

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Depresi

1. Definisi

Depresi adalah gangguan mental serius yang ditandai dengan perasaan sedih dan cemas. Beberapa gangguan tersebut biasanya akan menghilang dalam beberapa hari tetapi juga bisa berkelanjutan yang dampaknya dapat mempengaruhi aktivitas sehari-hari (*National Institute of Mental Health, 2010*). WHO menyatakan bahwa depresi merupakan gangguan mental yang ditandai dengan munculnya gejala penurunan *mood*, kehilangan suatu minat tertentu, perasaan bersalah, gangguan tidur, nafsu makan berubah, kehilangan energi, dan penurunan daya konsentrasi (*World Health Organization, 2010*).

Depresi berat dengan gejala psikotik adalah salah satu jenis depresi yang berat dan ciri - cirinya memenuhi semua kriteria dari depresi ringan, sedang, maupun depresi berat tanpa gejala psikotik. Dimana depresi berat dengan gejala psikotik merupakan depresi mayor yang penderitanya memiliki halusinasi tinggi, dan yang mengalaminya beresiko untuk membahayakan diri sendiri maupun orang lain (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa III, 2013)

Antidepresan merupakan obat yang digunakan untuk menangani dan mengobati kondisi serius dikarenakan depresi berat. Kadar NT (nontransmitter) terutama NE (norepinefrin) dan serotonin dalam otak sangat

berpengaruh terhadap depresi dan gangguan SSP. Rendahnya kadar NE dan serotonin didalam otak inilah yang menyebabkan gangguan depresi. Oleh karena itu antideresan adalah obat yang mampu meningkatkan kadar NE dan serotonin didalam otak (Prayitno,2008).

2. Epidemiologi

Depresi adalah salah satu gangguan mental yang cukup banyak diderita masyarakat, dan diperkirakan mempengaruhi 121 juta orang di seluruh dunia. Menurut data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), pada tahun 2020 depresi akan menjadi beban global karena akan menjadi penyakit kedua di dunia dengan jumlah pasien terbanyak setelah jantung iskemik. Prevalensi penyakit depresi diperkirakan 5% - 10% per tahun. Depresi dapat terjadi pada siapa saja, baik anak-anak maupun dewasa, pria maupun wanita, ataupun dari ras apa saja. Di Amerika, diperkirakan 5,3 % pasien menderita depresi, dan dalam sebuah survai di AS dijumpai bahwa 17 % populasi memiliki sejarah gangguan depresi dalam hidupnya. Pasien depresi juga beresiko terhadap terjadinya alkoholisme, penyalahgunaan obat, gangguan kecemasan, dll. Pada keadaan terburuk, depresi dapat menyebabkan bunuh diri, yang menyebabkan dunia kehilangan 850.000 orang setaip tahunnya (Ikawati, 2011).

Ada kecenderungan hubungan familial dengan kejadian depresi, di mana diperkirakan 8-18 % pasien depresi memiliki sedikitnya keluarga dekat (ayah, ibu, kakak atau adik) yang memiliki sejarah depresi. Kejaidan depresi pada wanita 2-3 x lebih sering dibanding kan pria, dan bisa terjadi

pada setiap umur, tetapi paling banyak terjadi pada usia 25-44 tahun (Ikawati, 2011).

3. Etiologi

Penyebab depresi sangat kompleks, melibatkan faktor genetik, biologis, dan lingkungan, dan factor-faktor ini bisa menyebabkan gangguan depresi baik secara tunggal atau bersama sama. Pasien depresi menunjukkan adanya perubahan neurotransmitter otak antara lain: norepinefrin, 5-HT, dopamine. Walaupun belum diketahui secara pasti, pada tingkat seperti apa ketidakseimbangan neurotransmitter dapat mempengaruhi perasaan, namun ketidakseimbangan neurotransmitter ini diketahui dapat disebabkan oleh berbagai hal, menurut Ikawati (2011)

a. Genetik (keturunan)

Kejadian depresi dan bunuh diri cenderung terjadi dalam satu keluarga, sebagai contoh, sekitar 8% sampai 18% dari pasiendengan depresi berat mempunyai sedikitnya keluarga dekat (ayah,ibu,saudara) dengan riwayat depresi. Selain itu, pasien dengan keluarga dekat yang depresi lebih mungkin menderita depresi sampai 1,5 sampai 3 kali dari orang normal (Ikawati, 2011).

b. Kepribadian

Orang dengan ciri-ciri kepribadian tertentu yang lebih cenderung menjadi depresi. Sifat-sifat yang cenderung menyebabkan depresi antara lain adalah berpikir negatif, pesimis, kekhawatiran yang

berlebihan, rendah diri, terlalu tergantung kepada orang lain, dan tanggapan yang kurang efektif terhadap stress (Ikawati, 2011).

c. Situasi atau lingkungan

Peristiwa sulit dalam kehidupan, kehilangan, perubahan, atau stress yang terus menerus dapat menyebabkan kadar neurotransmitter menjadi tidak seimbang, dan selanjutnya menyebabkan depresi. Sebaliknya, peristiwa bahagia pun, seperti melahirkan, dapat menyebabkan perubahan kadar hormon sehingga mengakibatkan stress yang dapat memicu depresi, seperti depresi postpartum (Ikawati, 2011).

d. Kondisi medik

Depresi juga dapat terjadi karena gangguan medik tertentu, misalnya penyakit jantung, stroke, diabetes, kanker, gangguan hormonal (terutama perimenopause atau hipotiroidisme), penyakit Parkinson, dan penyakit Alzheimer. Meskipun alergi tidak dikatakan dapat menyebabkan depresi atau sebaliknya, orang yang menderita alergi non-makanan ternyata agak lebih rentan terhadap depresi dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki alergi (Ikawati, 2011).

e. Penggunaan obat

Beberapa obat yang digunakan untuk waktu yang lama, seperti prednison, obat tekanan darah tertentu, dan pil KB dalam beberapa kasus, bisa menyebabkan depresi atau memperburuk kondisi depresi. Beberapa obat kejang seperti lamotigrin dan gabapentin, juga terkait dengan risiko terjadinya bunuh diri (Ikawati, 2011).

f. Penyalahgunaan zat berbahaya

Meskipun telah lama dipercaya bahwa depresi menyebabkan orang melakukan penyalahgunaan alcohol dan obat-obatan dalam upaya untuk membuat mereka merasa lebih baik, sebaliknya juga dapat terjadi, yaitu penyalahgunaan zat dapat menyebabkan depresi (Ikawati, 2011).

4. Patofisiologi

Faktor neurotropik (hipotesis neurotropik) dan endokrin (hipotesis endokrin) juga diketahui peranannya penting dalam mencetuskan terjadinya depresi (Katzung *et al.*, 2014).

a. Hipotesis Neurotropik

Regulasi plastisitas, ketahanan, dan pembentukan saraf (neurogenesis) dipengaruhi oleh factor pertumbuhan saraf yaitu *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF). *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF) diperkirakan memberi pengaruh terhadap kelangsungan hidup dan pertumbuhan neuron melalui pengaktifan reseptor tirosin kinase B di neuron dan sel glia (Katzung *et al.*, 2014).

Penurunan kadar BDNF dan berkurangnya dukungan neurotrofik memiliki kaitan yang erat dengan stres. Hal ini menyebabkan perubahan struktural atrofik di hipokampus dan bagian lain seperti korteks frontalis medialis dan singulatus anterior. Peran penting hipocampus adalah pada ingatan kontekstual dan regulasi sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (PHA), kemudian simulatus anterior berperan dalam integrasi rangsang emosi, sementara korteks frontalis orbital medialis juga berperan dalam

ingatan, belajar dan emosi. Berkurangnya volume pada struktur hipokampus akan bertambah sesuai lama sakit dan jumlah waktu ketika depresi yang terjadi tidak diobati. Hilangnya aktivitas neurotrofik berkaitan dengan terjadinya depresi, dimana pada depresi mayor terjadi pengurangan 5-10% volume hipokampus dan pengurangan substansial volume di singulus anterior dan korteks frontalis orbital medialis (Katzung *et al.*, 2014).

b. Hipotesis monoamin dan neurotransmiter lain.

Hipotesis monoamine menjelaskan bahwa depresi yang terjadi berkaitan dengan terjadinya defisiensi pada jumlah atau fungsi serotonin (5-HT), norepinefrin (NE), dan dopamine (DA) dalam korteks limbis (Katzung *et al.*, 2014).

c. Hipotesis neuroendokrin

Hipotesis ini menjelaskan adanya keterkaitan kelainan hormon dengan depresi. Terjadinya depresi dilaporkan berhubungan dengan peningkatan kadar kortisol. Hipotesis ini menjelaskan adanya keterkaitan antara glukokortikoid eksogen dan peningkatan kortisol endogen dengan gejala-gejala mood dan defisit kognitif serupa yang dapat meningkatkan terjadinya depresi (Katzung *et al.*, 2014).

5. Tanda dan Gejala

a. Tanda-tanda depresi

Tanda-tanda depresi terkadang sulit dikenali. Beberapa orang mengalami perasaan sedih dan juga murung dalam jangka waktu cukup lama dengan latar belakang yang berbeda. Tanda gangguan pada depresi tersebut antara lain :

- 1) Pola tidur abnormal seperti sering terbangun termasuk diselingi kegelisahan dan mimpi buruk.
- 2) Sulit berkonsentrasi pada kegiatan sehari-hari.
- 3) Selalu kuatir, mudah tersinggung, dan selalu cemas.
- 4) Aktivitas yang tadinya disenangi makin lama makin dihentikan.
- 5) Bangun tidur pagi rasanya malas (Muchid dkk., 2007).

b. Gejala depresi

Menurut PPDGJ (Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa) III seorang penderita gangguan depresi yang ditandai dengan adanya kehilangan minat dan kegembiraan, serta berkurangnya energy yang dapat menyebabkan mudah lelah saat melakukan aktivitas ringan. Gejala lain yang sering muncul antara lain:

- 1) Konsentrasi dan perhatian berkurang.
- 2) Harga diri dan kepercayaan berkurang.
- 3) Tidur terganggu.
- 4) Nafsu makan berkurang.
- 5) Perbuatan yang membahayakan diri, seperti diri.

- 6) Pandangn masa depan yang suram dan pesimis.
- 7) Perasaan bersalah dan tidak berguna (PPDGJ, 2013)

6. Diagnosis dan Klasifikasi Depresi

Menurut Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa–III yang menganut klasifikasi WHO : ICD - X , episode depresi (F.32) dapat diklasifikasikan menjadi 4 kelompok :

- a. Episode depresi ringan (F.32.0)
 - 1) Sekurang – kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama gangguan depresi ditambah sekurang – kurangnya 2 dari 3 gejala lainnya.
 - 2) Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya.
 - 3) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang – kurangnya sekitar 2 minggu.
 - 4) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang dilakukannya (PPDGJ, 2013)
- b. Episode depresi sedang (F.32.1)
 - 1) Sekurang – kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama gangguan depresi ditambah sekurang – kurangnya 3 gejala lainnya.
 - 2) Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya.
 - 3) Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang – kurangnya sekitar 2 minggu.
 - 4) Menghadapi kesulitan nyata dalam meneruskan kegiatan dan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga (PPDGJ, 2013)

- c. Episode depresi berat tanpa gejala psikotik (F.32.2)
 - 1) Semua 3 gejala utama gangguan depresi harus ada ditambah sekurang – kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat.
 - 2) Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka penderita mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci. Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode gangguan depresi berat masih dapat dibenarkan.
 - 3) Episode depresi biasanya harus berlangsung sekurang – kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu.
 - 4) Sangat tidak mungkin penderita akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau rumah tangga kecuali pada taraf yang sangat terbatas (PPDGJ, 2013)
- d. Episode depresi berat dengan gejala psikotik (F.32.3)
 - 1) Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut F.32.2 disertai waham, halusinasi atau stupor. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan penderita merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau

menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor

- 2) Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood congruent*) (PPDGJ, 2013)

7. Tatalaksana Terapi

Tujuan dilakukannya pengobatan depresi yaitu untuk mengurangi terjadinya gejala depresi akut, membantu memudahkan pasien agar dapat kembali hidup normal seperti semula sebelum terkena depresi dan untuk mencegah depresi lebih lanjut. Psikiater memberikan medikasi dengan antidepresan dan lainnya untuk mengurangi gejala depresi berat yang pasien alami. Pilihan terapi yang diberikan pada pasien juga tergantung pada hasil evaluasi riwayat kesehatan fisik maupun mental pasien (Depkes, 2007).

Terapi depresi dapat dilakukan secara non farmakologi, farmakologi ataupun kombinasi keduanya tergantung tingkat keparahan depresi yang dialami oleh seseorang. Namun terapi depresi dengan kombinasi keduanya menunjukkan efikasi yang jauh lebih baik dibandingkan bila salah satu saja.

a. Terapi non farmakologi

1) Psikoterapi

Psikoterapi yaitu terapi pengembangan yang digunakan untuk menghilangkan atau mengurangi keluhan – keluhan serta mencegah kambuhnya gangguan pola perilaku maladaptif (Depkes, 2007).

Teknik psikoterapi tersusun seperti teori terapi tingkah laku, terapi interpersonal, dan terapi untuk pemecahan sebuah masalah. Dalam fase akut terapi efektif dan dapat menunda terjadinya kekambuhan selama menjalani terapi lanjutan pada depresi ringan atau sedang. Pasien dengan menderita depresi mayor parah dan atau dengan psikotik tidak direkomendasikan untuk menggunakan psikoterapi. Psikoterapi merupakan terapi pilihan utama untuk pasien dengan menderita depresi ringan atau sedang (Teter et al., 2007)

2) *Electro Convulsive Therapy* (ECT)

Electro Convulsive Therapy yaitu salah satu jenis terapi depresi dengan mengalirkan beberapa arus listrik ke otak (Depkes, 2007). Terapi dengan ECT tersebut biasa digunakan untuk kasus depresi berat yang mempunyai potensi dan resiko untuk bunuh diri (Depkes, 2007). ECT juga diindikasikan untuk pasien depresi yang tidak merespon terhadap obat antidepresan (Lisanby, 2007). Terapi ECT terdiri dari 6 – 12 *treatment* dan juga tergantung pada tingkat keparahan pasien. Terapi ini dilakukan 2 atau 3 kali dalam seminggu, penggunaan ECT itu sendiri khusus digunakan oleh psikiater yang sudah berpengalaman (Mann, 2005). ECT dikontraindikasikan pada beberapa penyakit seperti epilepsi, TBC miller, gangguan infark jantung, dan tekanan tinggi intra karsial (Depkes, 2007).

b. Terapi Farmakologi

Antidepresan adalah obat yang digunakan untuk mengobati kondisi serius yang dikarenakan depresi berat. Kadar NT terutama NE dan serotonin dalam otak sangat berpengaruh terhadap depresi dan gangguan SSP. Rendahnya kadar NE dan serotonin di dalam otak maka akan menyebabkan gangguan depresi. Oleh sebab itu antideresan digunakan untuk meningkatkan kadar NE dan serotonin di dalam otak (Prayitno,2008).

1) *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor (SSRI).*

Antidepresan golongan SSRI adalah antidepresan yang mempunyai mekanisme kerja menghambat pengambilan serotonin yang telah disekresikan dalam sinap (gap antar neuron), sehingga menyebabkan kadar serotonin dalam otak meningkat. Peningkatan kadar serotonin dalam sinap dapat bermanfaat sebagai antidepresan (Prayitno, 2008).

Obat antidepresan yang termasuk dalam golongan SSRI seperti Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, dan Sertraline (Teter *et al.*,2007). Efek samping yang ditimbulkan Antidepresan SSRI yaitu gejala *gastrointestinal* (mual, muntah, dan diare), disfungsi seksual pada pria dan wanita, pusing, dan gangguan tidur. Efek samping ini hanya bersifat sementara (Teter *et al.*, 2007).

2) *Tricyclic Antidepresan (TCA)*

TCA atau Antidepresan Trisiklik adalah obat antidepresan yang mekanisme kerjanya menghambat pengambilan kembali amin biogenik berupa norepinephrin, serotonin (5-HT) dan dopamin dalam otak, dikarenakan menghambat ambilan kembali neurotransmitter yang tidak selektif tersebut, sehingga TCA mempunyai efek samping yang cukup besar (Prayitno, 2008). Efek samping yang sering ditimbulkan TCA yaitu berupa efek kolinergik seperti mulut kering, sembelit, penglihatan mata kabur, pusing, takikardi, ingatan menurun, dan retensi urin. Contoh dari obat golongan TCA adalah Amitripilin, Clomipramine, Doxepin, Imipramine, Desipramine, Nortriptyline (Teter *et al.*, 2007).

3) *Serotonin /Norepinephrin Reuptake Inhibitor (SNRI)*

Antidepresan golongan SNRI mempunyai mekanisme kerja mengeblok monoamin dengan lebih selektif dari pada antidepresan golongan trisiklik sehingga tidak menimbulkan efek seperti yang ditimbulkan antidepresan trisiklik (Mann, 2005). Antidepresan golongan SNRI memiliki aksi ganda dan efikasi yang lebih baik dibandingkan antidepresan golongan SSRI dan TCA dalam mengatasi remisi pada depresi berat (Sthal, 2002).

Antidepresan golongan SNRI adalah Venlafaxine dan Duloxetine. Efek samping yang biasa muncul pada obat Venlafaxine yaitu mual dan disfungsi *sexual* sedangkan pada Duloxetine efek

samping yang ditimbulkan berupa mual, mulut kering, konstipasi, dan insomnia (Teter *et al.*, 2007).

4) Antidepresan Aminoketon

Aminoketon yaitu salah satu golongan antidepresan yang memiliki efek yang tidak begitu besar dalam *reuptake* norepinefrin dan serotonin. Satu-satunya contoh obat dari golongan antidepresan amiketon adalah Bupropion (Teter *et al.*, 2007). Bupropion bereaksi secara tidak langsung pada sistem serotonin, dan efikasi Bupropion mirip dengan antidepresan trisiklik dan SSRI (Mann, 2005). Bupropion digunakan untuk terapi pada pasien depresi tidak merespon terhadap antidepresan SSRI (Mann, 2005). Bupropion mempunyai efek samping yang berbeda-beda tergantung pada kondisi setiap orang. Efek samping dari Bupropion dapat berupa mual, muntah, tremor, insomnia, mulut kering, dan reaksi kulit (Teter *et al.*, 2007).

5) Antidepresan Triazolopiridin

Antidepresan Triazolopiridin mekanisme kerjanya adalah sebagai antagonis 5-HT₂ dan penghambat 5-HT, serta dapat meningkatkan 5-HT_{1A}. Trazodone dan Nefazodone adalah contoh obat dari antidepresan triazolopiridin yang mempunyai aksi ganda pada neuron serotonergik. Trazodone digunakan untuk mengatasi efek samping sekunder seperti pusing dan sedasi, serta peningkatan availabilitas alternatif yang dapat diatasi (Teter *et al.*, 2007).

Trazodone sendiri mempunyai efek samping berupa sedasi, gangguan kognitif, dan pusing. Efek samping yang ditimbulkan oleh Nefazodone berupa sakit kepala ringan, mengantuk, mulut kering, ortostatik hipotensi, mual, dan lemas (Teter *et al.*, 2007).

6) Antidepresan Tetrasiklik

Antidepresan tetrasiklik mempunyai mekanisme kerja sebagai antagonis pada *presynaptic* α_2 -*adrenergic autoreceptor* dan *heteroreceptor*, yang dapat meningkatkan aktivitas nonadrenergik dan serotonergik (Teter *et al.*, 2007). Satu-satunya obat dari antidepresan tetrasiklik adalah Mirtazapin. Mirtazapin dapat bermanfaat untuk pasien depresi dengan gangguan tidur dan kekurangan berat badan (Unutzer, 2007). Efek samping yang dapat muncul pada penggunaan Mirtazapin berupa konstipasi, mulut kering, dan peningkatan berat badan (Teter *et al.*, 2007).

7) *Mono Amin Oxidase Inhibitor* (MAOI)

Mono Amin Oxidase Inhibitor yaitu suatu enzim komplek yang terdistribusi didalam tubuh, yang digunakan dalam dekomposisi amin biogenic (norepinefrin, epinefrin, dopamin, dan serotonin) (Depkes, 2007). MAOI bekerja memetabolisme NE dan serotonin untuk mengakhiri kerjanya sehingga mudah disekresikan. Pada saat MAO dihambat, maka kadar NE dan serotonin di sinap akan meningkat, sehingga akan terjadi perangsangan pada SSP (Prayitno, 2008).

Beberapa contoh obat dari golongan MAOI yaitu Phenelzine, Tranylcypromine, dan Selegiline. Efek samping yang sering terjadi berupa postural hipotensi, penambahan berat badan, gangguan *sexual* (penurunan libido, anorgasmia) (Teter *et al.*, 2007).

c. Terapi Tambahan

Penggunaan terapi tambahan digunakan untuk meningkatkan efek antidepresan, terapi tambahan yang diberikan antara lain :

1) *Mood Stabilizer*

mood stabilizer yang biasa digunakan adalah Lithium dan Lomotrigin. Litium yaitu terapi tambahan yang efektif pada pasien yang tidak memberi respon terhadap pemberian monoterapi antidepresan. Lomotrigin adalah antikonvulsan yang mereduksi *glutamateric*. Lamotigrin digunakan sebagai terapi tambahan pada depresi berat (Barbosa *et al.*, 2003) dan juga digunakan untuk terapi dan pencegahan *relapse* pada depresi bipolar (Yatham, 2004). Divalproex dan Valproate adalah *mood stabilizer* yang digunakan untuk mencegah terjadinya kekambuhan kembali (Mann, 2005).

2) Antipsikotik

Antipsikotik dibagi menjadi 2 jenis yaitu antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal. Yang termasuk dalam antipsikotik tipikal adalah haloperidol, chlorpromazine, dan Fluphenazine. Mekanisme kerja dari Antipsikotik tipikal yaitu memblok dopamine D2 reseptor. Antipsikotik atipikal hanya digunakan untuk terapi pada depresi

mayor resisten (Kennedy, 2003). Contoh Obat dari *Atypical* antipsikotik adalah clozapine, olanzapine, dan aripripazole (Mann, 2005).

B. Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta

1. Definisi

Ghrasia berasal dari bahasa lain “Gracious” yang artinya ramah. Dalam arti sebenarnya, secara filosofis, Ghrasia berarti Graha Tumbuh Kembang Laras Jiwa yang secara keseluruhan mempunyai makna sebagai berikut:

- a. Sebagai tempat untuk pelayanan/penyuluhan tumbuh kembang dan penyelaras jiwa manusia dengan segala aspeknya.
- b. Merupakan tempat bagi siapa saja dengan pelayanan yang ramah dan fleksibel sesuai dengan kultur budaya masyarakat Yogyakarta.

2. Letak Geografis Rumah Sakit

Rumah Sakit Jiwa Grhasia berlokasi di Jalan Kaliurang Km 17, Desa Tegalsari, Kecamatan Pakem, Kabupaten Sleman, yang memiliki akses baik sehingga memudahkan bagi setiap orang khususnya pasien untuk mencapainya. Jalur tersebut menuju ke arah obyek wisata Kaliurang \pm 5 km ke arah utara. Berdasarkan monografi kecamatan Pakem, RS Jiwa Grhasia DIY berada di 77,660 LS dan 110,420 BT. Kecamatan Pakem terletak di dataran tinggi pada ketinggian 600m² di atas permukaan laut, beriklim seperti layaknya daerah dataran tinggi di daerah tropis dengan cuaca sejuk

sebagai ciri khasnya. Suhu tertinggi yang tercatat di kecamatan Pakem adalah 320C dan suhu terendah 180C.

3. Data Morbiditas Pasien Rawat Inap yang termasuk 10 Besar Penyakit Jiwa di RS Jiwa Grhasia Yogyakarta Tahun 2013 dapat dilihat pada gambar 1.

No	Kode ICD - X	Nama Diagnosa	Laki - Laki	Perempuan	Jumlah
1	F20.3	Skizofrenia Tak Terinci	332	168	500
2	F20.0	Skizofrenia Paranoid	176	138	314
3	F25.0	Gangguan Skizoafektif Tipe Manic	51	83	134
4	F20.5	Skizofrenia Residual	42	35	77
5	F06.8	Gangguan Mental Akibat Kerusakan dan disfungsi otak, penyakit fisik lain YTT	38	30	68
6	F20.2	Skizofrenia Katatonic	39	15	54
7	F23.9	Gangguan Psikotik Akut dan sementara YTT	18	27	45
8	F32.3	Episode Depresif berat dengan gejala psikotik	26	10	36
9	F70.1	Retardasi Mental Ringan, terdapat Hendaya Perilaku yang bermakna dan perlu terapi	16	17	33
10	F 71.1	Retardasi Mental Ringan, terdapat Hendaya Perilaku yang bermakna dan memerlukan perhatian / terapi	6	18	24

Sumber : Data SIMRS Jiwa Grhasia Tahun 2013

Gambar 1. data Morbiditas Pasien Rawat Inap (10 Besar Penyakit) RS Jiwa Grhasia Yogyakarta Tahun 2013

C. Rekam Medis

Rekam medis menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 269/MENKES/PER/III/2008 adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Tujuan dari rekam medis dibuat adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tanpa adanya dukungan sistem pengelolaan rekam medis yang baik dan benar tertib administrasi di rumah sakit tidak akan berhasil sebagaimana yang diharapkan. Tertib administrasi adalah salah satu faktor yang penentu upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit itu sendiri (Rustiyanto, 2009).

Kegunaan rekam medis menurut Hanafiah dan Amir, 2008 yang disebut *CIALFRED* antara lain:

- 1 *Comunication* adalah alat komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan pasien.
- 2 *Information* adalah perencanaan pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien. Administration adalah adanya nilai administrasi dalam suatu rekam medis dikarenakan bahwa isinya berupa tindakan-tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis.
- 3 *Legal* adalah jaminan kesehatan hukum (legal) atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan serta persediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

- 4 *Financial* adalah nilai keuangan karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan suatu biaya pembayaran pelayanan medis di rumah sakit, tanpa adanya catatan tindakan pelayanan maka pembayaran tidak dapat di pertanggungjawabkan.
- 5 *Research* adalah isinya mengandung data atau informasi yang dapat di pergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.
- 6 *Education* adalah menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dari kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien.
- 7 *Informasi* tersebut dapat di pergunakan sebagi bahan referensi pengajaran di bidang profesi.
- 8 *Documentation* adalah sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan di pakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan pelaporan rumah sakit.

D. Penggunaan Obat yang Rasional

Penggunaan obat secara rasional adalah menuntut agar obat yang sesuai yang diresepkan tersedia pada waktu yang tepat dengan harga terjangkau, yang dapat dibagikan dengan benar, dan obat tersebut diambil dalam dosis yang tepat pada interval dan waktu yang tepat. Obat yang sesuai harus efektif, berkualitas, dan aman (WHO, 1985). Tujuan penggunaan obat secara tepat atau rasional adalah menjamin pasien mendapatkan pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan. Berikut definisi penggunaan obat rasional (4T+1W) menurut WHO 1985:

1. Tepat indikasi penyakit

Setiap obat memiliki terapi yang spesifik. Sebagai contoh Antibiotik diberikan untuk infeksi bakteri. Dengan demikian, penggunaan antibiotik hanya dianjurkan untuk pasien yang mengalami gejala adanya infeksi bakteri tertentu.

2. Tepat pemilihan obat

Terapi pemilihan obat bisa dilakukan saat diagnosis ditegakkan dengan benar. Dengan demikian, obat yang diberikan harus memiliki efek yang sesuai dengan penyakit yang dialami pasien.

3. Tepat penilaian kondisi pasien

Respon setiap orang terhadap efek obat berbeda beda. Hal ini lebih cenderung jelas terlihat pada beberapa jenis obat seperti teofilin dan aminoglikosida.

4. Tepat dosis

Dosis, cara, dan lama pemberian merupakan hal yang sangat mempengaruhi terhadap efek terapi obat. Pemberian dosis yang berlebihan, khususnya pada obat yang memiliki indeks terapi yang sempit akan memunculkan resiko timbulnya efek samping, sebaliknya jika dosis yang diberikan terlalu kecil tidak akan menjamin tercapainya terapi yang diharapkan.

5. Wasapada efek samping obat

Pemberian obat yang potensial akan menimbulkan terjadinya efek samping, yaitu efek samping yang tidak diinginkan yang muncul akibat dari pemberian obat dengan dosis terapi.

Seiring dengan berkembangnya pelayanan kesehatannya, tentunya kebijakan mengenai penggunaan obat yang rasional semakin banyak di perbarui. Selain indikator WHO, di dalam Penggunaan Obat Rasional pada Kemenkes tahun 2011 ditambahkan beberapa indikator kerasionalan sebagai berikut :

1. Tepat diagnosis

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

2. Tepat cara pemberian

Tepat cara pemberian obat misalnya untuk obat antasida seharusnya dikunyah terlebih dahulu baru ditelan. Demikian pula dengan obat antibiotic yang tidak boleh dicampur dengan susu, karena akan menurunkan efektivitasnya.

3. Tepat interval waktu pemberian

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

4. Pemberian obat potensial menimbulkan efek samping

Efek samping yang tidak diinginkan timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi

5. Obat yang diberikan harus efektif dan aman dengan mutu terjamin

Untuk efektifitas dan keamanan serta terjangkau, digunakan obat-obat dalam daftar obat esensial. Pemilihan obat dalam daftar obat esensial didahulukan dengan mempertimbangkan efektifitas, keamanan dan harganya oleh pakar di bidang pengobatan dan klinis

6. Tepat informasi

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

7. Tepat tindak lanjut (*Follow Up*)

Pada saat memutuskan pemberian terapi, harus sudah mempertimbangkan upaya tindak lanjut yang diperlukan, misalnya pasien tidak sembuh atau mengalami efek samping.

8. Tepat penyerahan obat (*Dispensing*)

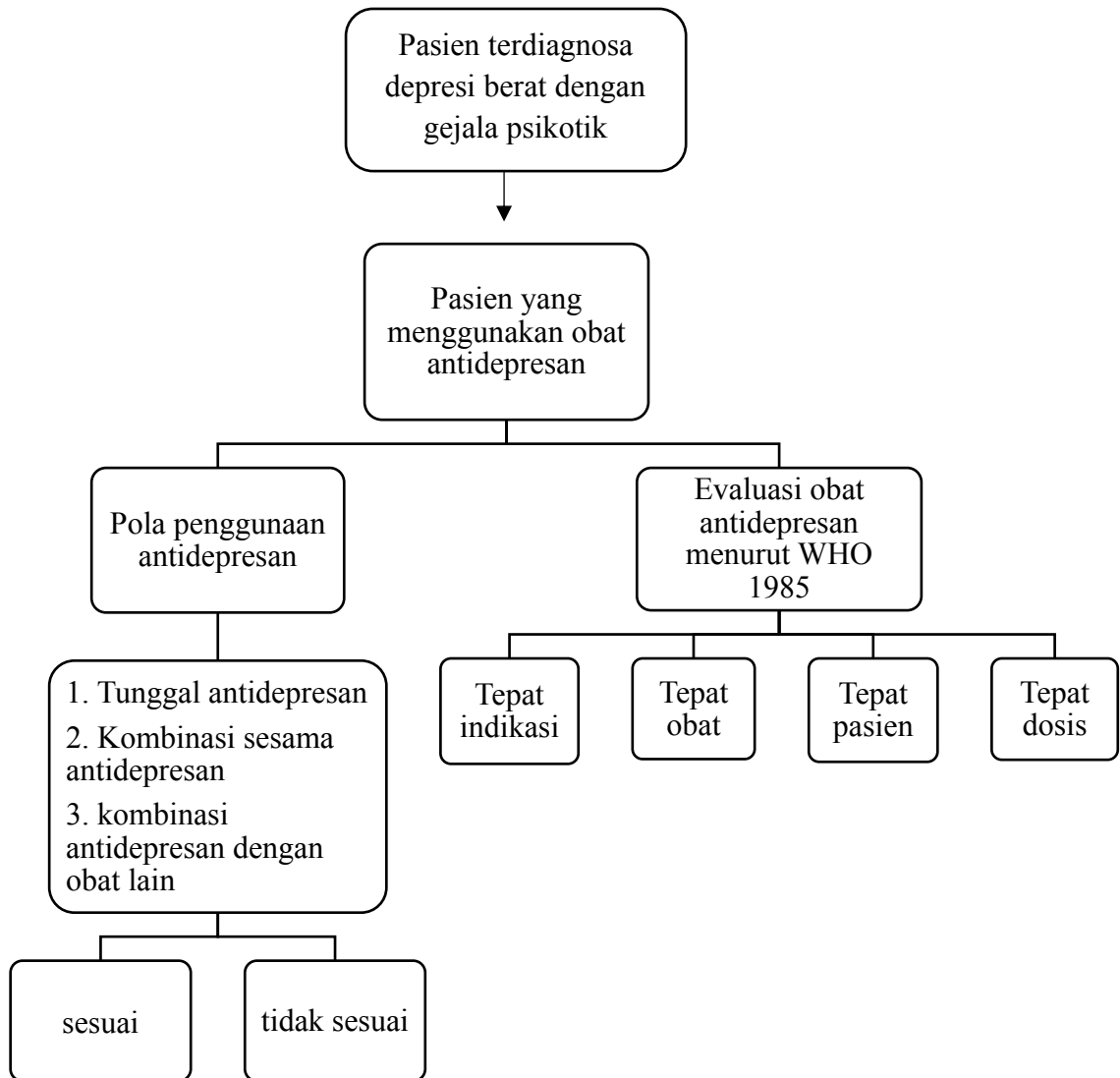
Penggunaan obat rasional melibatkan juga dispenser sebagai penyerah obat dan pasien sendiri sebagai konsumen.

9. Pasien patuh terhadap perintah pengobatan

Ketidaktepatan minum obat umumnya terjadi pada keadaan berikut:

- a. Jenis dan/atau jumlah obat yang diberikan terlalu banyak
- b. Frekuensi pemberian obat per hari terlalu sering
- c. Jenis sediaan obat terlalu beragam
- d. Pemberian obat dalam jangka Panjang tanpa informasi
- e. Pasien tidak mendapatkan informasi/penjelasan yang cukup
- f. Timbulnya efek samping

E. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

F. Keterangan Empirik

Dari penelitian ini diharapkan dapat mengetahui gambaran pola penggunaan obat antidepresan dan ketepatan obat antidepresan pada pasien depresi berat dengan gejala psikotik yang di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Grhasia Yogyakarta yang mengacu pada pedoman WHO tahun 1985 mengenai rasionalitas penggunaan obat yang meliputi 4T (tepat indikasi, tepat obat, tepat pasien, dan tepat dosis).