



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**EVALUASI REJIMEN OBAT PASIEN *SCHIZOPHRENIA*  
PADA UNIT RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP SETELAH  
UJI COBA KEBIJAKAN INA-DRG DI RUMAH SAKIT JIWA  
Dr. SOEHARTO HEERDJAN JAKARTA**

**TESIS**

**MAGDALENA NIKEN OKTOVINA  
0606151141**

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEFARMASIAN  
DEPOK  
JULI 2009**



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**EVALUASI REJIMEN OBAT PASIEN *SCHIZOPHRENIA*  
PADA UNIT RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP SETELAH  
UJI COBA KEBLIJAKAN INA-DRG DI RUMAH SAKIT JIWA  
Dr. SOEHARTO HEERDJAN JAKARTA**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar *Magister Sains***

**MAGDALENA NIKEN OKTOVINA**

**0606151141**

**FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEFARMASIAN  
KEKHUSUSAN FARMASI KLINIK  
DEPOK  
JULI 2009**

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEFARMASIAN  
KEKHUSUSAN FARMASI KLINIK  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN  
ALAM  
UNIVERSITAS INDONESIA  
2009

**LEMBAR PERSETUJUAN  
TESIS**

Nama : Magdalena Niken Oktovina  
NPM : 0606151141  
Judul Tesis : "Evaluasi Rejimen Obat Pasien  
*Schizophrenia* Pada Unit Rawat Jalan dan  
Rawat Inap Setelah Uji Coba Kebijakan  
INA-DRG di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto  
Heerdjan Jakarta"

Disetujui oleh :

Pembimbing

**Dra. Retnosari Andrajati, MS, PhD**  
Pembimbing I

**Dr. Fidiansjah, Sp. Kj.**  
Pembimbing II

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Magdalena Niken Oktovina

NPM : 0606151141

Tanda Tangan :

Tanggal : 15 Juli 2009

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Magdalena Niken Oktovina  
NPM : 0606151141  
Program Studi : Ilmu Kefarmasian  
Judul Tesis : Evaluasi Rejimen Obat Pasien *Schizophrenia*  
Pada Unit Rawat Jalan dan Rawat Inap  
Setelah Uji Coba Kebijakan INA-DRG di  
Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan  
Jakarta

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Sains pada Program Studi Ilmu Kefarmasian Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam, Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dra. Retnosari Andrajati, MS, PhD (.....)  
Pembimbing : Dr. Fidiansjah, Sp. Kj. (.....)  
Penguji : Dra. Rina Mutiara, MPharm (.....)  
Penguji : Dra. Yulia Trisna, MPharm (.....)  
Penguji : Drs. Umar Mansur, M.Sc., Apt (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 15 Juli 2009

## ABSTRAK

Nama : Magdalena Niken Oktovina  
Program Studi : Ilmu Kefarmasian  
Judul : **”Evaluasi Rejimen Obat Pasien *Schizophrenia* pada Unit Rawat Inap dan Rawat Jalan Setelah Uji Coba Kebijakan INA-DRG Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta”**

Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan melayani pasien tidak mampu dan sebagian besar merupakan penderita *schizophrenia*. Untuk mengatasi pembiayaan obat yang semakin meningkat, dilakukan penerapan program *INA-DRG Case-mix*. Pada program *Case-mix*, aLOS bagi penderita *schizophrenia* (kode 194101 – 3) adalah 7,8 – 10,7 hari. Sedangkan, menurut data rekam medik aLOS bagi penderita *schizophrenia* pada tahun 2008 adalah 49 hari. Perbedaan aLOS ini akan menyebabkan kesulitan dalam penagihan biaya pengobatan serta menghambat pelaksanaan program tersebut. Oleh karena itu, dilakukan uji coba penerapan kebijakan INA-DRG dengan menurunkan lama dirawat menjadi 21 hari pada tanggal 1 Nopember 2008. Penurunan lama dirawat dapat disertai dengan merubah penggunaan rejimen obat psikotropika.

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi rejimen obat dengan mengetahui perbedaan pengaruh pemakaian rejimen obat terhadap outcome terapi sebelum dan setelah kebijakan. Mengetahui ada tidaknya perbedaan antara sebelum dan setelah kebijakan terhadap rejimen obat, lama dirawat, skor awal dan skor akhir keperawatan, serta biaya obat di rawat inap. Tujuan khusus dari penelitian di rawat jalan mengetahui ada tidaknya perbedaan pada rejimen obat dan biaya obat. Mengetahui faktor-faktor apa saja selain rejimen obat yang dapat mempengaruhi outcome terapi sebelum dan setelah kebijakan dilaksanakan.

Penelitian dilakukan secara *cross sectional* bersifat retrospektif, menggunakan data sekunder yang diambil dari rekam medik pasien. Sampel yang diambil merupakan pasien tidak mampu di wilayah DKI Jakarta (Gakin) dengan diagnosis *schizophrenia*, usia diatas 18 tahun dengan waktu pengobatan antara 1 Juni 2008 sampai 25 Oktober 2008 dan antara 5 Nopember 2008 sampai 30 Maret 2009, serta memiliki skor keperawatan. Pengambilan data dilaksanakan secara total sampel antara bulan Maret sampai Juni 2009. Sampel penelitian dikelompokan atas data rawat jalan dan rawat inap yang terbagi atas kelompok sebelum dan setelah kebijakan.

Data yang diperoleh olah dengan analisis univariat, bivariat, dan regresi logistik menggunakan metode Backward Stepwise. Hasil penelitian ditunjukkan dengan tabel dan persentase.

Pada umumnya, pasien *schizophrenia* yang berobat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan di rawat jalan dan rawat inap berusia antara 30 – 39 tahun (50.41%), laki-laki (65.04%), dari Jakarta Barat (33.74%), tidak menikah (78.86%), pendidikan terakhir sampai SLTP (55.69%). Pasien dengan gejala *schizophrenia paranoid/ F.20.0* (72.36%), lama dirawat antara 21 sampai 40 hari (48.94%), dengan kemampuan merawat diri sedang (62.77%) dan pulang dengan skor akhir baik (55.32%). Pasien lebih banyak mendapat rejimen obat no.17 (15.85%)

dengan komposisi resperidon 2 mg dosis 2 x 1 sehari, haloperidol 5 mg dosis 2 x 1 sehari, triheksifenidyl 2 mg dosis 2 x 1 sehari, dan klopromazine 100 mg dosis 1 x 1 sehari. Biaya obat yang dibutuhkan untuk 14 hari masuk dalam katagori cukup yaitu antara 300001 rupiah sampai 500000 rupiah (59.57%)

Sebelum kebijakan terdapat perbedaan bermakna terhadap pengaruh pemakaian rejimen obat dengan Outcome terapi (Sig. 0.027), namun setelah kebijakan tidak terdapat perbedaan bermakna.(Sig. 1.00). Pada unit rawat inap antara sebelum dan setelah kebijakan, tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap pemakaian rejimen obat (Sig. 0.853), lama dirawat (Sig. 0.910), skor awal keperawatan (Sig. 0.529), skor akhir keperawatan (Sig. 0.789), dan biaya obat (Sig. 0.698). Pada unit rawat jalan antara sebelum dan setelah kebijakan tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap pemakaian rejimen obat.(Sig. 0.427), dan biaya obat (Sig. 0.772). Faktor-faktor lain yang memberi pengaruh bermakna terhadap Outcome terapi sebelum kebijakan adalah jenis kelamin (Sig. 0.007), status (Sig. 0.047), dan pendidikan (Sig. 0.005). Skor awal (Sig. 0.014) memberi pengaruh setelah kebijakan.

Kata Kunci : Rejimen obat, Outcome terapi, Lama dirawat, Skor keperawatan, Psikotropika, *Schizophrenia*, RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS .....	iii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iv
KATA PENGANTAR .....	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	vii
ABSTRAK .....	viii
ABSTRACT .....	x
DAFTAR ISI .....	xii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR TABEL .....	xv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xvii
<b>1. PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Perumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	4
1.4 Manfaat Penelitian .....	5
<b>2. TINJAUAN PUSTAKA .....</b>	<b>7</b>
2.1. <i>Schizophrenia</i> .....	7
2.1.1 Definisi .....	7
2.1.2 Etiologi dan Epidemiologi .....	7
2.1.3 Diagnosis dan Penggolongan .....	10
2.1.4 Prognosis dan Gejala .....	13
2.1.5 Penatalaksanaan Terapi .....	16
2.2 Psikotropika .....	18
2.2.1 Definisi dan Penggolongan .....	18
2.2.2 Evaluasi Pola Pengobatan .....	23
2.3 Lama Dirawat (LD) dan aLOS .....	25
2.4 INA-DRG Case Mix .....	26
2.5 <i>Pharmaceutical Care dan Unit Dose Daily</i> .....	27
2.6 Rumah Sakit Jiwa .....	28
<b>3. METODE PENELITIAN .....</b>	<b>30</b>
3.1 Kerangka Konsep dan definisi Operasional .....	30
3.1.1 Kerangka Konsep .....	30
3.1.2 Definisi Operasional .....	32
3.2 Hipotesis .....	33
3.3 Desain Penelitian .....	34
3.4 Waktu dan Tempat Penelitian .....	34
3.5 Populasi dan Sampel .....	34
3.6 Kriteria Inklusi dan Eksklusi .....	35
3.7 Pengumpulan Data .....	35
3.8 Pengolahan dan analisis data .....	36
3.8.1 Pengolahan Data .....	36
3.8.2 Analisis Data .....	36



<b>4. HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>38</b>
4.1. Karakteristik Sampel .....	38
4.1.1. Usia, Domisili, Jenis Kelamin, Status, dan Pendidikan .....	38
4.1.2. Diagnosa .....	38
4.1.3. Lama Dirawat .....	38
4.1.4. Skor Awal dan Skor Akhir .....	39
4.1.5. Rejimen Obat .....	39
4.1.6. Biaya Obat .....	39
4.2. Perbedaan pengaruh Rejimen Obat terhadap Outcome terapi sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap .....	40
4.3. Perbedaan pada Rejimen Obat, Lama Dirawat, Skor Awal, Skor Akhir, dan Biaya Obat .....	40
4.4. Perbedaan pada Rejimen Obat dan Biaya Obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat jalan .....	40
4.5. Faktor-faktor lain selain Rejimen Obat yang mempengaruhi Outcome Terapi sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.....	40
<b>5. PEMBAHASAN .....</b>	<b>42</b>
5.1. Keterbatasan Penelitian .....	42
5.2. Sampel Penelitian .....	42
5.3. Karakteristik Sampel .....	43
5.3.1. Usia, Domisili, Jenis Kelamin, Status, dan Pendidikan .....	43
5.3.2. Diagnosa .....	44
5.3.3. Lama Dirawat .....	45
5.3.4. Skor Awal dan Skor Akhir .....	45
5.3.5. Rejimen Obat .....	46
5.3.6. Biaya Obat .....	47
5.4. Perbedaan pengaruh Rejimen Obat terhadap Outcome terapi sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap .....	48
5.5. Perbedaan pada Rejimen Obat, Lama Dirawat, Skor Awal, Skor Akhir, dan Biaya Obat .....	49
5.6. Perbedaan pada Rejimen Obat dan Biaya Obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat jalan .....	50
5.7. Faktor-faktor lain selain Rejimen Obat yang mempengaruhi Outcome Terapi sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.....	51
<b>6. KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>52</b>
<b>DAFTAR REFERENSI .....</b>	<b>55</b>

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Jalur Saraf Dopaminergik (Hales RE, 1987) .....	8
Gambar 2.2.	Perjalanan klinis gangguan <i>schizophrenia</i> .....	15
Gambar 3.	Kerangka konsep penelitian .....	31

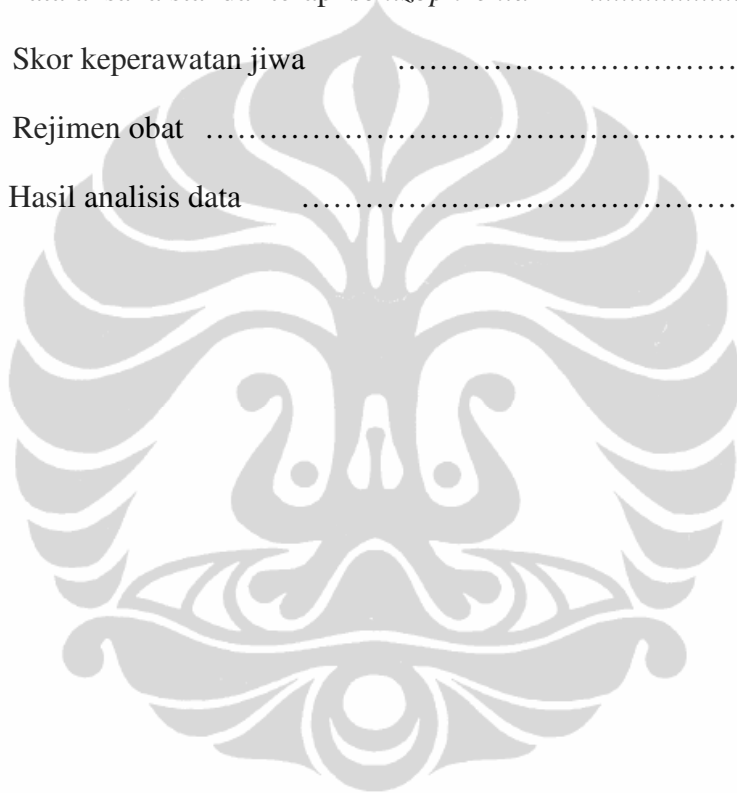


## DAFTAR TABEL

Tabel	2.1.	Presentase resiko penderita <i>schizophrenia</i> (genetik) .....	10
Tabel	2.2.	Golongan Psikotropika .....	19
Tabel	2.3.	Perbedaan Antipsikotik Tipikal dengan Atipikal .....	21
Tabel	4.1.	Data Rawat Inap Sebelum Kebijakan (RANAP PRE) .....	60
Tabel	4.2.	Data Rawat Inap Setelah Kebijakan (RANAP POST) .....	61
Tabel	4.3.	Data Rawat Jalan Sebelum Kebijakan (RAJAL PRE) .....	62
Tabel	4.4.	Data Rawat Jalan Setelah Kebijakan (RAJAL POST) .....	64
Tabel	4.5.	Sampel Penelitian .....	67
Tabel	4.6	Karakteristik pasien <i>schizophrenia</i> yang menerima regimen psikotropika dari 1 Juni 2008 sampai 25 Oktober 2008 dan 5 Nopember 2008 sampai 30 Maret 2009 .....	68
Tabel	4.7.	Profil Rejimen Obat sebelum dan setelah kebijakan Di Rawat Inap .....	70
Tabel	4.8.	Profil Rejimen Obat sebelum dan setelah kebijakan Di Rawat Jalan .....	71
Tabel	4.9.	Hubungan antara Rejimen Obat dengan Outcome Terapi ...	72
Tabel	4.10.	Perbedaan varian antara sebelum dan setelah kebijakan Di Rawat Inap .....	72
Tabel	4.11.	Perbedaan varian antara sebelum dan setelah kebijakan Di Rawat Jalan .....	72
Tabel	4..12.	Hasil Analisis Regresi Logistik untuk faktor-faktor yang mempengaruhi Outcome Terapi di Rawat Inap Sebelum Kebijakan .....	73
Tabel	4..13.	Hasil Analisis Regresi Logistik untuk faktor-faktor yang mempengaruhi Outcome Terapi di Rawat Inap Setelah Kebijakan .....	74

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Alur penelitian .....	76
Lampiran 2	Lembar pengambilan data .....	77
Lampiran 3	Tatalaksana terapi <i>schizophrenia</i> dengan riwayat .....	78
Lampiran 4	Tatalaksana <i>schizophrenia</i> tanpa riwayat .....	79
Lampiran 5	Tatalaksana standar terapi <i>schizophrenia</i> .....	80
Lampiran 6	Skor keperawatan jiwa .....	84
Lampiran 7	Rejimen obat .....	86
Lampiran 8	Hasil analisis data .....	94



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan adalah hak asasi manusia sehingga setiap penduduk berhak mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan tanpa memandang kemampuan membayar. Kesehatan jiwa adalah bagian integral dari kesehatan, dengan demikian tidak ada kesehatan tanpa kesehatan jiwa. (<http://www.depkes.go.id/index.php>.)

Salah satu pemicu terjadinya berbagai masalah dalam kesehatan jiwa adalah dampak modernisasi dimana tidak semua orang siap untuk menghadapi perubahan dan kemajuan teknologi baru. Gangguan jiwa merupakan bentuk gangguan dalam fungsi alam pikiran. Gangguan tersebut dapat berupa disorganisasi (kekacauan) isi pikiran, yang ditandai antara lain oleh adanya gejala gangguan pemahaman (delusi waham), dan gangguan persepsi berupa halusinasi atau ilusi serta dijumpai gangguan terhadap daya nilai realitas berupa perilaku-perilaku aneh (*bizzare*). Gangguan jiwa tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun akan menyebabkan penderitanya menjadi tidak produktif dan menimbulkan beban bagi keluarga dan lingkungan masyarakat sekitarnya. Salah satu bentuk gangguan jiwa adalah *schizophrenia*. (Agus, D., 2005)

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III di Indonesia yang mengacu kepada *International Classification of Diseases X* (ICD-10), dimana setiap gangguan diberikan suatu deskripsi dan gambaran klinis utama, menggolongkan *schizophrenia* pada kategori F20. (Depkes RI, 2000)

*Schizophrenia* adalah suatu sindrom klinis dengan variasi psikopatologi, biasanya berat, berlangsung lama dan ditandai oleh penyimpangan terhadap pikiran, persepsi, serta emosi. *Schizophrenia* merupakan gangguan mental yang kompleks. Pendekatan *schizophrenia* harus dilakukan secara holistik dengan melibatkan aspek psikososial, psikodinamik, genetik, farmakologi, dan lain-lain. Hasil akhir yang ingin dicapai adalah penderita *schizophrenia* dapat kembali berfungsi dalam bidang pekerjaan, sosial dan keluarga. (Maslim, 1998)

Prevalensi *schizophrenia* di Amerika Serikat bervariasi antara 1 sampai 1,5 persen dengan angka kejadian 1 per 10.000 orang per tahun, sedangkan di Indonesia dapat mencapai 200-250 ribu orang penderita. Perbedaan prevalensi berdasarkan jenis kelamin, terletak pada onset dan perjalanan penyakit. *Onset* untuk laki-laki 15 - 25 tahun, sedangkan wanita 25 - 35 tahun. Prognosis pada laki-laki lebih buruk. Penelitian menunjukkan, bahwa 80% dari semua pasien *schizophrenia* menderita penyakit fisik, dimana 50% tidak terdiagnosis. Bunuh diri adalah salah satu penyebab umum kematian pada penderita *schizophrenia*. Data menunjukkan 50% penderita *schizophrenia* pernah mencoba bunuh diri 1 kali seumur hidupnya dan 10% berhasil melakukannya. (Luana, 2007.;Norquist, GS., 2000.)

Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan merupakan Rumah Sakit Khusus gangguan jiwa yang terdapat di Jakarta sekaligus merupakan rumah sakit jiwa rujukan nasional. Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta mempunyai visi menjadi Pusat Unggulan Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa Perkotaan. Visi ini dijabarkan dalam beberapa misi diantaranya memberikan pelayanan dan pemeliharaan kesehatan jiwa yang bermutu dan dapat dipertanggung jawabkan bagi masyarakat perkotaan di bidang promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. (RSJ-SH, 2009)

Data Rekam Medik tahun 2008, menunjukkan jumlah pasien rawat jalan dan rawat inap yang dilayani sebanyak 20.040 orang, dimana 75 % merupakan pasien tidak mampu. Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi masyarakat miskin (JAMKESMAS) untuk wilayah DKI Jakarta dikenal dengan sebutan pasien Gakin. Pembiayaan pasien Gakin dilakukan semakin hari semakin meningkat. Peningkatan biaya pelayanan kesehatan dapat disebabkan dari berbagai faktor seperti laju inflasi, perubahan pola penyakit, kemajuan ilmu pengetahuan, dan status sosial sehingga pasien menginginkan pelayanan yang baik dan optimal. Oleh karena itu, diperlukan suatu sistem pelayanan kesehatan yang efisien, efektif, berdasarkan mutu, efektifitas, dan *cost containment* berdasarkan pengobatan yang diberikan. (Husain, 2006)

INA-DRG *Case mix*, merupakan program dengan sistem pelayanan kesehatan yang efisien (terkendali) dan efektif. Sistem ini diharapkan dapat

menekan biaya pelayanan kesehatan yang semakin meningkat. Oleh karena itu, program INA-DRG merupakan salah satu solusi dalam memecahkan masalah tersebut. INA-DRG memudahkan implementasi program sekaligus meningkatkan kualitas pelayanan yang sejalan dengan metode pengobatan penyakit. Sistem *Case-mix* membagi penyakit dalam 23 MDC (*Major Diagnostic Categories*). Penderita dengan gangguan *schizophrenia*, masuk pada MDC ke 19 yaitu *Mental Diseases and Disorders*. Pada sistem INA-DRG pasien dengan gangguan *schizophrenia* yang melakukan rawat inap diberi kode 194101 – 3 dengan *description* IM *Schizophrenia* tingkat keparahan 1 sampai 3, dengan aLOS 7.8 – 10.7. (Depkes RI, 2007)

Pada kenyataannya perawatan pasien gangguan jiwa merupakan perawatan jangka panjang lebih dari satu bulan. Data rekam medik Rumah Sakit Jiwa menunjukkan angka rerata lama dirawat pada tahun 2008 adalah 49 hari., angka ini jauh berbeda dengan aLOS yang ditetapkan dan ditanggung pembiayaannya pada program INA-DRG *Case mix*. aLOS pada INA-DRG ditetapkan dari hasil uji coba penerapannya di 15 rumah sakit umum. Oleh karena itu, Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan melaksanakan uji coba kebijakan INA-DRG dengan membatasi waktu lama dirawat secara bertahap dimana pada mulai tanggal 1 November 2008 menjadi maksimal 21 hari.

Perbedaan *clinical outcome* sebelum dan setelah kebijakan dapat dilihat dari skor akhir keperawatan. Pemberian rejimen obat psikotropika direkomendasikan dapat menekan gejala gangguan jiwa yang timbul, dan dapat mempengaruhi skor akhir keperawatan. Perubahan pemberian rejimen obat setelah penerapan kebijakan diharapkan dapat menekan aLOS agar pembiayaan pelayanan kesehatan dapat ditanggung melalui program INA-DRG.

## 1.2 Perumusan Masalah

Uji coba kebijakan rumah sakit untuk menurunkan lama dirawat menjadi maksimum 21 hari dilaksanakan sejak tanggal 1 November tahun 2008. Pelaksanaan kebijakan seharusnya diikuti dengan perubahan penggunaan rejimen obat serta faktor lain yang dapat menunjang keberhasilan kebijakan tersebut. Penetapan standar pelayanan medik merupakan pedoman penggunaan

psikotropika adalah salah satu faktor yang dapat mempengaruhi keberhasilan tujuan penerapan kebijakan tersebut. Standar pelayanan medik sangat bermanfaat dalam mengarahkan pemilihan psikotropika sehingga penggunaan obat yang berlebihan dapat diminimalkan. Oleh karena itu, rejimen obat yang mengikuti standar pelayanan medik dapat meningkatkan psikoterapi pasien *schizophrenia* baik saat sebelum kebijakan maupun setelah kebijakan.

Untuk melihat keberhasilan pelaksanaan kebijakan yang telah ditetapkan, memerlukan suatu evaluasi terhadap penggunaan rejimen obat psikotropika baik di unit rawat inap maupun rawat jalan. Hasil evaluasi tersebut diharapkan dapat menjawab permasalahan yang dihadapi, seperti :

1. Bagaimana gambaran karakteristik pasien yang meliputi usia, pendidikan, jenis kelamin, status pernikahan, domisili, diagnosis, lama dirawat, skor awal, skor akhir, rejimen obat, dan biaya obat.
2. Bagaimana perbedaan pengaruh rejimen obat terhadap outcome terapi antara sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.
3. Bagaimana perbedaan pemberian rejimen obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.
4. Bagaimana perbedaan waktu terhadap lama dirawat sebelum dan setelah kebijakan
5. Bagaimana perbedaan skor awal keperawatan sebelum dan setelah kebijakan.
6. Bagaimana perbedaan skor akhir keperawatan sebelum dan setelah kebijakan.
7. Bagaimana perbedaan pembiayaan obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.
8. Bagaimana perbedaan pemberian rejimen obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat jalan.
9. Bagaimana perbedaan pembiayaan obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat jalan.
10. Faktor – faktor apasaja yang dapat mempengaruhi outcome terapi, selain pemakaian rejimen obat saat sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.



### 1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi rejimen obat terhadap pasien *schizophrenia* dari keluarga kurang mampu di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan, sebelum dan setelah penerapan kebijakan INA-DRG. Tujuan khusus dari penelitian ini adalah:

1. Mengetahui gambaran karakteristik pasien yang meliputi usia, pendidikan, jenis kelamin, status pernikahan, domisili, diagnosis, lama dirawat, skor awal, skor akhir, rejimen obat, dan biaya obat.
2. Apakah terdapat perbedaan pengaruh rejimen obat terhadap outcome terapi antara sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.
3. Apakah terdapat perbedaan pemberian rejimen obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.
4. Apakah terdapat perbedaan waktu terhadap lama dirawat sebelum dan setelah kebijakan
5. Apakah terdapat perbedaan skor awal keperawatan sebelum dan setelah kebijakan.
6. Apakah terdapat perbedaan skor akhir keperawatan sebelum dan setelah kebijakan.
7. Apakah terdapat perbedaan pembiayaan obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.
8. Apakah terdapat perbedaan pemberian rejimen obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat jalan.
9. Apakah terdapat perbedaan pembiayaan obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat jalan.
10. Mengetahui faktor – faktor lain, selain pemakaian rejimen obat, yang dapat mempengaruhi outcome terapi, sebelum dan setelah kebijakan diterapkan.

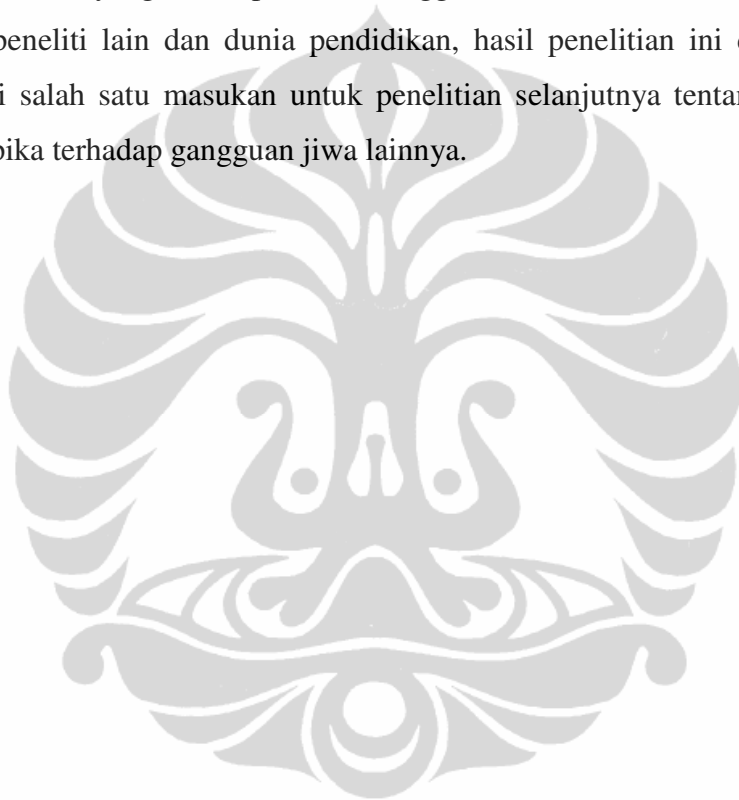
### 1.4 Manfaat Penelitian

Untuk pembuat kebijakan program INA-DRG Case mix, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu masukan dalam peninjauan kembali aLOS yang ditanggung pembiayaannya khususnya bagi pasien *schizophrenia*.

Untuk Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan, hasil penelitian ini diharapkan dapat:

1. Memberikan gambaran tentang profil pemberian rejimen obat pada pasien *schizophrenia* sebelum dan setelah uji coba kebijakan INA-DRG.
2. Menjadi salah satu masukan dalam menilai efektifitas penggunaan psikotropika.
3. Meminimalkan masalah pembiayaan dan kegagalan pembayaran akibat penggunaan obat yang melampaui batas anggaran.

Bagi peneliti lain dan dunia pendidikan, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu masukan untuk penelitian selanjutnya tentang rejimen obat psikotropika terhadap gangguan jiwa lainnya.



## BAB 2

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1. *Schizophrenia*

##### 2.1.1 Definisi

*Schizophrenia* adalah suatu sindrom klinis dengan variasi psikopatologi, biasanya berat, berlangsung lama dan ditandai oleh penyimpangan dari pikiran, persepsi serta emosi. (Agus, 2005) *Schizophrenia* merupakan gangguan otak yang menimbulkan gejala kejiwaan berupa sikap, pikiran dan perilaku yang menyimpang. Gangguan ini bersifat serius, dapat berlangsung lama serta sering terjadi kekambuhan. Bila dibiarkan, penyakit ini dapat mengakibatkan kemunduran dalam berbagai aspek kehidupan sosial penderita. (Yoseph, 2008)

*Schizophrenia* merupakan sekumpulan fenomena mental dan perilaku yang bergabung menjadi sindroma klinis sehingga pada akhirnya menjadi salah satu gangguan psikiatri. Gambaran klinisnya termasuk antara lain: abnormalitas persepsi dalam bentuk halusinasi, pertimbangan yang kurang baik sehingga memiliki keyakinan yang salah di luar kewajaran, namun dianggap sebagai suatu kebenaran yang disebut dengan waham, pikiran yang terdistorsi yang dapat dilihat pada gangguan berbahasa. (Agus, 2005b)

Istilah *schizophrenia* diperkenalkan oleh *Bleuler* (psikiater dari Swiss). Kata *schizophrenia* berasal bahasa Yunani, yaitu *skhizo* (split / membelah) dan *phren* (mind / pikiran). *Schizophrenia* berarti terbelah /terpisahnya emosi dengan pikiran /intelektual. Hal ini jelas terlihat bahwa penderita gangguan *schizophrenia* pada umumnya ditandai penyimpangan yang fundamental dan karakteristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek tidak wajar (inappropriate) atau tumpul (blunted). (First, 2004)

##### 2.1.2 Etiologi dan Epidemiologi

Penyebab spesifik *schizophrenia* tidak diketahui. Beberapa teori terjadinya *schizophrenia* seperti: (Loebis, 2007; Luana, 2007)

- a. **Model diatesis–stress.** Teori ini menyatakan bahwa *schizophrenia* timbul akibat faktor psikososial dan lingkungan, dimana seseorang dengan

kerentanan (diatesis) jika dikenai stresor akan lebih mudah menjadi *schizophrenia*.

## b. Faktor Biologi

- Komplikasi kelahiran.

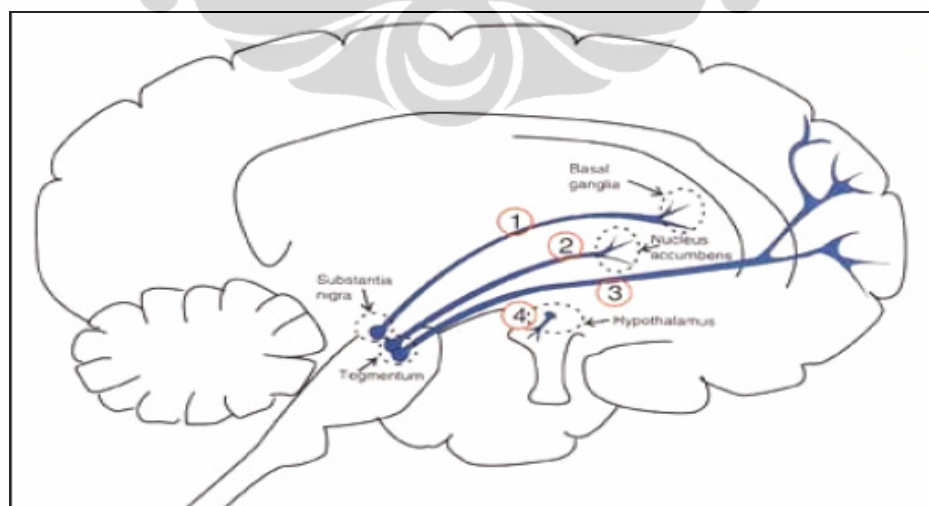
Bayi laki laki yang mengalami komplikasi saat dilahirkan sering mengalami *schizophrenia*

- Infeksi

Penelitian pada penderita *schizophrenia* menunjukkan adanya infeksi virus pada trimester kedua kehamilan, mengakibatkan perubahan anatomi susunan syaraf pusat.

- Hipotesis Dopamin

Pengamatan menunjukkan bahwa penderita *schizophrenia* memiliki kadar dopamin tinggi yang disebabkan oleh hiperaktivitas sistem dopaminergik.(Kaplan,1997) Dopamin merupakan neurotransmiter pertama pada sistem dopaminergik. Oleh karena itu, antipsikotik tipikal maupun atipikal menghambat reseptor dopamin D2, sehingga gejala psikotik dapat diredakan (Agus, 2005). Hipotesis ini menyatakan proses dopaminergik pada daerah otak yang spesifik dengan jalur.saraf dopaminergik.



**Gambar 2.1. Jalur Saraf Dopaminergik**  
*Hales RE, Yudofsky SC. Textbook of Neuropsychiatry.*  
 ©1987 American Psychiatric Press.

Jalur saraf dopaminergik dapat melalui jalur:

- Jalur nigrostriatal yang mempengaruhi fungsi gerakan dan menyebabkan EPS (sindrom ekstrapiramidal)
- Jalur mesolimbik, akan mempengaruhi memori, sikap, kesadaran, serta proses stimulus.
- Jalur mesokortikal, melalui jalur ini, bagian yang dipengaruhi adalah fungsi kognisi, fungsi sosial, komunikasi, dan respons terhadap stress.
- Jalur *tuberoinfundibular*. Jalur ini mempengaruhi pelepasan prolaktin

Reseptor dopamin yang terlibat adalah reseptor dopamin-2 (D<sub>2</sub>). Dari penelitian dijumpai peningkatan densitas reseptor D<sub>2</sub> pada jaringan otak pasien *schizophrenia*. Peningkatan aktivitas sistem dopaminergik pada sistem mesolimbik bertanggungjawab terhadap gejala positif. Peningkatan aktivitas serotonergik menurunkan aktivitas dopaminergik pada sistem mesokortikal bertanggung-jawab terhadap gejala negatif.

- **Hipotesis Serotonin**

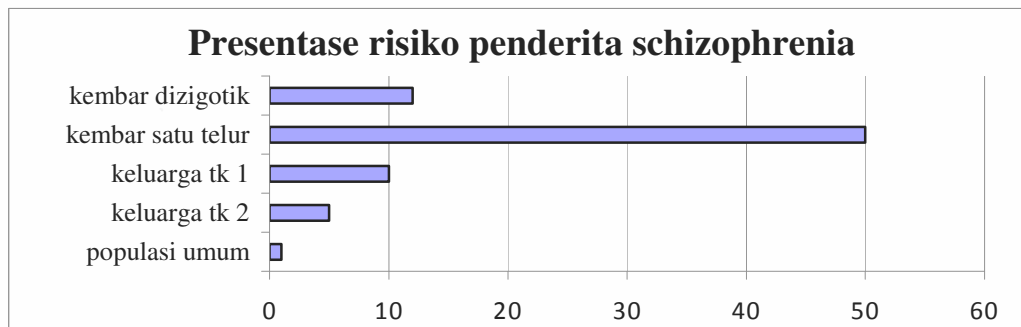
Serotonin berperan pada *schizophrenia* ditunjukkan oleh penelitian terhadap *Lysergic acid diethylamide* (LSD) yang bersifat campuran agonis/antagonis reseptor 5-HT, jika diberikan pada orang normal dapat menyebabkan keadaan psikosis berat. Penelitian terhadap antipsikotik atipikal *clozapine*, dimana afinitas terhadap reseptor serotonin 5-HT~ lebih tinggi dibandingkan reseptor dopamin D<sub>2</sub>. (Sapiie, 2007)

- **Struktur Otak.**

Pada sistem limbik dan ganglia basal otak penderita *schizophrenia* berbeda dengan orang normal, dimana ventrikel melebar, penurunan massa abu abu, dan pada beberapa area terjadi peningkatan serta penurunan aktifitas metabolik. (Gur, RE., 2000)

**c. Genetika**

*Schizophrenia* dapat disebabkan oleh faktor keturunan. Hasil penelitian menunjukkan terdapat penderita *schizophrenia* 1% pada populasi umum, 10% pada masyarakat dengan hubungan derajat pertama (orang tua, kakak laki laki ataupun perempuan). Kembar identik 40% sampai 65%, sedangkan kembar dizigotik 12%. (Buchanan RW, Carpenter WT, 2000; Kendler, 2000)

Tabel 2.1. Presentase resiko penderita *schizophrenia* (genetik)Kendler, K.S. (2000). *Schizophrenia: Genetics*.

Prevalensi penderita *schizophrenia* di dunia sekitar 0,2 – 2 %, di Amerika Serikat bervariasi antara 1% sampai 1,5% dengan angka kejadian 1 per 10.000 orang per tahun. Prevalensi berdasarkan jenis kelamin adalah sama. Onset untuk laki laki 15 sampai 25 tahun sedangkan wanita 25-35 tahun. Prognosis (hasil akhir) pada laki laki lebih buruk dibandingkan wanita. 80% pasien *schizophrenia* menderita penyakit fisik dan 50% nya tidak terdiagnosis. Bunuh diri adalah penyebab umum kematian, 50% penderita skizofrenia pernah mencoba bunuh diri 1 kali seumur hidupnya dan 10% berhasil melakukannya. (Norquist and Narrow, 2000)

### 2.1.3 Diagnosis dan Penggolongan

Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia edisi ketiga (PPDGJ III) membagi simptom *schizophrenia* dalam kelompok penting, dan yang sering terdapat secara bersama-sama untuk diagnosis. (Depkes RI, 1993) Pedoman diagnostik untuk *schizophrenia* menunjukkan minimal terdapat satu gejala berikut ini yang amat jelas, yaitu:

- a. **Thought echo** , yaitu isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya ( tidak keras). **Thought insertion** atau **withdrawal**, yaitu isi pikiran asing masuk kedalam pikirannya atau isi pikiran diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya. **Thought broadcasting**, yaitu isi pikiran tersiar keluar sehingga orang lain mengetahuinya
- b. **Delusion of control**, yaitu waham tentang dirinya yang dikendalikan, dipengaruhi, serta tidak berdaya terhadap suatu kekuatan dari luar. **Delusion**

*of influence*, yaitu waham tentang dirinya yang dipengaruhi kekuatan luar. *Delusion of passivity*, yaitu waham tentang dirinya yang tidak berdaya dan pasrah terhadap kekuatan luar. *Delusion perception*, yaitu pengalaman indera yang tidak wajar namun bermakna khas bagi dirinya biasanya bersifat mistik atau mukjizat

- c. **Halusinasi auditorik**, yaitu halusinasi suara yang terus menerus berkomentar tentang perilakunya, berdiskusi sendiri, atau suara lain dari salah satu bagian tubuh.
- d. **Waham** menetap jenis lainnya yang menurut budaya setempat tidak wajar dan mustahil.

Diagnosis juga dapat ditegakkan jika terdapat minimal dua gejala yang harus selalu ada secara jelas, yaitu : (Lauriello & Keith, 2005)

- a. Halusinasi yang menetap dari panca indera, dapat diikuti oleh waham atau ide-ide berlebihan yang menetap terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan.
- b. Arus pikiran yang terputus atau mengalami sisipan, yang berakibat inkohereni atau bicara tidak relevan
- c. Perilaku katatonik, seperti gaduh gelisah, posisi tubuh tertentu, atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor
- d. Gejala negatif seperti sikap apatis, bicara jarang, dan respons emosional tumpul atau tidak wajar, sehingga mengakibatkan menarik diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial.

Gejala-gejala tersebut berlangsung selama satu bulan atau lebih, dan terdapat perubahan bermakna terhadap perilaku pribadi yang mengakibatkan hilangnya minat, tujuan hidup, tidak berbuat sesuatu, larut dalam diri sendiri, dan penarikan diri secara sosial. (Herz & Marder, 2002;Loebis, 2007)

*Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders Fourth Edition* (DSM-IV) membagi *schizophrenia* atas sub tipe secara klinik, berdasarkan kumpulan simtom yang paling menonjol.(Dirjen Yanmed, 1993; First & Tasman, 2004)

F20.0 *Schizophrenia* paranoid

F20.1 *Schizophrenia* hebephrenik

- F20.2 *Schizophrenia* katatonik
- F20.3 *Schizophrenia* tak terinci
- F20.4 Depresi pasca-*schizophrenia*
- F20.5 *Schizophrenia* residual
- F20.6 *Schizophrenia* simpleks
- F20.8 *Schizophrenia* lainnya
- F20.9 *Schizophrenia* YTT (Yang tidak tergolongkan)

### 2.1.3.1 *Schizophrenia paranoid* (F20.0)

Pedoman diagnosis *schizophrenia paranoid* selain memiliki kriteria diagnosis umum, memiliki diagnosis tambahan seperti : halusinasi suara berupa ancaman, perintah, bunyi peluit, dengung (*humming*), atau tawa; halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau perasaan tubuh; dan waham dikendalikan, dipengaruhi, dan keyakinan dikejar-kejar terlihat lebih jelas. Gangguan persepsi ditandai dengan timbulnya bicara kacau dan emosi aneh. Individu dengan gangguan *schizophrenia paranoid* ini penuh dengan curiga, argumentatif, kasar dan agresif.

### 2.1.3.2 *Schizophrenia hebefrenik* (F20.1)

*Hebephrenic* atau *schizophrenia* tidak teratur memiliki waktu onset 15 – 25 tahun, dengan kepribadian premorbid pemalu dan senang menyendiri. Selain memiliki kriteria umum dari *schizophrenia* juga terdapat kriteria khas, dimana untuk meyakinkannya dibutuhkan pengamatan selama 2 – 3 bulan. Karakteristik gejala yang bertahan adalah perilaku tidak bertanggung jawab dan tidak dapat diramalkan; menyendiri; hampa tujuan dan perasaan; afek dangkal dan tidak wajar disertai cekikikan; serta perasaan puas diri. Proses berpikir mengalami disorganisasi dan bicara tidak menentu.

### 2.1.3.3 *Schizophrenia katatonik* ( F20.2)

Ciri-ciri utama *schizophrenia* dipenuhi, namun terdapat satu atau lebih perilaku tertentu yang harus mendominasi. Diagnosis khas subkategori ini, adalah stupor (berkurangnya respon terhadap lingkungan) dan mutisme (tidak berbicara); gaduh gelisah, mempertahankan posisi tubuh tertentu, negativisme, rigiditas, fleksibilitas, serta pengulangan kata-kata dan kalimat. Gejala katatonik dapat



dicetuskan oleh penyakit lain seperti penyakit otak, gangguan metabolic, atau alkohol dan obat-obatan.

#### 2.1.3.4 ***Schizophrenia* Tak Terinci / Undifferentiated(F20.3)**

Gangguan *schizophrenia* dengan gejala tidak khas yang tidak dapat digolongkan pada subkategori lain.

#### 2.1.3.5 **Depresi Pasca-*schizophrenia* (F20.4)**

Diagnosis ditegakkan jika gangguan *schizophrenia* secara umum sudah mencapai 12 bulan. Gejala masih ada tetapi tidak mendominasi gambaran kliniknya. Gejala depresif lebih menonjol dan mengganggu, menetap minimum 2 minggu. Jika tidak terdapat gangguan *schizophrenia* akan menjadi Episode Depresif (F32.-). Jika masih terdapat gangguan *schizophrenia* maka diagnosis tetap salah satu dari subkategori F20.0 sampai F20.3.

#### 2.1.3.6 ***Schizophrenia residual* (F20.5)**

Suatu stadium *schizophrenia* yang kronik dengan perkembangan progresif dari stadium awal ke stadium lanjut. Pada subkategori ini, gejala negatif *schizophrenia* lebih dominan; adanya riwayat satu episode psikotik *schizophrenia* yang jelas dimasa lampau; penurunan intensitas dan frekuensi gejala seperti waham dan halusinasi serta timbul sindrome negatif.

#### 2.1.3.7 ***Schizophrenia simpleks* (F20.6)**

Pada subkategori ini, terjadi perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari gejala negatif yang khas pada F20.5, tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau gejala psikotik Perubahan perilaku pribadi yang bermakna, dengan manifestasi sebagai kehilangan minat, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.

#### 2.1.3.8 ***Schizophrenia lainnya* (F20.8)**

Ciri-ciri utama adalah tidak ada gejala akut terjadi di masa lalu. Gejala-gejala negatif dapat timbul, seperti isolasi sosial, menarik diri dan gangguan fungsi peran.

### 2.1.4 **Prognosis dan Gejala**

Prognosis merupakan ramalan kemungkinan perjalanan dan hasil akhir gangguan *schizophrenia*. Penderita *schizophrenia* mempunyai gejala sisa dengan

keparahan yang bervariasi. Secara umum 25% individu sembuh sempurna, 40% mengalami kekambuhan dan 35% mengalami perburukan. Beberapa faktor yang dapat memberikan prognosis yang baik antara lain: usia tua, faktor pencetus jelas, onset akut, riwayat sosial / pekerjaan pramorbid (terjadi sebelum berkembangnya penyakit) baik, gejala depresi, menikah, riwayat keluarga gangguan mood, sistem pendukung baik. Sedangkan onset muda, tidak ada faktor pencetus, onset tidak jelas, riwayat sosial buruk, autistik, tidak menikah/janda/duda, riwayat keluarga *schizophrenia*, sistem pendukung buruk, gejala negatif, riwayat trauma prenatal, tidak remisi dalam 3 tahun, sering relaps dan riwayat agresif akan memberikan prognosis yang buruk. (Lehman, 2004)

Perjalanan gejala *schizophrenia* merupakan perkembangan gangguan melalui fase-fase (Lehman, 2004)

1. Fase premorbid

Pada fase ini, fungsi-fungsi individu masih dalam keadaan normal.

2. Fase prodromal

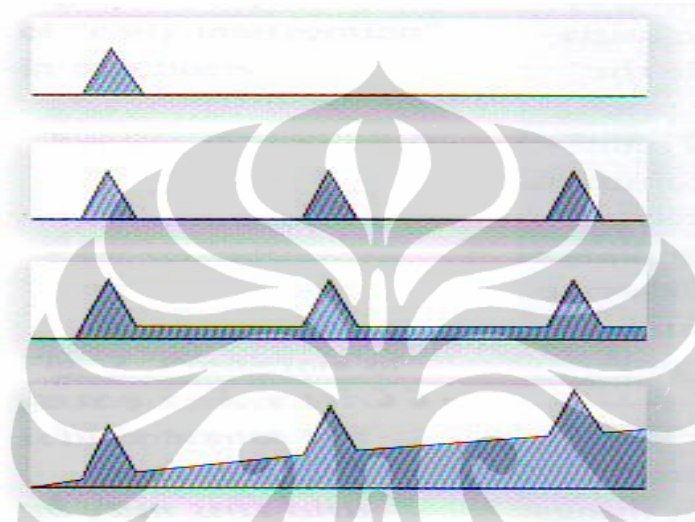
Pada fase ini terdapat perubahan fungsi pada fase premorbid menuju saat muncul simptom psikotik selama beberapa minggu atau bulan, lama terjadinya fase prodromal rata-rata antara 2 sampai 5 tahun. Pada fase ini, individu mengalami kemunduran dalam fungsi-fungsi yang mendasar (pekerjaan sosial dan rekreasi) dan muncul simptom yang nonspesifik, misal gangguan tidur, ansietas, iritabilitas, *mood* depresi, konsentrasi berkurang, mudah lelah, dan adanya defisit perilaku misalnya kemunduran fungsi peran dan penarikan sosial. Simptom positif seperti curiga mulai berkembang di akhir fase prodromal yang berarti mendekati psikosis.

3. Fase psikotik

Berlangsung mulai dengan fase akut, lalu adanya perbaikan memasuki fase stabilisasi dan kemudian fase stabil. Pemakaian antipsikotik diindikasikan terhadap semua fase tersebut (Hertz, 2002)

- Fase akut. Pada fase ini, dijumpai gambaran psikotik yang jelas, misalnya waham, halusinasi, gangguan proses pikir, dan pikiran yang kacau. Simtom negatif sering menjadi lebih parah dan individu biasanya tidak mampu untuk mengurus dirinya sendiri secara pantas.

- Fase stabilisasi berlangsung selama 6-18 bulan, setelah dilakukan *acute treatment*.
- Fase stabil. Pada fase ini, simptom negatif lebih terlihat dan residual dari simptom positif. Pada beberapa individu bisa dijumpai asimtomatis, sedangkan individu lain mengalami simptom nonpsikotik misalnya, merasa tegang (*tension*), ansietas, depresi, atau insomnia.



**Gambar 2.2. Perjalanan klinis gangguan *schizophrenia***  
<http://en.wordpress.com/tag/skizofrenia/>

Gambar 2.2 menunjukkan perjalanan klinis gangguan *schizophrenia* secara longitudinal. Gambar paling atas menunjukkan episode tunggal, artinya penderita *schizophrenia* mengalami 1 kali episode dengan 1 kali sakit. Gambar kedua penderita mengalami 3 kali episode dengan 3 kali sakit, dan antara episode terjadi penyembuhan (kembali ke premorbid). Pada gambar ketiga terdapat 3 kali episode dengan 1 kali sakit dimana tidak ada kesembuhan (tidak kembali ke premorbid), dan kemunduran bersifat stabil. Gambar terakhir menunjukkan penderita mengalami 3 kali episode dengan 1 kali sakit dengan kemunduran bersifat progresif. (Hilary, 2007)

Kay 1991 membagi simptom *schizophrenia* atas:

1. Simptom positif, seperti : waham, kekacauan proses pikir, perilaku halusinasi, gaduh gelisah, waham/ide kebesaran, kecurigaan/kejaran, permusuhan,

2. Simptom negatif, seperti: afek tumpul, penarikan emosional, kemiskinan *rapport*, penarikan diri dari hubungan sosial, secara pasif/apatis, kesulitan dalam pemikiran abstrak, kurangnya spontanitas dan arus percakapan, pemikiran stereotipik
3. Simptom psikopatologi umum, seperti : kekhawatiran somatik, ansietas., rasa bersalah, ketegangan (*tension*), sikap tubuh, depresi, retardasi motorik, ketidakkooperatifan, isi pikiran yang tidak biasa, disorientasi, perhatian buruk, kurangnya daya nilai dan daya tilikan, gangguan dorongan kehendak, pengendalian impuls yang buruk, preokupasi, dan penghindaran sosial secara aktif

### 2.1.5 Penatalaksanaan Terapi

Pengobatan *schizophrenia* tergantung pada fase timbulnya gejala. Penyebab timbulnya gejala belum diketahui dengan pasti maka tujuan umum pengobatan adalah untuk mengurangi keparahan dan mengendalikannya. Pengendalian gejala memungkinkan penderita hidup normal dan aktif dalam kegiatan sehari-hari di tengah masyarakat. (Lehman, 2004)

Pengobatan terhadap gejala *schizophrenia* dapat dilaksanakan dengan terapi non farmakologi (terapi psikososial) dan terapi farmakologi.

#### 2.1.5.1 Terapi Psikososial

Penderita gangguan jiwa memerlukan perawatan psikososial, selain penggunaan obat-obatan. Terapi psikososial merupakan terapi perawatan untuk membantu penderita mengatasi penyakit sehingga menjadi lebih mandiri, serta lebih teratur dalam menjalani pengobatan dan dapat menghindari kekambuhan. Tujuan dari terapi psikososial adalah membantu penderita dalam melakukan penyesuaian dengan kehidupan di dalam masyarakat, meningkatkan hubungan, dan mengambil bagian dalam kesembuhan mereka sendiri. (Surilena, 2005)

Beberapa macam metode psikososial yang dapat dilakukan, yaitu :

- Psikoterapi individual, seperti : terapi suportif, *sosial skill training*, terapi okupasi, dan terapi kognitif dan perilaku
- Psikoterapi kelompok

- Psikoterapi keluarga
- Manajemen kasus

### 2.1.5.2 Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi merupakan terapi dalam mengatasi gejala dengan penggunaan psikotropika. Psikotropika merupakan obat yang mempengaruhi fungsi perilaku, emosi, dan pikiran yang biasa digunakan dalam bidang psikiatri atau ilmu kedokteran jiwa. Psikotropika bekerja secara selektif pada susunan saraf pusat (SSP) dan mempunyai efek utama terhadap aktifitas mental dan perilaku (*mind and behavior altering drugs*). (Maslim, 2001)

Penggunaan klinis psikotropika ditujukan untuk meradam (*suppression*) gejala sasaran tertentu. Pemilihan jenis obat disesuaikan dengan tampilan gejala sasaran yang ingin diatasi. Psikotropika hanya mengubah keadaan jiwa pasien menjadi lebih kooperatif dan dapat menerima psikoterapi lebih baik. Respons terhadap psikotropika bersifat individual dan perlu pengaturan secara empiric (*therapeutic trial*). (Nasrallah & Smeltzer, 2002).

Lama pengobatan sangat bervariasi, tergantung dari berat ringannya gejala. Pengobatan dapat berlangsung beberapa bulan hingga tahunan dan bahkan dapat berlangsung seumur hidup. Pengobatan untuk mengontrol dan mengendalikan gejala, sehingga obat tetap terus diberikan meskipun gejala-gejala sudah jauh berkurang atau bahkan telah hilang sama sekali. (Irmansyah, 2007)

Pemakaian antipsikotik diharapkan sesegera mungkin untuk mengatasi distress emosional, perilaku individu yang membahayakan diri sendiri, orang lain, dan merusak sekitar. (Lehman, A.F., 2004)

Penggunaan antipsikotik dalam mengatasi *schizophrenia* dilakukan berdasarkan fase timbulnya gejala. Pada fase akut, lama pemakaian 4-8 minggu dengan gejala simptom psikotik akut seperti halusinasi, waham, pembicaraan, dan perilaku yang kacau, tujuan penggunaan: mengurangi simptom psikotik dan melindungi individu dari perilaku psikotik yang berbahaya. Pada fase stabilisasi, lama penggunaan 2-6 bulan, dimana simptom mulai berkurang, namun masih dapat terjadi serangan ulang jika dosis dikurangi atau adanya *stressor* psikososial tujuan penggunaan adalah mengurangi simptom yang masih ada dan merencanakan

pengobatan jangka panjang. Pada fase stabil pemakaian tidak terbatas, karena simptom positif sudah minimal atau tidak dijumpai lagi, dan simptom negatif masih dominan pada gambaran klinik individu, tujuan penggunaan adalah: mencegah muncul kembali psikosis, mengurangi simptom negatif, dan memfasilitasi individu untuk rehabilitasi sosial. (Hertz & Marder, 2002):

Lehman dan kawan-kawan membedakan antipsikotik atas:

1. Antipsikotik tipikal (antipsikotik generasi pertama) seperti klorpromazin, flufenazin, thioridazin, dan haloperidol
2. Antipsikotik atipikal (antipsikotik generasi kedua) seperti: klozapin, olanzapin, risperidon, quetiapin, dan aripiprazol

Pemakaian antipsikotik atipikal dinyatakan lebih baik dalam mengatasi gejala negatif dan kemunduran kognitif. Efek samping antipsikotik atipikal ternyata lebih ringan dibandingkan tipikal terhadap neurologis, namun lebih besar terhadap gangguan metabolik seperti penambahan berat badan, diabetes mellitus, atau sindroma metabolik (Addington, D., 2005)

Pedoman pengobatan *schizophrenia* menurut NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) dari negara Inggris. Lampiran 3 dan lampiran 4. Pola pengobatan terhadap *schizophrenia* yang distandarkan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta adalah sesuai Lampiran 5

Untuk mengukur kemajuan terapi terhadap pasien *schizophrenia*, setelah penggunaan psikotropika dapat dilakukan dengan menghitung skor. Seperti skor pada *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) atau *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS). Pengukuran terhadap kemajuan pasien juga dapat merupakan modifikasi antar medik dan keperawatan untuk memudahkan penilaian. Penilaian kemajuan pasien di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan menggunakan Skor Evaluasi Keperawatan Jiwa (Lampiran 6.)

## **2.2. Psikotropika**

### **2.2.1. Definisi dan Penggolongan**

Psikotropik dapat dibedakan menjadi 4 golongan berdasarkan susunan kimiawi, mekanisme kerja obat, dan efek terapi dalam mengatasi gejala., yaitu

golongan antipsikotik, antianxietas, antidepresi, dan antimania. Berikut ini tabel penggolongan psikotropika yang telah diringkas: (Ganiswarna,2007)

**Tabel 2.2. Golongan Psikotropika**

GOLONGAN PSIKOTROPIKA	SUB GOLONGAN	GOLONGAN	NAMA OBAT
Antipsikotik	Tipikal-Fenotiazin:	Rantai alifatik	Klorpromazin,
		Rantai piperazin	Flufenazin, Trifluperazin Perfenazin,
		Rantai piperidin	Tioridazin,
	Tipikal – butyrofenon		Haloperidol
	Atipikal	Dibenzodiazepin	Clozapin, Olanzepin, Quetiapin, Zotepin, Aripiperazol
Benzisoxazole		Resperidon	
Antianxietas	Golongan Benzodiazepin		Diazepam, Alprazolam, Clobazam, Lorazepam, Bromazepam
	Golongan non-benzodiazepin		Sulpride, Buspiron, Hydroxyzin
Antidepresi	Trisiklik		Imipramin, Amitriptilin, Clomipramin, Tianeptin
	Heterosiklik		Maprotilin, Trazodon, Mirtazapin
	SSRIs – selective serotonin reuptake inhibitors		Fluoxetin, Paroksetin, Setralin, Fluvoxamin, Citalopram
	MAOI- monoamin oxydase inhibitor- reversible		Moclobemid
	SNRI-serotonin norepineprin reuptake inhibitor		Venlafaksin
Antimania	Lithium		Litium carbonat
	Golongan lain		Karbamazepin Valproic acid

### 2.2.1.1. Antipsikosis (major tranquillizer, neuroleptik)

Pengobatan dengan antipsikotik, bertujuan menurunkan dan mengontrol gejala penyakit. Efek antipsikotik efektif mengontrol gejala positif (halusinasi, delusi, paranoia, dan gangguan berpikir) dibandingkan gejala negatif (putus hubungan sosial, tidak adanya motivasi, dan tidak tampak ekspresi emosional). (Loebis, 2007)

Antipsikotik direkomendasikan dalam pengobatan *schizophrenia*. Pada dosis ekuivalen, memberikan efek primer (efek klinis) yang sama. Perbedaan tampak pada efek sekunder (efek samping): sedasi, otonomik, ekstrapiramidal. Sehingga, pemilihan jenis antipsikotik mempertimbangkan gejala psikotik yang dominan dan efek samping obat. Jika antipsikotik tertentu tidak memberikan respons klinis dapat diganti dengan antipsikotik dari golongan berbeda.. Bila gejala negatif lebih menonjol dari gejala positif, pilihannya adalah antipsikotik atipikal. Sebaliknya bila gejala positif lebih menonjol dibandingkan gejala negatif pilihannya adalah antipsikotik tipikal. (Lacy, 2007)

Setiap individu, memberi respon yang berbeda terhadap antipsikotik. Untuk mendapatkan obat dan dosis yang tepat bagi pengobatan *schizophrenia* dilakukan *trial*. Untuk itu dibutuhkan waktu untuk mendapatkan pola pengobatan dengan antipsikotik (Loebis, 2007)

Antipsikotik tipikal terbagi atas potensi tinggi pada dosis kurang atau sama dengan 10 mg seperti trifluoperazine, fluphenazine, haloperidol dan pimozide. Obat-obat ini digunakan untuk mengatasi sindrom psikosis dengan gejala dominan apatis, menarik diri, hipoaktif, waham dan halusinasi. Potensi rendah pada dosis lebih dan 50 mg seperti klorpromazine dan thiondazine pada penderita dengan gejala dominan gaduh gelisah, hiperaktif dan sulit tidur. (Baldessarini, 1991)

Antipsikotik atipikal (generasi kedua) sering disebut sebagai serotonin dopamin antagonis (SDA) yang bekerja melalui interaksi serotonin dan dopamin pada ke empat jalur dopamin di otak sehingga menyebabkan rendahnya efek samping ekstrapiramidal dan sangat efektif mengatasi gejala negatif. (Maslim, 2001)



Lehman dan Lieberman, 2004, membedakan subgolongan antipsikotik secara ringkas terlihat pada tabel 2.3.

**Tabel 2.3 Perbedaan Antipsikotik Tipikal dengan Atipikal**

TIPIKAL	ATIPIKAL
Generasi lama	Generasi baru (tahun 1990 an)
Memblok reseptor dopamine D2	Memblok reseptor 5-HT (serotonin), afinitas efek blok D2 rendah
Efek samping EPS besar	Efek samping EPS rendah
Efek untuk mengatasi gejala positif	Efek untuk mengatasi gejala baik positif maupun negatif
Potensi rendah : Klorpromazin, Tioridazin, Mesoridazin Potensi tinggi : Flufenazin, Perfenazin, Thiotixene, Haloperidol	Clozapin, Risperidon, Olanzapin, Quetiapin, Ziprasidon, Aripiprazol
Pada dasarnya potensi tidak berhubungan dengan efektifitas obat .Jika digunakan dalam dosis yang ekuipoten semua antipsikotik tipikal sama efikasinya (contoh: 15 mg Haloperidol ekivalen dengan 750 mg klorpromazin)	Terdapat hubungan kuat antara sistem dopaminergik dan serotonergik. Serotonin memodulasi fungsi dopamin Saat ini lebih banyak digunakan sebagai pilihan, karena relatif lebih aman.

### 2.2.1.2. Antianxietas (minor tranquillizer)

Antianxietas merupakan golongan obat yang digunakan untuk mengatasi perasaan cemas dengan efek sedasinya, seperti golongan benzodiazepin dan non-benzodiazepin. Mekanisme kerja yaitu obat berikatan dengan reseptor penghambat neurotransmitter yang diaktifkan oleh asam gama amino butirat (GABA). (Ganiswarna, G.S, 2007)

Selain sebagai antianxietas golongan benzodiazepin digunakan sebagai antikonvulsi, pelemas otot, induksi anastesi umum, hipnotik, untuk pengobatan simptomatik penyakit psiconeurosis, dan terapi tambahan somatis dengan ciri

anxietas (perasaan cemas), serta ketegangan mental. Pemberian pada dosis tinggi dan jangka waktu lama dapat menimbulkan toleransi dan ketergantungan fisik dan psikis. (Lacy,F.C.,et all., 2007)

### **2.2.1.3.Antidepresi**

Depresi didefinisikan sebagai gangguan mental dengan penurunan mood, kehilangan minat, atau perasaan senang. Klasifikasi menurut DSM IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 1994, Text Revision*) depresi terbagi menjadi tiga yakni gangguan distimia, depresi mayor (klinis) dan depresi yang tidak terklasifikasi. (Ganiswarna, G.S., 2007)

Distimia merupakan bentuk gangguan mood depresi yang ditandai oleh ketiadaan kesenangan yang terus menerus, berlangsung selama 2 tahun. Depresi mayor merupakan perasaan sedih, melankolis, atau murung sehingga mengganggu fungsi sosial dan kehidupan sehari-hari. (First, M.B. & Tasman, A., 2004)

Psikotropika yang digunakan untuk mengatasi keadaan depresi disebut sebagai antidepresi. Antidepresi terbagi atas: (Ganiswarna, G.S., 2007)

1. Generasi pertama yaitu golongan trisiklik seperti imipramin dan amitriptilin.
2. Generasi kedua dan ketiga sebagai golongan heterosiklik seperti maprotilin, trazodon, mirtazapin
3. Golongan SSRI (Seletive Serotonin Reuptake Inhibitors), yaitu fluoksetin, setralin, fluvoksamin, dan sitalopram.
4. Golongan MAO inhibitor seperti isokarboksazid dan fenelzin.
5. Golongan SNRI (Serotonin Norepineprin Reuptake Inhibitor) seperti venlafaksin

### **2.2.1.4.Antimania**

Golongan psikotropika yang digunakan sebagai mood stabilizer, terutama mencegah naik turunnya mood pada pasien gangguan bipolar (sidrom manik-depresi). Litium karbonat dikenal sebagai mood stabilizer karena bekerja terutama mencegah naik turunnya mood pada pasien dengan gangguan bipolar (manik-depresif).

Mekanisme kerja litium diperkirakan atas dasar efek terhadap elektrolit dan transpor ion, dimana litium dapat mengganti natrium dalam membantu potensial aksi sel neuron. Mekanisme kerja litium terhadap neurotransmitter adalah menurunkan pengeluaran norepineprin dan dopamin, menghambat supersensitivitas dopamin dan meningkatkan sintesis acetilkolin. (Ganiswarna, G.S., 2007)

### **2.2.2 Evaluasi Rejimen Obat**

Rejimen obat merupakan dua atau lebih obat yang diberikan untuk pengobatan. Pemilihan jenis obat merupakan pedoman pengobatan yang difokuskan pada terapi obat berbasis penyakit. Penggunaan obat yang berbeda tergantung kepada keparahan penyakit dan karakteristik penderita. Pada umumnya terdapat ketepatan indikasi, ketepatan pemilihan obat, ketepatan cara pemakaian dan dosis obat, ketepatan penilaian terhadap kondisi pasien/dan tindak lanjut efek pengobatan. (Siregar, C.J.P., 2006).

Pemilihan jenis obat dalam menentukan rejimen obat harus memenuhi beberapa segi pertimbangan, yakni:

1. Kemanfaatan dan keamanan obat sudah terbukti secara pasti.
2. Risiko dari pengobatan dipilih yang paling kecil untuk pasien dan seimbang dengan manfaat yang akan diperoleh.
3. Biaya obat disesuaikan dengan dengan manfaat dan keamanan, serta terjangkau oleh pasien (affordable).
4. Jenis obat yang paling mudah didapat (available).
5. Cara pemakaian paling cocok dan paling mudah diikuti pasien.
6. Seminimal mungkin dalam mengkombinasi obat (jumlah jenis obat.)

Evaluasi rejimen obat terhadap pengobatan merupakan suatu proses jaminan mutu yang dilakukan secara terus menerus, terstruktur dan terorganisasi dengan tujuan untuk memastikan bahwa obat digunakan secara tepat, aman, dan efektif. (Quick, J.D. & Rankin, J.R.1997).

Kriteria obat yang dapat dilakukan evaluasi berdasarkan Hicks W.E., (1994) antara lain:

1. Obat yang berdasarkan pengalaman klinis diketahui dan dicurigai menghasilkan efek samping yang merugikan atau berinteraksi dengan obat lain, makanan, atau prosedur diagnostic sehingga mengakibatkan resiko kesehatan yang nyata.
2. Obat yang digunakan dalam pengobatan penderita yang beresiko tinggi terhadap reaksi obat yang merugikan
3. Obat yang sering diresepkan atau obat dengan harga mahal.
4. Obat yang berpotensi toksik atau terdapat ketidaknyamanan. pada dosis terapi
5. Obat yang paling efektif jika digunakan dengan cara tertentu
6. Obat yang sedang dievaluasi untuk penambahan, penghapusan dalam formularium, atau adanya kebijakan rumah sakit.

Psikotropika merupakan salah satu obat yang memenuhi kriteria untuk dilakukan evaluasi. Pada penatalaksanaan pengobatan *schizophrenia* pemakaian golongan antipsikotik sering dikombinasi dengan psikotropika golongan lain untuk mencapai efek terapi yang diinginkan. Pola pengobatan *schizophrenia* dengan penggunaan psikotropik cenderung menimbulkan interaksi pada waktu pemakaiannya. (Siregar, C.J.P., 2006).

Interaksi obat adalah peristiwa di mana aksi suatu obat diubah atau dipengaruhi oleh obat lain yang diberikan secara bersamaan. Interaksi obat minimum terjadi antar 2 jenis obat, yaitu *obat obyek* dan *obat presipitan (precipitan drug)*. Obat objek merupakan obat yang aksi atau efeknya dipengaruhi atau diubah oleh obat lain. *Obat presipitan (precipitan drug)*, merupakan obat yang dapat mempengaruhi atau mengubah aksi atau efek obat lain. Interaksi obat dapat bermakna jika, terdapat perubahan klinik dimana terjadi efek toksis sehingga menyebabkan kegagalan pencapaian efek terapik. (Stockley.I.H., 2002) Berdasarkan mekanisme, interaksi obat dapat dibagi menjadi 3 golongan, yaitu :

1. Interaksi farmasetik, yaitu dimana terjadi reaksi fisika-kimia antar obat yang mempengaruhi aktifitas farmakologik. Oleh karena itu, obat diberikan secara terpisah.
2. Interaksi farmakokinetik, yaitu dimana obat presipitan dapat mempengaruhi atau mengubah proses absorpsi, distribusi (ikatan protein), metabolisme, dan

ekskresi dari obat obyek. Interaksi ini dapat dibedakan sesuai dengan proses biologik (kinetik) tersebut.

3. Interaksi farmakodinamik, yaitu dimana tidak terjadi perubahan kadar obat obyek dalam darah, tetapi terjadi perubahan efek obat obyek yang disebabkan oleh obat presipitan karena pengaruhnya pada tempat kerja obat.

Pada penggunaan psikotropika jangka lama, seperti pada pasien *schizophrenia* ini, dapat menimbulkan efek samping. Efek samping psikotropik yang sering muncul adalah sedasi, kekakuan otot, tremor dan berat badan meningkat. Antipsikotik generasi pertama (tipikal) pada pemakaian lama memberikan efek samping berupa gangguan ekstrapiramidal, tardive dyskinesia, peningkatan kadar prolaktin yang akan menyebabkan disfungsi seksual / peningkatan berat badan dan memperberat gejala negatif maupun kognitif. Terhadap antikolinergik, menimbulkan efek samping mulut kering pandangan kabur gangguan iniksi, defekasi dan hipotensi. Tardive dyskinesia tak akan hilang walau obat dihentikan. Jika kasus ini terjadi tak ada pengobatan yang efektif. (Maslim, 2001)

Lebih kurang 75 persen penderita *schizophrenia* memberi respons terhadap psikotropika utama (antipsikotik), seperti klorpromazin, flufenazin, haloperidol, atau thioridazin. Namun, 25 persen penderita hanya dapat dibantu oleh psikotropik baru seperti klozapin, yang mempunyai efek samping menyerang fungsi sumsum tulang, sehingga harus diperiksa kandungan sel darah putihnya setiap minggu. (Addington, D., et all. 2005)

### 2.3. Lama dirawat (LD) dan aLOS

Lama dirawat (LD) menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada satu episode perawatan. Cara menghitung LD yaitu dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari RS, hidup maupun mati) dengan tanggal masuk RS. Untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama LD dihitung 1 hari. Total LD atau  $\Sigma$ LD menunjukkan total LD dari seluruh pasien yang dihitung dalam periode yang bersangkutan. (Indradi, R. 2007)

Angka rerata LD ini dikenal dengan istilah *average Length of Stay* (aLOS). Cara menghitung aLOS adalah total LD dibagi jumlah pasien keluar

(hidup dan mati). aLOS merupakan salah satu parameter dalam penghitungan efisiensi penggunaan tempat tidur (TT) suatu bangsal atau RS. aLOS merupakan salah satu indikator pelayanan rumah sakit yang dapat digunakan untuk mengetahui tingkat pemanfaatan, mutu, dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Secara umum nilai aLOS yang ideal antara 6-9 hari (Depkes, 2005).

#### 2.4. INA-DRG Case Mix

Sistem *Case-mix* terdiri dari 23 MDC (*Major Diagnostic Categories*). Penderita dengan gangguan *schizophrenia*, masuk pada nomor 19 yaitu *Mental Diseases and Disorders*, dengan kode INA-DRG 194101 – 3 dengan *description* IM *Schizophrenia* tingkat keparahan 1 sampai 3, dengan aLOS 7.8 – 10.7. (Pola Tarif INA-DRG, 2007)

INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) merupakan program Departemen Kesehatan untuk sistem pembiayaan berdasarkan pendekatan sistem *Case-mix*. *Case-mix* merupakan suatu cara pengelolaan sumber daya rumah sakit seefektif mungkin dalam memberikan layanan kesehatan yang terjangkau berdasarkan pengelompokan spektrum diagnosis penyakit yang homogen dan prosedur tindakan yang diberikan. (Depkes, 2008)

Komponen utama dalam casemix, adalah sistem kodefikasi diagnosis (ICD 10) dan prosedur tindakan (ICD 9 CM), pembiayaan, dan *clinical pathways*. *Clinical Pathways* dapat merupakan suatu Standar Operasional Prosedur (SOP) yang merangkum :

1. Profesi medis, dengan membuat suatu Standar Pelayanan Medis dari setiap kelompok Staf Medis/ Staf Medis Fungsional (SMF) klinis dan penunjang
2. Profesi Keperawatan dengan melaksanakan Asuhan Keperawatan
3. Profesi farmasi dengan melaksanakan *Unit Dose Daily*
4. Alur pelayanan pasien rawat inap dan operasi. Dilakukan oleh SMF, instalasi, dan Sistem Manajemen Rumah Sakit.

Pada *Case-mix*, *Mental Diseases and Disorders* termasuk dalam MDC (*Major Diagnostic Categories*) 19. Kode INA-DRG untuk gangguan *schizophrenia* 194101, 194102, dan 194103 dengan *description* IM *schizophrenia* dengan tingkat keparahan satu, dua, dan tiga. Kode IM (inpatient

medical) yaitu pelayanan rawat inap yang diberikan kepada pasien, mencakup pelayanan medis, penggunaan alat, serta obat-obatan yang diberikan dan tidak termasuk prosedur/tindakan operasi. (Husain, F.W. 2008)

Case-Mix merupakan sistem pembayaran pelayanan kesehatan yang berhubungan dengan mutu, pemerataan, dan jangkauan sistem pelayanan kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam pembiayaan kesehatan, serta mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran. Melalui sistem casemix, pembiayaan kesehatan dilakukan berdasarkan pengelompokan jenis diagnosis kasus yang homogen. Biaya yang ditanggung untuk *schizophrenia* tingkat keparahan satu, di kelas tiga dengan aLOS 7,8, adalah Rp. 4.879.615,-. Tingkat keparahan dua, aLOS 8.6, adalah Rp. 5.418.970,-. Tingkat keparahan ketiga, dengan aLOS 10.7 adalah Rp. 8.022.904,-. (Depkes, 2007)

## **2.5 *Pharmaceutical Care dan Unit Dose Daily***

Peranan farmasi dalam menunjang pelaksanaan INA-DRG, adalah dengan memberikan pelayanan pharmaceutical care (kepedulian farmasi). Pharmaceutical care merupakan pelayanan langsung dan bertanggung jawab yang berkaitan dengan obat, untuk pencapaian hasil yang pasti dan peningkatan mutu kehidupan pasien. Kepedulian farmasi merupakan pelayanan yang berfokus pada kepentingan pasien secara pribadi dan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa penggunaan obat sudah optimal dan menuju kepada perbaikan dalam mutu kehidupan pasien. (Siregar, C.J.P., 2006).

Pelayanan farmasi klinik menekankan pada penerapan kepedulian farmasi yang tidak hanya menyediakan obat-obatan, melainkan juga pelayanan yang perlu untuk memastikan keamanan dan keefektifan terapi.

*Unit Dose Daily* merupakan suatu sistem distribusi obat di rawat inap yang diberikan kepada pasien merupakan suatu sistem yang mempersiapkan dan mendistribusikan obat dalam satu dosis dan siap dikonsumsi. Sistem dosis unit harian dapat digunakan untuk mengkaji instruksi pengobatan/resep pasien setiap hari. Sehingga, dapat diidentifikasi masalah yang berkaitan dengan penggunaan obat dan mencegah serta mengatasi masalah yang dapat terjadi karena pemberian obat. Sistem ini merupakan metode dispensing dan pengendalian obat yang

dikoordinasi oleh instalasi farmasi rumah sakit. (Siregar, C.J.P.& Amalia, L. 2004)

Obat dosis unit adalah obat yang diorder oleh dokter untuk penderita rawat inap, terdiri dari satu atau beberapa jenis obat yang dimasukkan dalam kemasan dosis unit tunggal dalam jumlah persediaan yang cukup untuk suatu waktu tertentu. (Quick & Rankin , 1997)

Pengemasan obat dalam dosis unit memungkinkan penerapan suatu sistem distribusi obat yang lebih baik dan sejalan dengan tujuan dari pelaksanaan INA-DRG. Sisten unit dose memiliki beberapa keuntungan, antara lain :

- a) Sediaan obat dapat diidentifikasi dan persediaan obat dapat dikendalikan
- b) Lebih aman bagi penderita, dan lebih efisien serta ekonomis dengan metode yang lebih efektif bagi rumah sakit.
- c) Meminimalkan penggunaan obat yang tidak perlu/ tidak cocok dengan kondisi pasien
- d) Meminimalkan interaksi yang timbul
- e) Menekan biaya pengobatan secara keseluruhan. Biaya pengemasan dapat meningkat namun biaya ini dapat berkurang sampai tingkat yang lebih menguntungkan jika dihitung pengurangan waktu perawat dalam penyiapan obat, dan meningkatnya keselamatan penderita akibat kesalahan obat. Penderita hanya membayar obat yang digunakan/dikonsumsi saja.
- f) Menghindari kesalahan pemberian obat, karena langsung disiapkan oleh tenaga farmasi. Meminimalkan beban perawat terhadap penyiapan obat.

Sistem distribusi dosis unit dapat dilaksanakan dengan sistem sentralisasi, desentralisasi, atau kombinasi.

Sistem dosis unit dapat membantu kelancaran pelaksanaan kepedulian farmasi sehingga dapat menunjang keberhasilan INA-DRG terutama terhadap penderita dengan kasus penyakit campuran, seperti penderita penyakit jiwa. (Husain, 2006)

## **2.6 Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan**

Rumah sakit jiwa adalah pusat pelayanan kesehatan jiwa yang melaksanakan upaya *promotif*, *preventif*, *kuratif* dan *rehabilitatif* serta sistem

**Universitas Indonesia**



rujukan yang ditujukan untuk perorangan maupun masyarakat luas. Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta, merupakan rumah sakit jiwa di daerah perkotaan dengan visi: “Menjadi Pusat Unggulan Dalam Pelayanan Kesehatan Jiwa Perkotaan “. Misi Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan, adalah:

1. Memberikan pelayanan dan pemeliharaan kesehatan jiwa yang bermutu dan dapat dipertanggung jawabkan bagi masyarakat perkotaan di bidang promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
2. Melaksanakan pendidikan dan pelatihan; penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan teknologi kesehatan jiwa.
3. Melaksanakan pelayanan yang berorientasi pada kebutuhan masyarakat.
4. Meningkatkan kesejahteraan pegawai.

Sejalan dengan misinya, RSJ Dr. Soeharto Heerdjan melayani pasien mampu dan tidak mampu. Untuk pasien tidak mampu, biaya pengobatan ditanggung oleh pemerintah. Data rekam medik tahun 2008 menunjukkan total kunjungan 20.040 pasien. 10 % (2.016 pasien) merupakan kunjungan baru dengan rata-rata kunjungan perbulan 168 pasien. Kunjungan pasien lama 90% (18.024 pasien) dengan rata-rata kunjungan perbulan 1502 pasien. Pada unit rawat jalan kunjungan pasien swadana 20 %, askes 4 %, Gakin/SKTM 70 %, dan Jamkesmas 6 %. Pada unit rawat inap pasien swadana 39 %, askes 3 %, dan pasien Gakin/SKTM 54 %, dan Jamkesmas 4%. Jadi total kunjungan pasien swadana 21 %, askes 4 %, Gakin/SKTM 70 %, dan Jamkesmas 5 %. (Renstra RSJSH, 2009)

Dari hasil diagnosa terhadap gangguan jiwa, jumlah pasien *schizophrenia* merupakan kategori terbesar yang menjalani rawat jalan perawatan. Pada tahun 2008, tercatat sebanyak 9005 pasien menderita *schizophrenia* (50 % dari total pasien rawat jalan, 48 % dari total pasien). *Schizophrenia* pada rawat inap 533 pasien (53 % dari total pasien rawat inap, 3% dari total pasien). Jadi penderita *schizophrenia* yang berobat di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan pada tahun 2008 sebanyak 51 %. Dari data rekam medik LD pasien rawat inap di tahun 2008 adalah 56705 hari dengan jumlah pasien 1099 orang yang menunjukkan aLOS tahun 2008 adalah 49.

## **BAB 3 METODE PENELITIAN**

### **3.1 Kerangka Konsep dan Definisi Operasional**

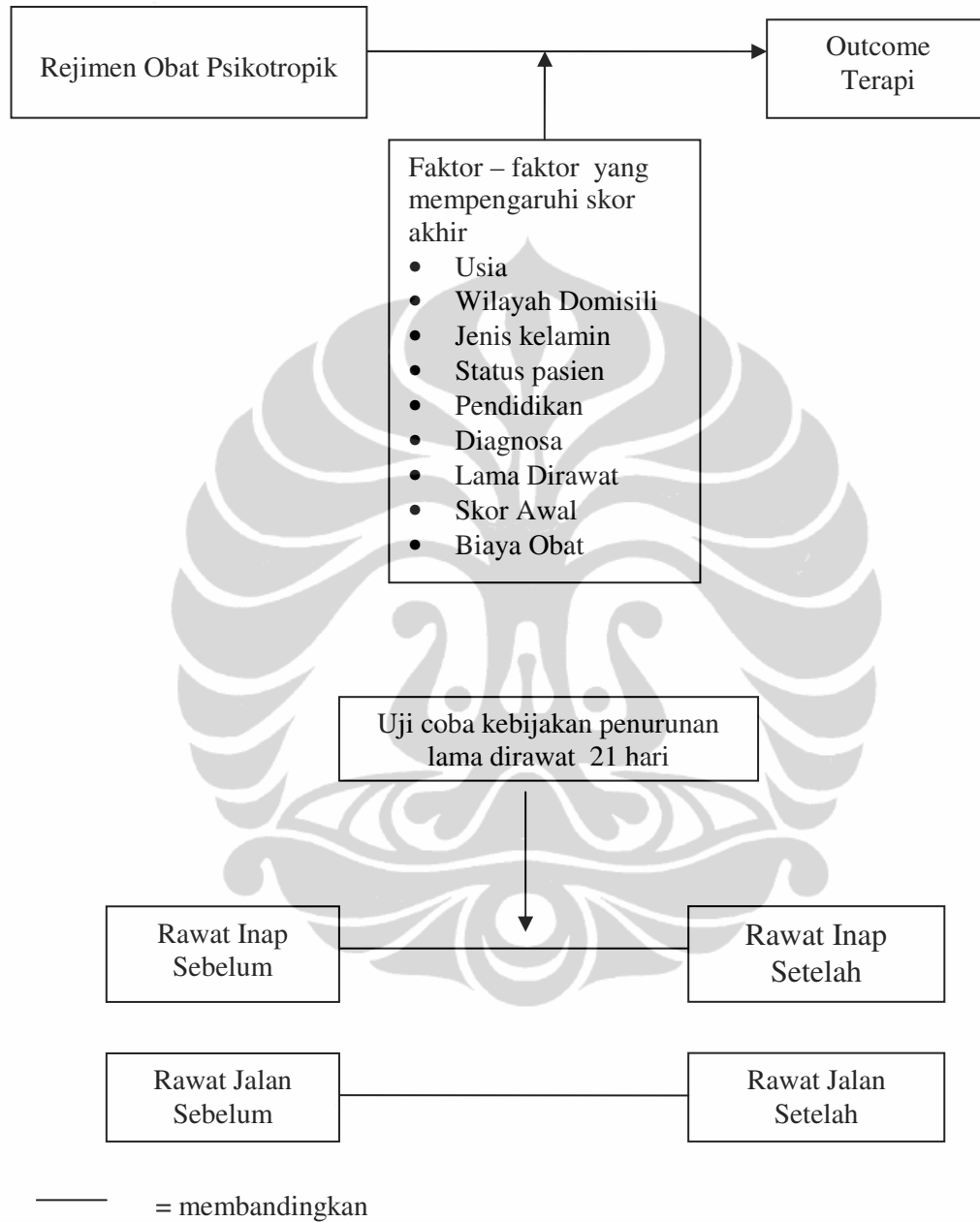
#### **3.1.1 Kerangka Konsep**

Penelitian ini mengambil rejimen obat yang diberikan sebagai variabel bebas. Regimen obat psikotropika dapat mengatasi gejala pada penderita *schizophrenia*. Regimen obat akan mempengaruhi hasil pengobatan (outcome terapi) sebagai variabel terikat dan keberhasilan terhadap pengobatan diukur menggunakan skor keperawatan. Untuk mencapai outcome terapi dimungkinkan terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi hasil pengobatan.

Uji coba kebijakan INA-DRG dengan melakukan penurunan terhadap waktu lama dirawat menjadi maksimum 21 hari, diharapkan dapat dilakukan pemberian rejimen obat yang dapat mempercepat lama dirawat. Regimen obat yang berubah akan merubah outcome terapi antara keadaan sebelum dan setelah kebijakan diberlakukan baik dirawat inap maupun rawat jalan. Kerangka konsep penelitian secara skematis digambarkan pada Gambar 3., sedangkan definisi operasional terdapat pada Tabel 3.

## VARIABEL BEBAS

## VARIABEL TERIKAT



**Gambar 3. Kerangka konsep penelitian**

### 3.1.2 Definisi Operasional

**Tabel 3. Definisi operasional variabel penelitian**

No.	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	KATEGORI	SKALA
1	Outcome Terapi (OT)	Hasil terapi yang dicapai pada pengobatan pasien <i>schizophrenia</i> dengan Rejimen Obat. Variabel ini ditetapkan berdasarkan skor akhir keperawatan	0. Belum sembuh = Skor 1 – 24 1. Sembuh = Skor 25- 40	Ordinal
1	Skor Akhir Keperawatan (SAK)	Hasil terapi yang dicapai pada pengobatan pasien <i>schizophrenia</i> , ditetapkan berdasarkan skor keperawatan pada saat akan pulang	0. Buruk = 1 – 8 1 Kurang = 9 – 16 2 Sedang = 17 – 24 3 Baik = 25 – 32 4 Baik Sekali = 33 – 40	Ordinal
2	Rejimen Obat (RO)	Pemakaian kombinasi obat psikotropika, yang diresepkan dokter sesuai data pada rekam medik, resep di Instalasi Farmasi, dan data di Rawat Inap dan Rawat Jalan	0. $\leq 4$ macam obat = No.1- 36 1. $> 4$ macam obat =No.37 – 57	Nominal
3	Lama Dirawat (LD)	Jumlah hari yang dibutuhkan untuk menjalankan perawatan di unit rawat inap	0. $< 21$ hari 1. 21 - 40 hari 2. 41 – 60 hari 3. $> 60$ hari	Ordinal
4	Skor Awal Keperawatan (SA)	Nilai kemampuan pasien mengurus diri sendiri saat akan memulai perawatan	1. Buruk = 1 – 8 5 Kurang = 9 – 16 6 Sedang = 17 – 24 7 Baik = 25 – 32 8 Baik Sekali = 33 – 40	Ordinal
5	Biaya Obat (BO)	Banyaknya biaya yang dibutuhkan untuk pemakaian obat selama 14 hari (BO1) dirawat jalan atau rawat inap dan sekali perawatan di rawat inap (BO2)	0. Kecil = $\leq$ Rp. 100.00,- 1. Sedang = Rp. 100.001 – Rp. 300.000,- 2. Cukup = Rp. 300.001 – Rp. 500.000,- 3. Basar = $>$ Rp.500.000,-	Ordinal

No.	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	KATEGORI	SKALA
6	Usia	Tahun mula penelitian (2008) dikurangi tahun lahir sesuai data pada rekam medik	0. 20 – 29 tahun 1. 30 – 39 tahun 2. 40 – 49 tahun 3. 50 – 60 tahun	Ordinal
7	Pendidikan	Jenjang pendidikan terakhir yang dijalani	0. Tidak sekolah 1. SD 2. SLTP 3. SLTA 4. PT.	Ordinal
8	Jenis kelamin	Jenis kelamin pasien sesuai data rekam medik	0. Laki-laki 1. Perempuan	Nominal
9	Status pasien	Kondisi pernikahan pasien saat mulai perawatan	0. Tidak menikah 1. Menikah 2. Duda 3. Janda	Nominal
10	Wilayah domisili	Wilayah kotamadya di DKI tempat pasien tinggal sesuai data yang ada di rekam medik	0. Jakarta Pusat 1. Jakarta Utara 2. Jakarta Timur 3. Jakarta Selatan 4. Jakarta Barat	Nominal
11	Diagnosa	Jenis <i>schizophrenia</i> yang dialami	0. F20.0 1. F20.1 2. F20.2 3. F20.3 4. F20.4 5. F20.5 6. F20.6 8. F20.8 9. F20.9	Nominal

### 3.2 Hipotesis

Hipotesis yang diambil dalam penelitian ini adalah

1. Tidak terdapat perbedaan pengaruh rejimen obat terhadap outcome terapi antara sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.
2. Tidak terdapat perbedaan pemberian rejimen obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.
3. Tidak terdapat perbedaan waktu terhadap lama dirawat sebelum dan setelah kebijakan

4. Tidak terdapat perbedaan skor awal keperawatan sebelum dan setelah kebijakan.
5. Tidak terdapat perbedaan skor akhir keperawatan sebelum dan setelah kebijakan.
6. Tidak terdapat perbedaan pembiayaan obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.
7. Tidak terdapat perbedaan pemberian rejimen obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat jalan.
8. Tidak terdapat perbedaan pembiayaan obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat jalan.

### **Desain Penelitian**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kuantitatif dengan desain studi potong lintang (*cross sectional*). Pengambilan data dilakukan terhadap data sekunder berupa:

1. Data rekam medis antara bulan Juni tahun 2008 sampai 25 Oktober tahun 2008 dan antara 5 Nopember tahun 2008 sampai Maret tahun 2009.
2. Data skor keperawatan masing-masing ruang rawat inap antara bulan Juni tahun 2008 sampai Maret tahun 2009 dengan data pasien sesuai yang diperoleh dari rekam medis.
3. Data pemberian resep di instalasi farmasi periode Juni tahun 2008 sampai Maret tahun 2009, sesuai data pasien yang diperoleh dari data rekam medis.

Hasil penelitian disajikan secara deskriptif dan analitik

### **Waktu dan tempat penelitian**

Penelitian dilakukan pada bulan Maret sampai Juni tahun 2009, di bagian Rekam Medik, Unit Rawat Inap, dan Instalasi Farmasi di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta.

### **Populasi dan sampel**

Populasi dalam penelitian ini adalah semua pasien *schizophrenia* yang menerima rejimen obat psikotropika baik di unit rawat inap maupun rawat jalan.

Sampel dalam penelitian ini adalah seluruh pasien *schizophrenia* yang mendapatkan rejimen obat psikotropika antara 1 Juni tahun 2008 sampai 25 Nopember 2009 dan antara 5 Nopember 2008 sampai 30 Maret 2009, dan memenuhi kriteria inklusi. Sampel diambil secara total sampling.

### **Kriteria inklusi dan eksklusi**

Kriteria inklusi pada penelitian ini adalah:

1. Pasien yang di diagnosa *schizophrenia* saat data diambil
2. Pasien berasal dari keluarga tidak mampu dan berdomisili di wilayah DKI (golongan Gakin dan SKTM)
3. Pasien memperoleh pengobatan dengan rejimen obat psikotropik
4. Waktu pengobatan antara 1 Juni 2008 sampai 25 Oktober 2008 dan antara 5 Nopember 2008 sampai 30 Maret 2009.
5. Terdapat data skor keperawatan di ruang keperawatan.
6. Usia pasien  $\geq 18$  tahun

Kriteria eksklusi :

1. Pasien yang menderita penyakit penyerta
2. Pasien yang menerima rejimen obat non psikotropika
3. Pasien rawat inap yang tidak memiliki data skor keperawatan
4. Pasien rawat jalan yang mempunyai data kunjungan kurang dari 3 kali
5. Pasien yang melakukan perawatan di rawat inap atau rawat jalan antara tanggal 25 Oktober 2008 sampai 5 Nopember 2008.

### **Pengumpulan data**

Pengumpulan data dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta. Pengumpulan data dilakukan dari data rekam medis pasien *schizophrenia* yang menerima regimen psikotropika tanpa penyakit penyerta. Data skor perawatan pasien diperoleh di ruang rawat inap. Data yang diperoleh disalin pada lembar pengumpulan data (lampiran 2 )

Data yang dikumpulkan berupa :

1. Data demografi meliputi nomor rekam medis, nama pasien, tahun lahir, usia, pendidikan, jenis kelamin, , status, dan wilayah domisili

2. Data diagnosa medis meliputi diagnosa pasien, skore keperawatan bagi pasien yang menjalani rawat inap.
3. Data pengobatan : waktu menjalani perawatan, lama hari rawat, rejimen obat psikotropika yang diperoleh saat pengobatan
4. Data biaya pemakaian obat : biaya yang dibutuhkan untuk pemakaian obat.

## **Pengolahan dan Analisis Data**

### **Pengolahan Data**

Pengolahan data dilakukan dengan alat uji statistik SPSS dengan tahap:

- Editing : dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian data
- Coding : pengelompokan atau pemberian kode terhadap data yang diperoleh, kemudian dimasukkan dalam file sesuai karakteristiknya, dan diberi tanda untuk masing-masing kelompok
- Entry data : pemasukan data ke dalam program komputer sesuai format dalam file tersebut.
- Cleaning : pembersihan data. Data yang sudah masuk dalam program dicek kembali dan dibandingkan dengan kelompok lain. Hal ini, dilakukan agar seluruh data yang masuk dapat diolah dan siap dianalisis.

### **Analisis Data**

#### **Analisis Univariat/Deskriptif**

Analisis ini digunakan untuk mendapat gambaran hasil penelitian melalui besarnya proporsi karakteristik penderita *schizophrenia* yang menerima rejimen obat psikotropika seperti usia, pendidikan, jenis kelamin, status perkawinan, wilayah domisili, kriteria diagnosa, serta skor awal perawatan. Karakteristik ini, dilihat perbedaannya terhadap karakteristik kelompok lain.

#### **Analisis Bivariat**

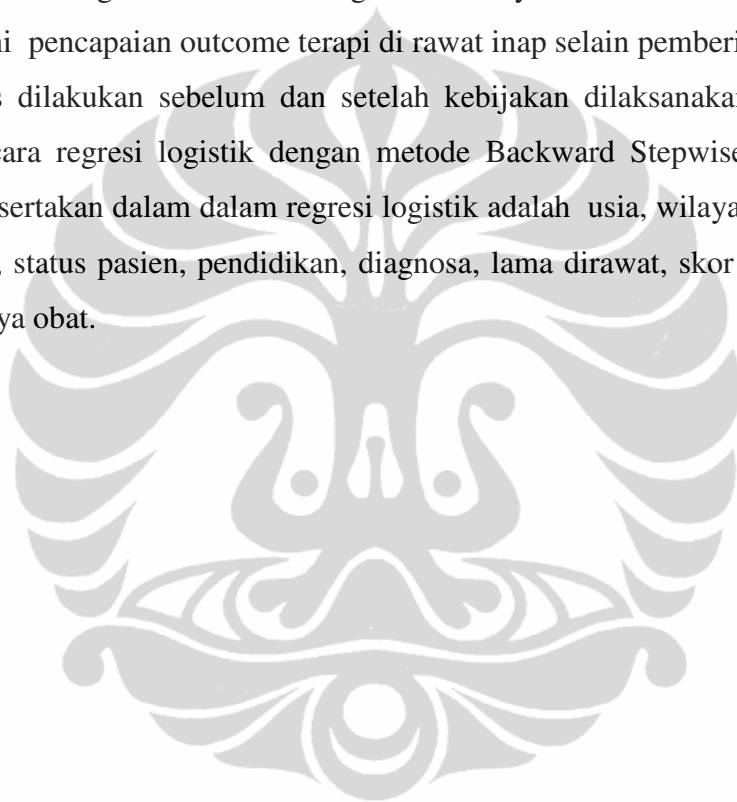
Analisis ini dilakukan untuk menganalisis perbedaan terhadap rejimen obat, lama dirawat, skor awal keperawatan, skor akhir keperawatan, pembiayaan obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap, serta rejimen obat, dan pembiayaan obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat jalan.



Perbedaan antar varian sebelum dan setelah kebijakan dilakukan dengan metode dianalisis dengan menggunakan metode chi-square. Derajat kemaknaan adalah 5 % ( $\alpha = 0,05$ ) artinya besarnya peluang salah dalam menolak hipotesis nol sebesar 0,05. Jika hasil uji statistik diperoleh nilai  $p < 0.05$ , maka hipotesis nol ditolak dan menunjukkan ada perbedaan bermakna antara dua kelompok varian.

### **Analisis Multivariat**

Analisis ini digunakan untuk mengetahui adanya faktor dominan lain yang mempengaruhi pencapaian outcome terapi di rawat inap selain pemberian rejimen obat. Analisis dilakukan sebelum dan setelah kebijakan dilaksanakan. Analisis dilakukan secara regresi logistik dengan metode Backward Stepwise. Variabel bebas yang disertakan dalam dalam regresi logistik adalah usia, wilayah domisili, jenis kelamin, status pasien, pendidikan, diagnosa, lama dirawat, skor awal, skor akhir, dan biaya obat.



## BAB 4

### HASIL PENELITIAN

#### 4.1. Karakteristik Sampel

Sampel diambil secara total sampling. Tabel 4.5 menunjukkan pasien rawat inap yang menderita *schizophrenia* sebanyak 38.2 % dan rawat jalan 61.8%.

##### 4.1.1. Usia, Domisili, Jenis Kelamin, Status, dan Pendidikan

Tabel 4.6 menunjukkan deskriptif dari masing-masing varian yang menggambarkan pasien *schizophrenia* dari keluarga tidak mampu yang berdomisili di wilayah DKI Jakarta dan menjalani pengobatan di RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan. Pasien dengan usia terendah 21 tahun dan tertinggi 59 tahun, terbanyak pada usia 31 tahun, sebagian besar berada pada katagori 30 sampai 39 tahun dengan persentase rata-rata 50.41%.

Pasien terbanyak berdomisili di Jakarta Barat sebanyak 33.74%, dan terendah dari Jakarta Selatan sebanyak 12.20 %. Sebagian besar penderita adalah laki-laki dengan nilai 65.04 %, dengan status tidak menikah 78.86 %, dan sebagian besar berpendidikan SLTP dengan nilai 55.69 %.

##### 4.1.2. Diagnosis

Pasien *schizophrenia* dengan subkategori paranoid (F20.0) lebih banyak didapati baik di ranap maupun rajal dengan persentase rata-rata 72.36 %, diikuti dengan *schizophrenia* YTT (F20.9) dan *schizophrenia* tak terinci (F20.3) dengan nilai persentase rata-rata 20.33 % dan 2.85 %.

##### 4.1.3. Lama Dirawat

Jumlah hari yang dibutuhkan untuk menjalani perawatan di rawat inap baik sebelum maupun setelah kebijakan diberlakukan, pada umumnya membutuhkan waktu antara 21 sampai 40 hari dengan persentase rata-rata 48.94 %. aLOS ranap pre adalah 36 dan ranap post adalah 30.72 berarti aLOS rata-rata pada penelitian ini adalah 33.4 hari.

#### 4.1.4. Skor Awal (SA), Skor Akhir (SAK) dan Outcome Terapi (OT)

Sebelum dan setelah kebijakan, SA dengan kategori sedang memiliki persentase tertinggi dengan nilai rata-rata 62.77 %, sedangkan SAK dengan kategori baik memiliki nilai persentase rata-rata 55.32 %. OT untuk rawat inap berdasarkan SAK kategori sembuh memiliki nilai persentase tertinggi sebesar 62.77 %.

#### 4.1.5. Rejimen Obat (RO)

Rejimen obat dengan penggunaan psikotropika kurang dari atau sama dengan 4 macam, lebih banyak diresepkan di ranap maupun rajal baik saat sebelum maupun setelah kebijakan, dengan nilai persentase rata-rata 78.05 %. RO yang sering diresepkan adalah nomer RO 17 dengan nilai persentase 15.85 %.

Rejimen obat yang biasa diresepkan pada umumnya merupakan kombinasi dari obat antipsikosis baik tipikal dan atipikal serta golongan psikotropika lain. Empat macam Rejimen obat yang sering diresepkan di rawat inap dapat dilihat pada Tabel 4.7 sedangkan untuk rawat jalan terlihat pada Tabel 4.8. Secara keseluruhan hampir sebagian besar resep merupakan kombinasi dari Rejimen Obat ke 17 sebanyak 39 (15.85 %), yang terdiri dari Risperidone 2 mg sebanyak 2 x 1 tablet sehari, Triheksifenidyl 2 mg 2 x 1 tablet sehari, Haloperidol 5 mg 2 x 1 tablet sehari, dan Klopromazine 100 mg 1 x 1 tablet sehari.

#### 4.1.6. Biaya Obat (BO)

Biaya obat (BO) yang dibutuhkan untuk pemakaian 14 hari rata-rata memiliki nilai cukup antara 300.001 – 500.000 rupiah dengan persentase 47.15 %. Untuk rawat inap BO yang dibutuhkan untuk menjalani perawatan sebagian besar berada pada kategori besar yaitu lebih dari 500.000 rupiah dengan nilai persentase 59.57 %.

#### **4.2. Perbedaan pengaruh Rejimen Obat terhadap Outcome Terapi antara sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.**

Perbedaan pengaruh rejimen obat terhadap pencapaian Outcome terapi sebelum dan sesudah kebijakan dianalisis menggunakan metode *Chi-square*. Hasil analisis diperlihatkan pada Tabel 4.9.

Hasil analisis dengan taraf kepercayaan 95 % (signifikansi maksimal 0,05) menunjukkan bahwa nilai signifikansi yang dicapai sebelum kebijakan 0,027. Sedangkan, nilai signifikansi yang dicapai setelah kebijakan adalah 1.00.

#### **4.3. Perbedaan pada Rejimen Obat, Lama Dirawat, Skor Awal, Skor Akhir, serta Biaya Obat antara sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.**

Tabel 4.10 merupakan hasil analisis perbedaan pada variabel saat sebelum dan setelah kebijakan. Rejimen obat sebelum dan setelah kebijakan memiliki nilai signifikansi sebesar 0.853. Lama dirawat sebelum dan setelah kebijakan memiliki nilai signifikansi sebesar 0.910. Skor awal dengan nilai signifikansi 0.509, sedangkan skor akhir 0.789. Biaya obat selama 14 hari antara sebelum dan setelah kebijakan memiliki nilai signifikansi sebesar 0.443, sedangkan selama perawatan nilai signifikansinya sebesar 0.698.

#### **4.4. Perbedaan pada Rejimen Obat dan Biaya Obat antara sebelum dan setelah kebijakan di Rawat Jalan**

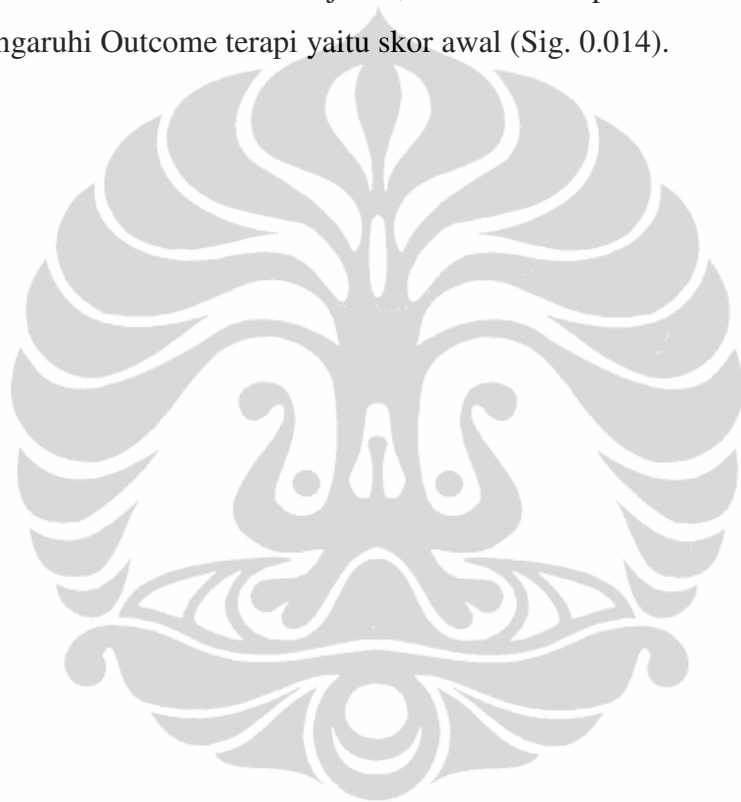
Tabel 4.11 menunjukkan hasil analisis perbedaan variabel Rejimen obat dan Biaya obat antara sebelum dan setelah kebijakan. Analisis pemakaian Rejimen obat mempunyai nilai signifikansi sebesar 0,427 , sedangkan nilai signifikansi untuk biaya obat dirawat jalan sebesar 0.772

#### **4.5. Faktor-faktor lain selain Rejimen Obat yang mempengaruhi Outcome Terapi sebelum dan setelah kebijakan di Rawat Inap**

Untuk mengetahui faktor-faktor lain selain Rejimen Obat yang dapat mempengaruhi Outcome terapi di rawat inap, dilakukan analisis dengan uji regresi

logistik. Variabel bebas yang dilibatkan adalah usia, domisili, jenis kelamin, status, pendidikan, diagnosis, lama dirawat, skor awal, dan biaya obat.

Hasil analisis menggunakan metode Backward Stepwise dengan taraf kepercayaan 95 % dan signifikansi 0,05. Ringkasan hasil disajikan pada Tabel 4.12 untuk keadaan sebelum kebijakan, dimana terdapat tiga varian yang memiliki nilai kurang dari 0.05 dengan kata lain mempengaruhi Outcome terapi yaitu jenis kelamin (Sig. 0.007), status (Sig. 0.047), dan pendidikan (Sig. 0.005). Tabel 4.13 menyajikan hasil analisis setelah kebijakan, dimana terdapat satu varian yang dapat mempengaruhi Outcome terapi yaitu skor awal (Sig. 0.014).



## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

#### **5.1. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini, masih mempunyai keterbatasan dan kekurangan, antara lain:

1. Jumlah sampel yang diambil tidak seimbang dengan jumlah populasi *schizophrenia* yang menerima rejimen obat, sehingga dikhawatirkan data hasil perbandingan ini tidak mewakili keadaan yang sesungguhnya. Hal ini dikarenakan, banyaknya data yang tidak lengkap terutama terhadap skor keperawatan sehingga terdapat kesulitan dalam melihat outcome terapi di rawat inap.
2. Pada penelitian ini, tidak terdapat parameter pengukuran keberhasilan pengobatan di unit rawat jalan, sehingga tidak dapat diukur kemajuan pengobatan di rawat jalan terhadap penggunaan rejimen obat.
3. Pada penelitian ini, tidak dilakukan pemantauan secara prospektif terhadap pemakaian rejimen obat sehingga tidak dapat dilakukan perbandingan terhadap keadaan yang sebenarnya.

#### **5.2. Sampel Penelitian**

Pasien yang datang berobat ke Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta, pada penelitian ini, berasal dari keluarga tidak mampu dan berdomisili di wilayah DKI Jakarta. Biaya pengobatan ditanggung oleh pemerintah DKI Jakarta melalui program Gakin.

Jumlah pasien tahun 2008 mencapai 20.040 dimana 76 % berasal dari keluarga tidak mampu. Total sampel yang diikutsertakan pada penelitian berjumlah 246 buah, dapat berasal dari pasien yang sama. Data pemakaian obat yang diambil, adalah jika hanya mendapat rejimen psikotropika. Hal ini dilakukan untuk mencegah ketidak homogenitas data.

Data diambil pada waktu sebelum dan sesudah kebijakan penurunan hari lama dirawat. Data yang diperoleh dibandingkan melalui variabel bebas dan terikatnya, serta dilihat perubahannya. Pada tanggal 25 Oktober sampai dengan 5 Nopember 2008 tidak ada data yang diambil.

Sampel yang dijadikan objek penelitian jika tidak memberikan informasi tidak lengkap akan dikeluarkan dari data penelitian.

### **5.3. Karakteristik Sampel**

#### **5.3.1. Usia, Domisili, Jenis Kelamin, Status, dan Pendidikan**

Pasien yang mendapatkan rejimen obat saat data diambil, dapat merupakan pasien baru atau pasien lama. Pasien lama merupakan pasien yang datang kembali untuk menjalani perawatan di rawat inap karena gejala *schizophrenia* yang muncul kembali.

Usia yang tercantum pada lembar pengambilan data merupakan selisih antara tahun mulai pengambilan data ( tahun 2008) dengan tahun lahir yang tertulis pada data rekam medis. Sebaran usia antara 21 sampai 59 tahun, dibagi atas 4 kategori. Kategori 30 – 39 tahun merupakan kelompok usia terbanyak baik di rawat inap maupun rawat jalan dengan nilai rata-rata 50.41%. Kelompok usia ini memang merupakan usia produktif yang cenderung terkena *schizophrenia*. Pada kelompok usia ini gejala sudah dapat dilihat, walaupun beberapa tahun sebelumnya sudah muncul namun belum tampak. (Irmansyah, 2005) Pada usia produktif jika terkena gangguan gejala, maka produktifitas dan kualitas hidup dalam menjalankan kegiatan sehari-hari akan terhambat. Pada umumnya, penderita datang berobat sudah mengalami keparahan seperti timbulnya gejala gaduh gelisah dengan skor tinggi, sehingga dapat memperlama waktu penurunan gejala. Hal ini dapat disebabkan karena latar belakang budaya dimana keluarga penderita akan mendapat malu jika ada anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa. Sehingga penderita tidak menjalani perawatan jiwa, namun dianggap gangguan fisik. Oleh karena itu, perlu dilakukan pemeriksaan dini terhadap timbulnya gejala *schizophrenia*, sehingga gangguan tersebut dapat cepat diatasi dan penderita dapat segera melakukan aktifitas sehari-hari dengan lebih baik.

Pada umumnya penderita di rawat inap maupun rawat jalan lebih banyak tinggal di wilayah Jakarta Barat dengan nilai rata-rata 33.74%. Penderita yang berdomisili di Jakarta Barat lebih mudah mencapai tempat berobat karena RS Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan yang juga berada di wilayah Jakarta Barat.

Keberadaan domisili merupakan salah satu masalah yang dapat mempengaruhi kepatuhan pasien untuk kontrol berobat di poliklinik rawat jalan.

Penderita dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak menjalani perawatan baik di rawat jalan maupun rawat inap dengan nilai persentase rata-rata 65.04%. Hal ini sesuai dengan studi literatur yang menyatakan bahwa prognosis dan perjalanan penyakit pada laki-laki lebih buruk dibandingkan pasien perempuan sehingga lebih cepat terlihat. Penyebabnya dapat karena faktor genetik, lingkungan atau pengaruh dari dalam diri itu sendiri. Pengaruh kultur juga dapat mempengaruhi tingginya pasien laki-laki, dikarenakan laki-laki merupakan tiang keluarga sehingga bila timbul gejala yang tidak dapat diatasi keluarga akan lebih cepat membawanya ke rumah sakit. Untuk itu, perlu dilakukan koseling terhadap masyarakat pengenalan terhadap gejala *schizophrenia* khususnya dan gangguan jiwa pada umumnya. Semakin dini melakukan penanggulangan gejala semakin baik kemungkinan untuk sembuh. (Lehman, 2004)

Status tidak menikah pada pasien *schizophrenia*, menduduki tempat tertinggi baik di rawat inap maupun rawat jalan. Gangguan *schizophrenia* muncul di usia remaja atau produktif yang pada saat itu belum menikah. Oleh karena timbulnya gejala yang berulang menyebabkan pasien tidak menikah untuk waktu selanjutnya, agar menghindari masalah dalam perkawinan.

Pendidikan terakhir sebagian besar pasien adalah sampai tingkat SLTP baik di rawat inap maupun rawat jalan. Rendahnya tingkat pendidikan dapat disebabkan karena faktor ekonomi dari orangtua pasien, dan timbulnya gejala saat remaja. Pasien yang mengalami gangguan akibatnya tidak dapat menyelesaikan pendidikannya dengan baik.

### 5.3.2. Diagnosis

*Schizophrenia* paranoid (F20.0) merupakan diagnosis terbesar baik di rawat inap maupun rawat jalan. Diagnosis ini memang lebih banyak dijumpai di negara manapun, termasuk Indonesia. Pada F20.0 timbulnya waham menetap bersifat paranoid disertai halusinasi seperti halusinasi pendengaran banyak dikeluhkan oleh pasien. Perjalanan *schizophrenia paranoid* ini dapat terjadi secara



episodik, remisi sebagian atau sempurna, dan bersifat kronis. (Dirjen Yanmed Depkes RI, 1993)

Diagnosis F20.9 yaitu *schizophrenia* YTT merupakan subkategori terbanyak berikutnya. *Schizophrenia* yang tak tergolongkan merupakan subkategori yang tidak termasuk pada subkategori sebelumnya hanya gambaran klinis terdapat waham, halusinasi, serta inkoherensi (kekacauan tingkah laku). (Hawari, D., 2003)

Subkategori terbanyak ketiga adalah *schizophrenia* tak terinci F20.3. Diagnosis ini merupakan *schizophrenia* tak khas, dimana kebanyakan pasien menderita *schizophrenia* tanpa gambaran predominasi yang jelas bagi suatu kelompok diagnosis yang khas.

### **5.3.3. Lama Dirawat**

Lama dirawat pada pasien *schizophrenia* sebelum dan setelah diberlakukannya kebijakan tetap membutuhkan waktu antara 21 – 40 hari, tidak ada perubahan. Jumlah lama dirawat rata-rata (aLOS) sebelum kebijakan adalah 36, dan aLOS setelah kebijakan 30.72 sehingga aLOS rata-rata 33.4. Nilai ini masih jauh dari yang diharapkan yaitu 21 hari. Serta lebih jauh lagi dari jumlah hari yang dapat ditagihkan yaitu 7.8 – 10.7 hari. Oleh karena itu, pelaksanaan program INA-DRG di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta dapat terhambat pada penderita *schizophrenia*.

Lama dirawat setelah kebijakan pada kategori antara 41-60 hari dan kategori lebih dari 60 hari mengalami penurunan dibandingkan sebelum kebijakan. Hal ini menunjukkan bahwa kebijakan yang dikeluarkan telah dilaksanakan, namun karena kondisi pasien yang belum memenuhi kriteria sembuh maka kelompok lama dirawat 21 – 40 hari tetap merupakan kelompok lama dirawat yang terbanyak dilakukan.

### **5.3.4. Skor Awal (SA) , Skor Akhir (SAK), dan Outcome Terapi (OT)**

Skor keperawatan merupakan ukuran keberhasilan pengobatan dirawat inap pada masa ini, baik sebelum maupun setelah kebijakan. Skor keperawatan saat pasien masuk di unit rawat inap dikatakan sebagai skor awal keperawatan.

Skor keperawatan saat pasien keluar dari perawatan di rawat inap disebut skor akhir keperawatan. Skor keperawatan ini terbagi menjadi beberapa kategori.

SA saat sebelum dan setelah kebijakan memiliki nilai tertinggi pada kategori sedang dengan rata-rata 62.77%, sedangkan SAK nilai tertinggi terdapat pada kategori baik dengan rata-rata 55.32%. Nilai skor pada kategori sedang berkisar antara 17 – 24, sedangkan nilai baik antara 25 – 32. hal ini menunjukkan adanya perubahan kesadaran dalam mengurus diri setelah penderita memperoleh rejimen obat

Outcome terapi (OT) pada penelitian ini dapat diukur dari keberhasilan pengobatan dengan menggunakan SAK. OT terbagi atas kategori belum sembuh dan sembuh, kategori sembuh merupakan kategori buruk sampai sedang di SAK. Kategori sembuh pada OT merupakan kategori baik sampai baik sekali pada SAK. Sebelum kebijakan kategori sembuh memiliki perbedaan nilai sedikit dari kategori belum sembuh, namun setelah kebijakan kategori sembuh mencapai 70.21 % dan belum sembuh 29.71 %. Pasien pulang dengan kategori belum sembuh dapat disebabkan keinginan keluarga, atau terlalu lama menjalani perawatan dimana waktu lama dirawat lebih dari pada yang telah ditetapkan. Pasien yang harus pulang sebelum waktunya dapat kembali lagi untuk menjalani perawatan. Sedangkan, pasien pulang dengan kategori sembuh, pengobatan akan dilanjutkan di rawat jalan untuk mengontrol gejalanya.

### 5.3.5. Rejimen Obat (RO)

Pemberian rejimen obat psikotropika dapat mempengaruhi gejala positif dan negatif yang muncul dalam diri pasien *schizophrenia*. Pemberian rejimen obat kepada masing-masing pasien tidak sama, hal ini tergantung dari tampilan gejala tiap pasien saat pengobatan. Pemberian regimen psikotropika dikatakan sebagai pola obat psikotropika. Data hasil penelitian menunjukkan terdapat 57 macam rejimen obat yang diberikan kepada pasien. (Lampiran 7) Untuk mempermudah analisis, rejimen obat terbagi atas 2 kategori yaitu 0 untuk rejimen obat dengan jumlah obat 4 atau kurang dan kategori 1 untuk rejimen obat dengan lebih dari 4 macam obat.

Pemakaian rejimen obat sebelum dan setelah kebijakan baik di rawat inap maupun rawat jalan pada umumnya menggunakan rejimen dengan jumlah obat kurang samadengan 4 macam (katagori RO = 0) dengan nilai persentase rata-rata adalah 78.05%. Nilai tersebut sangat jauh jika dibandingkan dengan kategori 1 yaitu rejimen dengan lebih dari 4 macam obat dimana nilai persentase rata-rata 21.95 %.

Pada kategori 0, rejimen obat ke 17 lebih banyak digunakan dibandingkan rejimen obat lain. Data penelitian menunjukkan pemakaian pola obat nomor 17 lebih banyak digunakan baik di rawat inap maupun rawat jalan. Pemilihan obat psikotropika pada rejimen obat 17 adalah resperidon 2 mg dengan dosis 2 x 1 sehari, haloperidol 5 mg dosis 2 x 1 sehari, triheksifenidyl 2 mg dosis 2 x 1 sehari, dan klopromazine 100 mg dosis 1 x 1 sehari. Resperidon merupakan anti psikosis atipikal golongan benzisoxazol, haloperidol dan klopromazin merupakan anti psikosis tipikal. Triheksipenidil merupakan anti parkinson untuk mengatasi efek samping ekstrapiramidal yang dapat ditimbulkan oleh haloperidol. Penggunaan rejimen obat ke 17 diberikan kepada pasien yang telah mencapai kondisi residu dimana gejala yang timbul dapat dikontrol. Pemberian kombinasi ini, biasanya dilanjutkan pada poliklinik rawat jalan, sehingga kombinasi terbanyak di rawat jalan tidak berbeda dengan rawat inap.

#### **5.3.6. Biaya Obat (BO)**

Biaya obat merupakan jumlah biaya yang dibutuhkan untuk pembelian obat pada rawat inap atau rawat jalan. Biaya obat di rawat inap ada dua macam yaitu biaya yang dihitung selama 14 hari, sesuai dengan jumlah pemberian obat di rawat jalan selama 14 hari, serta biaya obat selama menjalani perawatan dari masuk sampai pulang. Pada penelitian ini, biaya obat dibagi atas empat kategori kecil yaitu kurang dari seratus ribu, sedang antara seratus sampai tiga ratus ribu, cukup antara tiga ratus ribu sampai lima ratus ribu, dan besar lebih dari lima ratus ribu.

Biaya obat untuk 14 hari di rawat inap membutuhkan nilai terbanyak pada kategori cukup antara 300001 – 500000 rupiah, baik sebelum maupun setelah kebijakan. BO yang tidak berubah sesuai dengan pemakaian rejimen obat yang

tidak mengalami perubahan. BO untuk sekali menjalani perawatan sesuai dengan lama dirawat. Semakin besar waktu yang dibutuhkan untuk lama dirawat, BO yang dibutuhkan akan semakin besar, sehingga kategori besar dengan kebutuhan sekali perawatan lebih dari 500000 rupiah memiliki nilai terbesar baik sebelum maupun setelah kebijakan.

Pada rawat jalan sebelum kebijakan lebih banyak membutuhkan biaya obat pada kategori sedang antara 100001 – 300000 rupiah, namun setelah kebijakan lebih banyak membutuhkan biaya obat pada kategori cukup. Jadi setelah kebijakan pada rawat jalan membutuhkan biaya pembelian obat lebih banyak. Perubahan pada pemakaian rejimen obat di rawat jalan mempengaruhi kategori BO.

#### **5.4. Perbedaan pengaruh Rejimen Obat terhadap Outcome Terapi antara sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.**

Hasil analisis dengan taraf kepercayaan 95 % dan p value < 0,005 akan menyatakan ada pengaruh pemakaian rejimen obat terhadap tercapainya outcome terapi, serta ada tidaknya perbedaan varian saat sebelum dengan setelah kebijakan. Hasil analisis sebelum kebijakan di rawat inap menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara rejimen obat dengan pencapaian outcome terapi dengan signifikansi sebesar 0.027. Hasil analisis setelah kebijakan menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara rejimen obat dengan outcome terapi yang dicapai dimana nilai signifikansi sebesar 1.00. Hasil analisis terhadap ada tidaknya perbedaan (perubahan) antara sebelum dan setelah kebijakan menunjukkan bahwa rejimen obat sebelum dan setelah kebijakan tidak terdapat perbedaan yang bermakna dengan nilai signifikansi 0.853. Outcome terapi sebelum dan setelah kebijakan tidak terdapat perbedaan yang bermakna dengan nilai signifikansi sebesar 1.00.

Sebelum kebijakan penggunaan rejimen obat dapat mempengaruhi keberhasilan outcome terapi. Pengaruh tersebut dapat dilihat pada Tabel 4.9. Pada pemakaian dengan 4 macam obat atau kurang terdapat 15 pasien yang belum sembuh dan 9 pasien yang sembuh. Pada pemakaian dengan lebih dari 4 macam obat terdapat 6 pasien yang belum sembuh dan 17 yang sembuh. Data tersebut

menunjukkan bahwa perubahan kategori rejimen obat memberikan nilai kesembuhan yang berbeda, nilai sembuh dari 37.50% menjadi 73.91%. Perawatan pasien sebelum kebijakan dijalankan, memiliki lama dirawat yang pada umumnya lebih lama daripada setelah kebijakan. Waktu pemulangan pasien sangat mempengaruhi keberhasilan perawatan. Sebelum kebijakan pemulangan pasien sesuai dengan kondisi pasien yang memang harus pulang.

Setelah kebijakan, pemakaian rejimen obat tidak menunjukkan pengaruh yang bermakna terhadap outcome terapi. Pengaruh itu ada namun tidak bermakna, hal ini dapat dilihat pada Tabel 4.9. Data menunjukkan pemakaian rejimen obat dengan 4 macam obat atau kurang menunjukkan 9 pasien pulang dengan kategori belum sembuh (31.03%) dan 20 pasien pulang dengan kategori sembuh (73.91%) Pemakaian rejimen obat dengan lebih dari 4 macam obat menunjukkan terdapat 5 pasien pulang dengan kategori belum sembuh (27.78%) dan 13 pasien pulang dengan kategori sembuh (72.22%). Pemakaian rejimen obat 4 macam atau kurang dengan pemakaian lebih dari 4 macam obat sama-sama memberi outcome terapi dengan kategori belum sembuh yang tidak jauh berbeda yaitu 31.03% dengan 27.78%, dimana kurang dari 50%. Untuk outcome terapi dengan kategori sembuh masing-masing kategori rejimen obat memberi hasil lebih dari 50% (73.91% dan 72.22%). Waktu pemulangan pasien saat setelah kebijakan ditentukan oleh waktu lama dirawat, dimana jika lebih dari 21 hari pasien diharapkan sudah pulang, keadaan pasien belum mencapai kestabilan yang dapat terkontrol, dan pasien dapat mengalami kekambuhan dalam waktu dekat. Sehingga data yang diperoleh lebih banyak merupakan pengulangan dari pasien lama.

#### **5.5. Perbedaan pada Rejimen Obat, Lama Dirawat, Skor Awal, Skor Akhir, serta Biaya Obat antara sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap.**

Analisis terhadap ada tidaknya perbedaan pada beberapa varian antar sebelum dan setelah kebijakan dijalankan dilakukan untuk mengevaluasi pemakaian rejimen obat. Pemakaian rejimen obat yang tepat dan efektif dapat menunjang pelaksanaan INA-DRG.

Hasil analisis menunjukkan bahwa pemakaian rejimen obat sebelum dan setelah kebijakan tidak ada perbedaan yang bermakna (sig. 0.853) Pemilihan obat

psikotropik bagi pasien dengan status Gakin tidak dapat terlalu banyak berubah. Hal ini dapat disebabkan karena jumlah obat yang dapat ditagihkan terbatas nilainya

Lama dirawat sebelum dan setelah kebijakan tidak terdapat perbedaan yang bermakna (sig. 0.910) Pemulangan pasien pada kondisi yang belum stabil, walaupun telah melampaui batas waktu lama dirawat tidak membawa hasil yang baik bagi pemulihan pasien. Oleh karena itu sebelum dan setelah kebijakan waktu terhadap lama dirawat tidak berbeda secara bermakna.

Baik skor awal maupun skor akhir antara sebelum dan setelah kebijakan tidak terdapat perbedaan yang bermakna ( sig. 0.509 dan 0.789) Nilai skor awal dan skor akhir dipengaruhi oleh kondisi pasien. Pada skor awal pasien dengan kondisi sedang lebih sering datang berobat dirawat inap. Jika pasien sudah mencapai kondisi baik dapat dipulangkan. Keadaan ini tidak berbeda bermakna mengingat pemberian rejimen obat yang tidak berbeda bermakna dan adanya batas waktu perawatan yang telah ditetapkan.

Biaya obat yang terpakai untuk pembelian obat sebelum dan setelah kebijakan tidak berbeda bermakna. Biaya obat dipengaruhi oleh rejimen obat dan lama dirawat. Oleh karena tidak terdapatnya perbedaan bermakna pada rejimen obat dan lama dirawat, maka biaya obat juga tidak berbeda bermakna.

#### **5..6. Perbedaan pada Rejimen Obat dan Biaya Obat antara sebelum dan setelah kebijakan di Rawat Jalan**

Pemakaian rejimen obat dirawat jalan sebelum dan setelah kebijakan tidak terdapat perbedaan bermakna (sig. 0.427) Pemilihan obat untuk pelaksanaan terapi pengobatan bagi pasien dengan status Gakin tidak dapat melebihi harga/plavon yang telah ditetapkan. Prioritas pemilihan obat adalah sesuai indikasi utama, indikasi tambahan, kemudian total harga resep masih dibawah plavon. Peresepan bagi pasien dengan status Gakin untuk 14 hari.

Biaya obat dirawat jalan sebelum dan setelah kebijakan tidak terdapat perbedaan bermakna. Biaya obat untuk sesuai pemberian resep untuk 14 hari. Oleh karena itu varian rejimen obat dan biaya obat saling terkait. Jika terjadi pemilihan obat yang mahal maka biaya obat yang dibutuhkan akan meningkat pula.

Pemilihan rejimen obat yang tidak berbeda bermakna menyebabkan biaya obat yang diberikan tidak berbeda secara bermakna. Pemulangan pasien setelah kebijakan tidak merubah pemilihan rejimen obat dan biaya obat di rawat jalan. Kebijakan yang dijalankan tidak merubah secara bermakna terhadap varian dirawat inap sehingga tidak merubah secara bermakna terhadap varian di rawat jalan.

### **5.7. Faktor-faktor lain selain Rejimen Obat yang mempengaruhi Outcome Terapi sebelum dan setelah kebijakan di Rawat Inap**

Faktor yang dianalisis merupakan variabel bebas dan dikatakan mempengaruhi outcome terapi jika menunjukkan signifikansi  $< 0,05$ . Faktor jenis kelamin, status pernikahan, dan pendidikan merupakan factor lain selain rejimen obat yang dapat mempengaruhi outcome terapi saat sebelum kebijakan diberlakukan. Ketiga faktor tersebut menurut literatur dapat mempengaruhi prognosis penyakit. Jenis kelamin laki-laki memiliki onset yang lebih cepat dan premorbid serta prognosis yang lebih buruk dibandingkan penderitanya dengan jenis kelamin perempuan. Status pernikahan antar kategori memiliki perbedaan nilai yang besar. Penderita dengan status pernikahan terbanyak adalah tidak menikah. Status tidak menikah berdasarkan analisis mempengaruhi outcome terapi Literatur menyatakan bahwa penderita *schizophrenia* lebih banyak tidak menjalani status pernikahannya untuk mempermudah proses terapi pengobatan. Analisis juga memperlihatkan bahwa pendidikan penderita terbesar berada pada kategori sampai tingkat SLTP. Penghentian pendidikan pada tingkat SLTP dilakukan untuk menunjang hasil pengobatan. Hal ini dapat dimengerti mengingat gejala penyakit dapat muncul tanpa diduga. (Lehman, 2004)

Skor awal merupakan satu-satunya faktor yang memberikan pengaruh yang bermakna terhadap outcome terapi saat setelah kebijakan diberlakukan, selain rejimen obat. Skor awal setelah kebijakan dengan kategori kurang mengalami kenaikan dibandingkan sebelum kebijakan, yaitu dari nilai 19.15% menjadi 25.53 %, sedangkan kategori sedang mengalami penurunan dari 72.34 % menjadi 53.19%. (Tabel 4.6) Data tersebut menunjukkan bahwa setelah kebijakan pasien dengan kondisi tidak memungkinkan untuk menjalani pengobatan rawat jalan (kategori kurang) diutamakan masuk ke rawat inap.

## BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN

### 6.1 Kesimpulan

1. Gambaran karakteristik pasien *schizophrenia* yang berobat di RSJ Dr. Soeharto Heerdjan adalah usia terbanyak antara 30 – 39 tahun (50.41%), domisili terbanyak di Jakarta Barat (33.74%), lebih banyak laki-laki (65.04%), dengan status terbanyak tidak menikah (78.86%) dengan pendidikan terakhir paling banyak hanya sampai SLTP (55.69%). Pasien sebanyak 72.36% mengalami *schizoprenia paranoid* (F.20.0) dengan masa perawatan rata-rata antara 21 sampai 40 hari (48.94%). Pada umumnya pasien masuk di unit rawat inap dengan kemampuan merawat diri melalui skor awal sedang (62.77%) dan pulang dengan skor akhir baik (55.32%). Pasien lebih banyak mendapat rejimen obat no.17 (15.85%) dengan komposisi resperidon 2 mg dosis 2 x 1 sehari, haloperidol 5 mg dosis 2 x 1 sehari, triheksifenidyl 2 mg dosis 2 x 1 sehari, dan klopromazine 100 mg dosis 1 x 1 sehari. Biaya obat yang dibutuhkan untuk 14 hari masuk dalam katagori cukup yaitu antara 300001 rupiah sampai 500000 rupiah (59.57%)
2. Terdapat perbedaan bermakna terhadap pengaruh pemakaian rejimen obat dengan Outcome terapi sebelum kebijakan INA-DRG diterapkan. (Sig. 0.027) dan tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap pengaruh pemakaian rejimen obat dengan Outcome terapi setelah kebijakan penurunan INA-DRG diterapkan.(Sig. 1.00)
3. Tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap pemakaian rejimen obat antara sebelum dan setelah kebijakan INA-DRG diterapkan (Sig. 0.853)
4. Tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap waktu lama dirawat antara sebelum dan setelah kebijakan INA-DRG diterapkan (Sig. 0.910)



5. Tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap skor awal keperawatan antara sebelum dan setelah kebijakan INA-DRG diterapkan. (Sig. 0.529)
6. Tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap skor akhir keperawatan antara sebelum dan setelah kebijakan INA-DRG diterapkan. (Sig. 0.789)
7. Tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap biaya obat antara sebelum dan setelah kebijakan INA-DRG diterapkan di rawat inap. (Sig. 0.698)
8. Tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap pemakaian rejimen obat antara sebelum dan setelah kebijakan INA-DRG diterapkan di rawat jalan. (Sig. 0.427)
9. Tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap biaya obat antara sebelum dan setelah kebijakan INA-DRG diterapkan di rawat jalan. (Sig. 0.772)
10. Faktor-faktor lain yang memberi pengaruh bermakna terhadap Outcome terapi sebelum kebijakan adalah jenis kelamin (sig. 0.007), status (sig. 0.047), dan pendidikan (sig. 0.005). Faktor lain yang mempengaruhi outcome terapi setelah kebijakan adalah skor awal (sig. 0.014)

## 5.2 Saran

1. Untuk menurunkan waktu lama dirawat dibutuhkan perubahan pemakaian rejimen obat yang bermakna sehingga diharapkan lama dirawat kurang dari 21 hari dapat dicapai, dan beban aLOS yang diharapkan dapat tercapai sesuai penerapan program INA-DRG. Kesulitannya adalah pasien dengan program Gakin memiliki plavon biaya obat yang telah ditentukan sehingga pemilihan macam obat menjadi terbatas. Oleh karena itu, program INA-DRG pada pembiayaan pasien jiwa khususnya schizoprenia perlu peninjauan kembali.
2. Ketersediaan obat yang memenuhi kebutuhan dan standar biaya perlu dibenahi sehingga tidak terjadi kekosongan obat yang dibutuhkan.

Pemantauan kebutuhan obat di rawat inap dapat dilaksanakan dengan sistem unit dose. Sistem ini juga dapat digunakan untuk mengontrol pemakaian obat dirawat inap.

3. Perlunya dilakukan evaluasi dan monitoring dalam penggunaan obat agar tidak terjadi reaksi obat yang tidak dikehendaki, seperti interaksi obat dan efek samping yang timbul.



## DAFTAR REFERENSI

- Addington, D., Bouchard, R.H., Goldberg, J., et al.(2005) *Clinical practice guidelines treatment of schizophrenia*. (suppl. 1, pp. 15 – 565) Can J Psychiatry.
- Agus, D (2005). *Pendekatan Holistik terhadap Skizofrenia*. Jakarta :Majalah Psikiatri,
- Agus D. (2005). *Difungsi kognitif pada skizofrenia*. Jakarta: Majalah Psikiatri
- American Psychiatric Association. (2004). *Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia* (2<sup>nd</sup> ed, pp. 114). Arlington (VA): American psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Schizophrenia and other psychotic disorders, in diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed, pp. 273-286). Washington, DC:Author.
- Anonim, *Penjelasan Undang-Undang No.5 tentang Psikotropika*. (1997) diakses dari [www.hukumonline.com](http://www.hukumonline.com), tanggal 15 Mei 2009
- Anonim, Pidato Menteri Kesehatan pada Hari Kesehatan Jiwa 2008. Diakses: 30 Desember 2008. <http://www.depkes.go.id/index.php>.
- Anonim. (2009) Profil Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Tahun 2008. Jakarta: RSJ-SH.
- Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. (1994). *Pedoman definisi PANSS (Positive and Negative Symptoms Scale)*. Jakarta: Balai Penerbit FK-UI.
- Baldessarini, RJ. (1991). *Drugs and the treatment of psychiatric disorders*. (8<sup>th</sup> ed) Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics
- Brown, R.T. (2006). *Hand Book of Institutional Pharmacy Practice*. Washington DC: American Society of Health System Pharmacists. Inc.
- Buchanan, R.W., & Carpenter, W.T. (2000). Kaplan and Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. (7<sup>th</sup> ed). Schizophrenia: Introduction and overview. (pp. 1096-1109). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas 2008. Lampiran SK Menkes 125/SK/II/2008. Jakarta: Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. (2007). Pola tarif INA-DRG. Jakarta: Depkes RI.

- Departemen Kesehatan RI. (2000). *Skizofrenia, Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa III*.(p. 105-118). Jakarta: Departemen Kesehatan RI
- Dirjen Yanmed Depkes RI. (1993) Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia. (3th ed). Jakarta: Depkes RI.
- First, M.B. & Tasman, A. (2004). DSM-IV-TR Mental Disorders Diagnosis. *Schizophrenia: Etiology and Treatment*.(pp. 640 -700). London: Wiley
- Ganiswarna, G.S.(2007). Farmakologi dan Terapi. (5th ed., hal. 161-178). Jakarta: Departemen Farmakologi FKUI
- Gur, R.E., & Gur, R.C. (2000). Kaplan and Sadock Comprehensive Textbook of Psychiatry. (7<sup>th</sup> ed). *Schizophrenia: Brain structure and function*. (pp. 1117-1129) Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Hales, R.E.& Yudofsky, S.C. (1987). Textbook of Neuropsychiatry. Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Hawari, D. (2003). Skizofrenia: Pendekatan holistic pada gangguan jiwa. (Ed.2). Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Herz M.I., & Marder, S.R. (2002). *Schizophrenia comprehensive treatment and management*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hicks W.E. (1994). *Practice Standards of ASH 1994-1995*, Bethesda: The American Society of Hospital Pharmacist Inc
- Husain, F.W. (2008). *Jaminan pemeliharaan kesehatan bagi masyarakat miskin (Jamkesmas) di rumah sakit berlandaskan Indonesia Diagnosis Rlated Groups (INA-DRG)*. Dirjen Bina Pelayanan Medik. Depkes RI. Jakarta. Diakses: 30 Maret 2009. <http://www.depkes.go.id>
- Husain, F.W. (2006). Kebijakan Depkes dalam Penerapan DRG Case-Mix di rumah sakit di Indonesia. Dirjen Bina Pelayanan Medik. Depkes RI. Jakarta.
- Indradi, R. (25 Januari 2007). Antara Lama Dirawat (LD) dan Hari Perawatan(HP).Diakses: 30 Maret 2009 .  
<http://www.google.co.id/lama+dirawat>
- Irmansyah, M., (2005). *Skizofrenia Bisa Mengenai Siapa Saja*. (p. 210) Majalah Kesehatan Jiwa No. 3. Jakarta.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A., (1998). *Schizophrenia*. in: Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences and Clinical Psychology, (8<sup>th</sup> ed, pp.1147-1169). Baltimore USA: Lippincott Williams and Wilkins

- Kay, S.R. (1991). Assessment and Research. *Positive and negative symptoms in schizophrenia*. (pp. 86 – 91). New York: Bruner/mazel Publisher
- Kendler, K.S. (2000). Kaplan and Sadock Comprehensive Textbook of Psichiatriy. (7<sup>th</sup> ed, pp. 1147-1169). *Schizophrenia: Genetics*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Lacy,F.C.,et all. (2007). Drug Information Handbook with International Trade Mark Index, Ohio: Lexi-Comp Inc.
- Lauriello, J., Bustillo, J.R., & Keth, S.J. (2005). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (8<sup>th</sup> ed, vol 1, pp. 1345 - 1354). *Schizophrenia: Scope of The Problem*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, Sadock B.J., Sadock V.A
- Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B., *et al.* (2004). Practice Guideline for The Treatment of Patients with Schizophrenia. ( 2<sup>nd</sup> ed.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Loebis, B. (19 Juli 2007). *Skizofrenia: Penanggulangan Memakai Antipsikotik*. Pidato Pengukuhan Guru Besar Fakultas Kedokteran Universitas Sumatra Utara. Diakses: 20 Mei 2009. <http://www.usu.ac.id/id/files/pidato/ppgb>.
- Luana, N.A. (2007, Oktober). *Skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya*. Presentasi makalah pada simposium sehari kesehatan jiwa, Ikatan Dokter Indonesia Cabang Jakarta Barat, Hotel Red Top Jakarta
- Maslim, R. (2001). *Penggunaan klinis obat psikotropika*. (ed.2, hal. 14-22). Jakarta
- Maslim, R. (1998). Pedoman Penggolongan dan Diagnosa Jiwa (PPDGJ). Skizofrenia, gangguan skizotipal dan gangguan waham. (p. 46-57). Jakarta
- Meldrin, H. (1994). Interpersonal Communication in pharmaceutical care. In Pharmaceutical product press. Addison-Wesley Publishing Company.
- Nasrallah HA and Smeltzer DJ. (2002). The patient with schizophrenia – contemporary diagnosis and management of Handbook in Health Care Co. Newtown: Pennsylvania, USA.
- Norquist, G.S. & Narrow, W.E. (2000). Kaplan and Sadock Comprehensive Textbook of Psichiatriy. (7<sup>th</sup> ed). *Schizophrenia: Epidemiology* (pp.1110-1117). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Quick, J.D., & Rankin, J.R. (1997). Managing Drug Supply: *The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals*. (2<sup>nd</sup> ed.). Connecticut: Kumarin Press, Inc.

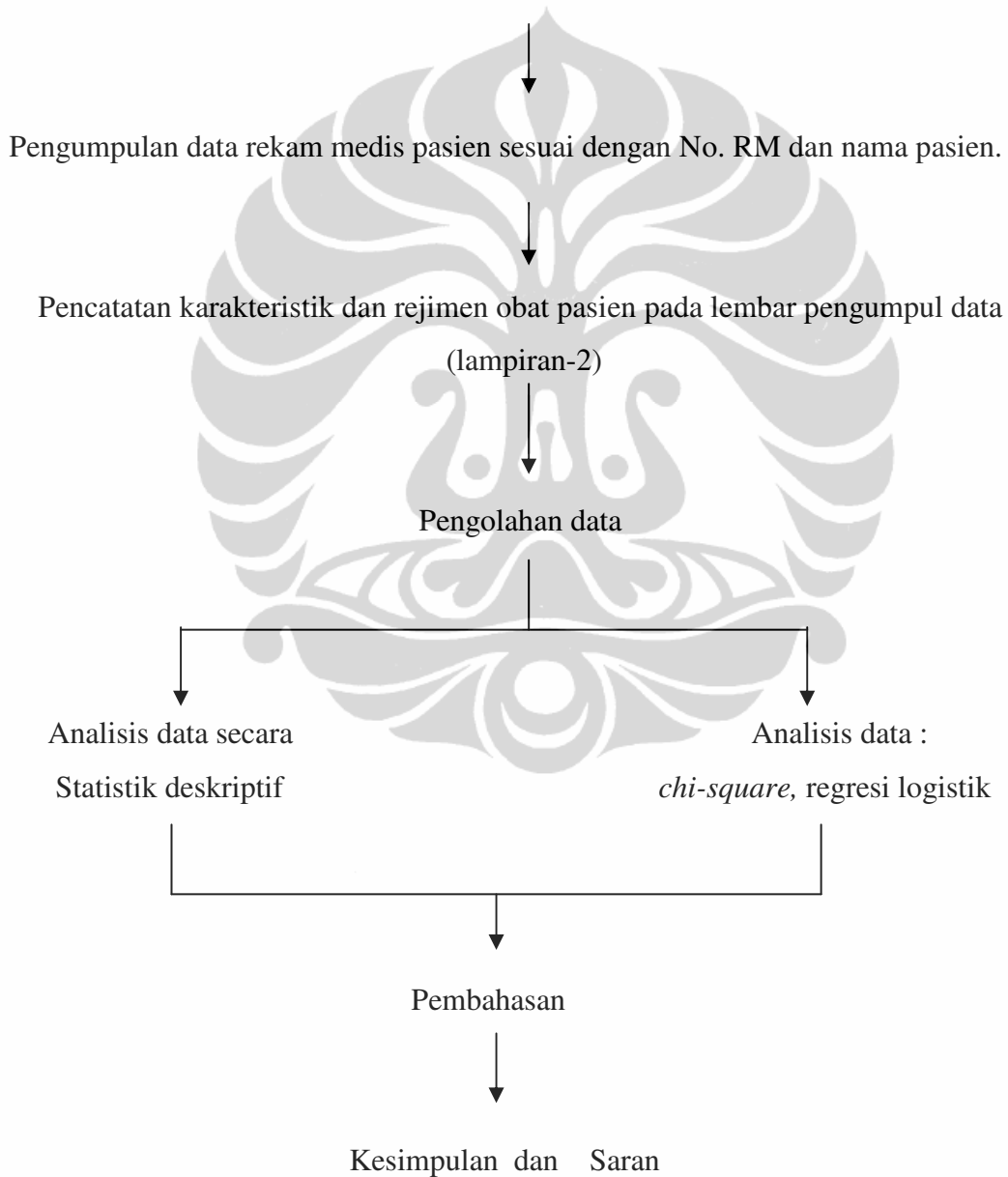
- Sapiie, TWA. (2007). Patobiologi skizofrenia dan peranan serotonin dalam gejala negatif skizofrenia. *Majalah Psikiatri*. (p. 77 – 89). Jakarta.
- Sarwono, J. (2006). Analisis data penelitian menggunakan SPSS. Yogyakarta : CV. Andi
- Sinaga, B.R. (2007). Skizofrenia dan diagnosis banding. (p. 12 – 137). Jakarta
- Singgih, S. (2001). *Statistik non parametrik*. (p. 101-102). Jakarta: Alex Media Komputindo
- Siregar, C.J.P.(2006). *Farmasi klinik: Teori dan Penerapan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Siregar, C.J.P.& Amalia, L. (2004). *Farmasi Rumah Sakit: Teori dan Penerapan*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Soekidjo, N. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. (p. 137-145). Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Stahl, S.M. (2002). *Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications*. (2nd ed, pp.365 -399). Cambridge: Cambridge University Press.
- Stockley, Ivan,H. (2002). *Stockley's Drug Interactions*, (sixth ed.,) London Chicago: Pharmaceutical Press.
- Surilena. (2002). *Intervensi psikososial dalam manajemen skizofrenia*. *Majalah Psikiatri*. (69-83).Jakarta
- Yosep, I. (2008). *Proses Terjadinya Gangguan Jiwa, Skizofrenia sebagai Bentuk Gangguan Jiwa*. Diakses dari <http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/>, tanggal 15 Januari 2009.



**LAMPIRAN**

### Alur Penelitian

Pencatatan No. RM dan nama pasien *schizophrenia* yang menerima rejimen psikotropika di Rumah Sakit Jiwa Dr. Soeharto Heerdjan Jakarta pada 1 Juni 2008 sampai 25 Oktober 2008 dan 5 Nopember 2008 sampai 30 Maret 2009. Pasien memiliki kriteria inklusi.





**ANALISIS DATA**

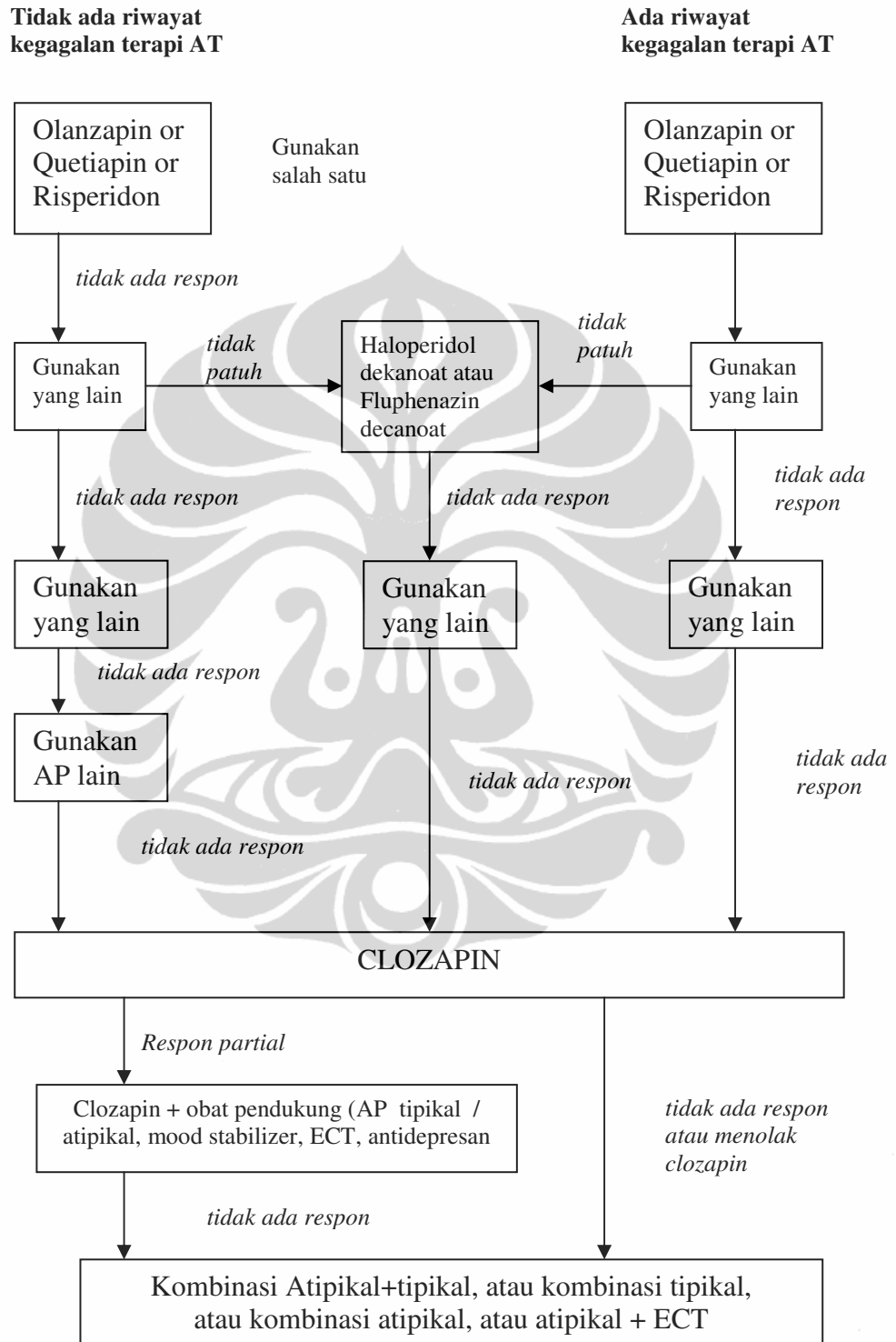
**UNIT** :  
**PRE / POST** :

NO	NO MR	NAMA PASIEN	U	DKI P/U/T/S/B	JK L/P	S TK/K/D/J	P	D	LD (HARI)	SA	SAK	RO	BO

**Keterangan:**

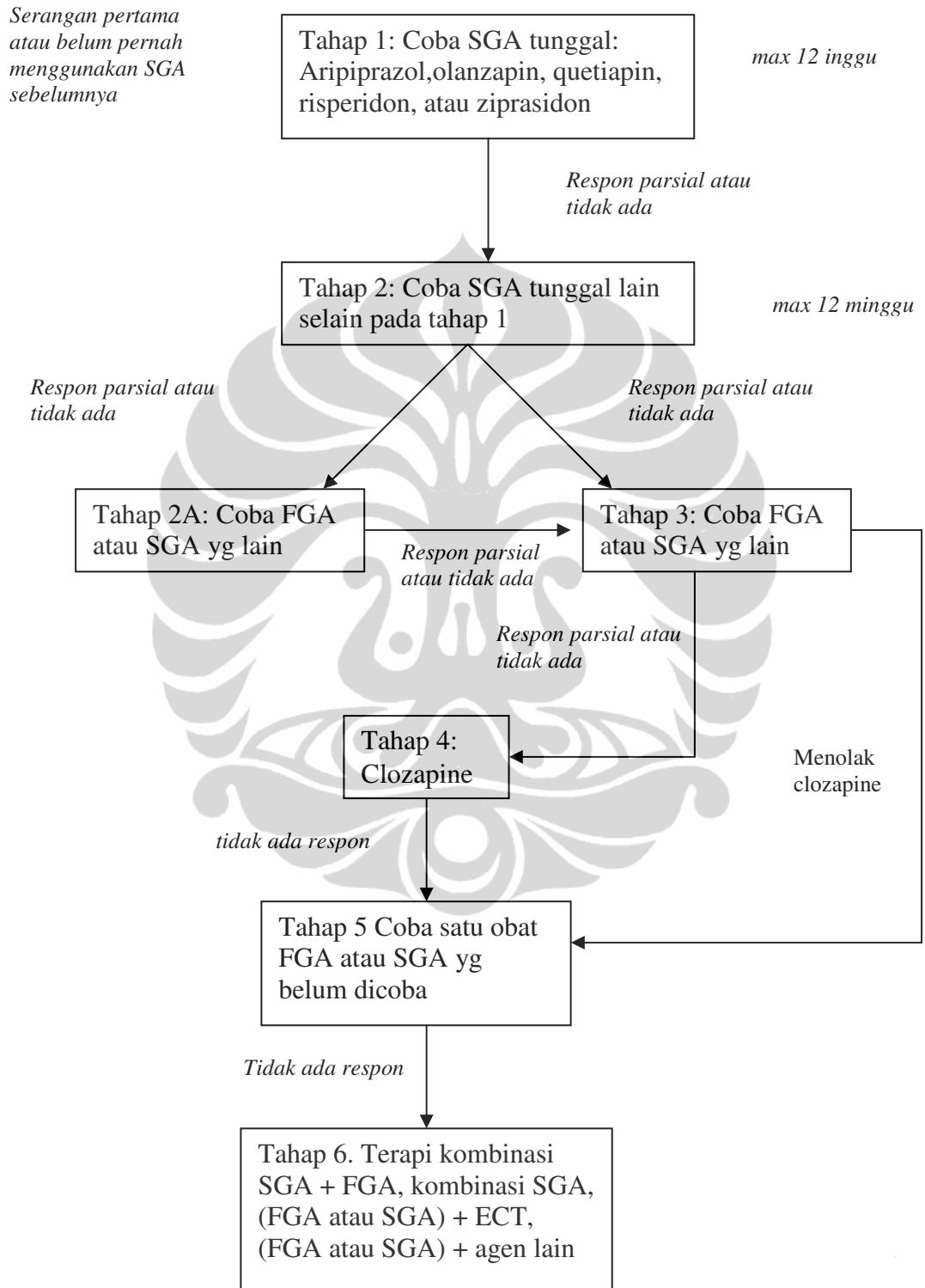
U	=	Usia (tahun)	D	=	Diagnosis
DKI	=	Pusat/Utara/Timur/ Selatan/Barat	LD	=	Lama Dirawat (Hari)
JK	=	Jenis kelamin	SA	=	Skor Awal
S	=	Status (Tidak Kawin/Kawin/Duda/Janda)	SAK	=	Skor Akhir
P	=	Pendidikan	PO	=	Rejimen Obat
			BO	=	Biaya Obat

**Alogaritma tatalaksana terapi schizophrenia dengan riwayat**



Lampiran 4: Tatalaksana *schizophrenia* tanpa riwayat

**Alogaritma tatalaksana terapi *schizophrenia* tanpa riwayat**



**Prosedur penatalaksanaan standar terapi *schizophrenia***

<b>SCHIZOPHRENIA FASE AKUT</b>	
<b>A. TUJUAN</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatasi gejala-gejala psikotik akut yang membahayakan diri penderita maupun lingkungan.</li> <li>2. Memulihkan kemampuan fungsi perawatan diri sehari-hari.</li> </ol>
<b>B. RUANG LINGKUP</b>	Instalasi Rawat Inap
<b>C. URAIAN UMUM</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan Psikotik Akut tanpa komorbiditas.</li> <li>2. Gangguan Psikotik Akut Lir-Skizofrenia (Skizofreniform).</li> <li>3. Skizofrenia episode pertama kali</li> <li>4. Skizofrenia kronis-eksaserbasi akut tanpa komplikasi medis.</li> <li>5. Gangguan psikotik non-organik lainnya, termasuk gangguan skizoafektif, gangguan skizotipal, gangguan waham menetap tanpa komorbiditas maupun komplikasi medis.</li> </ol>
<b>D. PROSEDUR</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wawancara meliputi Auto-anamnesis dan/atau Allo-anamnesis oleh Dokter Umum, SpKJ.</li> <li>2. Pemeriksaan Tanda Vital (Kesadaran, Tekanan darah, Frekuensi nadi, Pernapasan, Suhu) oleh Dokter Umum, SpKJ.</li> <li>3. Pemeriksaan Kondisi Medis Umum (Pemeriksaan fisik internistik dan neurologik) oleh Dokter Umum, SpKJ.</li> <li>4. Bila dijumpai kelainan internistik maupun neurologik, maka dikonsultasikan kepada SpPD dan/atau SpS untuk ditentukan apakah perlu penatalaksanaan Rawat Bersama.</li> <li>5. Pemeriksaan Status Psikiatrik minimal terdiri dari: kesan umum, perilaku psikomotor, mood-afek, persepsi, bentuk/proses pikir, dengan dilengkapi instrumen alat ukur penunjang: BPRS, CGI, PANSS</li> <li>6. Pemeriksaan penunjang yang dianggap perlu: Laboratorium klinik (Darah rutin, Fungsi Hati, Fungsi Ginjal, Urinalisa), Radiologik (Foto Toraks), EKG (Bagi penderita berusia diatas 40 tahun atau terdapat riwayat gangguan kardiovaskuler).</li> <li>7. Penegakan diagnosis setelah melalui proses pemeriksaan diatas sesuai dengan Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ III).</li> <li>8. Persetujuan tindakan medik (<i>Informed consent</i>) secara lisan maupun tertulis dilakukan bila akan dilakukan tindakan medik tertentu.</li> <li>9. Semua catatan medik diatas didokumentasikan dalam Rekam Medik.</li> <li>10. Algoritme medikasi farmakologis pada Skizofrenia fase akut:</li> </ol>

<b>SCHIZOPHRENIA FASE AKUT</b>	
	<p>Tahap 1</p> <p style="text-align: center;">Obat Antipsikotik Atipikal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bila tidak ada respon</p> <p style="text-align: center;">Obat Antipsikotik Atipikal Lain</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bila tidak ada respon</p> <p>Tahap 3</p> <p style="text-align: center;">Obat antipsikotik Tipikal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bila tidak ada respon</p> <p style="text-align: center;">Clozapine</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bila tidak ada respon</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obat Antipsikotik Atipikal + Obat Antipsikotik Tipikal</li> <li>• ECT +/- Obat Antipsikotik</li> <li>• Obat Antipsikotik Tipikal lain</li> </ul> </div> <p style="text-align: center;">Obat Anti Psikotik (OAP) Atipikal: (pilih salah satu)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Risperidone tablet 2 – 6 mg/hari (2 x 1-3 mg)</li> <li>b) Olanzapine tablet 5 – 10 mg/hari (1 x 5-10 mg)</li> <li>c) Quetiapine tablet 50 – 600 mg/hari (2 x 25-300 mg)</li> <li>d) Aripiprazole tablet 10 – 30 mg/hari (1-2 x 10-15 mg)</li> <li>e) Zotepin tablet 50 – 200 mg/hari (2 x 25-100 mg)</li> </ol> <p style="text-align: center;">Obat Anti Psikotik (OAP) Tipikal: (pilih salah satu)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Haloperidol tablet 6 – 30 mg/hari (3 x 2-10 mg)</li> <li>b) Pherphenazin tablet 8 – 24 mg/hari (2-3 x 4-8 mg)</li> <li>c) Trifluoperazine tablet 5 – 30 mg/hari (2-3 x 2,5-10 mg)</li> <li>d) Klorpromazin tablet 300 – 600 mg/hari (3 x 100-200 mg)</li> </ol> <p>Bila dijumpai kondisi Agitasi (Gaduh-gelisah) atau Agresi (menyerang orang-lain) atau penderita dengan kecenderungan mutilasi diri atau "bunuh-diri" maka dilakukan: (pilih salah satu)</p>

<b>SCHIZOPHRENIA FASE AKUT</b>	
	<p>a) Tindakan "Fiksasi fisik" dan ditempatkan dalam ruang khusus ("kamar isolasi") dengan observasi perilaku pasien.</p> <p>b) Tindakan "Fiksasi medikasi" (Neuroleptisasi cepat) dengan OAP Parenteral : (pilih salah satu)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inj Olanzapine 10 mg Intra-Muskular (IM) sekali sehari selama 2 – 3 hari berturut – turut dengan/tanpa tambahan injeksi diazepam 10 mg IM sampai pasien tenang</li> <li>2) Inj Haloperidol 5 – 10 mg IM setiap 4 – 6 jam dengan tambahan injeksi diazepam 10 mg IM sampai pasien tenang</li> </ol> <p style="text-align: center;">Bila dijumpai Efek Samping Ekstrapiramidal akut-reversibel (parkinsonisme, distonia, akatisia): (pilih salah satu)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Inj diazepam 10 mg IM</li> <li>b) Inj difenhidramin 25 – 100 mg IM</li> <li>c) Inj sulfas atropin 0,25 – 1 mg IM</li> <li>d) Trihexyphenidil tablet 4 – 12 mg/hari (2-3 x 2-4 mg)</li> <li>e) Lorazepam tablet 0,5 – 2 mg/hari (1-2 x 0,5-1 mg)</li> </ol> <p>11. Medikasi farmakologis pada Skizofrenia kronis-eksaserbasi akut tanpa komplikasi medis:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pemberian OAP dengan memperhatikan jenis dan dosis OAP rutin yang telah diberikan sebelumnya. Bila dijumpai respon klinis OAP adekuat lanjutkan resimen OAP sebelumnya.</li> <li>b) Bila dijumpai ketidak-patuhan minum obat (<i>non-adherent to oral medication</i>) dan/atau respon OAP yang tidak adekuat, maka diberikan OAP parenteral depot jangka-panjang: (pilih salah satu) <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inj Fluphenazin dekanoat 12,5 – 25 mg IM/ 2 – 4 minggu</li> <li>2) Inj Haloperidol dekanoat 25 – 50 mg IM/ 2 – 4 minggu</li> </ol> </li> <li>c) Bila dijumpai respon OAP sebelumnya yang tidak adekuat maka diberikan OAP Atipikal: (pilih salah satu) <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Clozapin tablet 50 – 200 mg/hari (2 x 25-100 mg)  <p style="text-align: center;">Dengan monitoring rutin hitung jumlah lekosit dalam darah setiap 2 minggu selama 6 bulan pertama pemberian Clozapin (Hentikan pemberian OAP clozapin bila hitung jenis lekosit &lt;3000/mm<sup>3</sup>)</p> </li> <li>2) Aripiprazole tablet 10 – 30 mg/hari (1-2 x 10-15 mg)</li> <li>3) Zotepin tablet 50 – 200 mg/hari (2 x 25-100 mg)</li> </ol> </li> <li>d) Bila dijumpai kondisi non-responsif terhadap clozapine atau kondisi refrakter:  <p style="text-align: center;">Turunkan dosis clozapine (<i>Taper</i>) dan alihkan ke (<i>Switch to</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ECT</li> <li>▪ OAP Tipikal + ECT</li> <li>▪ OAP Atipikal + OAP Tipikal + ECT</li> </ul> </li> </ol>

### SCHIZOPHRENIA FASE AKUT

- e) Bila dijumpai Efek Samping Ekstrapiramidal berat-ireversibel (tardive diskinesia) maka OAP sebelumnya diganti dengan: Clozapin tablet 50 – 200 mg/hari (2 x 25-100 mg)

Dengan monitoring rutin hitung jumlah leukosit dalam darah setiap 2 minggu selama 6 bulan pertama pemberian Clozapin (Hentikan pemberian OAP clozapin bila hitung jenis leukosit  $<3000/\text{mm}^3$ )

#### 12. Penatalaksanaan non-farmakologis:

- Terapi suportif terhadap pasien
- Terapi perilaku terhadap pasien
- Intervensi Psikososial terhadap keluarga pasien (*care-giver*): Edukasi keluarga, Kunjungan rumah oleh pekerja-sosial.

Bila penilaian evaluasi klinis dan dengan menggunakan instrumen PANSS telah dijumpai perbaikan klinis maka pasien masuk Fase Stabilisasi/Rehabilitasi → alih rawat ke Instalasi Rehabilitasi

**SKOR EVALUASI KEPERAWATAN JIWA**

KRITERIA	MASALAH KEPERAWATAN	JENIS GANGGUAN	SKOR
I	Gangguan Kebersihan Diri	1	Tidak mau mandi, kuku panjang
		2	Mandi bila diarahkan, kumis dan jenggot panjang
		3	Mulai ada minat membersihkan diri
		4	Mandi dan ganti pakaian , inisiatif sendiri
		5	Mengurus kebersihan diri dengan baik dan teratur
II	Gangguan Tingkah Laku	1	Tidak mau bergaul dan menghindar dari orang lain
		2	Masih merasa terasing dan banyak diam di tempat
		3	Mulai ada minat bergaul dan beraktifitas
		4	Bergaul dengan orang lain dan perhatian pada lingkungan
		5	Dapat membina hubungan dan bekerjasama dengan orang lain
III	Gangguan Pembicaraan Dalam	1	Tidak mau berbicara atau bicara membanjir
		2	Mulai berbicara bila diajak, tapi belum teratur
		3	Mulai mau bicara dan agak teratur
		4	Mau bicara dengan orang tertentu saja
		5	Bicara dengan baik dan teratur
IV	Ganguam /Affek Emosi	1	Emosi tidak bisa dikendalikan
		2	Emosi mulai menurun dan bias diatasi
		3	Emosi mulai stabil (marah-marah dan sedih) berkurang
		4	Emosi bias diatasi dan menerima saran / pendapat
		5	Emosi stabil, ekspresi wajah ceria dan bisa diarahkan
V	Gangguan Pemikiran	1	Pikiran kacau dan bermusuhan
		2	Pikiran mulai terarah dan masih curiga



		3	Pikiran mulai baik tetapi susah berkobunikasi
		4	Pikiran baik, daya ingat mulai baik
		5	Pikiran daya ingat baik
VI	Gangguan Halusinasi	1	Emosi masih sering ketawa, senyum, bicara sendirian, marah-marah
		2	Ketawa, senyum, dan bicara sendirian mulai berkurang
		3	Ketawa, senyum, dan bicara sendirian hilang.
		4	Ekspresi wajah ceria dan dapat bekerjasama dengan orang lain
		5	Halusinasi hilang, ekspresi wajah ceria dan dapat berinteraksi dengan orang lain
VII	Gangguan Tidur	1.	Tidak bisa tidur dan mondar mandir dalam ruangan
		2.	Bisa istirahat tetapi tidak bisa tidur
		3.	Bisa tidur tetapi sering terbangun pada malam hari
		4.	Tidur cukup, mulai ceria, dan tidak lemas
		5.	Tidur baik, istirahat teratur sesuai waktu
VIII	Gangguan makan	1.	Tidak mau makan atau makan berlebihan
		2.	Mulai ada nafsu makan tetapi belum dapat makan dengan baik
		3.	Mau makan (setengah porsi).
		4.	Makan baik dan badan kelihatan baik
		5.	Makan teratur dan berat badan sesuai dengan tinggi badan
<b>TOTAL SKOR</b>			

Kriteria Penilaian :

➤ Baik Sekali	<u>SKOR</u> 33 – 40
➤ Baik	25 – 32
➤ Sedang / Cukup	17 – 24
➤ Kurang	9 – 16
➤ Buruk	1 – 8

**REJIMEN OBAT**

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FRK	HJA	JML	BIAYA PERHARI	BIAYA 14 HARI
1	HLP	5	2	153	306	505	7,070
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
2	HLP	5	3	153	459	708	9,912
	THP	2	3	50	150		
	CPZ	100	1	99	99		
3	TFP	5	2	500	1,000	1,199	16,786
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
4	HLP	5	3	153	459	5,978	83,692
	THP	2	3	50	150		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
5	RIS	2	2	8,000	16,000	16,199	226,786
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
6	RIS	2	2	8,000	16,000	17,100	239,400
	THP	2	2	50	100		
	TFP	5	2	500	1,000		
7	RIS	2	2	8,000	16,000	17,650	247,100
	THP	2	3	50	150		
	TFP	5	3	500	1,500		
8	HLP	5	2	153	306	19,872	278,208
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	100	1	19,466	19,466		
9	RIS	2	2	8,000	16,000	21,469	300,566
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
10	RIS	2	2	8,000	16,000	21,883	306,362
	THP	2	2	50	100		
	FLX	20	1	5,783	5,783		

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FRK	HJA	JML	BIAYA PERHARI	BIAYA 14 HARI
11	THP	2	2	50	100	25,349	354,886
	CLZ	100	1	19,466	19,466		
	FLX	20	1	5,783	5,783		
12	THP	2	2	50	100	29,299	410,186
	CLZ	50 - 0 - 100	2	19,466	29,199		
13	RIS	2	2	8,000	16,000	35,566	497,924
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	100	1	19,466	19,466		
14	RIS	2	2	8,000	16,000	37,040	518,560
	THP	2	2	50	100		
	QTP	100	1	20,940	20,940		
15	HLP	5	2	153	306	13,752	192,528
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	STR	50	1	13,247	13,247		
16	RIS	2	2	8,000	16,000	16,304	228,256
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	25	1	99	99		
	DZP	5	3	35	105		
17	RIS	2	2	8,000	16,000	16,505	231,070
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
18	RIS	2	2	8,000	16,000	16,708	233,912
	HLP	5	3	153	459		
	THP	2	3	50	150		
	CPZ	100	1	99	99		
19	THP	2	2	50	100	16,969	237,566
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
	VLP	250	2	5,715	11,430		
	DZP	5	2	35	70		
20	RIS	2	2	8,000	16,000	17,199	240,786
	TFP	5	2	500	1,000		
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FRK	HJA	JML	BIAYA PERHARI	BIAYA 14 HARI
21	RIS	2	2	8,000	16,000	18,569	259,966
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	25	1	99	99		
	CLB	10	2	1,185	2,370		
22	RIS	2	2	8,000	16,000	21,686	303,604
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	FLX	20	1	5,487	5,487		
23	RIS	5	2	8,000	16,000	21,686	303,604
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	FLX	20	1	5,487	5,487		
24	RIS	2	2	8,000	16,000	21,775	304,850
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
25	RIS	2	2	8,000	16,000	21,893	306,502
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	FLX	20	1	5,487	5,487		
26	RIS	2	2	8,000	16,000	21,978	307,692
	HLP	5	3	153	459		
	THP	2	3	50	150		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
27	RIS	2	2	8,000	16,000	22,469	314,566
	TFP	5	2	500	1,000		
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
28	RIS	2	2	8,000	16,000	27,629	386,806
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	25	1	99	99		
	VLP	250	2	5,715	11,430		
29	RIS	2	2	8,000	16,000	29,446	412,244
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	STR	50	1	13,247	13,247		

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FRK	HJA	JML	BIAYA PERHARI	BIAYA 14 HARI
30	RIS	2	2	8,000	16,000	30,347	424,858
	TFP	5	2	500	1,000		
	THP	2	2	50	100		
	STR	50	1	13,247	13,247		
31	HLP	5	2	8,000	16,000	32,899	460,586
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
	VLP	250	2	5,715	11,430		
32	RIS	2	2	8,000	16,000	34,716	486,024
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
	STR	50	1	13,247	13,247		
33	RIS	2	2	8,000	16,000	35,665	499,310
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	CLZ	25	1	19,466	19,466		
34	RIS	2	2	8,000	16,000	35,872	502,208
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	100	1	19,466	19,466		
35	HLP	5	2	8,000	16,000	48,766	682,724
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	19,466	19,466		
	FXM	50	1	13,200	13,200		
36	RIS	2	2	8,000	16,000	48,813	683,382
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	100	1	19,466	19,466		
	STR	50	1	13,247	13,247		
37	RIS	2	2	8,000	16,000	17,505	245,070
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	TFP	5	2	500	1,000		
	CPZ	100	1	99	99		
38	RIS	2	2	8,000	16,000	21,874	306,236
	HLP	5	2	153	306		

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FRK	HJA	JML	BIAYA PERHARI	BIAYA 14 HARI
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
39	RIS	2	2	8,000	16,000	21,992	307,888
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	FLX	20	1	5,487	5,487		
40	RIS	2	2	8,000	16,000	22,220	311,080
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	VLP	250	1	5,715	5,715		
41	RIS	2	2	8,000	16,000	16,708	348,340
	HLP	5	3	153	459		
	THP	2	3	50	150		
	CPZ	100	1	99	99		
	FLZ INJ		1	#####	114,428		
42	RIS	2	2	8,000	16,000	27,589	386,246
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
	VLP	250	1	5,715	5,715		
43	RIS	2	2	8,000	16,000	29,752	416,528
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	STR	50	1	13,247	13,247		
44	RIS	2	2	8,000	16,000	29,955	419,370
	HLP	5	3	153	459		
	THP	2	3	50	150		
	CPZ	100	1	99	99		
	STR	50	1	13,247	13,247		
45	RIS	2	2	8,000	16,000	30,446	426,244
	THP	2	2	50	100		
	TFP	5	2	500	1,000		
	CPZ	100	1	99	99		

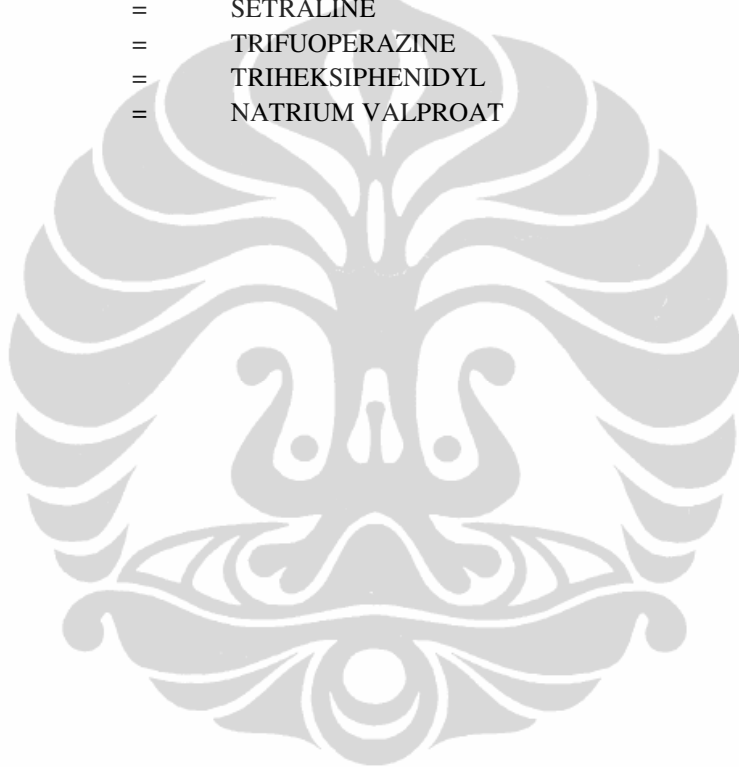
NO	NAMA OBAT	DOSIS	FRK	HJA	JML	BIAYA PERHARI	BIAYA 14 HARI
	STR	50	1	13,247	13,247		
46	RIS	2	2	8,000	16,000	32,749	458,486
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
	FLX	20	2	5,487	10,974		
47	RIS	2	2	8,000	16,000	34,815	487,410
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
	STR	50	1	13,247	13,247		
48	RIS	2	2	8,000	16,000	49,119	687,666
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	100	1	19,466	19,466		
	STR	50	1	13,247	13,247		
49	HLP	5	3	153	459	708	146,304
	THP	2	3	50	150		
	CPZ	100	1	99	99		
	HLP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	14,069	84,414	136,392	1 x kiir
	DZP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	8,663	51,978		
50	RIS	2	2	8,000	16,000	16,505	367,462
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	HLP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	14,069	84,414	136,392	1 x kiir
	DZP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	8,663	51,978		
51	RIS	2	2	8,000	16,000	17,199	377,178
	TFP	5	2	500	1,000		
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	HLP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	14,069	84,414	136,392	1 x kiir
	DZP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	8,663	51,978		
52	RIS	2	2	8,000	16,000	17,505	381,462
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	TFP	5	2	500	1,000		

NO	NAMA OBAT	DOSIS	FRK	HJA	JML	BIAYA PERHARI	BIAYA 14 HARI
	CPZ	100	1	99	99		
	HLP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	14,069	84,414	136,392	1 x kiir
	DZP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	8,663	51,978		
53	RIS	2	2	8,000	16,000	21,469	436,958
	THP	2	2	50	100		
	CLZ	25	1	5,369	5,369		
	HLP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	14,069	84,414	136,392	1 x kiir
	DZP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	8,663	51,978		
54	RIS	2	2	8,000	16,000	21,992	444,280
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	FLX	20	1	5,487	5,487		
	HLP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	14,069	84,414	136,392	1 x kiir
	DZP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	8,663	51,978		
55	RIS	2	2	8,000	16,000	29,752	552,920
	HLP	5	2	153	306		
	THP	2	2	50	100		
	CPZ	100	1	99	99		
	STR	50	1	13,247	13,247		
	HLP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	14,069	84,414	136,392	1 x kiir
	DZP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	8,663	51,978		
56	RIS	2	2	8,000	16,000	29,955	555,762
	HLP	5	3	153	459		
	THP	2	3	50	150		
	CPZ	100	1	99	99		
	STR	50	1	13,247	13,247		
	HLP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	14,069	84,414	136,392	1 x kiir
	DZP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	8,663	51,978		
57	RIS	2	2	8,000	16,000	30,446	562,636
	THP	2	2	50	100		
	TFP	5	2	500	1,000		
	CPZ	100	1	99	99		
	STR	50	1	13,247	13,247		
	HLP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	14,069	84,414	136,392	1 x kiir
	DZP INJ	5 MG/ML	II X 3 HR	8,663	51,978		



SINGKATAN

CLB	=	CLOBAZAM
CLZ	=	CLOZAPIN
CPZ	=	CLOPROMAZIN
DZP	=	DIAZEPAM
DZP INJ	=	DIAZEPAM INJEKSI
FLX	=	FLUOXETINE
FLZ INJ	=	FLUPHENAZIN DECANOAS INJEKSI
FXM	=	FLUFOXAMIN
HLP	=	HALOPERIDOL
HLP INJ	=	HALOPERIDOL INJEKSI
QTP	=	QUETIAPINE
RIS	=	RISPERIDONE
STR	=	SETRALINE
TFP	=	TRIFUOPERAZINE
THP	=	TRIHEKSIPHENIDYL
VLP	=	NATRIUM VALPROAT



**Analisis Bivariat****RAWAT INAP****Rejimen Obat (RO) dengan Outcome Terapi (OT) sebelum kebijakan**

RO.GRUP\_1 \* OT1 Crosstabulation

			OT1		Total
			BELUM SEMBUH	SEMBUH	
RO.GRUP_1	4 MACAM	Count	15	9	24
		% within RO.GRUP_1	62.5%	37.5%	100.0%
	LEBIH 4 MACAM	Count	6	17	23
		% within RO.GRUP_1	26.1%	73.9%	100.0%
Total		Count	21	26	47
		% within RO.GRUP_1	44.7%	55.3%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6.300 <sup>b</sup>	1	.012		
Continuity Correction <sup>a</sup>	4.913	1	.027		
Likelihood Ratio	6.466	1	.011		
Fisher's Exact Test				.019	.013
Linear-by-Linear Association	6.166	1	.013		
N of Valid Cases	47				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.28.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for RO.GRUP_1 (4 MACAM / LEBIH 4 MACAM)	4.722	1.360	16.394
For cohort OT1 = BELUM SEMBUH	2.396	1.127	5.095
For cohort OT1 = SEMBUH	.507	.287	.898
N of Valid Cases	47		

## Rejimen Obat (RO) dengan Outcome Terapi (OT) setelah kebijakan

RO.GRUP\_2 \* OT2 Crosstabulation

			OT2		Total
			BELUM SEMBUH	SEMBUH	
RO.GRUP_2	4 MACAM	Count	9	20	29
		% within RO.GRUP_2	31.0%	69.0%	100.0%
	LEBIH 4 MACAM	Count	5	13	18
		% within RO.GRUP_2	27.8%	72.2%	100.0%
Total		Count	14	33	47
		% within RO.GRUP_2	29.8%	70.2%	100.0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.056 <sup>b</sup>	1	.812		
Continuity Correction	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.057	1	.812		
Fisher's Exact Test				1.000	.540
Linear-by-Linear Association	.055	1	.814		
N of Valid Cases	47				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .36.

Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for RO.GRUP_2 (4 MACAM / LEBIH 4 MACAM)	1.170	.320	4.281
For cohort OT2 = BELUM SEMBUH	1.117	.445	2.808
For cohort OT2 = SEMBUH	.955	.655	1.391
N of Valid Cases	47		

## Rejimen Obat sebelum dan setelah kebijakan

RO.GRUP\_1 \* RO.GRUP\_2 Crosstabulation

			RO.GRUP_2		Total
			4 MACAM	LEBIH 4 MACAM	
RO.GRUP_1	4 MACAM	Count	14	10	24
		% within RO.GRUP_1	58.3%	41.7%	100.0%
	LEBIH 4 MACAM	Count	15	8	23
		% within RO.GRUP_1	65.2%	34.8%	100.0%
Total		Count	29	18	47
		% within RO.GRUP_1	61.7%	38.3%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.236 <sup>b</sup>	1	.627		
Continuity Correction	.034	1	.853		
Likelihood Ratio	.236	1	.627		
Fisher's Exact Test				.766	.427
Linear-by-Linear Association	.231	1	.631		
N of Valid Cases	47				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8.81.

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for RO. GRUP_1 (4 MACAM / LEBIH 4 MACAM)	.747	.229	2.432
For cohort RO.GRUP_2 = 4 MACAM	.894	.570	1.404
For cohort RO.GRUP_2 = LEBIH 4 MACAM	1.198	.576	2.493
N of Valid Cases	47		

## Outcome terapi (OT) sebelum dan setelah kebijakan

## OT2 \* OT1 Crosstabulation

		OT1			
		BELUM SEMBUH	SEMBUH	Total	
OT2	BELUM SEMBUH	Count	6	8	14
		% within OT2	42.9%	57.1%	100.0%
	SEMBUH	Count	15	18	33
		% within OT2	45.5%	54.5%	100.0%
Total		Count	21	26	47
		% within OT2	44.7%	55.3%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.027 <sup>b</sup>	1	.870		
Continuity Correction	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.027	1	.870		
Fisher's Exact Test				1.000	.564
Linear-by-Linear Association	.026	1	.871		
N of Valid Cases	47				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.26.

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for OT2 (BELUM SEMBUH / SEMBUH)	.900	.255	3.176
For cohort OT1 = BELUM SEMBUH	.943	.463	1.920
For cohort OT1 = SEMBUH	1.048	.604	1.816
N of Valid Cases	47		

## Lama Dirawat (LD) sebelum dan setelah kebijakan

## LM-DIRWT GRUP1 \* LM-DIRWT GRUP2 Crosstabulation

		LM-DIRWT GRUP2				Total
		< 21 HARI	21 - 40 HARI	41 - 60 HARI	> 60 HARI	
LM-DIRWT < 21 HARI GRUP1	Count	2	6	2	1	11
	% within LM-DIRWT GRUP1	18.2%	54.5%	18.2%	9.1%	100.0%
21 - 40 HARI	Count	6	11	3	2	22
	% within LM-DIRWT GRUP1	27.3%	50.0%	13.6%	9.1%	100.0%
41 - 60 HARI	Count	2	5	0	0	7
	% within LM-DIRWT GRUP1	28.6%	71.4%	.0%	.0%	100.0%
> 60 HARI	Count	3	3	1	0	7
	% within LM-DIRWT GRUP1	42.9%	42.9%	14.3%	.0%	100.0%
Total	Count	13	25	6	3	47
	% within LM-DIRWT GRUP1	27.7%	53.2%	12.8%	6.4%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4.014 <sup>a</sup>	9	.910
Likelihood Ratio	5.659	9	.773
Linear-by-Linear Association	2.052	1	.152
N of Valid Cases	47		

a. 13 cells (81.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .45.

## Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for LM-DIRWT GRUP1 (< 21 HARI / 21 - 40 HARI)	<sup>a</sup>

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.

## Skor Awal sebelum dan setelah kebijakan

S.AWAL\_GRP1 \* S.AWAL\_GRP2 Crosstabulation

			S.AWAL_GRP2			Total
			KURANG	SEDANG	BAIK	
S.AWAL_GRP1	KURANG	Count	1	5	3	9
		% within S.AWAL_GRP1	11.1%	55.6%	33.3%	100.0%
	SEDANG	Count	9	18	7	34
		% within S.AWAL_GRP1	26.5%	52.9%	20.6%	100.0%
	BAIK	Count	2	2	0	4
		% within S.AWAL_GRP1	50.0%	50.0%	.0%	100.0%
Total		Count	12	25	10	47
		% within S.AWAL_GRP1	25.5%	53.2%	21.3%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.174 <sup>a</sup>	4	.529
Likelihood Ratio	3.925	4	.416
Linear-by-Linear Association	2.988	1	.084
N of Valid Cases	47		

a. 6 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .85.

### Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for S.AWAL_GRP1 (KURANG / SEDANG)	<sup>a</sup>

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.

## Skor Akhir sebelum dan setelah kebijakan

S.AKHIR\_GRP1 \* S.AKHIR\_GRP2 Crosstabulation

			S.AKHIR_GRP2			Total
			SEDANG	BAIK	BAIK SEKALI	
S.AKHIR_GRP1	SEDANG	Count	6	13	2	21
		% within S.AKHIR_GRP1	28.6%	61.9%	9.5%	100.0%
	BAIK	Count	8	13	3	24
		% within S.AKHIR_GRP1	33.3%	54.2%	12.5%	100.0%
	BAIK SEKALI	Count	0	2	0	2
		% within S.AKHIR_GRP1	.0%	100.0%	.0%	100.0%
Total		Count	14	28	5	47
		% within S.AKHIR_GRP1	29.8%	59.6%	10.6%	100.0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.709 <sup>a</sup>	4	.789
Likelihood Ratio	2.420	4	.659
Linear-by-Linear Association	.023	1	.880
N of Valid Cases	47		

a. 5 cells (55.6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .21.

**Risk Estimate**

	Value
Odds Ratio for S.AKHIR_ GRUP1 (SEDANG / BAIK)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.

### Biaya Obat (BO) selama 14 hari sebelum dan setelah kebijakan

BIAYA GRUP14 HR\_1 \* BIAYA GRUP 14 HARI\_2 Crosstabulation

			BIAYA GRUP 14 HARI 2				Total
			KECIL	SEDANG	CUKUP	BESAR	
BIAYA GRUP14 HR_1	KECIL	Count	0	1	2	0	3
		% within BIAYA GRUP14 HR_1	.0%	33.3%	66.7%	.0%	100.0%
	SEDANG	Count	2	2	8	0	12
		% within BIAYA GRUP14 HR_1	16.7%	16.7%	66.7%	.0%	100.0%
CUKUP	Count	2	10	13	2	27	
	% within BIAYA GRUP14 HR_1	7.4%	37.0%	48.1%	7.4%	100.0%	
BESAR	Count	2	0	3	0	5	
	% within BIAYA GRUP14 HR_1	40.0%	.0%	60.0%	.0%	100.0%	
Total		Count	6	13	26	2	47
		% within BIAYA GRUP14 HR_1	12.8%	27.7%	55.3%	4.3%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8.940 <sup>a</sup>	9	.443
Likelihood Ratio	10.470	9	.314
Linear-by-Linear Association	.364	1	.546
N of Valid Cases	47		

a. 13 cells (81.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .13.

**Risk Estimate**

	Value
Odds Ratio for BIAYA GRUP14 HR_1 (KECIL / SEDANG)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.

### Biaya Obat selama perawatan sebelum dan setelah kebijakan

**BIAYA GRUP OBAT\_1 \* BIAYA GRUP OBAT\_2 Crosstabulation**

			BIAYA GRUP OBAT_2				Total
			KECIL	SEDANG	CUKUP	BESAR	
BIAYA GRUP OBAT_1	KECIL	Count	0	0	2	1	3
		% within BIAYA GRUP OBAT_1	.0%	.0%	66.7%	33.3%	100.0%
	SEDANG	Count	0	0	0	3	3
		% within BIAYA GRUP OBAT_1	.0%	.0%	.0%	100.0%	100.0%
	CUKUP	Count	2	0	4	6	12
		% within BIAYA GRUP OBAT_1	16.7%	.0%	33.3%	50.0%	100.0%
	BESAR	Count	3	2	7	17	29
		% within BIAYA GRUP OBAT_1	10.3%	6.9%	24.1%	58.6%	100.0%
Total		Count	5	2	13	27	47
		% within BIAYA GRUP OBAT_1	10.6%	4.3%	27.7%	57.4%	100.0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6.414 <sup>a</sup>	9	.698
Likelihood Ratio	7.923	9	.542
Linear-by-Linear Association	.166	1	.683
N of Valid Cases	47		

a. 13 cells (81.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .13.

**Risk Estimate**

	Value
Odds Ratio for BIAYA GRUP OBAT_1 (KECIL / SEDANG)	a

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.

**RAWAT JALAN****Rejimen Obat (RO) sebelum dan setelah kebijakan****RO.GRUP\_3 \* RO.GRUP\_4 Crosstabulation**

			RO.GRUP_4		Total
			4 MACAM	LEBIH 4 MACAM	
RO.GRUP_3	4 MACAM	Count	63	8	71
		% within RO.GRUP_3	88.7%	11.3%	100.0%
	LEBIH 4 MACAM	Count	5	0	5
		% within RO.GRUP_3	100.0%	.0%	100.0%
Total		Count	68	8	76
		% within RO.GRUP_3	89.5%	10.5%	100.0%



## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.630 <sup>b</sup>	1	.427		
Continuity Correction <sup>a</sup>	.002	1	.968		
Likelihood Ratio	1.153	1	.283		
Fisher's Exact Test				1.000	.564
Linear-by-Linear Association	.621	1	.431		
N of Valid Cases	76				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 2 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .53.

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort RO. GRUP_4 = 4 MACAM	.887	.817	.964
N of Valid Cases	76		

## Biaya Obat (BO) sebelum dan setelah kebijakan

## BO.GRUP\_3 \* BO.GRUP\_4 Crosstabulation

		BO.GRUP 4				Total	
		KECIL	SEDANG	CUKUP	BESAR		
BO. GRUP_3	KECIL	Count	1	4	2	1	8
		% within BO.GRUP_3	12.5%	50.0%	25.0%	12.5%	100.0%
	SEDANG	Count	3	15	22	3	43
		% within BO.GRUP_3	7.0%	34.9%	51.2%	7.0%	100.0%
	CUKUP	Count	3	7	14	1	25
		% within BO.GRUP_3	12.0%	28.0%	56.0%	4.0%	100.0%
Total		Count	7	26	38	5	76
		% within BO.GRUP_3	9.2%	34.2%	50.0%	6.6%	100.0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3.290 <sup>a</sup>	6	.772
Likelihood Ratio	3.400	6	.757
Linear-by-Linear Association	.041	1	.839
N of Valid Cases	76		

a. 8 cells (66.7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is .53.

## Risk Estimate

	Value
Odds Ratio for BO. GRUP_3 (KECIL / SEDANG)	<sup>a</sup>

a. Risk Estimate statistics cannot be computed. They are only computed for a 2\*2 table without empty cells.

## Analisis Multivariat

### Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi Outcome Terapi dengan analisis regresi logistik menggunakan metode Backward Stepwise (conditional)

#### Rawat Inap sebelum kebijakan

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	47	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	47	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		47	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

#### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
BELUM SEMBUH	0
SEMBUH	1

#### Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted			
		OT1		Percentage Correct	
		BELUM SEMBUH	SEMBUH		
Step 0	OT1	BELUM SEMBUH	0	21	.0
		SEMBUH	0	26	100.0
Overall Percentage					55.3

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

#### Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0 Constant	.214	.293	.530	1	.467	1.238

#### Variables not in the Equation<sup>a</sup>

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	U1	.406	1	.524
	DKI1	.031	1	.860
	JK1	4.309	1	.038
	ST1	1.634	1	.201
	P1	5.709	1	.017
	D1	.176	1	.675
	LD1	2.170	1	.141
	SA1	6.101	1	.014
	BO21	3.949	1	.047

a. Residual Chi-Squares are not computed because of redundancies.

## Block 1: Method = Backward Stepwise (Conditional)

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	29.862	9	.000
	Block	29.862	9	.000
	Model	29.862	9	.000
Step 2 <sup>a</sup>	Step	-.165	1	.685
	Block	29.697	8	.000
	Model	29.697	8	.000
Step 3 <sup>a</sup>	Step	-.380	1	.537
	Block	29.317	7	.000
	Model	29.317	7	.000
Step 4 <sup>a</sup>	Step	-.690	1	.406
	Block	28.627	6	.000
	Model	28.627	6	.000
Step 5 <sup>a</sup>	Step	-1.594	1	.207
	Block	27.032	5	.000
	Model	27.032	5	.000
Step 6 <sup>a</sup>	Step	-2.144	1	.143
	Block	24.888	4	.000
	Model	24.888	4	.000

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	34.761 <sup>a</sup>	.470	.629
2	34.926 <sup>a</sup>	.468	.627
3	35.306 <sup>a</sup>	.464	.621
4	35.996 <sup>a</sup>	.456	.611
5	37.590 <sup>a</sup>	.437	.585
6	39.735 <sup>a</sup>	.411	.550

a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

		Predicted			
		OT1		Percentage Correct	
Observed	BELUM SEMBUH	SEMBUH			
Step 1	OT1	BELUM SEMBUH	15	6	71.4
		SEMBUH	3	23	88.5
Overall Percentage					80.9
Step 2	OT1	BELUM SEMBUH	16	5	76.2
		SEMBUH	3	23	88.5
Overall Percentage					83.0
Step 3	OT1	BELUM SEMBUH	16	5	76.2
		SEMBUH	3	23	88.5
Overall Percentage					83.0
Step 4	OT1	BELUM SEMBUH	16	5	76.2
		SEMBUH	4	22	84.6
Overall Percentage					80.9
Step 5	OT1	BELUM SEMBUH	16	5	76.2
		SEMBUH	5	21	80.8
Overall Percentage					78.7
Step 6	OT1	BELUM SEMBUH	15	6	71.4
		SEMBUH	5	21	80.8
Overall Percentage					76.6

a. The cut value is .500

		Variables in the Equation					
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	U1	-.091	.087	1.111	1	.292	.913
	DK11	-.354	.377	.883	1	.347	.702
	JK1	-3.561	1.393	6.536	1	.011	.028
	ST1	2.684	1.282	4.385	1	.036	14.642
	P1	2.039	.808	6.362	1	.012	7.684
	D1	-.057	.140	.166	1	.684	.945
	LD1	-.028	.047	.349	1	.555	.973
	SA1	.149	.140	1.136	1	.286	1.161
	BO21	.000	.000	2.210	1	.137	1.000
	Constant	-2.961	3.728	.631	1	.427	.052
Step 2	U1	-.085	.084	1.014	1	.314	.919
	DK11	-.339	.370	.839	1	.360	.713
	JK1	-3.448	1.342	6.604	1	.010	.032
	ST1	2.504	1.200	4.354	1	.037	12.232
	P1	1.991	.787	6.398	1	.011	7.325
	LD1	-.029	.048	.365	1	.546	.972
	SA1	.152	.140	1.185	1	.276	1.164
	BO21	.000	.000	2.299	1	.129	1.000
	Constant	-3.291	3.615	.829	1	.363	.037
	U1	-.102	.082	1.526	1	.217	.903
Step 3	DK11	-.286	.354	.654	1	.419	.751
	JK1	-3.411	1.338	6.501	1	.011	.033
	ST1	2.660	1.204	4.883	1	.027	14.297
	P1	1.867	.730	6.530	1	.011	6.466
	SA1	.156	.137	1.298	1	.255	1.169
	BO21	.000	.000	3.018	1	.082	1.000
	Constant	-3.129	3.564	.771	1	.380	.044
	U1	-.095	.079	1.429	1	.232	.909
	JK1	-3.005	1.173	6.566	1	.010	.050
	ST1	2.490	1.181	4.444	1	.035	12.059
Step 4	P1	1.745	.671	6.760	1	.009	5.728
	SA1	.187	.132	2.025	1	.155	1.206
	BO21	.000	.000	2.834	1	.092	1.000
	Constant	-4.376	3.171	1.905	1	.168	.013
	JK1	-2.759	1.104	6.252	1	.012	.063
	ST1	1.818	.920	3.904	1	.048	6.157
	P1	1.436	.557	6.647	1	.010	4.206
	SA1	.182	.127	2.033	1	.154	1.199
	BO21	.000	.000	2.392	1	.122	1.000
	Constant	-6.418	2.734	5.510	1	.019	.002
Step 5	JK1	-2.869	1.061	7.307	1	.007	.057
	ST1	2.060	1.037	3.945	1	.047	7.846
	P1	1.584	.562	7.935	1	.005	4.873
	BO21	.000	.000	2.693	1	.101	1.000
	Constant	-3.183	1.397	5.192	1	.023	.041

a. Variable(s) entered on step 1: U1, DK11, JK1, ST1, P1, D1, LD1, SA1, BO21.

Model if Term Removed <sup>a</sup>

Variable	Model Log Likelihood	Change in -2 Log Likelihood	df	Sig. of the Change	
Step 1	U1	-18.036	1.312	1	.252
	DK11	-17.864	.968	1	.325
	JK1	-22.670	10.580	1	.001
	ST1	-21.842	8.924	1	.003
	P1	-24.000	13.239	1	.000
	D1	-17.463	.165	1	.685
	LD1	-17.565	.370	1	.543
	SA1	-17.976	1.190	1	.275
	BO21	-18.969	3.176	1	.075
Step 2	U1	-18.055	1.184	1	.277
	DK11	-17.918	.909	1	.340
	JK1	-22.648	10.371	1	.001
	ST1	-22.278	9.629	1	.002
	P1	-24.008	13.091	1	.000
	LD1	-17.656	.386	1	.535
	SA1	-18.086	1.246	1	.264
	BO21	-19.103	3.280	1	.070
Step 3	U1	-18.567	1.827	1	.176
	DK11	-18.004	.701	1	.402
	JK1	-22.725	10.144	1	.001
	ST1	-22.943	10.580	1	.001
	P1	-24.071	12.836	1	.000
	SA1	-18.338	1.369	1	.242
	BO21	-19.923	4.540	1	.033
Step 4	U1	-18.817	1.638	1	.201
	JK1	-22.725	9.453	1	.002
	ST1	-23.270	10.544	1	.001
	P1	-24.131	12.265	1	.000
	SA1	-19.106	2.215	1	.137
	BO21	-20.045	4.095	1	.043
Step 5	JK1	-22.982	8.374	1	.004
	ST1	-23.044	8.498	1	.004
	P1	-23.793	9.995	1	.002
	SA1	-19.888	2.186	1	.139
	BO21	-20.351	3.112	1	.078
Step 6	JK1	-24.781	9.827	1	.002
	ST1	-24.723	9.711	1	.002
	P1	-26.282	12.830	1	.000
	BO21	-21.705	3.675	1	.055

a. Based on conditional parameter estimates

Variables not in the Equation

Step	Variable	Score	df	Sig.	
Step 2 <sup>a</sup>	Variables	D1	.167	1	.683
	Overall Statistics		.167	1	.683
Step 3 <sup>b</sup>	Variables	D1	.183	1	.669
	Overall Statistics	LD1	.365	1	.546
	Overall Statistics		.550	2	.759
Step 4 <sup>c</sup>	Variables	DK11	.674	1	.412
	Overall Statistics	D1	.132	1	.716
	Overall Statistics	LD1	.171	1	.679
	Overall Statistics		1.189	3	.756
Step 5 <sup>d</sup>	Variables	U1	1.462	1	.227
	Overall Statistics	DK11	.526	1	.468
	Overall Statistics	D1	.025	1	.874
	Overall Statistics	LD1	.623	1	.430
	Overall Statistics		2.620	4	.623
Step 6 <sup>e</sup>	Variables	U1	1.467	1	.226
	Overall Statistics	DK11	1.178	1	.278
	Overall Statistics	D1	.020	1	.889
	Overall Statistics	LD1	.504	1	.478
	Overall Statistics	SA1	2.121	1	.145
	Overall Statistics		4.874	5	.431

a. Variable(s) removed on step 2: D1.

b. Variable(s) removed on step 3: LD1.

c. Variable(s) removed on step 4: DK11.

d. Variable(s) removed on step 5: U1.

e. Variable(s) removed on step 6: SA1.

## Rawat Inap setelah kebijakan

Case Processing Summary

Unweighted Cases <sup>a</sup>		N	Percent
Selected Cases	Included in Analysis	47	100.0
	Missing Cases	0	.0
	Total	47	100.0
Unselected Cases		0	.0
Total		47	100.0

a. If weight is in effect, see classification table for the total number of cases.

Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
BELUM SEMBUH	0
SEMBUH	1

## Block 0: Beginning Block

Classification Table<sup>a,b</sup>

Observed		Predicted			Percentage Correct
		OT2			
		BELUM SEMBUH	SEMBUH		
Step 0	OT2	BELUM SEMBUH	0	14	.0
		SEMBUH	0	33	100.0
Overall Percentage					70.2

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 0	Constant	.857	.319	7.227	1	.007	2.357

Variables not in the Equation<sup>a</sup>

Step	Variables	Score	df	Sig.
0	U2	1.446	1	.229
	DK12	.090	1	.764
	JK2	.690	1	.406
	ST2	.260	1	.610
	P2	.490	1	.484
	D2	.914	1	.339
	LD2	1.496	1	.221
	SA2	7.137	1	.008
	BO22	3.114	1	.078

a. Residual Chi-Squares are not computed because of redundancies.

### Block 1: Method = Backward Stepwise (Conditional)

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	14.092	9	.119
	Block	14.092	9	.119
	Model	14.092	9	.119
Step 2 <sup>a</sup>	Step	-.002	1	.962
	Block	14.090	8	.079
	Model	14.090	8	.079
Step 3 <sup>a</sup>	Step	-.554	1	.457
	Block	13.536	7	.060
	Model	13.536	7	.060
Step 4 <sup>a</sup>	Step	-.502	1	.479
	Block	13.034	6	.042
	Model	13.034	6	.042
Step 5 <sup>a</sup>	Step	-.558	1	.455
	Block	12.477	5	.029
	Model	12.477	5	.029
Step 6 <sup>a</sup>	Step	-.542	1	.461
	Block	11.934	4	.018
	Model	11.934	4	.018
Step 7 <sup>a</sup>	Step	-1.157	1	.282
	Block	10.777	3	.013
	Model	10.777	3	.013
Step 8 <sup>a</sup>	Step	-.716	1	.398
	Block	10.061	2	.007
	Model	10.061	2	.007
Step 9 <sup>a</sup>	Step	-2.121	1	.145
	Block	7.940	1	.005
	Model	7.940	1	.005

a. A negative Chi-squares value indicates that the Chi-squares value has decreased from the previous step.

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	43.158 <sup>a</sup>	.259	.368
2	43.161 <sup>a</sup>	.259	.368
3	43.714 <sup>a</sup>	.250	.355
4	44.217 <sup>b</sup>	.242	.344
5	44.774 <sup>b</sup>	.233	.331
6	45.317 <sup>b</sup>	.224	.318
7	46.474 <sup>b</sup>	.205	.291
8	47.190 <sup>b</sup>	.193	.274
9	49.311 <sup>b</sup>	.155	.221

- a. Estimation terminated at iteration number 6 because parameter estimates changed by less than .001.
- b. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table<sup>a</sup>

Observed			Predicted		
			OT2		Percentage Correct
			BELUM SEMBUH	SEMBUH	
Step 1	OT2	BELUM SEMBUH	8	6	57.1
		SEMBUH	4	29	87.9
	Overall Percentage				78.7
Step 2	OT2	BELUM SEMBUH	8	6	57.1
		SEMBUH	4	29	87.9
	Overall Percentage				78.7
Step 3	OT2	BELUM SEMBUH	7	7	50.0
		SEMBUH	3	30	90.9
	Overall Percentage				78.7
Step 4	OT2	BELUM SEMBUH	7	7	50.0
		SEMBUH	4	29	87.9
	Overall Percentage				76.6
Step 5	OT2	BELUM SEMBUH	7	7	50.0
		SEMBUH	4	29	87.9
	Overall Percentage				76.6
Step 6	OT2	BELUM SEMBUH	8	6	57.1
		SEMBUH	2	31	93.9
	Overall Percentage				83.0
Step 7	OT2	BELUM SEMBUH	6	8	42.9
		SEMBUH	2	31	93.9
	Overall Percentage				78.7
Step 8	OT2	BELUM SEMBUH	6	8	42.9
		SEMBUH	2	31	93.9
	Overall Percentage				78.7
Step 9	OT2	BELUM SEMBUH	4	10	28.6
		SEMBUH	2	31	93.9
	Overall Percentage				74.5

a. The cut value is .500



		Variables in the Equation					
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	U2	.061	.080	.581	1	.446	1.063
	DKI2	.270	.378	.509	1	.476	1.310
	JK2	.762	1.046	.530	1	.466	2.142
	ST2	-.946	.591	2.563	1	.109	.388
	P2	-.319	.455	.492	1	.483	.727
	D2	.162	.123	1.737	1	.187	1.176
	LD2	-.022	.047	.222	1	.638	.978
	SA2	.303	.154	3.843	1	.050	1.354
	BO22	.000	.000	.002	1	.962	1.000
Step 2	Constant	-6.614	4.196	2.485	1	.115	.001
	U2	.061	.079	.606	1	.436	1.063
	DKI2	.275	.364	.570	1	.450	1.316
	JK2	.747	.999	.559	1	.455	2.111
	ST2	-.944	.588	2.572	1	.109	.389
	P2	-.311	.420	.549	1	.459	.733
	D2	.162	.122	1.760	1	.185	1.176
	LD2	-.020	.023	.785	1	.376	.980
	SA2	.299	.129	5.352	1	.021	1.348
Step 3	Constant	-6.590	4.161	2.508	1	.113	.001
	U2	.074	.074	.993	1	.319	1.077
	DKI2	.332	.354	.880	1	.348	1.393
	JK2	.686	.995	.476	1	.490	1.987
	ST2	-.893	.583	2.345	1	.126	.409
	D2	.145	.115	1.593	1	.207	1.156
	LD2	-.019	.022	.743	1	.389	.981
	SA2	.284	.127	4.994	1	.025	1.328
	Constant	-7.329	4.001	3.355	1	.067	.001
Step 4	U2	.064	.070	.832	1	.362	1.066
	DKI2	.233	.315	.548	1	.459	1.262
	ST2	-.750	.526	2.033	1	.154	.472
	D2	.133	.114	1.373	1	.241	1.142
	LD2	-.024	.021	1.271	1	.260	.977
	SA2	.245	.111	4.898	1	.027	1.277
	Constant	-5.684	2.966	3.672	1	.055	.003
	U2	.041	.058	.484	1	.487	1.041
	ST2	-.616	.486	1.605	1	.205	.540
Step 5	D2	.116	.109	1.145	1	.285	1.124
	LD2	-.027	.020	1.802	1	.179	.973
	SA2	.256	.112	5.256	1	.022	1.292
	Constant	-4.496	2.396	3.522	1	.061	.011
	ST2	-.539	.482	1.250	1	.263	.583
	D2	.112	.109	1.057	1	.304	1.118
	LD2	-.028	.021	1.763	1	.184	.973
	SA2	.279	.109	6.594	1	.010	1.322
	Constant	-3.642	2.026	3.230	1	.072	.026
Step 6	ST2	-.397	.457	.756	1	.385	.672
	LD2	-.030	.021	2.068	1	.150	.970
	SA2	.273	.108	6.419	1	.011	1.313
	Constant	-3.255	1.976	2.712	1	.100	.039
Step 7	LD2	-.028	.020	1.986	1	.159	.973
	SA2	.258	.102	6.428	1	.011	1.294
	Constant	-3.185	1.907	2.791	1	.095	.041
Step 8	SA2	.242	.099	6.017	1	.014	1.274
	Constant	-3.762	1.847	4.148	1	.042	.023

a. Variable(s) entered on step 1: U2, DKI2, JK2, ST2, P2, D2, LD2, SA2, BO22.

Model if Term Removed <sup>a</sup>

Variable	Model Log Likelihood	Change in -2 Log Likelihood	df	Sig. of the Change
Step 1				
U2	-21.906	.654	1	.419
DKI2	-21.838	.518	1	.472
JK2	-21.863	.568	1	.451
ST2	-22.946	2.734	1	.098
P2	-21.833	.507	1	.476
D2	-22.613	2.068	1	.150
LD2	-21.685	.212	1	.645
SA2	-24.278	5.397	1	.020
BO22	-21.580	.002	1	.962
Step 2				
U2	-21.926	.691	1	.406
DKI2	-21.876	.591	1	.442
JK2	-21.880	.598	1	.439
ST2	-22.942	2.722	1	.099
P2	-21.860	.559	1	.455
D2	-22.638	2.115	1	.146
LD2	-22.003	.846	1	.358
SA2	-25.314	7.468	1	.006
Step 3				
U2	-22.468	1.222	1	.269
DKI2	-22.324	.934	1	.334
JK2	-22.110	.506	1	.477
ST2	-23.104	2.493	1	.114
D2	-22.766	1.818	1	.178
LD2	-22.249	.784	1	.376
SA2	-25.354	6.993	1	.008
Step 4				
U2	-22.616	1.015	1	.314
DKI2	-22.389	.561	1	.454
ST2	-23.117	2.017	1	.156
D2	-22.889	1.562	1	.211
LD2	-22.789	1.362	1	.243
SA2	-25.426	6.635	1	.010
Step 5				
U2	-22.661	.548	1	.459
ST2	-23.162	1.549	1	.213
D2	-23.024	1.274	1	.259
LD2	-23.340	1.907	1	.167
SA2	-26.036	7.297	1	.007
Step 6				
ST2	-23.262	1.207	1	.272
D2	-23.243	1.169	1	.280
LD2	-23.636	1.955	1	.162
SA2	-27.536	9.755	1	.002
Step 7				
ST2	-23.597	.720	1	.396
LD2	-24.425	2.375	1	.123
SA2	-27.977	9.481	1	.002
Step 8				
LD2	-24.659	2.129	1	.145
SA2	-28.084	8.979	1	.003
Step 9				
SA2	-28.770	8.229	1	.004

a. Based on conditional parameter estimates

Variables not in the Equation <sup>i</sup>

			Score	df	Sig.
Step 2 <sup>a</sup>	Variables	BO22	.002	1	.962
	Overall Statistics		.002	1	.962
Step 3 <sup>b</sup>	Variables	P2	.557	1	.455
		BO22	.053	1	.818
Step 4 <sup>c</sup>	Variables	JK2	.482	1	.488
		P2	.464	1	.496
		BO22	.153	1	.696
Step 5 <sup>d</sup>	Variables	DKI2	.554	1	.457
		JK2	.138	1	.710
		P2	.739	1	.390
		BO22	.016	1	.898
Step 6 <sup>e</sup>	Variables	U2	.498	1	.481
		DKI2	.107	1	.744
		JK2	.180	1	.672
		P2	1.009	1	.315
		BO22	.018	1	.894
Step 7 <sup>f</sup>	Variables	U2	.405	1	.525
		DKI2	.034	1	.855
		JK2	.130	1	.719
		P2	.564	1	.453
		D2	1.092	1	.296
		BO22	.002	1	.962
Step 8 <sup>g</sup>	Variables	U2	.196	1	.658
		DKI2	.004	1	.947
		JK2	.019	1	.892
		ST2	.801	1	.371
		P2	.433	1	.511
		D2	.655	1	.418
		BO22	.000	1	.992
Step 9 <sup>h</sup>	Variables	U2	.226	1	.634
		DKI2	.142	1	.707
		JK2	.159	1	.690
		ST2	.503	1	.478
		P2	.491	1	.483
		D2	1.019	1	.313
		LD2	2.361	1	.124
		BO22	1.732	1	.188

a. Variable(s) removed on step 2: BO22.

b. Variable(s) removed on step 3: P2.

c. Variable(s) removed on step 4: JK2.

d. Variable(s) removed on step 5: DKI2.

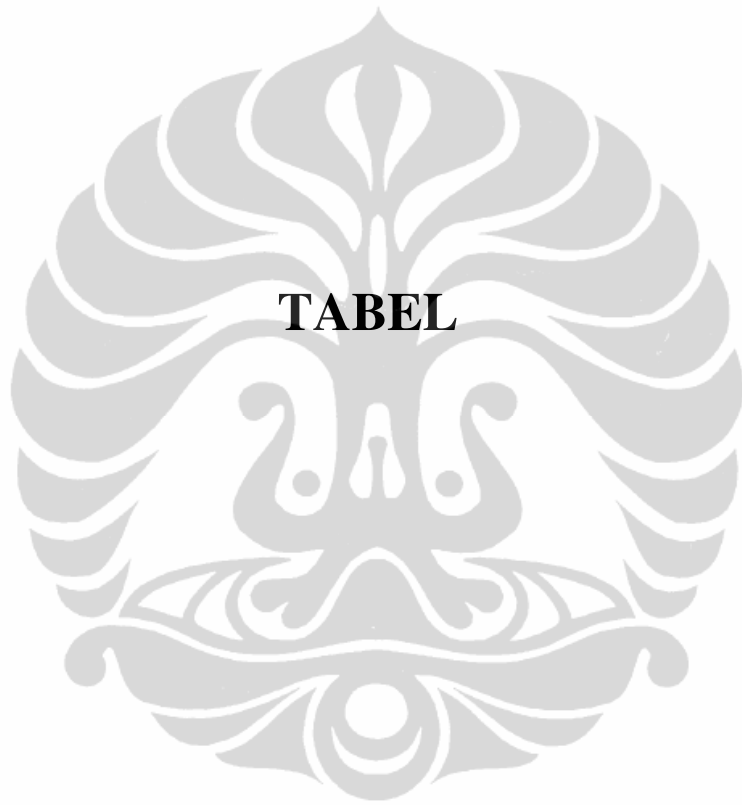
e. Variable(s) removed on step 6: U2.

f. Variable(s) removed on step 7: D2.

g. Variable(s) removed on step 8: ST2.

h. Variable(s) removed on step 9: LD2.

i. Residual Chi-Squares are not computed because of redundancies.



**Tabel 4.1. Data Rawat Inap Sebelum Kebijakan (RANAP PRE)**

NO	KP	U	DKI	JK	ST	P	D	LD	SA	SAK	RO	BO1	BO2
1	1	37	4	0	0	2	0	69	20	26	44	419370	2066895
2	1	33	4	0	0	1	0	21	15	24	53	555762	833643
3	1	30	2	0	0	2	9	20	16	24	30	424858	606940
4	1	30	2	0	0	2	9	70	23	26	43	416528	2082640
5	1	51	1	1	1	0	9	36	17	24	53	436958	1123606
6	1	33	4	0	1	1	0	21	22	26	51	377178	565767
7	1	21	0	1	0	2	0	20	25	32	53	436958	624226
8	1	22	2	1	0	2	0	27	16	22	53	436958	842705
9	1	48	0	1	1	1	0	32	18	20	1	7070	16160
10	1	28	3	0	0	2	9	12	23	32	26	307692	263736
11	1	25	2	0	0	0	0	34	21	24	13	497924	1209244
12	1	25	2	0	0	0	0	34	21	24	48	687666	1670046
13	1	31	2	0	0	2	0	36	27	39	50	367462	944902
14	1	30	3	0	0	0	0	68	17	27	44	419370	2036940
15	1	39	1	0	0	2	0	31	23	26	49	143462	317666
16	1	39	1	0	0	2	0	31	23	26	20	240786	533169
17	1	23	4	0	0	2	0	59	20	25	27	314566	1325671
18	1	42	0	0	1	2	3	104	25	26	13	497924	3698864
19	1	26	1	1	1	1	9	14	20	22	19	237566	237566
20	1	28	0	1	0	2	0	63	17	23	1	7070	31815
21	1	28	0	1	0	2	0	63	17	23	17	231070	1039815
22	1	36	1	0	0	2	0	49	24	27	55	552920	1935220
23	1	39	4	1	0	3	0	30	15	24	17	231070	495150
24	1	39	4	1	0	3	0	30	22	24	24	304850	653250
25	1	42	4	0	1	2	0	32	26	39	53	436958	998761
26	1	35	3	1	0	2	0	15	18	24	24	304850	326625
27	1	35	2	0	0	2	3	59	22	24	18	233912	985772
28	1	34	0	1	1	2	0	16	23	25	40	311080	355520
29	1	21	4	0	0	2	0	11	15	23	17	231070	181555
30	1	33	4	0	0	3	0	27	23	26	51	377178	727415
31	1	27	4	0	0	2	0	30	23	24	17	231070	495150
32	1	51	4	1	3	1	9	27	20	26	57	562636	1085084
33	1	31	4	0	0	1	0	25	16	27	20	240786	429975
34	1	34	0	1	3	2	0	30	17	25	50	367462	787419
35	1	24	4	0	0	2	0	10	16	27	55	552920	394943
36	1	32	2	0	0	2	0	29	16	27	9	300566	622601
37	1	33	3	0	0	2	0	56	17	25	51	377158	1508632
38	1	39	1	0	1	1	0	25	20	24	17	231070	412625
39	1	39	2	0	0	1	0	47	15	24	50	367462	1233622
40	1	39	0	0	0	4	0	25	23	26	16	228256	407600
41	1	23	4	0	0	0	0	20	21	24	5	226786	323980
42	1	31	2	0	0	3	9	42	22	25	2	9912	29736
43	1	34	2	0	0	2	0	56	23	26	29	412244	1648976
44	1	24	0	1	0	0	0	14	23	24	13	497924	497924
45	1	26	4	0	0	0	4	30	21	24	38	306236	656220
46	1	22	1	0	0	1	5	19	17	25	50	367462	498698
47	1	28	4	1	2	2	9	73	18	26	51	377158	1966610

**Tabel 4.2. Data Rawat Inap Setelah Kebijakan (RANAP POST)**

NO	KP	U	DKI	JK	ST	P	D	LD	SA	SAK	RO	BO1	BO2
1	2	31	2	0	0	2	9	12	26	40	49	143462	122967
2	2	28	3	0	0	2	9	29	24	25	4	83692	173362
3	2	25	2	0	0	0	9	27	27	31	9	300566	579663
4	2	31	2	0	0	2	0	42	27	39	2	9912	29736
5	2	30	3	0	0	0	0	53	19	25	18	233912	885524
6	2	39	1	0	0	2	0	65	27	30	1	7070	32825
7	2	23	4	0	0	2	0	62	15	23	34	502208	2224064
8	2	27	4	0	0	1	0	29	21	28	22	303604	628894
9	2	32	3	0	0	1	9	48	22	26	44	419370	1437840
10	2	26	1	1	0	1	0	40	16	24	7	247100	706000
11	2	26	1	1	0	1	0	40	16	24	20	240786	687960
12	2	42	0	0	1	2	3	108	21	24	50	367462	2834707
13	2	31	1	0	0	2	0	28	19	25	9	300566	601132
14	2	26	4	0	0	0	0	28	17	27	51	377158	754316
15	2	28	0	1	0	2	0	18	20	25	1	7070	9090
16	2	36	1	0	0	2	0	31	25	27	43	416528	922312
17	2	36	1	0	0	2	0	31	25	27	24	304850	675025
18	2	27	4	1	0	2	0	19	13	23	53	436958	593014
19	2	31	4	0	0	2	0	47	20	26	43	416528	1398344
20	2	24	3	0	0	4	0	13	23	24	43	416528	386776
21	2	25	4	0	0	1	0	29	20	26	5	226786	469771
22	2	35	2	0	0	2	1	24	23	24	1	7070	12120
23	2	33	0	1	0	2	9	28	11	26	47	487410	974820
24	2	36	2	1	0	2	0	56	25	33	17	231070	924280
25	2	36	2	1	0	1	0	20	18	27	5	226786	323980
26	2	36	3	0	0	0	0	25	16	24	17	231070	412625
27	2	38	1	1	1	2	0	20	16	21	17	231070	330100
28	2	26	3	0	0	2	0	58	15	24	34	502208	2080576
29	2	32	3	0	0	4	0	19	26	33	32	486024	659604
30	2	37	1	1	0	2	0	23	15	21	53	436958	717860
31	2	31	4	0	0	2	0	15	17	27	41	348340	373221
32	2	26	1	0	0	1	9	28	20	25	9	300566	601132
33	2	58	1	0	1	0	0	12	20	25	4	83692	71736
34	2	59	4	1	1	0	1	22	22	26	38	306236	481228
35	2	36	2	0	0	2	0	23	26	33	31	460586	756677
36	2	35	4	0	3	0	0	20	21	27	50	367462	524946
37	2	23	3	1	0	2	0	29	12	26	17	231070	478645
38	2	23	3	1	0	2	0	29	16	26	39	307888	637768
39	2	31	4	0	0	2	9	10	17	27	54	444280	317343
40	2	38	4	0	0	0	0	26	30	32	24	304850	566150
41	2	28	4	1	2	2	9	21	19	25	26	307692	461538
42	2	51	1	1	1	0	9	22	20	26	18	233912	367576
43	2	29	2	0	0	2	0	30	18	24	18	233912	501240
44	2	31	4	1	0	2	0	25	20	26	43	416528	743800
45	2	28	4	1	3	2	9	20	19	24	18	233912	334160
46	2	25	4	0	0	0	9	15	17	22	53	436958	468169
47	2	31	1	0	0	4	9	25	16	25	53	436958	780282

**Tabel 4.3. Data Rawat Jalan Sebelum Kebijakan (RAJAL PRE)**

NO	KP	U	DKI	JK	ST	P	D	RO	BO
1	3	37	4	0	0	2	0	9	300566
2	3	33	4	0	0	1	0	27	314566
3	3	31	2	0	0	2	9	22	303604
4	3	31	2	0	0	2	9	3	16786
5	3	51	1	1	1	0	9	5	226786
6	3	33	4	0	1	1	0	20	240786
7	3	21	0	1	0	2	0	17	231070
8	3	21	0	1	0	2	0	43	416528
9	3	21	0	1	0	2	0	28	386806
10	3	48	0	1	1	1	0	9	300566
11	3	28	3	0	0	2	9	17	231070
12	3	25	2	0	0	0	9	20	240786
13	3	25	2	0	0	0	9	13	497924
14	3	39	1	0	0	2	0	1	7070
15	3	39	1	0	0	2	0	17	231070
16	3	23	4	0	0	2	0	5	226786
17	3	26	1	1	1	1	9	9	300566
18	3	28	0	1	0	2	0	1	7070
19	3	28	0	1	0	2	0	17	231070
20	3	36	1	0	0	2	0	43	416528
21	3	27	4	1	0	2	0	17	231070
22	3	27	4	1	0	2	0	9	300566
23	3	42	4	0	1	2	0	17	231070
24	3	35	3	1	0	2	0	17	231070
25	3	35	2	0	0	2	3	5	226786
26	3	34	0	1	1	2	0	24	304850
27	3	21	4	0	0	2	0	24	304850
28	3	27	4	0	0	2	0	20	240786
29	3	31	4	0	0	1	0	3	16786
30	3	39	1	0	1	1	0	2	9912
31	3	39	2	0	0	1	0	17	231070
32	3	39	0	0	0	4	0	16	228256
33	3	23	4	0	0	0	0	20	240786
34	3	31	2	0	0	3	9	20	240786
35	3	22	1	0	0	1	5	18	233912
36	3	31	4	0	0	2	0	20	240786
37	3	24	3	0	0	4	0	17	231070

Tabel 4.3. (Sambungan)

NO	KP	U	DKI	JK	ST	P	D	RO	BO
38	3	36	2	1	0	1	0	27	314566
39	3	36	3	0	0	0	0	18	233912
40	3	37	1	1	0	2	0	5	226786
41	3	31	4	0	0	2	0	41	348340
42	3	37	4	0	0	2	6	9	300566
43	3	28	4	0	0	1	0	17	231070
44	3	25	0	0	0	2	0	18	233912
45	3	30	2	0	0	1	9	18	233912
46	3	27	1	0	0	1	0	2	9912
47	3	22	1	0	0	0	9	9	300566
48	3	21	0	1	0	1	0	5	226786
49	3	24	1	0	0	1	0	3	16786
50	3	20	1	0	1	0	9	2	9912
51	3	24	0	1	3	1	0	20	240786
52	3	41	4	0	0	2	5	29	412244
53	3	44	1	1	1	0	0	26	307692
54	3	40	4	1	3	1	9	32	486024
55	3	40	4	1	3	1	9	20	240786
56	3	31	4	1	0	2	0	17	231070
57	3	31	4	1	0	2	0	5	266786
58	3	31	4	1	0	2	0	9	300566
59	3	31	3	1	0	2	0	18	233912
60	3	27	2	0	0	2	0	18	233912
61	3	27	3	0	0	2	0	17	231070
62	3	33	1	1	0	2	0	5	226786
63	3	34	0	0	1	0	9	18	233912
64	3	22	1	0	0	1	5	18	233912
65	3	31	4	0	0	2	0	20	240786
66	3	24	1	0	0	4	0	17	231070
67	3	36	0	1	0	1	0	27	314566
68	3	36	1	0	0	0	0	18	233912
69	3	37	1	1	0	2	0	5	226786
70	3	31	0	0	0	2	0	41	348340
71	3	36	1	0	0	2	0	43	416528
72	3	27	4	1	0	2	0	17	231070
73	3	27	4	1	0	2	0	9	300566
74	3	42	4	0	1	2	0	17	231070
75	3	27	4	1	0	2	0	17	231070
76	3	27	4	1	0	2	0	9	300566



**Tabel 4.4. Data Rawat Jalan Setelah Kebijakan (RAJAL POST)**

NO	KP	U	DKI	JK	ST	P	D	RO	BO
1	4	37	4	0	0	2	0	9	300566
2	4	33	4	0	0	1	0	24	304850
3	4	31	2	0	0	2	9	33	499310
4	4	31	2	0	0	2	9	4	83692
5	4	51	1	1	1	0	9	17	231070
6	4	33	4	0	1	1	0	20	240786
7	4	33	4	0	1	1	0	26	307692
8	4	33	4	0	1	1	0	9	300566
9	4	21	0	1	0	2	0	28	386806
10	4	21	0	1	0	2	0	13	497924
11	4	21	0	1	0	2	0	5	226786
12	4	22	2	1	0	2	0	5	226786
13	4	48	0	1	1	1	0	9	300566
14	4	28	3	0	0	2	9	17	231070
15	4	28	3	0	0	2	9	4	83692
16	4	25	2	0	0	0	9	13	497924
17	4	31	2	0	0	2	0	2	9912
18	4	39	1	0	0	2	0	17	231070
19	4	23	4	0	0	2	0	9	300566
20	4	27	4	0	0	1	0	17	231070
21	4	32	3	0	0	1	9	17	231070
22	4	42	0	0	1	2	3	3	16786
23	4	42	0	0	1	2	3	17	231070
24	4	31	1	0	0	2	0	17	231070
25	4	31	1	0	0	2	0	13	497924
26	4	26	4	0	0	0	0	5	226786
27	4	26	4	0	0	0	0	13	497924
28	4	26	1	1	1	1	9	14	518560
29	4	26	1	1	1	1	9	36	683382
30	4	28	0	1	0	2	0	17	231070
31	4	36	1	0	0	2	0	24	304850
32	4	27	4	1	0	2	0	9	300566
33	4	39	4	1	0	3	0	9	300566
34	4	42	4	0	1	2	0	17	231070
35	4	35	3	1	0	2	0	17	231070
36	4	35	2	0	0	2	3	5	226786
37	4	34	0	1	1	2	0	36	683382

Tabel 4.4. (Sambungan)

NO	KP	U	DKI	JK	ST	P	D	RO	BO
38	4	33	4	0	0	3	0	9	278208
39	4	51	4	1	3	1	9	12	410186
40	4	51	4	1	3	1	9	9	300566
41	4	31	4	0	0	1	0	20	240786
42	4	34	0	1	3	2	0	20	240786
43	4	34	0	1	3	2	0	38	306236
44	4	24	4	0	0	2	0	17	231070
45	4	24	4	0	0	2	0	47	487410
46	4	32	2	0	0	2	0	24	304850
47	4	33	3	0	0	2	0	20	240786
48	4	39	1	0	1	1	0	22	303604
49	4	39	2	0	0	1	0	43	416528
50	4	39	2	0	0	1	0	17	231070
51	4	23	4	0	0	0	0	27	314566
52	4	31	2	0	0	3	9	45	426244
53	4	34	2	0	0	2	0	32	486024
54	4	24	0	1	0	0	0	15	192528
55	4	26	4	0	0	0	4	17	231070
56	4	22	1	0	0	1	5	47	487410
57	4	24	3	0	0	4	0	43	416528
58	4	24	3	0	0	4	0	24	304850
59	4	25	4	0	0	1	0	27	314566
60	4	35	2	0	0	2	1	1	7070
61	4	33	0	1	0	2	9	47	487410
62	4	36	2	1	0	2	0	1	7070
63	4	36	2	1	0	1	0	27	314566
64	4	36	3	0	0	0	0	17	231070
65	4	38	1	1	1	2	0	9	300566
66	4	26	3	0	0	2	0	9	300566
67	4	32	3	0	0	4	0	29	412244
68	4	37	1	1	0	2	0	5	226786
69	4	31	4	0	0	2	0	41	348340
70	4	26	1	0	0	1	9	9	300566
71	4	58	1	0	1	0	0	4	83692
72	4	36	2	0	0	2	0	20	240786
73	4	23	3	1	0	2	0	34	502208
74	4	31	4	0	0	2	9	26	307692
75	4	38	4	0	0	0	0	34	502208
76	4	28	4	1	2	2	9	24	304850

KETERANGAN		NO	KATEGORI
KP	Kode Pasien	1	Ranap Pre
		2	Ranap Post
		3	Rajal Pre
		4	Rajal Post
U	Usia	0	20 - 29 tahun
		1	30 - 39 tahun
		2	40 - 49 tahun
		3	50 - 60 tahun
DKI	Wilayah Domisili	0	PUSAT
		1	UTARA
		2	TIMUR
		3	SALATAN
		4	BARAT
JK	Jenis Kelamin	0	Laki-Laki
		1	Perempuan
ST	Status	0	Tidak menikah
		1	Menikah
		2	Duda
		3	Janda
P	Pendidikan	0	Tidak Sekolah
		1	SD
		2	SLTP
		3	SLTA
		4	PT
D	DIAGNOSA	0	<i>Schizophrenia</i> paranoid
		1	<i>Schizophrenia</i> hebephrenik
		2	<i>Schizophrenia</i> katatonik
		3	<i>Schizophrenia</i> tak terinci
		4	Depresi pasca- <i>schizophrenia</i>
		5	<i>Schizophrenia</i> residual
		6	<i>Schizophrenia</i> simpleks
		8	<i>Schizophrenia</i> lainnya
		9	<i>Schizophrenia</i> YTT (Yang tidak tergolongkan)
LD	Lama Dirawat	0	< 21 hari
		1	21 - 40 hari
		2	41 - 60 hari
		3	> 60 hari
SA	Skor Awal	0	Buruk = 1 - 8
		1	Kurang = 9 - 16
		2	Sedang = 17 - 24
		3	Baik = 25 - 32
		4	Baik Sekali = 33 - 40
SAK	Skor Akhir	0	Belum sembuh = 1 - 24
		1	Sembuh = 25 - 40
RO	Rejimen Obat	0	≤ 4 Macam Obat; No.. 1 - 36
		1	> 4 Macam Obat; No. 37 - 57
BO	Biaya Obat	0	Kecil = ≤ Rp. 100.00,-
		1	Sedang = Rp. 100.001 - Rp. 300.000,-
		2	Cukup = Rp. 300.001 - Rp. 500.000,-
		3	Besar = > Rp. 500.000,-

**Tabel 4.5. Sampel Penelitian**

No	Sampel	PRE	(%)	POST	(%)	TOTAL	(%)
1	<b>RANAP</b>	47	19.11	47	19.11	94	38.2
2	<b>RAJAL</b>	76	30.89	76	30.89	152	61.8
	<b>Total</b>	123	50.0	123	50.0	246	100.0

PRE = Data rekam medik yang diambil sebelum kebijakan INA-DRG melalui penurunan lama dirawat diberlakukan

POST = Data rekam medik yang diambil setelah kebijakan INA-DRG melalui penurunan lama dirawat diberlakukan

**Tabel 4.6 Karakteristik pasien *schizophrenia* yang menerima rejimen psikotropika dari 1 Juni 2008 sampai 25 Oktober 2008 dan 5 Nopember 2008 sampai 30 Maret 2009**

KARAKTERISTIK	RANAP				RAJAL				TOTAL	
	PRE		POST		PRE		POST		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>USIA (U)</b>										
20 - 29 TAHUN	17	36.17	19	40.43	33	43.42	28	36.84	97	39.43
30 - 39 TAHUN	25	53.19	24	51.06	35	46.05	40	52.63	124	50.41
40 - 49 TAHUN	3	6.38	1	2.13	7	9.21	4	5.26	15	6.10
50 - 59 TAHUN	2	4.26	3	6.38	1	1.32	4	5.26	10	4.07
	47	100	47	100	76	100	76	100	246	100
<b>DOMISILI</b>										
JAKARTA PUSAT	9	19.15	3	6.38	14	18.42	12	15.79	38	15.45
JAKARTA UTARA	7	14.89	12	25.53	19	25.00	13	17.11	51	20.73
JAKARTA TIMUR	11	23.40	8	17.02	10	13.16	15	19.74	44	17.89
JAKARTA SELATAN	4	8.51	9	19.15	6	7.89	11	14.47	30	12.20
JAKARTA BARAT	16	34.04	15	31.91	27	35.53	25	32.89	83	33.74
	47	100	47	100	76	100	76	100	246	100
<b>JENIS KELAMIN (JK)</b>										
LAKI-LAKI	32	68.09	31	65.96	46	60.53	51	67.11	160	65.04
PEREMPUAN	15	31.91	16	34.04	30	39.47	25	32.89	86	34.96
	47	100	47	100	76	100	76	100	246	100
<b>STATUS (S)</b>										
TIDAK MENIKAH	36	76.60	39	82.98	62	81.58	57	75	194	78.86
MENIKAH	8	17.02	5	10.64	11	14.47	14	18.42	38	15.45
DUDA	1	2.13	1	2.13	0	0.00	1	1.32	3	1.22
JANDA	2	4.26	2	4.26	3	3.95	4	5.26	11	4.47
	47	100	47	100	76	100	76	100	246	100
<b>PENDIDIKAN (P)</b>										
TDK SKLH	7	14.89	10	21.28	10	13.16	10	13.16	37	15.04
SD	9	19.15	7	14.89	19	25.00	19	25.00	54	21.95
SLTP	26	55.32	27	57.45	43	56.58	41	53.95	137	55.69
SLTA	4	8.51	0	0.00	1	1.32	3	3.95	8	3.25
PT	1	2.13	3	6.38	3	3.95	3	3.95	10	4.07
	47	100	47	100	76	100	76	100	246	100
<b>DIAGNOSA (D)</b>										
F20.0 S. paranoid	35	74.47	32	68.09	57	75	54	71.05	178	72.36
F20.1 S. hebephrenik	0	0.00	2	4.26	0	0	1	1.32	3	1.22
F20.3 S. tak terinci	2	4.26	1	2.13	1	1.32	3	3.95	7	2.85
F20.4 Depresi pasca-	1	2.13	0	0.00	0	0	1	1.32	2	0.81
F20.5 S residual	1	2.13	0	0.00	3	3.95	1	1.32	5	2.03
F20.6 S. simpleks	0	0.00	0	0.00	1	1.32	0	0.00	1	0.41
F20.9 S YTT	8	17.02	12	25.53	14	18.42	16	21.05	50	20.33
	47	100	47	100	76	100	76	100	246	100
<b>LAMA DIRAWAT (LD)</b>										
< 21 HARI	11	23.40	14	29.79					25	26.60
21 – 40 HARI	22	46.81	24	51.06					46	48.94
41 – 60 HARI	7	14.89	6	12.77					13	13.83
> 60 HARI	7	14.89	3	6.38					10	10.64
	47	100	47	100					94	100

Tabel 4.6. (Sambungan)

lanjutan

KARAKTERISTIK	RANAP				RAJAL				TOTAL	
	PRE		POST		PRE		POST		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>SKOR AWAL (SA)</b>										
BURUK	0	0.00	0	0.00					0	0.00
KURANG	9	19.15	12	25.53					21	22.34
SEDANG	34	72.34	25	53.19					59	62.77
BAIK	4	8.51	10	21.28					14	14.89
BAIK SEKALI	0	0.00	0	0.00					0	0.00
	47	100	47	100					94	100
<b>SKOR AKHIR (SAK)</b>										
BURUK	0	0.00	0	0.00					0	0.00
KURANG	0	0.00	0	0.00					0	0.00
SEDANG	21	44.68	14	29.79					35	37.23
BAIK	24	51.06	28	59.57					52	55.32
BAIK SEKALI	2	4.26	5	10.64					7	7.45
	47	100	47	100					94	100
<b>OUTCOME TERAPI (OT)</b>										
BELUM SEMBUH	21	44.68	14	29.79					35	37.23
SEMBUH	26	55.32	33	70.21					59	62.77
	47	100	47	100					94	100
<b>REJIMEN OBAT GRUP</b>										
≤ 4 MACAM OBAT	24	51.06	29	61.70	71	93.42	68	89.47	192	78.05
> 4 MACAM OBAT	23	48.94	18	38.30	5	6.58	8	10.53	54	21.95
	47	100	47	100	76	100	76	100	246	100
<b>REJIMEN OBAT</b>										
17	5	10.64	4	8.51	16	21.05	14	18.42	39	15.85
53	5	10.64	4	8.51	0	0.00	0	0.00	9	3.66
51	4	8.51	1	2.13	0	0.00	0	0.00	5	2.03
50	4	8.51	2	4.26	0	0.00	0	0.00	6	2.44
18	1	2.13	4	8.51	9	11.84	0	0.00	14	5.69
43	1	2.13	4	8.51	3	3.95	2	2.63	10	4.07
1	2	4.26	3	6.38	2	2.63	2	2.63	9	3.66
9	1	2.13	3	6.38	9	11.84	11	14.47	24	9.76
20	0	0.00	0	0.00	9	11.84	5	6.58	14	5.69
5	0	0.00	0	0.00	8	10.53	5	6.58	13	5.28
<b>BIAYA OBAT (BO) 14 HR</b>										
KECIL = < 100000	3	6.38	6	12.77	8	10.53	7	9.21	24	9.76
SEDANG = 100001 – 300000	12	25.53	13	27.66	43	56.58	26	34.21	94	38.21
CUKUP = 300001 – 500000	27	57.45	26	55.32	25	32.89	38	50.00	116	47.15
BESAR = > 500000	5	10.64	2	4.26	0	0.00	5	6.58	12	4.88
	47	100	47	100	76	100	76	100	246	100
<b>BO RWT INAP</b>										
KECIL = < 100000	3	6.38	5	10.64					8	8.51
SEDANG = 100001 – 300000	3	6.38	2	4.26					5	5.32
CUKUP = 300001 – 500000	12	25.53	13	27.66					25	26.60
BESAR = > 500000	29	61.70	27	57.45					56	59.57
	47	100	47	100					94	100

**Tabel 4.7. Profil Rejimen Obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat inap**

KEBIJAKAN	NO. RO	NAMA OBAT	DOSIS
SEBELUM	17	Risperidone 2 mg	2 x 1
		Haloperidol 5 mg	2 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	2 x 1
		Klopromazine 100 mg	1 x 1
	53	Risperidone 2 mg	2 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	2 x 1
		Klozapine 25 mg	1 x 1
		Haloperidol Inj. 5 mg/ ml	II x 1 (3 hr)
		Diazepam Inj. 5 mg/ml	II x 1 (3 hr)
	51	Risperidone 2 mg	2 x 1
		Trifluoperazine 5 mg	2 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	2 x 1
		Klopromazine 100 mg	1 x 1
		Haloperidol Inj. 5 mg/ ml	II x 1 (3 hr)
	50	Diazepam Inj. 5 mg/ml	II x 1 (3 hr)
		Risperidone 2 mg	2 x 1
		Haloperidol 5 mg	2 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	2 x 1
Klopromazine 100 mg		1 x 1	
SETELAH	17	Haloperidol Inj. 5 mg/ ml	II x 1 (3 hr)
		Diazepam Inj. 5 mg/ml	II x 1 (3 hr)
		Risperidone 2 mg	2 x 1
		Haloperidol 5 mg	2 x 1
	53	Triheksifenidyl 2 mg	2 x 1
		Klozapine 25 mg	1 x 1
		Haloperidol Inj. 5 mg/ ml	II x 1 (3 hr)
		Diazepam Inj. 5 mg/ml	II x 1 (3 hr)
		Risperidone 2 mg	2 x 1
	18	Klopromazine 100 mg	1 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	3 x 1
		Haloperidol 5 mg	3 x 1
		Risperidone 2 mg	2 x 1
	43	Setraline 50 mg	1 x 1
		Klopromazine 100 mg	1 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	2 x 1
		Haloperidol 5 mg	2 x 1
		Risperidone 2 mg	2 x 1

**Tabel 4.8. Profil Rejimen Obat sebelum dan setelah kebijakan di rawat jalan**

KEBIJAKAN	NO. RO	NAMA OBAT	DOSIS
SEBELUM	17	Risperidone 2 mg	2 x 1
		Haloperidol 5 mg	2 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	2 x 1
		Klopromazine 100 mg	1 x 1
	9	Risperidone 2 mg	2 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	2 x 1
		Klozapine 25 mg	1 x 1
	18	Risperidone 2 mg	2 x 1
		Haloperidol 5 mg	3 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	3 x 1
		Klopromazine 100 mg	1 x 1
	20	Risperidone 2 mg	2 x 1
Trifluoperazine 5 mg		2 x 1	
Triheksifenidyl 2 mg		2 x 1	
Klopromazine 100 mg		1 x 1	
SETELAH	17	Risperidone 2 mg	2 x 1
		Haloperidol 5 mg	2 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	2 x 1
		Klopromazine 100 mg	1 x 1
	9	Risperidone 2 mg	2 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	2 x 1
		Klozapine 25 mg	1 x 1
	20	Risperidone 2 mg	2 x 1
		Trifluoperazine 5 mg	2 x 1
		Triheksifenidyl 2 mg	2 x 1
		Klopromazine 100 mg	1 x 1
	5	Risperidone 2 mg	2 x 1
Triheksifenidyl 2 mg		2 x 1	
Klopromazine 100 mg		1 x 1	



**Tabel 4.9. Hubungan antara Rejimen Obat dengan Outcome Terapi**

Kebijakan	Rejimen Obat	Outcome Terapi				TOTAL		Sig.
		BELUM SEMBUH		SEMBUH		n	%	
		n	%	n	%			
Sebelum	4 macam	15	62.50	9	37.50	24	100	0.027
	Lebih 4 macam	6	26.09	17	73.91	23	100	
		21	44.68	26	55.32	47	100	
Setelah	4 macam	9	31.03	20	68.97	29	100	1.000
	Lebih 4 macam	5	27.78	13	72.22	18	100	
		14	29.79	33	70.21	47	100	

**Tabel 4.10. Perbedaan varian antara sebelum dan setelah kebijakan di Rawat Inap**

Variabel	Sig.	Keterangan
Rejimen Obat	0.853	Ho diterima
Lama Dirawat	0.910	Ho diterima
Skor Awal	0.529	Ho diterima
Skor Akhir	0.789	Ho diterima
Biaya Obat 14 Hari	0.443	Ho diterima
Biaya Obat	0.698	Ho diterima

**Tabel 4.11. Perbedaan varian antara sebelum dan setelah kebijakan di Rawat Jalan**

Variabel	Sig.	Keterangan
Rejimen Obat	0.427	Ho diterima
Biaya Obat 14 Hari	0.772	Ho diterima

**Tabel 4.12. Hasil Analisis Regresi Logistik untuk faktor-faktor yang mempengaruhi Outcome Terapi di Rawat Inap Sebelum Kebijakan**

Analisis tahap ke-	Variabel yang diikutsertakan dalam persamaan	Sig.	Variabel yang dikeluarkan setelah analisis
1	Usia Domisili Jenis Kelamin Status Pendidikan Diagnosis Lama Dirawat Skor Awal Biaya Obat	0.29 2 0.34 7 0.01 1 0.03 6 0.01 2 0.68 4 0.55 5 0.28 6 0.13 7	Diagnosis
2	Usia Domisili Jenis Kelamin Status Pendidikan Lama Dirawat Skor Awal Biaya Obat	0.31 4 0.36 0 0.01 0 0.03 7 0.01 1 0.54 6 0.27 6 0.12 9	Lama Dirawat
3	Usia Domisili Jenis Kelamin Status Pendidikan Skor Awal Biaya Obat	0.21 7 0.41 9 0.01 1 0.02 7 0.01 1 0.25 5 0.08 2	Domisili
4	Usia Jenis Kelamin	0.23 2 0.01	Usia

		0	
	Status	0.03	
		5	
	Pendidikan	0.00	
		9	
	Skor Awal	0.15	
		5	
	Biaya Obat	0.09	
		2	
5	Jenis Kelamin	0.01	Skor Awal
		2	
	Status	0.04	
		8	
	Pendidikan	0.01	
		0	
	Skor Awal	0.15	
		4	
	Biaya Obat	0.12	
		2	
6	Jenis Kelamin	0.00	
		7	
	Status	0.04	
		7	
	Pendidikan	0.00	
		5	
	Biaya Obat	0.10	
		1	

**Tabel 4.13. Hasil Analisis Regresi Logistik untuk faktor-faktor yang mempengaruhi Outcome Terapi di Rawat Inap Setelah Kebijakan**

Analisis tahap ke-	Variabel yang diikutsertakan dalam persamaan	Sig.	Variabel yang dikeluarkan setelah analisis
1	Usia	0.446	Biaya Obat
	Domisili	0.476	
	Jenis Kelamin	0.466	
	Status	0.109	
	Pendidikan	0.483	
	Diagnosis	0.187	
	Lama Dirawat	0.638	
	Skor Awal	0.050	
	Biaya Obat	0.962	
2	Usia	0.436	
	Domisili	0.450	
	Jenis Kelamin	0.455	
	Status	0.109	
	Pendidikan	0.459	

	Diagnosis Lama Dirawat Skor Awal	0.185 0.376 0.0.2 1	
3	Usia Domisili Jenis Kelamin Status Diagnosis Lama Dirawat Skor Awal	0.319 0.348 0.490 0.126 0.207 0.389 0.025	Jenis Kelamin
4	Usia Domisili Status Diagnosis Lama Dirawat Skor Awal	0.362 0.459 0.154 0.241 0.260 0.027	Domisili
5	Usia Status Diagnosis Lama Dirawat Skor Awal	0.487 0.205 0.285 0.179 0.022	Usia
6	Status Diagnosis Lama Dirawat Skor Awal	0.263 0.304 0.184 0.010	Diagnosis
7	Status Lama Dirawat Skor Awal	0.385 0.150 0.011	Status
8	Lama Dirawat Skor Awal	0.159 0.011	Lama Dirawat
9	Skor Awal	0.014	