

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN BIAYA MEDIS LANGSUNG PENGOBATAN DEPRESI
PASIEN RAWAT JALAN DENGAN TERAPI SERTRALINE DI RUMAH
SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB**



Disusun Oleh :

Indah Nurmala Dewi
516020069

PROGRAM STUDI DIII FARMASI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MATARAM

2019

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH
GAMBARAN BIAYA MEDIS LANGSUNG PENGOBATAN DEPRESI
PASIEH RAWAT JALAN DENGAN TERAPI SERTRALINE
DI RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB

Disusun Oleh :

Indah Nurmala Dewi
516020069


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

Hari/Tanggal :

Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping


(Alvi Kusuma Wardani, M.Farm., Apt)
NIDN. 032609001


(Abdul Rahman Wahid, M.Farm., Apt)
NIDN. 0817038601

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Farmasi

Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Mataram


(Baiq Leny Nopitasari, M.Farm., Apt)
NIDN. 0807119001

HALAMAN PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN BIAYA MEDIS LANGSUNG PENGOBATAN DEPRESI
PASIEN RAWAT JALAN DENGAN TERAPI SERTRALINE DI RUMAH
SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB**

Disusun Oleh :

Indah Nurmala Dewi
516020069

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji dan Diterima Sebagai Syarat
Untuk Mendapatkan Gelar Ahli Madya Farmasi pada Program Studi DIII Farmasi
Fakultas Ilmu Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Mataram

Dewan Penguji	:	Tanda Tangan
1. Ketua Tim Penguji : Alvi Kusuma W, M.Farm., Apt	:	26/08/19 
2. Penguji I : Cyntiya Rahmawati, M.K.M., Apt	:	26/08/19 
3. Penguji II : Abdul Rahman W, M.Farm., Apt	:	26/08/19 

Mengesahkan
Universitas Muhammadiyah Mataram
Fakultas Ilmu Kesehatan



Nural Ubetani, M.Farm.Klin., Apt
NIDN. 0827108402

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Indah Nurmala Dewi
NIM : 516020069
Program Studi : DIII-Farmasi
Fakultas : Ilmu Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan tercantum dalam Daftar Pustaka dibagian akhir Karya Tulis Ilmiah ini.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mataram, 21 Agustus 2019

Yang membuat pernyataan



Indah Nurmala Dewi
516020069

MOTTO

“Tekatkan Niat, Berusaha Keras, dan Bersungguh dalam Doa”



PERSEMBAHAN

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh, kususun jari jemari ku diatas keyboard laptop ku sebagai pembuka kalimat persembahan ku. Diikuti dengan Bismillahirrahmanirrahim sebagai awal setiap memulai pekerjaanku.

Alhamdulillah..Alhamdulillah..Alhamdulillahirobbil'alamin..

Sujud syukurku kusembahkan kepadamu Tuhan yang Maha Agung, Maha Tinggi, Maha Adil nan Maha Penyayang, atas takdirmu telah kau jadikan aku manusia yang senantiasa berpikir, berilmu, beriman dan bersabar dalam menjalani kehidupan ini. Semoga keberhasilan ini menjadi satu langkah awal bagiku untuk meraih cita-cita besarku.

Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi:

Lantunan Al-fatimah beriring Shalawat dalam silihku merintih, menadahkan doa dalam syukur yang tiada terkira, terima kasihku untukmu. Kupersembahkan sebuah karya kecil ini untuk Ayahanda dan Ibundaku tercinta, yang tiada pernah hentinya selama ini memberiku semangat, doa, dorongan, nasehat dan kasih sayang serta pengorbanan yang tak tergantikan hingga aku selalu kuat menjalani setiap rintangan yang ada didepanku. Ayah... Ibu...terimalah bukti kecil ini sebagai kado keseriusanku untuk membalas semua pengorbananmu, dalam hidupmu demi hidupku kalian ikhlas mengorbankan segala perasaan tanpa kenal lelah, dalam lapar berjuang separuh nyawa hingga segalanya.. Maafkan anakmu Ayah, Ibu, masih saja ananda menyusahkanmu.

Dalam silah di lima waktu mulai fajar terbit hingga terbenam.. seraya tanganku menadah”.. ya Allah ya Rahman ya Rahim... Terimakasih telah kau tempatkan aku diantara kedua malaikatmu yang setiap waktu ikhlas menjagaku,, mendidikku,,membimbingku dengan baik,, ya Allah berikanlah

balasan setimpal syurga firdaus untuk mereka dan jauhkanlah mereka nanti dari panasnya sengat hawa api nerakamu..”

Untukmu Ayah (Madhi, S.sos), Ibu (Nurhasanah, S.kep). Terimakasih.

We always loving you.

Untuk adik-adikku, tiada yang paling mengharukan saat kumpul bersama kalian, walaupun sering bertengkar tapi hal itu selalu menjadi warna yang tak akan bisa tergantikan, terima kasih atas doa kalian selama ini, hanya karya kecil ini yang dapat aku persembahkan. Maaf belum bisa menjadi panutan seutuhnya, tapi aku akan selalu menjadi yang terbaik untuk kalian semua.

Teruntuk kamu My sweet heart.. Sebagai tanda cinta kasihku, aku persembahkan karya kecil ini buatmu. Terima kasih atas doa, kasih sayang, perhatian, dan kesabaranmu yang telah memberikanku semangat dan inspirasi dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini, kamu adalah tempat ku berlari ketika aku merasa tidak ada yang memahami di luar rumah. Semoga engkau pilihan yang terbaik buatku dan masa depanku. Terima kasih abang.

Kepada sepupuku “Rohmi Saofiyah, S.M “ terima kasih atas bantuan, doa, nasehat, hiburan dan semangat yang kamu berikan selama aku kuliah, aku tak akan melupakan semua yang telah kamu berikan selama ini. Dan semua keluarga besar yang telah mendoakan, terima kasih sebanyak-banyaknya.

Tentu saja untuk dosen-dosenku tercinta, Ibu Alvi Kusuma Wardhani, M. Farm., Apt, Bapak Abdul Rahman Wahid, M. Farm., Apt, Ibu Cyntiya Rahmawti, M.K.M., Apt, dan dosen-dosen lain, terimakasih atas ilmu, nasihat, bimbingan, waktu, canda dan tawa yang bapak/ibu berikan kepada saya. Saya sangat-sangat berterima kasih atas semua yang bapak/ibu berikan kepada saya, tanpa kalian mungkin saya belum bisa menyelesaikan karya tulis ilmiah ini tepat pada waktunya.

Tak lupa saya ucapkan banyak terimakasih untuk sahabat-sahabat saya untuk orang yang selalu ada, yang selalu memberi dukungan, senyuman,

semangat, nasihat, canda tawa, dan waktu kalian untuk saya. Untuk semuanya saya ucapkan terima kasih banyak.

Hanya sebuah karya kecil dan untaian kata-kata ini yang dapat kupersembahkan kepada kalian semua. Terimakasih beribu terimakasih kuucapkan.. Atas segala kekhilafan salah dan kekuranganku, kurendahkan hati serta diri menjabat tangan meminta beribu-ribu kata maaf tercurah. Karya tulis ilmiah ini kupersembahkan..



KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji syukur saya panjatkan kehadiran Allah SWT Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya sehingga penulisan karya tulis ilmiah yang berjudul “GAMBARAN BIAYA LANGSUNG PENGOBATAN DEPRESI PASIEN RAWAT JALAN DENGAN TERAPI SERTRALINE DI RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB” dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan studi Diploma III (DIII) Jurusan Farmasi di Faklutas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram Tahun 2019.

Penulisan karya tulis ilmiah ini tidak terlepas dari bantuan, bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak. Untuk itu dengan segala kerendahan hati saya menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

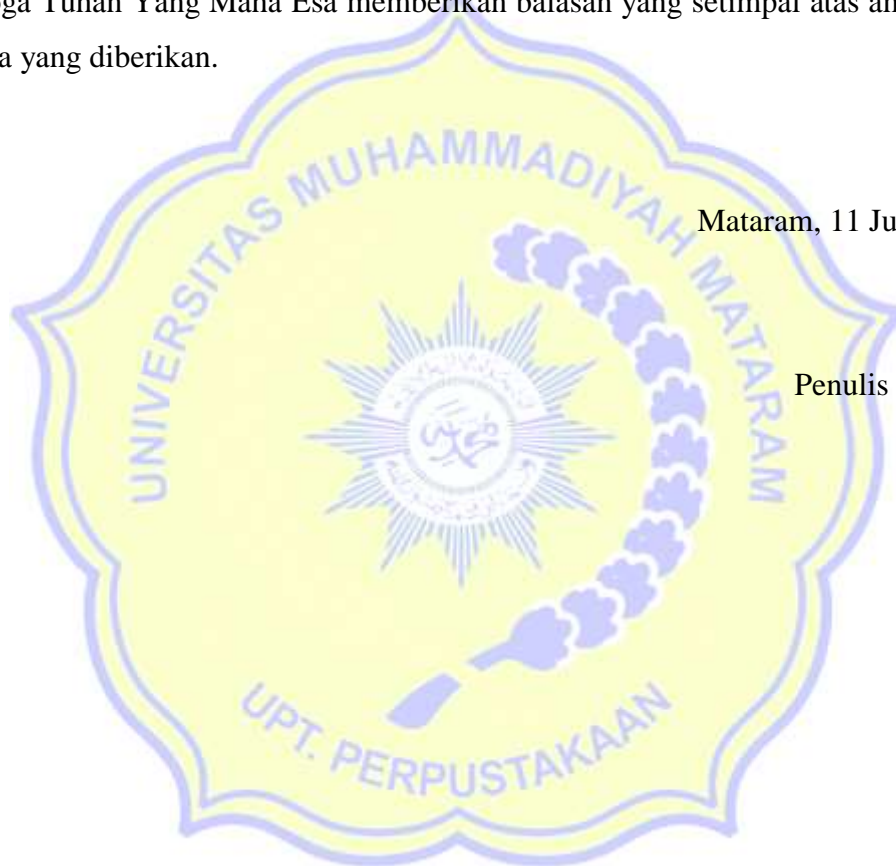
1. Ibu Nurul Qiyaam, M.Farm.Klin.,Apt, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
2. Dzun Haryadi Ittiqo, M.Sc., Apt selaku wakil Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.
3. Ibu Baiq. Leni Nopitasari, M.Farm.Klin.,Apt, selaku Kepala Program Studi DIII Farmasi.
4. Ibu Alvi Kusuma Wardani, M.Farm.,Apt, selaku Pembimbing Utama yang telah banyak memberikan waktu, semangat, saran dan motivasi kepada saya.
5. Bapak Abdul Rahman Wahid, M.Farm.,Apt, selaku Pembimbing Pendamping yang telah banyak memberikan waktu, semangat, saran dan motivasi kepada saya.
6. Cyntiya Rahmawati, M.K.M., Apt selaku penguji yang telah memberikan masukan untuk menyempurnakan Karya Tulis Ilmiah.
7. Bapak/Ibu Dosen Diploma Tiga Farmasi atas bimbingan kesabaran dan motivasi selama perkuliahan.

8. Teman-teman seperjuangan di Diploma Tiga Farmasi yang senantiasa memberikan do'a, saran, dukungan dan semangat sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan tepat waktu.
9. Seluruh staf pegawai Diploma Tiga Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram.

Saya menyadari dalam menyusun karya tulis ilmiah ini belum sempurna, oleh karena itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat saya harapkan. Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan yang setimpal atas amal dan tenaga yang diberikan.

Mataram, 11 Juli 2019

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
MOTTO	v
PERSEMBAHAN.....	vi
KATA PENGANTAR	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
ABSTRAK	xviii
ABSTRAC.....	xix
BAB I. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5 Orisinilitas.....	7
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Depresi	10
2.1.1 Definisi	10
2.1.2 Epidemiologi	11
2.1.3 Etiologi dan Patofisiologi Depresi	12
2.1.4 Jenis Depresi	14
2.1.5 Gejala Klinis	15
2.1.6 Penatalaksanaan	17

2.2	Farmakoekonomi	39
2.2.1	Pengertian Farmakoekonomi	39
2.2.2	Biaya	41
2.2.3	Perspektif Nilai	46
2.2.4	Manfaat dan Kekurangan Farmakoekonomi	49
2.3	Profil Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB	52
2.3.1	Sejarah Berdiri RSJ Provinsi.....	52
2.3.2	Visi dan Misi.....	55
2.3.3	Jenis Pelayanan	55
2.4	Kerangka Teori	58
BAB III. METODE PENELITIAN		59
3.1	Desain Penelitian	59
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian	59
3.2.1	Tempat	59
3.2.2	Waktu	59
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian	59
3.3.1	Populasi Penelitian	59
3.3.2	Sampel Penelitian	59
3.4	Kriteria Inklusi dan Eksklusi	60
3.4.1	Kriteria Inklusi	60
3.4.2	Kriteria Eksklusi	60
3.5	Teknik sampling	60
3.6	Definisi Operasional	61
3.7	Instrumen Penelitian	62
3.8	Metode Pengumpulan Data	63
3.9	Analisis Data	63
3.10	Alur Penelitian	64
BAB IV. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....		65
4.1	Karakteristik Subyek Penelitian.....	65
4.1.1	Karakteristik Berdasarkan Jenis Kelamin.....	66
4.1.2	Karakteristik Berdasarkan Usia	67

4.2	Gambaran Biaya Medis Langsung	68
4.2.1	Biaya Obat	69
4.2.2	Biaya Jasa Dokter	71
4.2.3	Biaya Jasa Perawat	72
4.2.4	Biaya Penggunaan Fasilitas Rumah Sakit.....	72
4.3	Total dan Rata-Rata Biaya Medis Langsung	73
4.4	Keterbatasan Penelitian.....	76
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN		77
5.1	Kesimpulan	77
5.2	Saran	77
DAFTAR PUSTAKA		78
LAMPIRAN		81



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Mekanisme Depresi.....	10
Gambar 2.2 Terapi Fase Akut Pada Gangguan Depresi	22
Gambar 2.3 Algoritme Terapi Depresi Mayor Tanpa Komplikasi	23
Gambar 2.4 Mekanisme SSRI.....	32
Gambar 2.6 Kerangka Teori.....	58
Gambar 3.1 Alur Penelitian.....	64
Gambar 4.1 Grafik Total Biaya Medis Langsung Pada Keempat Kelompok Dengan Terapi Yang Berbeda.....	74
Gambar 4.2 Grafik Rata-Rata Biaya Medis Langsung Per Pasien Pada Keempat Kelompok Pasien Dengan Terapi Yang Berbeda.....	75



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Pilihan antidepresan yang biasa digunakan dan cukup efektif menurut <i>American Psyciatric Assotiation</i>	27
Tabel 2.2	Komponen Biaya langsung medis dan Biaya langsung non medis berdasarkan nilai perspektif.....	48
Tabel 4.1	Distribusi Frekuensi Depresi Berdasarkan Demografi Pasien	65
Tabel 4.2	Biaya Obat Depresi Kombinasi Sertraline	69



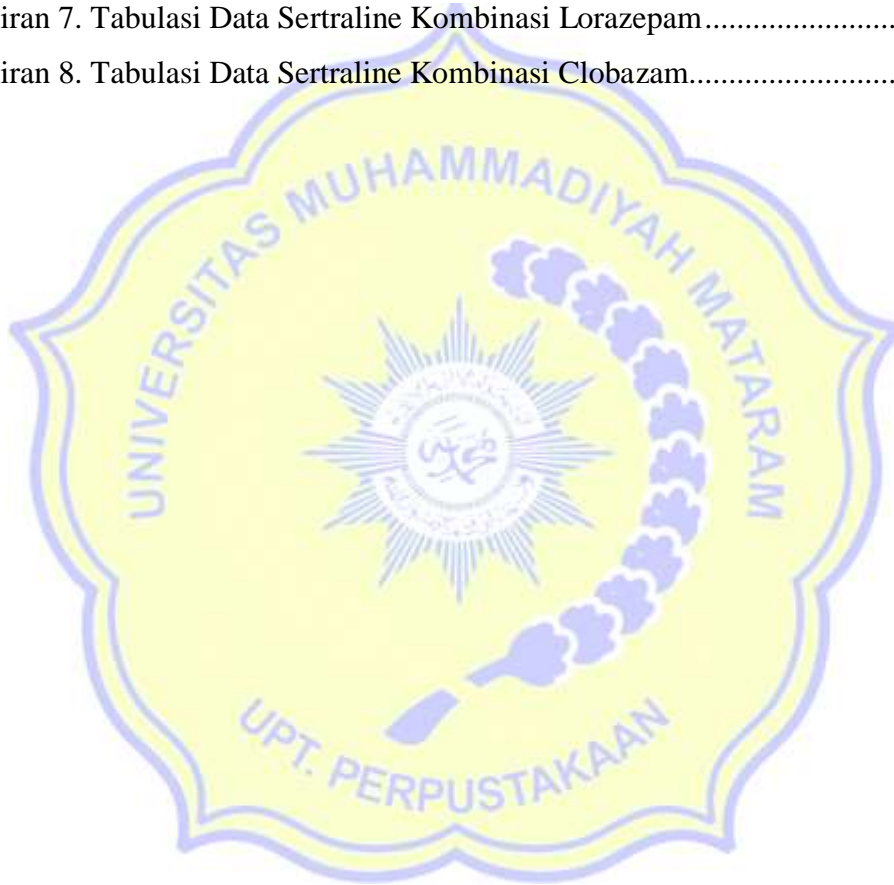
DAFTAR SINGKATAN

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*



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian Dari RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB	82
Lampiran 2. Lembar Perincian Biaya Pasien Rawat Jalan	83
Lampiran 3. Lembar Daftar Harga Obat	84
Lampiran 4. Lembar Pengumpulan Data	85
Lampiran 5. Tabel Tabulasi Data Sertraline Tunggal	88
Lampiran 6. Tabel Tabulasi Data Sertraline Kombinasi Alprazolam.....	89
Lampiran 7. Tabulasi Data Sertraline Kombinasi Lorazepam.....	91
Lampiran 8. Tabulasi Data Sertraline Kombinasi Clobazam.....	92



GAMBARAN BIAYA MEDIS LANGSUNG PENGOBATAN DEPRESI PASIEN RAWAT JALAN DENGAN TERAPI SERTRALINE DI RUMAH SAKIT JIWA MUTIARA SUKMA PROVINSI NTB

Indah Nurmala Dewi¹, Alvi Kusuma Wardhani², Abdul Rahman Wahid³, Cyntiya Rahmawati⁴,
2019

Diploma III Farmasi Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Mataram
nurmalaindah11@yahoo.com

ABSTRAK

Gangguan depresif adalah gangguan psikiatri yang menonjolkan *mood* sebagai masalahnya, dengan berbagai gambaran klinis yakni gangguan episode depresif, gangguan distimik, gangguan depresif mayor dan gangguan depresif unipolar serta bipolar. Pengobatan depresi digunakan dalam jangka waktu yang lama sehingga membutuhkan biaya yang cukup besar juga. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran biaya medis langsung pengobatan depresi pasien rawat jalan dengan terapi sertraline di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Povinsi NTB menurut perspektif pasien. Jenis penelitian ini ialah deskriptif retrospektif dengan menggunakan data rekam medik pasien depresi yang datang ke Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB periode Januari-Desember 2018 yang telah memenuhi kriteria inklusi. Penelitian memperlihatkan terdapat 50 kasus depresi yang tercatat. Hasil penelitian menunjukkan total biaya medis langsung pasien depresi rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB berdasarkan perspektif sebesar Rp. 7.939.828,- dan rata-rata total biaya medis langsung sebesar Rp. 604.239,- dengan rincian rata-rata biaya medis langsung pasien dengan terapi sertraline tunggal sebesar Rp. 314.439,- kemudian rata-rata biaya medis langsung pasien dengan terapi sertraline kombinasi alprazolam sebesar Rp. 98.439,- diikuti dengan rata-rata biaya medis langsung pasien dengan terapi sertraline kombinasi lorazepam sebesar Rp. 102.013,- dan rata-rata biaya medis langsung pasien dengan terapi sertraline kombinasi clobazam sebesar Rp. 89.348,-.

Kata Kunci: Depresi, Biaya Medis Langsung, Rawat Jalan, Rumah Sakit.

DESCRIPTION OF DIRECT MEDICAL COSTS OF TREATMENT FOR DEPRESSION PATIENTS BY SERTRALINE THERAPY IN MUTIARA SUKMA HOSPITAL NTB PROVINCE

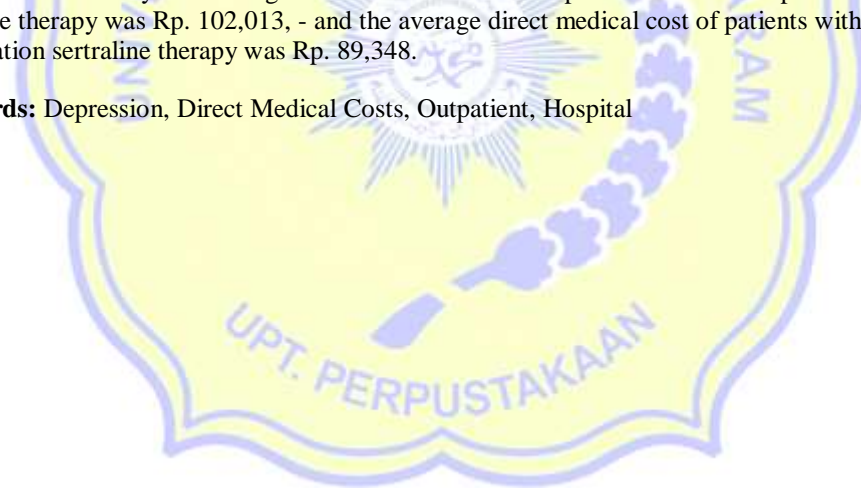
Indah Nurmala Dewi¹, Alvi Kusuma Wardhani², Abdul Rahman Wahid³, Cyntiya Rahmawati⁴,
2019

Diploma III in Pharmacy, Faculty of Health Sciences, University of Muhammadiyah Mataram
nurmalaindah11@yahoo.com

ABSTRAC

Depressive disorders are psychiatric disorders that highlight the mood as the main problem, along with various clinical features including depressive episode disorders, distress disorders, major depressive disorders, and unipolar and bipolar depressive disorders. Depression treatment is used for a long time, so it needs a large amount of money as well. The purpose of this study was to determine the direct medical costs of treating outpatient depression with sertraline therapy at Mutiara Sukma Mental Hospital NTB Povinsi based on the patient's perspective. This research design was a retrospective descriptive study using medical records of depressed patients who came to Mutiara Sukma Mental Hospital, NTB Province from January to December 2018 period, who met the inclusion criteria. Research showed that there are 50 recorded cases of depression. The results showed that the total direct medical costs of outpatient of depression at Mutiara Sukma Mental Hospital, NTB Province based on a perspective were about Rp. 7,939,828, - and the average total direct medical cost was about Rp. 604,239, - with details of the average direct medical costs of patients with single sertraline therapy was about Rp. 314 439, - then the average direct medical costs of patients with alprazolam sertraline combination therapy was Rp. 98,439, - followed by the average direct medical costs of patients with lorazepam combination sertraline therapy was Rp. 102,013, - and the average direct medical cost of patients with clobazam combination sertraline therapy was Rp. 89,348.

Keywords: Depression, Direct Medical Costs, Outpatient, Hospital



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Depresi merupakan suatu sindrom yang ditandai dengan sejumlah gejala klinik yang manifestasinya bisa berbeda pada masing-masing individu. Gejala depresi muncul dalam bentuk keluhan yang berkaitan dengan *mood* (seperti murung, sedih, rasa putus asa) sedangkan dalam keluhan psikomotor atau somatik berupa malas bekerja, lamban, lesu, nyeri ulu hati, sakit kepala yang terus menerus (Amir, 2016).

Prevalensi gangguan depresif pada populasi dunia adalah 3-8 % dengan 50% kasus terjadi pada usia produktif yaitu 20-50 tahun. *World Health Organization* (WHO) menyatakan bahwa gangguan depresif berada pada urutan keempat penyakit di dunia. Gangguan depresif mengenai sekitar 20% wanita dan 12% laki-laki pada suatu waktu dalam kehidupan. Pada tahun 2020 diperkirakan jumlah penderita gangguan depresif semakin meningkat dan akan menempati urutan kedua penyakit di dunia (Depkes RI, 2007).

Hasil survey yang dilakukan di Amerika Serikat oleh *The National Comorbidity Survey Replication* menyatakan bahwa 16,2 % penduduk Amerika pernah mengalami depresi selama hidup mereka, dan lebih dari 6,6 % dari populasi tersebut mengalami depresi selama 12 bulan terakhir. Wanita mempunyai peningkatan resiko 1,7 - 2,7 kali lebih besar mengalami depresi daripada pria. Walaupun depresi dapat terjadi pada

berbagai usia, namun angka kejadian depresi tertinggi adalah usia 25 – 44 tahun (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

Berdasarkan wawancara dengan *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) menyatakan bahwa prevalensi gangguan depresi pada penduduk Indonesia pada tahun 2018 adalah 6,1%. Kasus ini terjadi pada masyarakat berusia ≥ 15 tahun. Hanya 9% penderita depresi yang minum obat atau menjalani pengobatan medis dan 91% penderita depresi yang tidak menjalani pengobatan medis (Kemenkes RI, 2018).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menyatakan bahwa sekitar 8% penduduk Nusa Tenggara Barat (NTB) mengalami depresi. Kasus depresi tersebut terjadi pada usia ≥ 15 tahun. Di Indonesia NTB termasuk urutan ke 5 dari 34 provinsi yang penduduknya mengalami depresi (Kemenkes RI, 2018).

Banyaknya jenis terapi, efektivitas akan berbeda dari orang ke orang dari waktu ke waktu. Psikiater memberikan medikasi dengan antidepresan dan medikasi lainnya untuk membuat keseimbangan kimiawi otak penderita. Pada gangguan depresif ringan seringkali psikoterapi saja dapat menolong. Selain itu sering juga diperlukan terapi psikofarmaka antidepresan. Medikasi akan membantu meningkatkan suasana hati sehingga relatif penderita lebih mudah ditolong dengan psikoterapi dan simptomnya cepat menurun (Depkes RI, 2007).

Selectif Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI) merupakan golongan obat yang secara spesifik menghambat *reuptake* serotonin dan norepinefrin di dalam otak (Kando, Wells, & Hayes, 2005). SSRI memiliki efikasi yang setara dengan *Tricyclic Antidepressants* (TCA) pada penderita depresi mayor. SSRI dapat diberikan kepada pasien depresi yang tidak berespon terhadap TCA. Pada kasus depresi mayor yang parah atau depresi melankolis, efikasi TCA lebih tinggi daripada SSRI, namun untuk kasus depresi bipolar, SSRI lebih tinggi efikasinya daripada TCA karena TCA dapat memicu terjadinya mania atau hipomania (Departemen Kesehatan, 2007).

Sertraline adalah obat dengan fungsi untuk mengobati depresi, serangan panik, gangguan obsesif kompulsif, gangguan stress pasca-trauma, gangguan kecemasan sosial (fobia sosial), dan bentuk parah sindrom pramenstruasi (premenstrual dysphoric disorder). Sertraline dikenal sebagai *serotonin reuptake inhibitor* (SSRI). Sertraline bekerja dengan membantu mengembalikan keseimbangan zat alami tertentu (serotonin) di otak (Amir, 2016).

Dalam kajian farmakoekonomi, biaya selalu menjadi pertimbangan penting karena adanya keterbatasan sumberdaya, terutama dana. Dalam kajian yang terkait dengan ilmu ekonomi, biaya (atau biaya peluang, *opportunity cost*) didefinisikan sebagai nilai dari peluang yang hilang sebagai akibat dari penggunaan sumberdaya dalam sebuah kegiatan. Patut dicatat bahwa biaya tidak selalu melibatkan pertukaran uang. Dalam

pandangan para ahli farmakoekonomi, biaya kesehatan melingkupi lebih dari sekadar biaya pelayanan kesehatan, tetapi termasuk pula, misalnya, biaya pelayanan lain dan biaya yang diperlukan oleh pasien sendiri (Kemenkes RI, 2013).

Margaret Chan, direktur jenderal WHO, menyebutkan bahwa estimasi biaya yang dikeluarkan untuk perawatan kesehatan jiwa di 36 negara dari 2015-2030 sebesar \$925 miliar atau jika dirupiahkan menjadi Rp. 130,4 triliun . Dari data yang dikeluarkan oleh survei Atlas Kesehatan Mental WHO 2014 diketahui bahwa rata-rata pemerintah dunia menghabiskan 3 persen dari anggaran kesehatan mereka untuk kesehatan mental. Sementara negara-negara yang lebih miskin menganggarkan 1 persen, negara kaya menghabiskan 5 persen (Dhani, 2016).

Di Indonesia, sejauh ini pemerintah telah meningkatkan anggaran kesehatan dari tahun lalu sebesar Rp 74,3 triliun menjadi Rp 106,1 triliun untuk 2016. Berdasarkan persentase terhadap jumlah total anggaran, anggaran kesehatan dalam APBN 2016 naik menjadi 5 persen dari 3,75 persen dalam APBN-P 2015. Akhirnya pemerintah memenuhi amanah Undang-Undang (UU) No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan untuk mengalokasikan 5 persen dari APBN untuk kesehatan. Dari Rp 106,1 triliun itu, menurut Human Right Watch, pemerintah hanya menganggarkan 1,5 persen saja untuk kesehatan jiwa. Angka ini terlalu kecil dan masih belum memenuhi standar minimal yaitu 5 persen dari anggaran total kesehatan nasional. Jika ini dibiarkan dikhawatirkan angka

depresi akan terus meningkat dan biaya pengobatan jiwa akan semakin membengkak (Dhani, 2016).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Melatiani (2013) tentang Analisis Biaya Pada Pasien Skizofrenia Rawat Inap Di Rumah Sakit “X” Surakarta Tahun 2012 dihasilkan rata-rata biaya total pasien skizofrenia sebesar Rp.1.817.466 dari total sampel 60 pasien. Berdasarkan sampel sebanyak 60 pasien tersebut, rata-rata biaya obat (antipsikotik dan non antipsikotik) pasien skizofrenia sebesar Rp.128.699, rata-rata biaya laboratorium pasien skizofrenia sebesar Rp.153.713, rata-rata biaya periksa pasien skizofrenia sebesar Rp.90.210, dan rata-rata biaya akomodasi pasien skizofrenia sebesar Rp 88.658.

Biaya langsung adalah biaya yang terkait langsung dengan perawatan kesehatan, termasuk biaya obat (dan perbekalan kesehatan), biaya konsultasi dokter, biaya jasa perawat, penggunaan fasilitas rumah sakit (kamar rawat inap, peralatan), uji laboratorium, biaya pelayanan informal dan biaya kesehatan lainnya. Dalam biaya langsung, selain biaya medis, seringkali diperhitungkan pula biaya non-medis seperti biaya ambulan dan biaya transportasi pasien lainnya (Kemenkes RI, 2013).

Penelitian tentang depresi ini belum pernah dilakukan sebelumnya. Oleh karena itu peneliti ingin melakukan penelitian agar dapat mengetahui gambaran biaya langsung pengobatan depresi pasien rawat jalan dengan terapi sertraline di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Povinsi NTB.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran biaya medis langsung pengobatan depresi pasien rawat jalan dengan terapi sertraline di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Povinsi NTB menurut perspektif pasien?

1.3. Tujuan

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran biaya medis langsung pengobatan depresi pasien rawat jalan dengan terapi sertraline di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB menurut perspektif pasien.

1.4. Manfaat Penelitian

a. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai tambahan referensi dan ilmu pengetahuan bagi mahasiswa kesehatan dan peneliti selanjutnya.

b. Bagi masyarakat/Pasien

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi pengetahuan kepada pasien tentang biaya langsung pengobatan depresi dengan terapi sertraline.

c. Bagi peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan ilmu farmakoekonomi peneliti tentang biaya langsung.

d. Bagi Rumah Sakit

Sebagai masukan bagi lembaga pelayanan kesehatan dalam melakukan perencanaan dan pengendalian biaya pengobatan.

1.5. Orisinilitas

- a. Selamat Riyadi (2018) tentang Gambaran Biaya Medis Langsung Pengobatan Nyeri Neuropatik Pasien Rawat Jalan Di RSUD Provinsi NTB berdasarkan hasil penelitian dengan perspektif pasien dapat disimpulkan bahwa total biaya medis langsung pasien nyeri neuropatik di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB tahun 2017 sebesar Rp 1.181.257 dengan rincian biaya obat nyeri neuropatik sebesar Rp 394.709, biaya obat lainnya sebesar Rp 577.548 biaya jasa dokter sebesar Rp 161.500, biaya jasa perawat sebesar Rp 47.500. Sedangkan, rata-rata biaya medis langsung pengobatan nyeri neuropatik pada pasien rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB tahun 2017 sebesar Rp 393.752.
- b. Dedy Hartano dan Tuty Mulyani (2017) tentang Gambaran Biaya Pasien Diabetes Militus Tipe 2 Dengan Terapi Antidiabetik Oral Di RSUD Ulin Bnjarasin, hasil penelitian menunjukkan biaya terapi total rata-rata pasien adalah Rp.500.743 dengan biaya tertinggi adalah biaya obat yaitu 53,27%, diikuti dengan biaya laboratium sebesar 36,90% dan biaya terendah adalah biaya konsultasi dokter yaitu 9,83%. Kombinasi yang paling banyak di gunakan adalah golongan

sulfonlurea dan penghambat α -glukosidase dengan persentase 40% dengan biaya rata-rata perbulan adalah Rp.168.100.

- c. Fatmawati (2015) tentang Analisis Biaya Dan Outcome Terapi Antipsikotik Atipikal Pasien Skizofrenia Rawat Inap Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dihasilkan total biaya perawatan pasien skizofrenia rawat inap yang menggunakan antipsikotik atipikal adalah sebesar Rp. 2.188.272 \pm 806.426 dengan rincian biaya yang dikenakan dalam pemeriksaan laboratorium adalah Rp 70.000. Biaya obat dengan kategori murah pada obat risperidon 2 mg yaitu dibawah Rp 3.246.376 pada pasien yang berjumlah 11orang, aripiprazol 15 mg dengan kategori biaya obat sedang yaitu antara Rp 3.246.376 - Rp 3.984.280 pada pasien berjumlah 11 orang, sedangkan biaya obat dengan kategori mahal pada obat aripiprazol 10 mg yaitu diatas Rp 3.984.280. Obat aripiprazol 15 mg memiliki efektivitas yang baik karena memberikan gambaran waktu perawatan yang cepat, penurunan *PANSS score* yang tinggi dan biaya pengobatan untuk pasien dikategorikan sedang.
- d. Melatiani (2013) tentang Analisis Biaya Pada Pasien Skizofrenia Rawat Inap Di Rumah Sakit "X" Surakarta Tahun 2012 dihasilkan rata-rata biaya total pasien skizofrenia sebesar Rp.1.817.466 dari total sampel 60 pasien. Berdasarkan sampel sebanyak 60 pasien tersebut, rata-rata biaya obat (antipsikotik dan non antipsikotik) pasien skizofrenia sebesar Rp.128.699, rata-rata biaya laboratorium pasien

skizofrenia sebesar Rp.153.713, rata-rata biaya periksa pasien skizofrenia sebesar Rp.90.210, dan rata-rata biaya akomodasi pasien skizofrenia sebesar Rp 88.658.

Berdasarkan penelitian di atas, adapun perbedaan dengan penelitian sekarang yang berjudul Gambaran Biaya Medis Langsung Pengobatan Depresi Pada Pasien Rawat Jalan Dengan Terapi Sertraline di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB adalah perbedaan tempat, waktu, sampel penelitian dan perspektif.



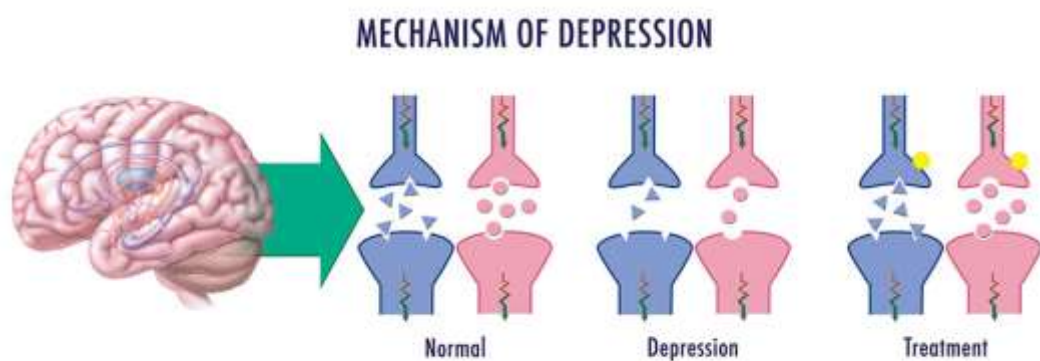
BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Depresi

2.1.1 Definisi

Gangguan depresif adalah gangguan psikiatri yang menonjolkan *mood* sebagai masalahnya, dengan berbagai gambaran klinis yakni gangguan episode depresif, gangguan distimik, gangguan depresif mayor dan gangguan depresif unipolar serta bipolar (Kemeskes RI, 2007).



Gambar 2.1. Mekanisme Depresi

Sumber : www.limoreervationssoftware.com

Gangguan depresif merupakan gangguan medik serius menyangkut kerja otak, bukan sekedar perasaan murung atau sedih dalam beberapa hari. Gangguan ini menetap selama beberapa waktu dan mengganggu fungsi keseharian seseorang. Gangguan depresif masuk dalam kategori gangguan *mood*, merupakan periode terganggunya aktivitas sehari-hari, yang ditandai dengan suasana perasaan murung dan gejala lainnya

termasuk perubahan pola tidur dan makan, perubahan berat badan, gangguan konsentrasi, anhedonia (kehilangan minat apapun), lelah, perasaan putus asa dan tak berdaya serta pikiran bunuh diri. Jika gangguan depresif berjalan dalam waktu yang panjang (*distimia*) maka orang tersebut dikesankan sebagai pemurung, pemalas, menarik diri dari pergaulan, karena ia kehilangan minat hampir disemua aspek kehidupannya (Kemenkes RI, 2007).

2.1.2. Epidemiologi

Gangguan depresif dapat terjadi pada semua umur, dengan riwayat keluarga mengalami gangguan depresif, biasanya dimulai pada usia 15 dan 30 tahun. Usia paling awal dikatakan 5-6 tahun sampai 50 tahun dengan rerata pada usia 30 tahun. Gangguan depresif berat rata-rata dimulai pada usia 40 tahun (20-50 tahun). Epidemiologi ini tidak tergantung ras dan tak ada korelasinya dengan sosioekonomi. Perempuan juga dapat mengalami depresi pasca melahirkan anak. Beberapa orang mengalami gangguan depresif musiman, di negara barat biasanya pada musim dingin. Gangguan depresif ada yang merupakan bagian gangguan bipolar (dua kutub: kutub yang satu gangguan depresif, kutub lainnya mania). Gangguan depresif berat adalah suatu gangguan dengan prevalensi seumur hidup kira-kira 15%, pada perempuan mungkin sampai 25%. Perempuan mempunyai kecenderungan dua kali lebih besar mengalami gangguan depresif daripada laki-laki. Alasan dalam penelitian di negara barat dikatakan karena masalah hormonal, dampak melahirkan, stressor dan pola perilaku

yang dipelajari. Gangguan depresif sangat umum terjadi, setiap tahun lebih dari 17 juta orang Amerika mengalaminya (Kemenkes RI, 2007).

Banyak orang mengalami gangguan depresif terkait dengan penggunaan napza dan alkohol karena napza terdiri dari substansi kimia yang mempengaruhi fungsi otak, terus menggunakan napza akan membuat zat kimiawi otak mengalami ketidakseimbangan, sehingga mengganggu proses pikir, perasaan dan perilaku (Kemenkes RI, 2007).

2.1.3. Etiologi dan Patofisiologi Depresi

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 (> 4 minggu 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 ketidakaturan *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*.

2.1.4. 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 menghindari 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).

2.1.5. 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 dihinggapi 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).

2.1.6. Penatalaksanaan

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).

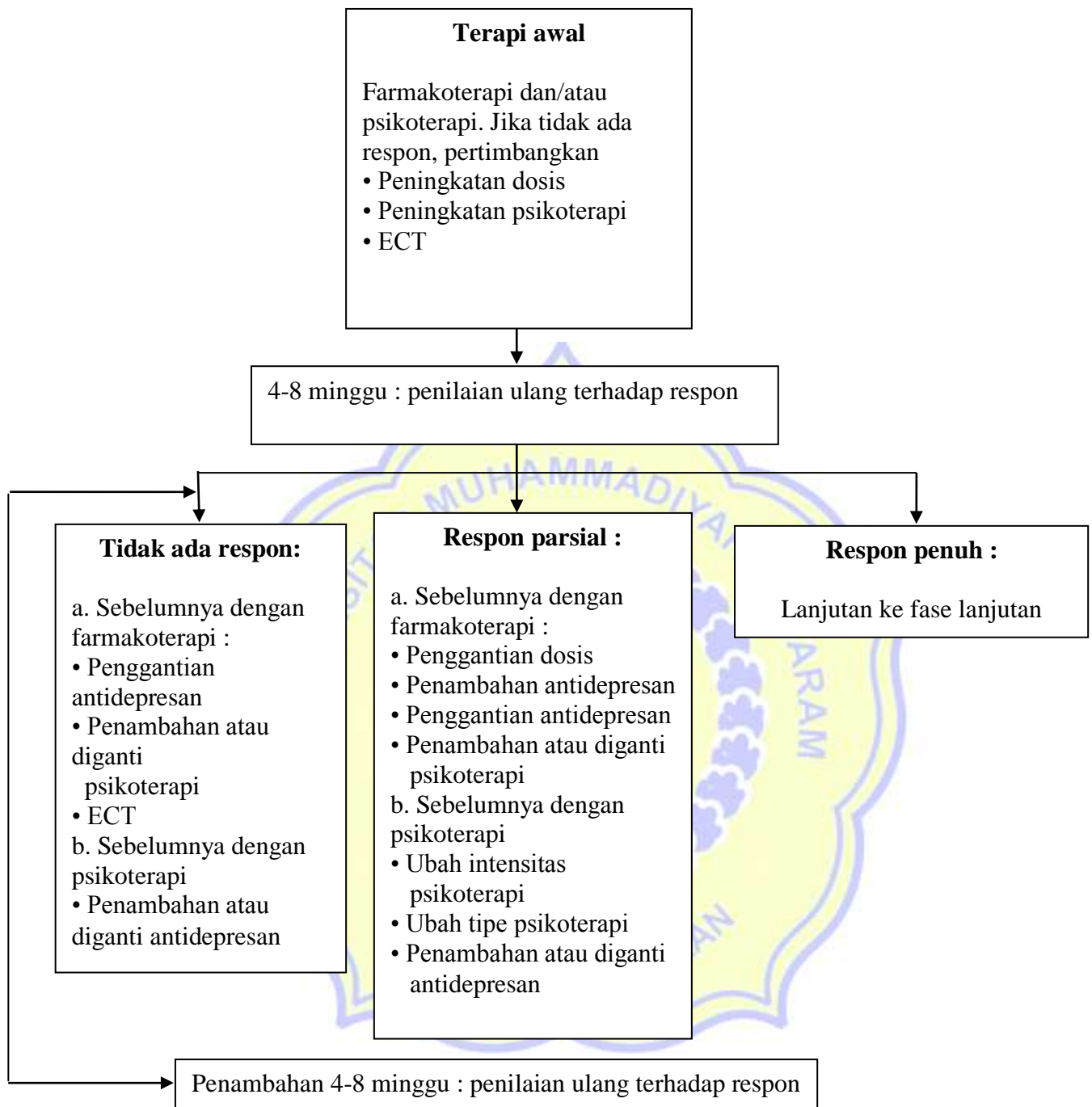
Secara umum, terapi yang terbukti efektif pada fase akut dan fase lanjutan, juga digunakan pada fase pemeliharaan (Karasu, Gelenberg, Merriam, & Wang, 2000). Kriteria respon pasien terhadap terapi antidepresan dibagi menjadi beberapa poin. Antidepresan tidak berespon jika keparahan gejala depresi berkurang $\leq 25\%$, 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).

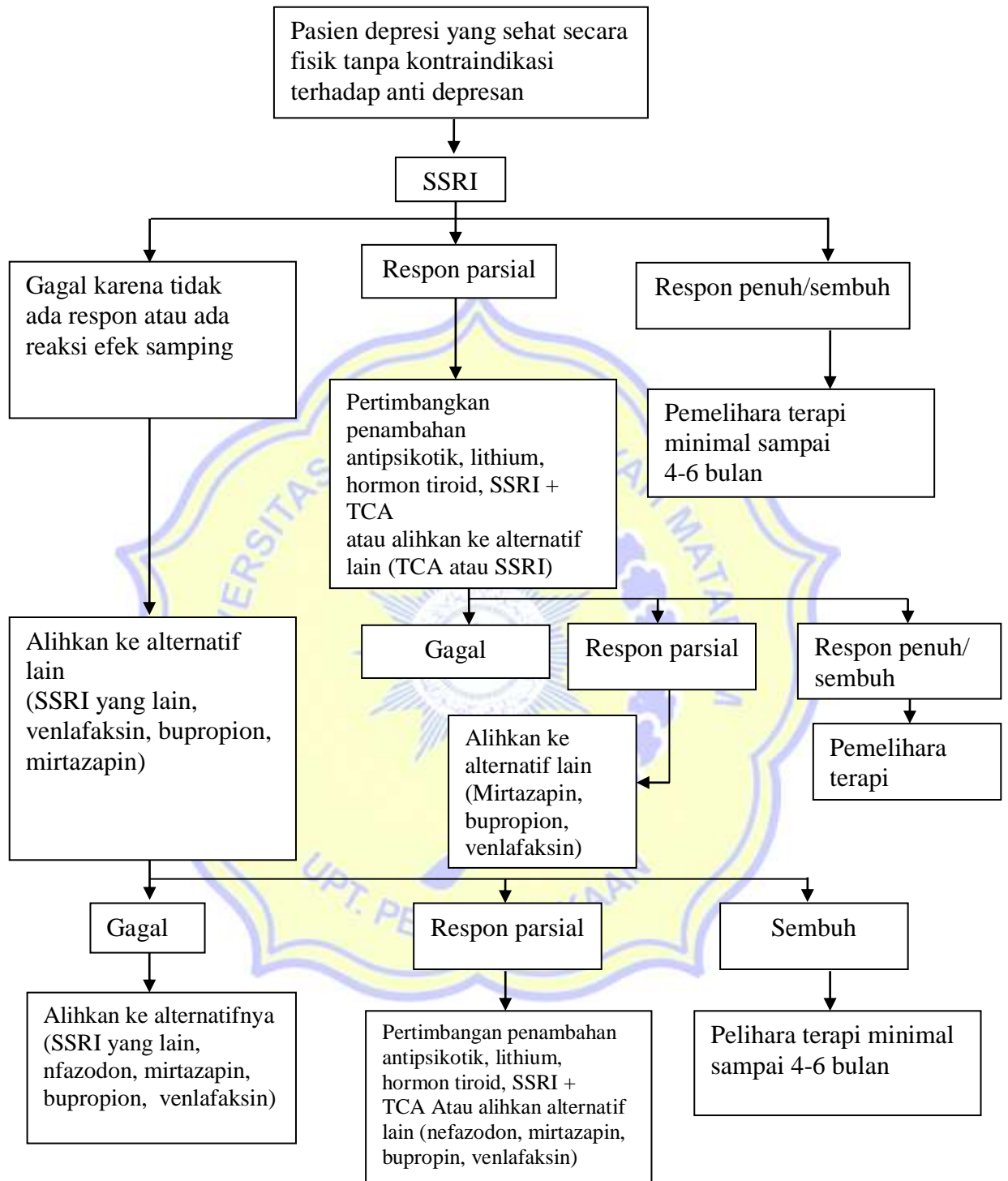
Penghentian terapi dilakukan jika tidak terjadi *recurrence* atau *relapse* selama terapi lanjutan, maka setelah paling tidak 6 bulan menjalani terapi lanjutan, dilakukan penghentian terapi secara bertahap. Penghentian terapi yang sangat dini tanpa adanya terapi lanjutan mempunyai resiko relapse 77% 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 sensoris. 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, Wells, & Hayes, 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 mengeblok 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 serotonergik yaitu sebagai antagonis 5-HT₂ dan sebagai penghambat *reuptake* 5-HT, serta meningkatkan neurotransmisi 5-HT_{1A}. 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, tranilspromin, isokarboksazid, dan seleginin. (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

Table 2.1 Pilihan antidepresan yang biasa digunakan dan cukup efektif menurut *American Psyciatric Assotiation* (Kemenkes RI, 2007).

Nama Generik Dosis awal	(mg/hari)	Dosis lazim
Tricyclics and tetracyclics		
<i>Tertiary amine tricyclis</i>		
Amitriptyline	25-50	100 - 300
Clomipramine	25	100 - 250
Doxepine	25-50	100-300
Imipramine	25-50	100-300
Trimipramine	25-50	100-300
<i>Secondary amine tryciclies</i>		
Desimpramine ^b	25-50	100-300
Notriptyline ^b	25	50-200
Protriptyline	10	50-200
<i>Tetracyclies</i>		
Amoxapine	50	100-400
Maproptiline	50	100-225
SSRIs		
Citalopram	20	20-60 ^c
Fluoxetine	20	20-60 ^c
Fluvoxamine	50	50-300 ^c
Paroxetine	20	20-60 ^c
Sertraline	50	50-200 ^c
Dopamine-norepinephrine reuptake inhibitors		

Bupropion ^b	150	300
Bupropion,sustained release ^b	150	300
Serotonin-norepinephrin reuptake inhibitors		
Vanlafaxine ^b	37,5	75-225
Vanlafaxine, extended release ^b	37,5	75-225
Serotonin modulators		
Nefazodone	50	150-300
Trazodone	50	75-300
Norepinephrine-serotonin modulator		
Mirtazapine	15	15-45
MAOIs		
<i>Irreversible, non-selective</i>		
Phenelzine	15	15-90
Tranileypromine	10	30-60
<i>Reversible MAOI-A</i>		
Moclobemide	150	300-600
Selective-noradrenaline reuptake inhibitors		
Reboxetine	D	d

- a. Dosis awal yang rendah dianjurkan untuk pasien lanjut usia dan pasien dengan gangguan panik, kegelisahan yang meningkat atau signifikan, atau penyakit hati dan gangguan comorbidity umum.

- b. Obat ini akan optimal dalam istilah efek samping yang diterima pasien, keamanan, kuantitas dan kualitas data klinis percobaan.
- c. Dosis bervariasi tergantung diagnosis.
- d. Persetujuan FDA yang diantisipasi. Jika ada dikonsultasikan ke produsen atau Physician's Desk Referency untuk merekomendasikan dosis awal dan dosis lazim.

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, sub tipe 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).

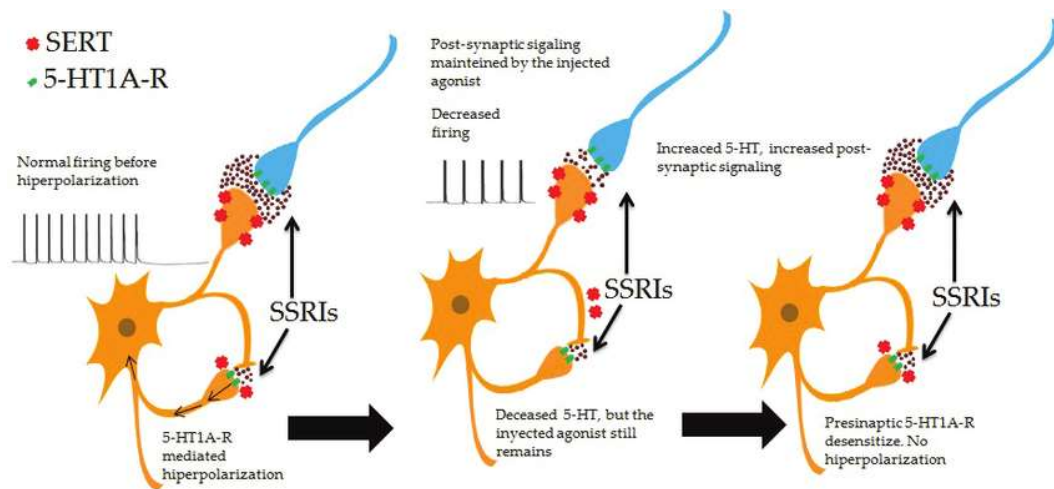
Ada banyak faktor yang harus dipertimbangkan dalam pemilihan farmakoterapi antidepresan, misalnya target simptom, kerja obat, farmakokinetik, cara pemberian, efek samping, interaksi obat, sampai harga obat (Kemenkes RI, 2007).

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).

B. Terapi dengan SSRI

SSRI merupakan kelompok kimia obat antidepresan yang unik yang khusus menghambat *re-uptake* serotonin, memiliki selektivitas 300-3000 kali lebih besar terhadap transporter serotonin dibandingkan transporter norepinefrin. SSRI memiliki sedikit kemampuan untuk memblok transporter dopamine. Obat ini berlawanan dengan antidepresan trisiklik yang tidak selektif menghambat *uptake* norepinefrin dan serotonin. Selain itu, SSRI sedikit memblok aktivitas muskarinik, α -adrenergik, dan reseptor histamine H₁. Sehingga efek samping yang umum terjadi yang berhubungan dengan antidepresan trisiklik, seperti hipotensi orthostatic, sedasi, mulut kering, dan pandangan kabur, tidak terlihat pada SSRI. Karena SSRI memiliki efek samping lebih sedikit dan relative aman meski pada penggunaan overdosis, SSRI secara luas digunakan sebagai obat pilihan untuk mengobati depresi menggantikan antidepresan trisiklik dan *monoamine oxidase inhibitor*. SSRI terdiri dari fluoxetine, citalopram, escitalopram, fluvoxamine, paroxetine, dan sertraline.



Gambar 2.4. Mekanisme SSRI

Sumber : www.researchgate.net

1. Farmakokinetik

- a. Absorpsi: diabsorpsi dengan baik. Kadar puncak dicapai rata-rata 5 jam. Hanya sertraline yang mengalami metabolisme lintas pertama.
- b. Distribusi: semua obat didistribusi dengan baik. Kebanyakan SSRI memiliki waktu paruh plasma antara 16-36 jam.
- c. Metabolisme: dimetabolisme oleh enzim P450-*dependent* dan glukoronida atau konjugasi sulfat. Fluoxetine berbeda dibanding obat SSRI lainnya karena fluoxetine memiliki waktu paruh yang lebih lama (50 jam), dan tersedia dalam bentuk *sustained release* sehingga dapat digunakan sekali seminggu. Fluoxetine dan paroxetine adalah penghambat poten isoenzim sitokrom P450 (CYP2D6) bertanggung jawab terhadap eliminasi obat antidepresan trisiklik, obat neuroleptic, dan beberapa obat antiaritmia dan antagonis β -adrenergic.
- d. Ekskresi: SSRI secara primer diekskresikan melalui ginjal, kecuali paroxetine dan sertraline, yang juga mengalami ekskresi

melalui feses (35-50%). Dosis semua obat SSRI harus disesuaikan pada pasien dengan gangguan hati.

2. Farmakodinamik

SSRI memblokir *re-uptake* serotonin, menyebabkan peningkatan konsentrasi neurotransmitter di celah sinap sehingga meningkatkan aktivitas neuron post sinap.

3. Indikasi

Indikasi primer SSRI adalah untuk depresi, yang sama efektifnya dengan antidepresan trisiklik. Sejumlah gangguan psikiatrik lainnya juga memberikan respon yang baik terhadap SSRI, meliputi gangguan obsesif-kompulsif (indikasi satu-satunya untuk fluoxetine), gangguan panik, kecemasan umum, dan bulimia nervosa.

4. Dosis

Dosis awal dewasa fluoxetine 20 mg/hari diberikan setiap pagi, bila tidak diperoleh efek terapi setelah beberapa minggu, dosis dapat ditingkatkan 20 mg/hari hingga 30 mg/hari. Dosis awal sertraline untuk dewasa adalah 50 mg/hari pagi atau sore. Dapat dinaikkan hingga 50 mg/hari dengan rentang waktu 7 hari. Dosis awal citalopram adalah 20 mg sekali sehari pagi atau sore dengan dosis maksimum 60 mg/hari.

5. Efek Samping

Walaupun SSRI memiliki efek samping yang lebih rendah dan sedikit dibandingkan antidepresan trisiklik dan *monoamine*

oxidase inhibitor, SSRI dapat menyebabkan efek gastrointestinal, lemah, disfungsi seksual, dan interaksi obat.

C. Terapi Non Farmakologi

a. Psikoterapi

Psikoterapi merupakan terapi yang digunakan untuk menghilangkan atau mengurangi keluhan-keluhan dan mencegah kambuhnya gangguan psikologik atau pola perilaku maladaptive. Terapi ini dilakukan dengan jalan pembentukan hubungan profesional antara terapis dengan pasien (Kemenkes RI, 2007). Teknik psikoterapi yang terstruktur seperti terapi perilaku kognitif, terapi interpersonal, dan terapi pemecahan masalah yang tepat, efektif pada terapi fase akut, dan dapat menunda terjadinya relapse selama menjalani terapi lanjutan pada depresi ringan sampai sedang (Mann, 2005). Psikoterapi saja tidak direkomendasikan untuk pasien yang menderita depresi mayor yang parah dan/atau dengan psikotik, sedangkan jika depresi yang dialami masih ringan atau sedang, maka psikoterapi merupakan pilihan pertama dalam terapi (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

Psikoterapi pada penderita gangguan depresi dapat diberikan secara individu, kelompok, atau pasangan disesuaikan dengan gangguan psikologik yang mendasarinya. Psikoterapi diberikan dengan memberikan kehangatan, empati, pengertian, dan optimisme (Kemenkes RI, 2007). Kombinasi antara psikoterapi

dan farmakoterapi dapat meningkatkan respon terhadap pengobatan, mengurangi resiko terjadinya relapse, meningkatkan kualitas hidup, dan meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan. Psikoterapi menjadi pertimbangan ketika adanya stresor psikososial, kesulitan interpersonal, atau gangguan personality (Mann, 2005).

b. *Electroconvulsive therapy* (ECT)

Electroconvulsive therapy (ECT) adalah terapi dengan melewati arus listrik ke otak (Kemenkes RI, 2007).

Electroconvulsive therapy merupakan suatu terapi yang aman dan efektif untuk penyakit mental tertentu, termasuk untuk terapi depresi mayor. Terapi dengan *Electroconvulsive therapy* dilakukan ketika respon yang cepat dibutuhkan, adanya sejarah respon yang buruk terhadap terapi dengan menggunakan obat dan respon yang baik dengan menggunakan, *Electroconvulsive therapy* resiko dengan terapi lainnya lebih besar daripada manfaatnya, dan jika pasien lebih suka menggunakan *Electroconvulsive therapy* (Kando, Wells, & Hayes, 2005). *Electroconvulsive therapy* juga direkomendasikan bagi pasien yang mempunyai resiko bunuh diri yang besar (Kemenkes RI, 2007).

Biasanya *Electroconvulsive therapy* diberikan 3 kali seminggu selama kurang lebih 6-12 perawatan, tergantung pada keparahan pasien dan kecepatan respon (Lisanby, 2007). Pada

keadaan tertentu tidak dianjurkan *Electroconvulsive therapy*, bahkan pada beberapa kondisi tindakan *Electroconvulsive therapy* merupakan kontraindikasi, yaitu pada pasien yang usianya masih muda (kurang dari 15 tahun), masih sekolah atau kuliah, mempunyai riwayat kejang, kondisi fisik kurang baik, wanita hamil dan menyusui, epilepsi (Kemenkes RI, 2007).

Efek samping penggunaan *Electroconvulsive therapy* meliputi disfungsi kognitif, disfungsi kardiovaskuler, sakit kepala, mual, dan nyeri otot (Kando, Wells, & Hayes, 2005). Perubahan kognitif dapat berupa amnesia, akan tetapi segera sembuh setelah *Electroconvulsive therapy* selesai dilakukan. Kejang yang berkepanjangan jarang terjadi pada terapi dengan menggunakan *Electroconvulsive therapy* (Lisanby, 2007). Kebanyakan gangguan kognitif tidak bersifat permanen, tetapi beberapa pasien juga ada yang mengalami kehilangan memori yang permanen terhadap kejadian-kejadian beberapa bulan yang lalu setelah atau selama menjalani terapi *Electroconvulsive therapy*. Jika tidak disertai dengan terapi antidepresan, pasien yang telah menjalani terapi *Electroconvulsive therapy* dapat mengalami waktu relapse yang tinggi (Kando, Wells, & Hayes, 2005).

c. Psikometri

Psikometri atau lebih tepatnya Psikometrika, dari asal katanya, Psikometrika terdiri atas dua kata yakni 'psiko' atau

‘psyche’ dalam bahasa Inggris yang berarti jiwa dan ‘metrika’ atau ‘metrics’ dalam bahasa Inggris yang berarti ilmu tentang pengukuran. Jadi Psikometri atau Psikometrika adalah sebuah ilmu yang mempelajari pengukuran tentang jiwa. Pengukuran masalah kejiwaan merupakan hal tidak mudah dilakukan, namun sangat penting peranannya dalam keilmuan. Sebagai ujung tombak pengukuran masalah psikis individu, psikometrika paling umum berkuat dengan alat tes terhadap atribut psikologis. Oleh karena itu sebagian ahli menjelaskan bahwa Psikometrika memusatkan perhatiannya pada jenis data skor yang diperoleh oleh hasil tes, reliabilitas, dan validitas data yang dihasilkan (Furr & Bacharach, 2008).

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.

2.2. Farmakoekonomi

2.2.1 Pengertian Farmakoekonomi

Farmakoekonomi merupakan salah satu cabang dalam bidang farmakologi yang mempelajari mengenai pembiayaan pelayanan kesehatan, dimana pembiayaan dalam hal ini mencakup bagaimana mendapatkan terapi yang efektif, bagaimana dapat menghemat pembiayaan, dan bagaimana dapat meningkatkan kualitas hidup (Depkes RI, 2013).

Farmakoekonomi (*pharmacoeconomics*) adalah suatu metode baru untuk mendapatkan pengobatan dengan biaya yang lebih efisien dan serendah mungkin tetapi efektif dalam merawat penderita untuk mendapatkan hasil klinik yang baik (*cost effective with best clinical outcome*). Farmakoekonomi didefinisikan juga sebagai deskripsi dan analisis dari biaya terapi dalam suatu sistem pelayanan kesehatan, lebih spesifik lagi adalah sebuah penelitian tentang proses identifikasi, mengukur dan membandingkan biaya, resiko dan keuntungan dari suatu program, pelayanan dan terapi serta determinasi suatu alternatif terbaik. Evaluasi farmakoekonomi memperkirakan harga dari produk atau pelayanan berdasarkan satu atau lebih sudut pandang (Depkes RI, 2013).

Tujuan dari farmakoekonomi diantaranya membandingkan obat yang berbeda untuk pengobatan pada kondisi yang sama, serta membandingkan pengobatan yang berbeda untuk kondisi yang berbeda. Prinsip dari farmakoekonomi adalah menetapkan masalah, identifikasi alternatif intervensi, menentukan hubungan antara *income* dan *outcome* sehingga dapat diambil kesimpulan yang tepat, identifikasi dan mengukur *outcome* dari alternatif intervensi, menilai biaya dan efektivitas, dan langkah terakhir adalah interpretasi dan pengambilan keputusan (Vogenberg, 2001).

Farmakoekonomi diperlukan karena adanya sumber daya yang terbatas misalnya pada rumah sakit pemerintah dengan dana terbatas dimana hal yang terpenting adalah bagaimana memberikan obat yang

efektif dengan dana yang tersedia, pengalokasian sumber daya yang tersedia secara efisien, kebutuhan pasien, profesi pada pelayanan kesehatan dan administrator tidak sama dimana dari sudut pandang pasien adalah biaya yang seminimal mungkin (Vogenberg, 2001).

2.2.2. Biaya

Biaya adalah pengorbanan sumber ekonomi yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau yang kemungkinan akan terjadi untuk tujuan tertentu (Mulyadi, 2005), sedangkan total biaya suatu intervensi adalah biaya yang dikeluarkan untuk menjalankan suatu program pengobatan yang diukur berdasarkan nilai uang. Alternatif intervensi yang dipilih dalam analisis adalah intervensi yang memberikan hasil klinik paling mempercepat penyembuhan dengan biaya yang tidak mahal (Vogenberg, 2001).

Biaya Dalam kajian farmakoekonomi, biaya selalu menjadi pertimbangan penting karena adanya keterbatasan sumberdaya, terutama dana. Dalam kajian yang terkait dengan ilmu ekonomi, biaya (atau biaya peluang, opportunity cost) didefinisikan sebagai nilai dari peluang yang hilang sebagai akibat dari penggunaan sumberdaya dalam sebuah kegiatan. Patut dicatat bahwa biaya tidak selalu melibatkan pertukaran uang. Dalam pandangan pada ahli farmakoekonomi, biaya kesehatan melingkupi lebih dari sekadar biaya pelayanan kesehatan, tetapi termasuk pula, misalnya, biaya pelayanan lain dan biaya yang diperlukan oleh pasien sendiri (Depkes RI, 2013).

Dalam proses produksi atau pemberian pelayanan kesehatan, biaya dapat dibedakan menjadi sebagai berikut:

a. Biaya rerata dan biaya marjinal

Biaya rerata adalah jumlah biaya per unit hasil yang diperoleh, sementara biaya marjinal adalah perubahan biaya atas penambahan atau pengurangan unit hasil yang diperoleh (Bootman, J.L.; Townsend, R.J.; McGhan, W.F., 2005). Sebagai contoh, jika sebuah cara pengobatan baru memungkinkan pasien pulang dari rumah sakit sehari lebih cepat dibanding cara pengobatan lama mungkin akan terpikir untuk menghitung biaya rerata rawat inap sebagai penghematan sumberdaya. Kenyataannya, semua biaya tetap yang terhitung ke dalam biaya tetap tersebut (misalnya, biaya laboratorium tidak mengalami perubahan. Yang berubah hanyalah biaya yang terkait dengan lamanya pasien dirawat (biaya makan, pengobatan, jasa dokter dan perawat, inilah biaya marjinal, biaya yang betul-betul mengalami perubahan.

b. Biaya tetap dan biaya variabel

Biaya tetap adalah biaya yang jumlahnya tidak berubah dengan perubahan kuantitas atau volume produk atau layanan yang diberikan dalam jangka pendek (umumnya dalam rentang waktu 1 tahun atau kurang), misalnya gaji karyawan dan depresiasi aset. Sementara itu, biaya variabel berubah seiring perubahan hasil yang diperoleh, seperti

komisi penjualan dan biaya penjualan obat (Bootman, J.L.; Townsend, R.J.; McGhan, W.F., 2005).

c. Biaya tambahan (*ancillary cost*)

Biaya tambahan adalah biaya atas pemberian tambahan pelayanan pada suatu prosedur medis, misalnya jasa laboratorium, skrining sinar-X, dan anestesi (Berger, 2003).

d. Biaya total

Biaya total adalah biaya keseluruhan yang harus dikeluarkan untuk memproduksi serangkaian pelayanan kesehatan. Biaya untuk perawatan kesehatan seringkali bukan hanya biaya obat ditambah biaya langsung lain. Selain berbagai biaya langsung tersebut, ada pula biaya tidak langsung yang harus ditanggung, termasuk biaya transportasi, hilangnya produktivitas karena pasien tidak bekerja, dan lain-lain termasuk depresi dan rasa sakit yang sangat sulit dikonversikan ke unit moneter. Secara umum, biaya yang terkait dengan perawatan kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut:

1. Biaya langsung

Biaya langsung adalah biaya yang terkait langsung dengan perawatan kesehatan, termasuk biaya obat (dan perbekalan kesehatan), biaya konsultasi dokter, biaya jasa perawat, penggunaan fasilitas rumah sakit (kamar rawat inap, peralatan), uji laboratorium, biaya pelayanan informal dan biaya kesehatan lainnya. Dalam biaya langsung, selain biaya medis, seringkali

diperhitungkan pula biaya non-medis seperti biaya ambulan dan biaya transportasi pasien lainnya. Biaya langsung dibagi menjadi 2 katagori :

a) Biaya langsung medis

Biaya langsung medis adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien terkait dengan jasa pelayanan medis, yang digunakan untuk mencegah atau mendeteksi suatu penyakit seperti kunjungan pasien, obat-obat yang diresepkan, lama perawatan.

Kategori biaya-biaya langsung medis antara lain pengobatan, pelayanan untuk mengobati efek samping, pelayanan pencegahan dan penanganan, biaya konsultasi dokter, biaya jasa perawat, penggunaan fasilitas rumah sakit (kamar rawat inap, peralatan), uji laboratorium, biaya pelayanan informal dan biaya kesehatan lainnya. (Orion, 1997; Vogenberg, 2001).

b) Biaya langsung non medis

Biaya langsung nonmedis adalah biaya yang dikeluarkan pasien tidak terkait langsung dengan pelayanan medis, seperti transportasi pasien ke rumah sakit, makanan, jasa pelayanan lainnya yang diberikan pihak rumah sakit (Vogenberg, 2001).

2. Biaya tidak langsung

Biaya tidak langsung adalah sejumlah biaya yang terkait dengan hilangnya produktivitas akibat menderita suatu penyakit, termasuk biaya transportasi, biaya hilangnya produktivitas, biaya pendamping (anggota keluarga yang menemani pasien) (Bootman, J.L.; Townsend, R.J.; McGhan, W.F., 2005).

3. Biaya nirwujud (*intangible cost*)

Biaya nirwujud adalah biaya-biaya yang sulit diukur dalam unit moneter, namun sering kali terlihat dalam pengukuran kualitas hidup, misalnya rasa sakit dan rasa cemas yang diderita pasien dan/atau keluarganya.

4. Biaya terhindarkan (*averted cost, avoided cost*)

Biaya terhindarkan adalah potensi pengeluaran yang dapat dihindarkan karena penggunaan suatu intervensi kesehatan (Bootman, J.L.; Townsend, R.J.; McGhan, W.F., 2005).

Selain itu, masih ada beberapa istilah biaya lainnya yang bersifat teknis terkait dengan perawatan kesehatan. Beberapa biaya yang juga sering diperhitungkan dalam telaah ekonomi kesehatan tersebut antara lain:

a) Biaya perolehan (*acquisition cost*)

Biaya perolehan adalah biaya atas pembelian obat, alat kesehatan dan/atau intervensi kesehatan, baik bagi individu pasien maupun institusi (Berger, 2003).

b) Biaya yang diperkenankan (*allowable cost*)

Biaya yang diperkenankan adalah biaya atas pemberian pelayanan atau teknologi kesehatan yang masih dapat ditanggung oleh penyelenggara jaminan kesehatan atau pemerintah pasien maupun institusi (Berger, 2003).

c) Biaya pengeluaran sendiri (*out-of-pocket cost*)

Biaya pengeluaran sendiri adalah porsi biaya yang harus dibayar oleh individu pasien dengan uangnya sendiri. Sebagai contoh, iur biaya peserta asuransi kesehatan (Berger, 2003).

d) Biaya peluang (*opportunity cost*)

Biaya peluang adalah biaya yang timbul akibat pengambilan suatu pilihan yang mengorbankan pilihan lainnya. Bila seorang pasien memutuskan untuk membeli obat A, dia akan terkena biaya peluang karena tak dapat menggunakan uangnya untuk hal terbaik lainnya, termasuk pendidikan, hiburan, dan sebagainya (Bootman *et al.*, 2005).

2.2.3. Perspektif Nilai

Perspektif penilaian merupakan hal penting dalam Kajian Farmakoekonomi, karena perspektif yang dipilih menentukan komponen biaya yang harus disertakan. Seperti yang telah disampaikan, penilaian dalam kajian ini dapat dilakukan dari tiga perspektif yang berbeda, yaitu:

a. Perspektif masyarakat (*societal*).

Sebagai contoh Kajian Farmakoekonomi yang mengambil perspektif masyarakat luas adalah penghitungan biaya intervensi kesehatan, seperti program penurunan konsumsi rokok, untuk memperkirakan potensi peningkatan produktivitas ekonomi (PDB, produk domestik bruto) atau penghematan biaya pelayanan kesehatan secara nasional dari intervensi kesehatan tersebut.

b. Perspektif kelembagaan (*institutional*).

Contoh kajian farmakoekonomi yang terkait kelembagaan antara lain penghitungan efektivitas-biaya pengobatan untuk penyusunan Formularium Rumah Sakit. Contoh lain, di tingkat pusat, penghitungan AEB untuk penyusunan DOEN dan Formularium Nasional.

c. Perspektif individu (*individual perspective*).

Salah satu contoh kajian farmakoekonomi dari perspektif individu adalah penghitungan biaya perawatan kesehatan untuk mencapai kualitas hidup tertentu sehingga pasien dapat menilai suatu intervensi kesehatan cukup bernilai atau tidak dibanding kebutuhan lainnya (termasuk hiburan).

Karena pertanyaan yang harus dijawab oleh ketiga perspektif itu berbeda, jenis biaya yang diperhitungkan dalam Kajian Farmakoekonomi masing-masing perspektif tersebut juga tak sama. Secara ringkas, jenis biaya yang harus diperhitungkan

dan kategorisasinya menurut beberapa perspektif yang lazim melakukan dalam Kajian yang mulai diterapkan pada tahun 2014 akan lebih banyak mengambil perspektif penyedia pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan riil masyarakat. Untuk seleksi obat dalam perencanaan, misalnya, titik tolak awalnya adalah pola epidemiologis penyakit di daerah terkait.

Tabel 2.2 Komponen Biaya Langsung Medis dan Biaya Langsung nonmedis berdasarkan nilai perspektif (Depkes RI, 2013).

Komponen Biaya	Perspektif			
	Masyarakat	Pasien	Penyedia Yankes	Pembayar
Biaya Langsung Medis				
1. Biaya Pelayanan Kesehatan	+	+	+	+
2. Biaya Pelayanan Kesehatan Lainnya	+	±	-	±
3. Biaya Cost Sharing Patient	-	+	-	-
Biaya Langsung Non Medis				
1. Biaya Transportasi	+	±	-	±
2. Biaya Pelayanan Informal	+	-	-	-
Biaya Tidak Langsung				
1. Biaya hilangnya produktivitas	+	+	-	-

Keterangan:

+ : termasuk komponen biaya dan bisa diteliti

- : tidak termasuk komponen biaya dan bisa diteliti

±: termasuk komponen biaya dan bisa diteliti atau tidak.

2.2.4. Manfaat dan Kekurangan Farmakoekonomi

Manfaat yang dapat diperoleh dengan penerapan farmakoekonomi antara lain (Kemenkes RI, 2013) :

1. Memberikan pelayanan maksimal dengan biaya yang terjangkau. Seiring dengan perkembangan zaman, maka pengetahuan yang berkaitan dengan penyakit sudah semakin berkembang. Pengetahuan tentang pengobatan terhadap penyakit-penyakit tertentu pun tidak ketinggalan, dimana saat ini untuk suatu penyakit tertentu telah tersedia berbagai macam obat untuk menyembuhkan ataupun sekedar meredakan simptom penyakit tersebut. Hal ini memberikan manfaat, yaitu terdapat banyak pilihan obat yang dapat diberikan untuk tindakan terapi bagi pasien. Namun, banyaknya pilihan terapi ini tidak akan bermanfaat apabila ternyata pasien tidak sanggup membeli karena harganya yang mahal. Oleh karena itu, pertimbangan farmakoekonomi dalam menentukan terapi yang akan diberikan kepada pasien sangat diperlukan, misalnya dengan penggunaan obat generik. Di Indonesia khususnya, telah terdapat 232 jenis

obat generik yang diregulasi dan disubsidi oleh pemerintah dengan harga yang jauh lebih murah dibandingkan dengan obat patennya.

2. Angka kesembuhan meningkat dan angka kematian menurun. Terapi yang diberikan oleh dokter akan berhasil apabila pasien patuh terhadap pengobatan penyakitnya. Kepatuhan ini salah satunya dipengaruhi oleh faktor ekonomi. Misalnya saja harga obat yang diresepkan oleh dokter terlalu mahal maka pasien tidak akan sanggup membeli dan tentu saja tidak dapat mengonsumsi obatnya. Dan sebaliknya apabila harga obat terjangkau, maka pasien dapat mengonsumsi obatnya dan mengalami kesembuhan. Selain itu ketepatan dokter dalam memilih terapi yang tepat untuk penyakit pasien atau berdasarkan *Evidence Based Medicine* juga berpengaruh. Misalnya saja dokter hanya memberikan obat yang sifatnya simptomatis kepada pasien, tentu saja penyakit pasien tidak sembuh dan harus kembali berobat dan biaya yang dikeluarkan untuk mencapai kesembuhan semakin besar.
3. Menghindari tuntutan dari pihak pasien dan asuransi terhadap dokter dan rumah sakit karena pengobatan yang mahal. Saat ini telah terjadi perubahan paradigma dalam masyarakat, dimana jasa pelayanan kesehatan tidak berbeda dengan komoditas jasa lain. Perubahan paradigma ini mengubah

hubungan antara pasien, dokter, dan lembaga pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Seorang pasien menjadi semakin kritis dan ingin tahu untuk apa saja ia membayar, termasuk dalam hal obat-obatan atau terapi serta pemeriksaan yang dilakukan. Apabila ada kesan kelalaian dokter dan pihak rumah sakit, pasien berhak mengajukan tuntutan ke pengadilan. Apabila dokter telah memberikan obat-obat generik dengan harga yang murah dengan syarat memang tepat indikasi untuk penyakit pasien, dan rumah sakit selalu menyediakannya, maka dokter dan rumah sakit akan terhindar dari tuntutan pasien dan pihak asuransi atas biaya pengobatan yang mahal.

Sedangkan kekurangan atau kendala yang mungkin dihadapi dalam penerapan farmakoekonomi antara lain (Kemenkes RI, 2013) :

1. Untuk mendapatkan manfaat dari farmakoekonomi secara maksimal maka diperlukan edukasi yang baik bagi praktisi medik termasuk dokter maupun masyarakat. Dokter harus memperdalam ilmu farmakologi dan memberikan obat berdasarkan *Evidence Based Medicine* dari penyakit pasien. Pendidikan masyarakat tentang kesehatan harus ditingkatkan melalui pendidikan formal maupun informal, dan menghilangkan pandangan masyarakat bahwa obat yang

mahal itu pasti bagus. Hal ini belum tentu karena obat yang rasional adalah obat yang murah tapi tepat untuk penyakitnya.

2. Diperlukan peran pemerintah membuat regulasi obat-obat generik yang bermutu untuk digunakan dalam pelayanan kesehatan baik tingkat pusat sampai kecamatan dan desa. Karena dalam banyak kasus, obat-obat non generik yang harganya jauh lebih mahal terpaksa diberikan karena tidak ada pilihan obat lain bagi pasien. Terutama bagi pasien yang menderita penyakit berat, seperti kanker. Seperti contoh obat peningkatan protein jenis albumin dan antibiotik jenis botol ampul yang harganya bisa mencapai jutaan rupiah.

2.3. Profil Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB

2.3.1 Sejarah Berdirinya RSJ Provinsi

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 Klas 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 5 kali, berikut periode kepemimpinan RSJ Mataram-RSJ Provinsi :

1. Tahun 1987 - 1990: Dr. Haryono Padmosudiro, SpKJ
2. Tahun 1990 - 1999: Dr. Ngadiono Hastering, SpKJ
3. Tahun 1999 - 2004 : Dr. Helmy Azhar, SpKJ
4. Tahun 2004 - 2006: Dr. Endro Suprayitno, SpKJ

5. Tahun 2007 - sekarang: Dr. Elly Rosila Wijaya, SpKJ., MM.

2.3.1. 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;
- d. Meningkatkan kelancaran dan kemudahan pelayanan keperawatan profesional untuk mencapai kepuasan pelanggan.

2.3.2. Jenis Pelayanan

Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Nusa Tenggara Barat memiliki beberapa pelayanan, antara lain:

1. Pemeriksaan dan konsultasi
2. PInstalasi Laboratorium Klinik, melayani :
 - a. Darah lengkap semi otomatis
 - b. Darah lengkap otomatis
 - c. Urine lengkap

- d. Malaria slide
 - e. Malaria stick
 - f. Widal
 - g. Tes kehamilan
 - h. Kimia kronis
3. Instalasi Farmasi

Melayani obat-obatan untuk pasien jiwa dan obat-obatan psikotropika sesuai dengan resep dokter.

4. Pemeriksaan/Tindakan

- a. Radiologi
- b. USG
- c. EKG/ECG
- d. EEG
- e. Stress Analyser
- f. Neuro feed back
- g. ECT
- h. Injeksi Intra Muskular (IM)

5. Psikometri

- a. Konseling/psikoterapi 30 menit
- b. Evaluasi psikologi
- c. MMPI singkat (Brief)
- d. MMPI-2
- e. Tes IQ sederhana

- f. Tes IQ kompleks
 - g. Tes kepribadian sederhana
 - h. Tes kepribadian kompleks
 - i. Tes psikologi lengkap
 - j. Tes bakat minat
 - k. Hypnotherapy
 - l. Asesmen klinis
6. Pelayanan Rehabilitasi Psikososial
- a. Seleksi pra rehabilitasi
 - b. Pelayanan One Day Care per hari
7. Pelayanan gigi dan mulut
8. Pelayanan fisioterapi
9. Pelayanan okupasi
10. Instalasi gawat darurat
11. Instalasi rawat inap

Pelayanan kelas yang ditawarkan :

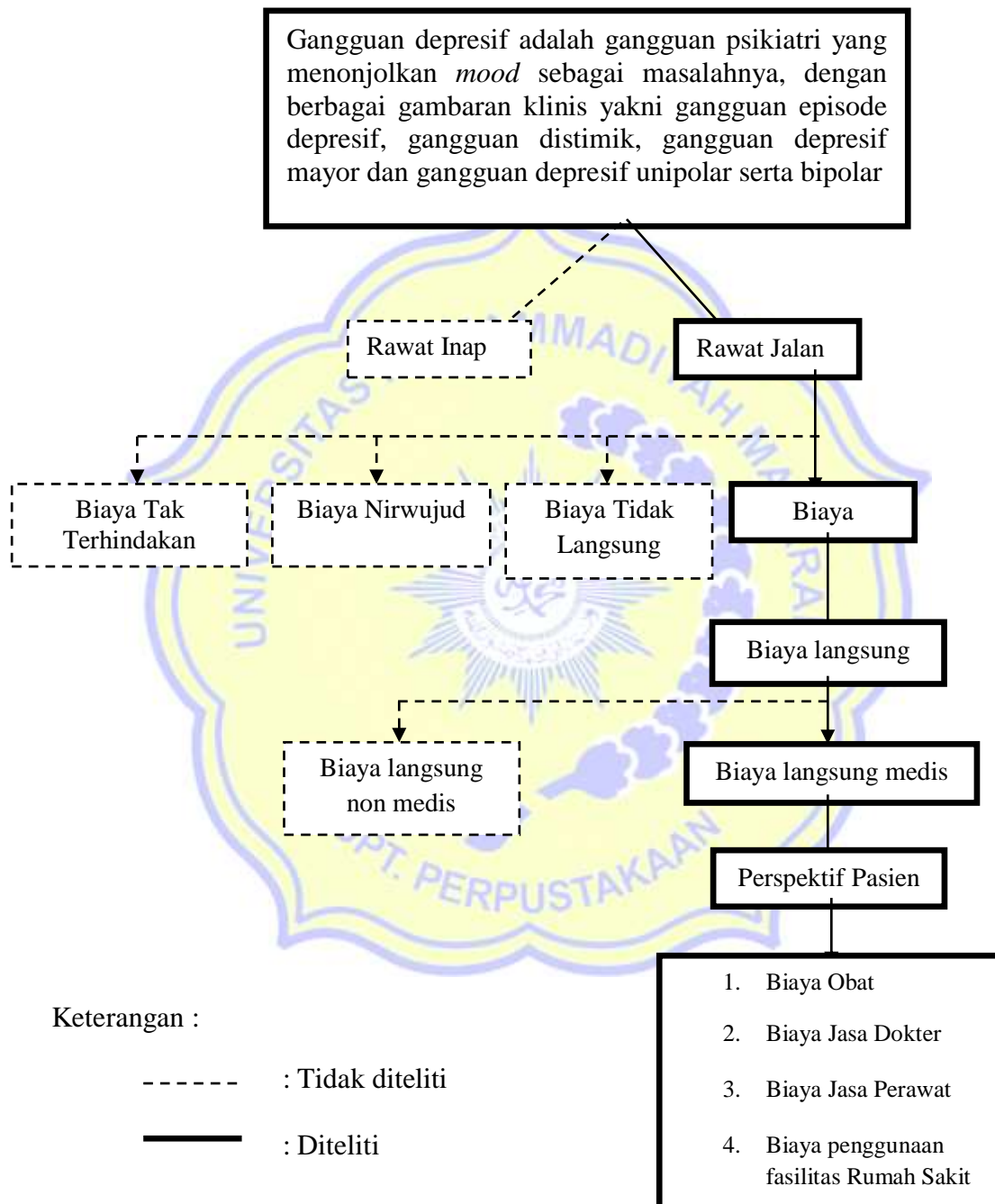
- a. Rawat inap kelas I (Flamboyan) dengan kapasitas 12 ruangan pasien
- b. Rawat inap kelas II
- c. Rawat inap kelas III

Kapasitas ruangan rawat inap kelas II dan rawat inap kelas III rata-rata sebanyak 20 pasien.

12. Instalasi rawat jalan

Waktu Pendaftaran = Senin s.d Jumat : 07.30 s.d 13.00 WITA

2.4. Kerangka Teori



Gambar 2.5. Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional dan dianalisis dengan pendekatan deskriptif. Pengumpulan data dilakukan secara retrospektif yaitu pengambilan data tahun 2018 yang berasal dari data rekam medik dan data dari bagian keuangan yang berupa tarif pelayanan rumah sakit serta tarif obat dari bagian instalasi farmasi untuk mengetahui besarnya biaya terapi pengobatan depresi.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.1.1 Tempat

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Provinsi NTB.

3.1.2 Waktu

Penelitian dilakukan pada bulan Juni 2019.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi target pada penelitian ini adalah semua pasien rawat jalan di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB tahun 2018.

3.3.2 Sampel Penelitian

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

3.4 Kriteria Inklusi dan Eksklusi

3.4.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri-ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota populasi yang dapat diambil sebagai sampel. (Notoatmodjo, 2010) Kriteria inklusi yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah :

- a. Pasien umum rawat jalan yang menderita depresi di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB yang berobat pada periode tahun 2018.
- b. Pasien dengan catatan rekam medis dan catatan keuangan yang lengkap.
- c. Perawatan pasien pada periode terakhir di tahun 2018.
- d. Pasien yang menggunakan terapi Sertraline.
- e. Pasien usia lebih dari 15 tahun.

3.4.2 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 :

- a. Pasien yang meninggal.

3.5 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*. Pengambilan sampel secara *purposive sampling* didasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan cirri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. Pengambilan sampel secara *purposive* ini antara lain :

Mula-mula 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 (*case study*), dimana banyak aspek dari kasus tunggal yang representatif untuk diamati dan dianalisis (Notoatmodjo, 2010).

3.6 Definisi Operasional

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

- a. Pasien depresi adalah pasien yang mengalami gangguan psikiatri yang menonjolkan *mood* sebagai masalahnya, dengan berbagai gambaran klinis yakni gangguan episode depresif, gangguan distimik, gangguan depresif mayor dan gangguan depresif unipolar serta bipolar.
- b. Gambaran biaya adalah mendeskripsikan atau menilai semua biaya

dalam pengobatan atau perlakuan terhadap suatu penyakit atau terapi.

- c. Perspektif pasien adalah penghitungan biaya perawatan kesehatan untuk mencapai kualitas hidup tertentu sehingga pasien dapat menilai suatu intervensi kesehatan cukup bernilai atau tidak dibanding kebutuhan lainnya (termasuk hiburan) atau perhitungan biaya berdasarkan uang yang dikeluarkan oleh pasien.
- d. *Direct medical cost* (biaya medis langsung) adalah biaya yang dikeluarkan untuk pasien terkait dengan jasa pelayanan medis seperti biaya obat, biaya alat kesehatan, biaya tindakan medis, biaya pemeriksaan penunjang dan biaya perawatan medis.
- e. Pasien umum adalah pasien yang penyakitnya harus mendapatkan pelayanan. Petugas rekam medis menerima pasien dari semua jenis umur, jenis kelamin dan jenis penyakit.
- f. Pasien rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasien tersebut dirawat inap.

3.7 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah lembar pengumpulan data dan kuitansi pembayaran.

3.8 Metode Pengumpulan Data

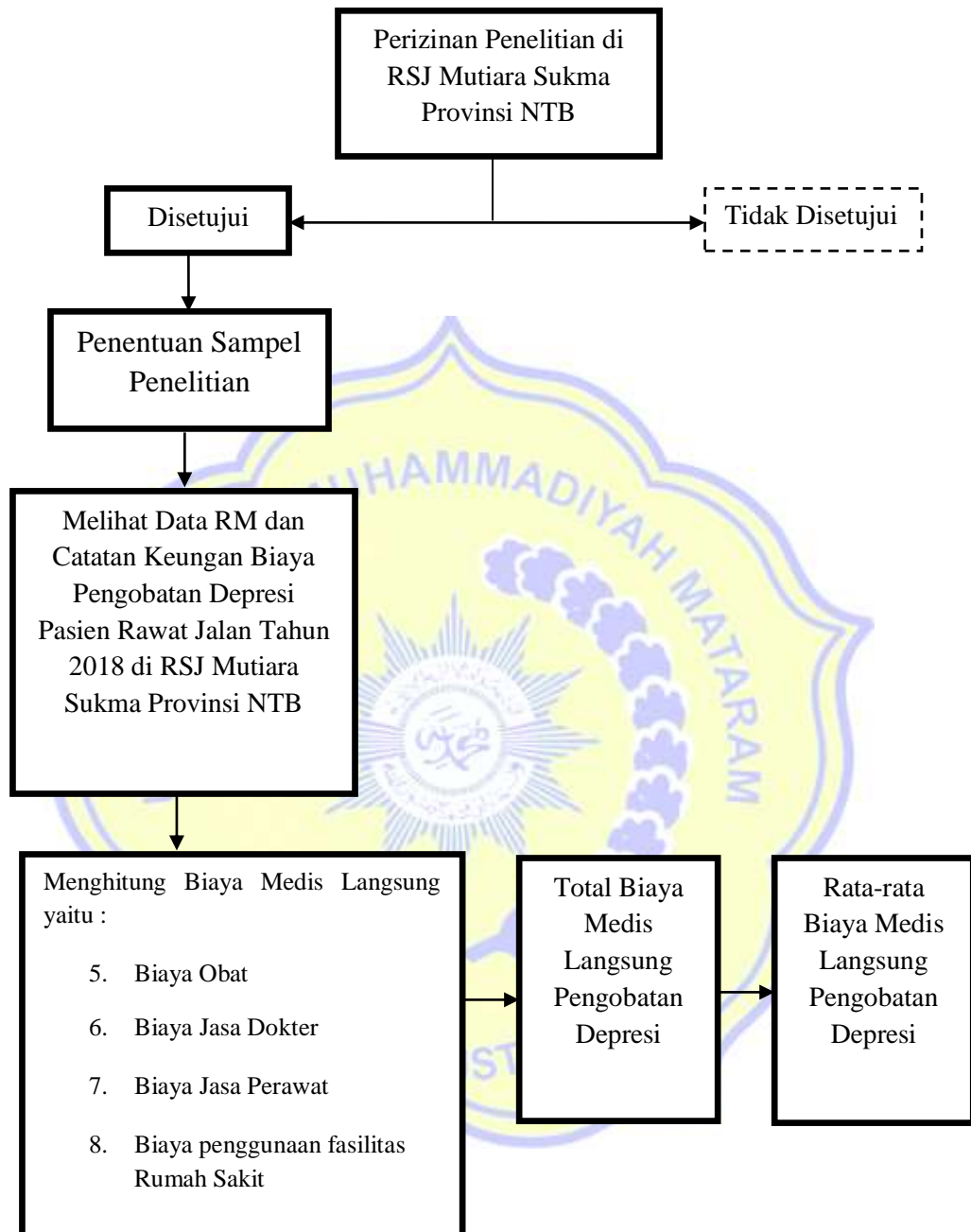
Pengambilan data pada penelitian ini dilakukan secara retrospektif yaitu diambil dari data sebelumnya. Data sekunder diterima dari data rekam medik pasien tahun 2018 dan data biaya berupa tarif di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB.

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 Pemeriksaan, Farmasi, Jumlah dan Total. Kemudian menentukan data yang akan diambil dan menuliskannya di lembar pengumpulan data.

3.9 Analisis Data

Data yang diambil adalah biaya medis langsung (biaya obat, biaya jasa dokter, biaya jasa perawat, biaya penggunaan fasilitas Rumah Sakit, biaya uji laboratorium, biaya pelayanan informasi dan biaya kesehatan lainnya) yang diambil secara retrospektif yaitu data tahun 2018 dengan perspektif pasien. Data yang diambil diolah dengan cara menjumlahkan semua komponen biaya. Kemudian dihitung rata-rata biaya medis langsung (biaya obat, biaya jasa dokter, biaya jasa perawat, biaya penggunaan fasilitas Rumah Sakit, biaya uji laboratorium, biaya pelayanan informasi dan biaya kesehatan lainnya) yang dikeluarkan oleh pasien umum depresi di RSJ Mutiara Sukma Provinsi NTB tahun 2018.

3.10 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Alur Penelitian