, misalnya dengan mengadakan studi pendahuluan atau dengan mempelajari berbagai hal yang berhubungan dengan populasi. Kemudian peneliti menetapkan berdasarkan populasi menjadi sampel penelitian sehingga teknik pengambilan sampel secara purposive ini didasarkan pada pertimbangan pribadi peneliti sendiri. Teknik ini sangat cocok untuk mengadakan studi kasus, dimana banyak aspek dari kasus tunggal yang representatif untuk diamati dan dianalisis (Notoatmodjo, 2010).

#### **G. Definisi Operasional**

Agar terdapat keseragaman persepsi dalam penelitian ini, maka dibuatlah definisi operasional sebagai berikut:

1. Evaluasi Penggunaan Obat (EPO) adalah suatu proses jaminan mutu yang terstruktur, dilaksanakan terus-menerus, dan diotorisasi rumah sakit, ditujukan untuk memastikan bahwa obat-obatan digunakan dengan aman, tepat, dan efektif.
2. Tepat indikasi yaitu terapi obat yang diberikan sesuai dengan penyakit yang diderita pasien.
3. Tepat obat adalah Ketepatan pemilihan obat didasarkan pada pertimbangan keamanan dan terbukti manfaatnya.

4. Tepat dosis yaitu ketepatan dalam pemberian dosis yang meliputi ketepatan jumlah, cara pemberian, frekuensi pemberian, dan lama pemberian.
5. Tepat pasien yaitu obat yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

#### **H. Instrumen Penelitian**

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah form pengambilan data rekam medis pasien depresi di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB tahun 2021.

#### **I. Metode Pengumpulan Data**

Pengambilan data pada penelitian ini dilakukan secara retrospektif yaitu diambil dari data sebelumnya. Data sekunder diterima dari data rekam medis pasien yang menggunakan terapi obat anti-depresi tahun 2021 di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB.

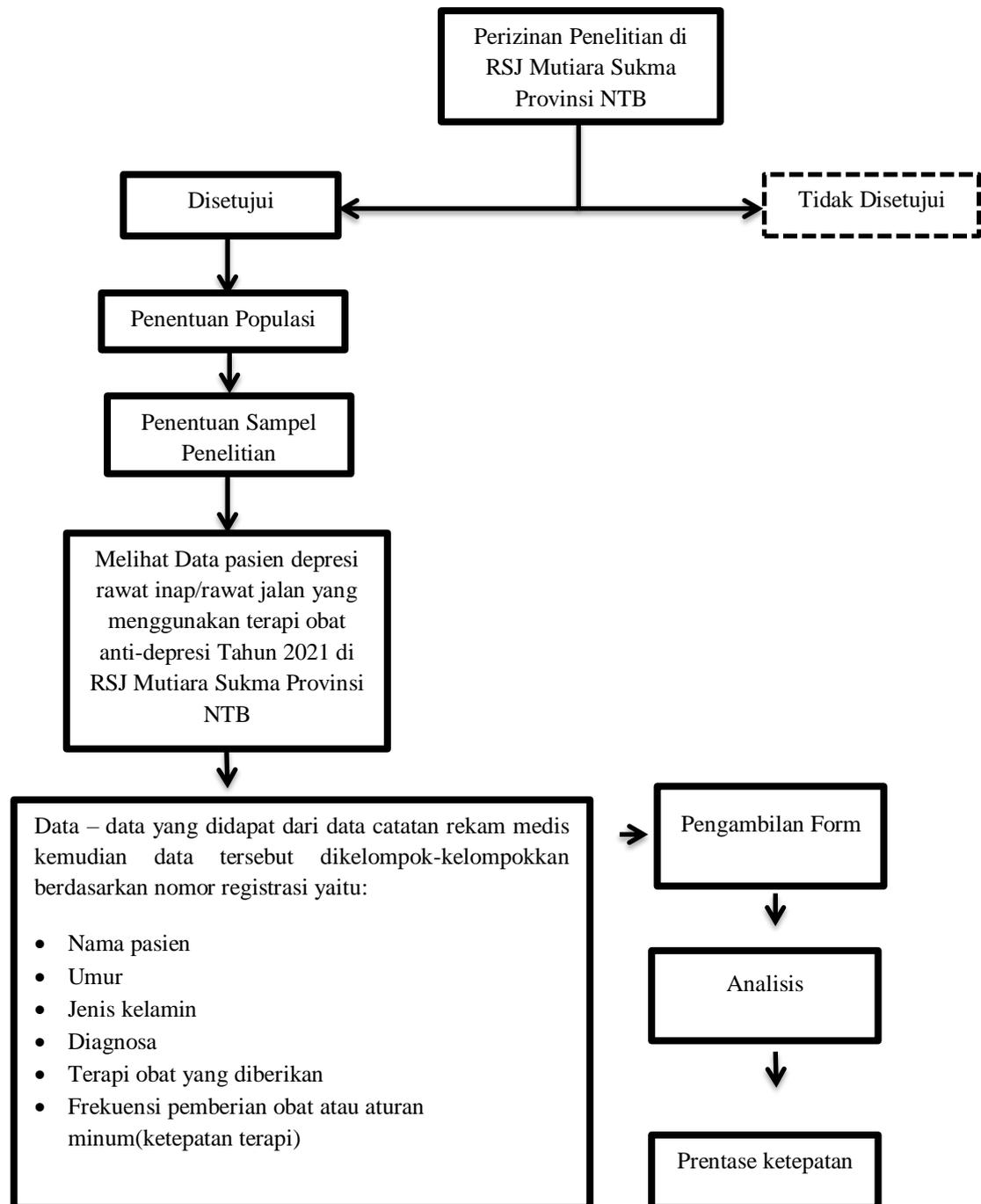
Data yang akan diambil terdapat di bagian Instalasi Rekam Medis, peneliti dapat melihat atau mengambil data di instalasi rekam medis oleh persetujuan petugas yang berwenang. Data yang akan di lihat terlebih dahulu harus mencari nomor rekam medik dari pasien yang digunakan sebagai sampel. Setelah itu melihat Nama Pasien, Jenis terapi obat anti-depresi, Jumlah dan Total. Kemudian menentukan data yang akan diambil dan menulisnya di lembar pengumpulan data.

#### **J. Analisis Data**

Data yang diambil adalah data rekam medis pasien yang menggunakan terapi obat anti-depresi yang diambil secara retrospektif yaitu data tahun 2021. Data yang diambil diolah dengan cara menjumlahkan semua pasien yang

menggunakan terapi obat anti-depresi. Kemudian dihitung rata-rata pasien yang menggunakan terapi obat anti-depresi di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB tahun 2021.

## K. Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian