

BAB II

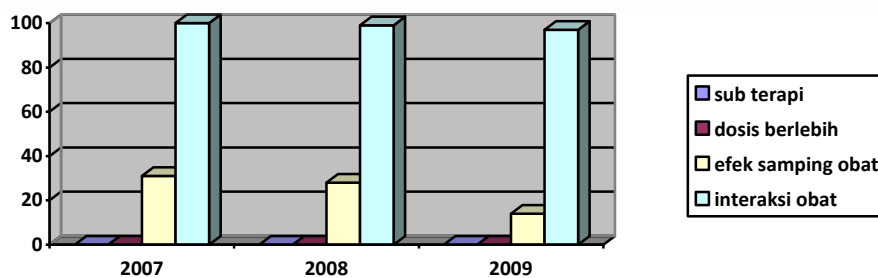
TINJAUAN PUSTAKA

A. Hasil Penelitian Terdahulu

Penelitian yang dilakukan oleh (Julaeha, 2010) dengan judul “*Identifikasi Drug Related Problems (Drps) Penggunaan Antipsikotik Pada Pengobatan Skizofrenia Di Rumah Sakit Grhasia Provinsi Diy Periode Januari 2007 – Desember 2009*” bertujuan untuk mengetahui profil penggunaan obat antipsikotik, prevalensi DRPs dan membandingkan prevalensi DRPs penggunaan antipsikotik yang terjadi pada pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Grhasia periode 2007-2009.

Berdasarkan hasil penelitian dengan rancangan *cross sectional* deskriptif yang dilakukan secara retrospektif dengan metode *stratified sampling* didapatkan sampel 300 pasien menunjukkan bahwa pemberian kombinasi klorpromazin dan haloperidol, merupakan antipsikotik yang paling banyak digunakan untuk pengobatan skizofrenia dengan persentase selama periode 2007,2008, dan 2009 yaitu 60 %, 70 %, dan 47 %.

Persentase prevalensi DRPs penggunaan antipsikotik asarkan studi literatur pada periode 2007 yaitu 0% sub-terapi, 0 % dosis berlebih, 31 % efek samping obat, dan interaksi obat 100 %. Persentase prevalensi DRPs penggunaan antipsikotik periode 2008 yaitu 0 % sub-terapi, 0 % dosis berlebih, 28 % efek samping obat, dan 99 % interaksi obat. Persentase prevalensi DRPs penggunaan antipsikotik periode 2009 yaitu 0 % sub-terapi, 0 % dosis berlebih, 14 % efek samping obat, dan 96.97 % interaksi obat.



Gambar 2.1. Prevalensi DRPs tahun 2007-2009 dirumah sakit Grhasia

Berdasarkan gambar 2.1 menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan terhadap prevalensi DRPs antara tahun 2007, 2008, dan 2009. Dari penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa tidak adanya penurunan prevalensi DRPs secara signifikan pada periode 2007-2009, sehingga perlu dilakukan peningkatan peran farmasis dalam memonitoring terapi antipsikotik pada pasien skizofrenia.

Dalam penelitian lain yang berjudul “ *Analisis Drug Related Problems Penggunaan Antipsikotik Pada Penderita Schizophrenia Dewasa Di Rumah Sakit Jiwa X Surabaya*” yang dilakukan oleh (Ratnasari, 2016) bertujuan untuk menganalisis drug related problems (DRPs) yang mungkin terjadi pada pasien rawat inap yang didiagnosis *schizophrenia*. Penelitian ini merupakan penelitian non-eksperimental yang dilakukan dengan rancangan analisis deskriptif yang bersifat retrospektif terhadap data rekam medis pasien *schizophrenia* sebanyak 30 sampel pada periode Juli 2015 sampai November 2015 dengan teknik sampling non random purposive sampling.

Alat ukur yang digunakan dalam pengklasifikasian masalah terkait obat atau DRPs dengan berdasarkan *Pharmaceutical Care Network Europe Foundation (PCNE) Classification V6.02* tahun 2003-2010. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dari data yang diperoleh dan studi literatur menunjukkan bahwa DRPs yang terjadi adalah adanya kombinasi obat-obat antipsikotik maupun kombinasi obat antipsikotik dengan non antipsikotik yang menyebabkan interaksi sebanyak 62,50%, pemilihan obat yang kurang tepat karena belum diperlukan sebanyak 19,44%, pemilihan obat yang kontraindikasi menyebabkan reaksi obat yang tidak diinginkan (ROTD) sebanyak 11,11%, adanya banyak obat yang mempunyai indikasi yang sama sebanyak 4,17%, adanya kebutuhan obat yang tidak diresepkan padahal obat tersebut bersifat sinergis serta adanya pemberian obat yang tidak diminum sebanyak 1,39%.

Persamaan penelitian yang akan dilakukan dengan penelitian terdahulu oleh (Julaeha, 2010) dan (Ratnasari, 2016) adalah pengidentifikasian *drug related problems* penggunaan antipsikotik pada pasien rawat inap skizofrenia. Perbedaan penelitian yang akan dilakukan

dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh (Julaeha, 2010) dan (Ratnasari, 2016) adalah pada penelitian sebelumnya metode yang digunakan adalah analisis deskriptif yang bersifat retrospektif. Sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan adalah analisis deskriptif yang bersifat prospektif.

Perbedaan kedua pada penelitian yang dilakukan oleh (Jualeha, 2010) dengan penelitian yang akan dilakukan adalah pada penelitian sebelumnya adalah melihat perbedaan prevalensi kejadian DRPs yang terjadi selama 3 tahun yaitu 2007, 2008 dan 2009. Sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan hanya dilakukan pada tahun 2018 yaitu pasien saat ini atau pasien skizofrenia yang sedang menjalani perawatan intensif (rawat inap) di Instalasi Rawat Inap RSUD Banyumas.

Perbedaan lain dengan penelitian yang dilakukan oleh (Ratnasari, 2016) adalah alat ukur yang digunakan dalam pengklasifikasian kejadian DRPs menggunakan klasifikasi masalah terkait obat (MTO) menurut Pharmaceutical Care Network Europe Foundation (PCNE) Classification V6.02 tahun 2003-2010, sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan alat ukur atau instrument yang digunakan adalah menurut Pharmaceutical Care Network Europe Foundation (PCNE) Classification V8.02 tahun 2003-2017.

B. Landasan Teori

1. Definisi Skizofrenia

Skizofrenia merupakan gangguan jiwa yang umum terjadi dengan karakteristik adanya kerusakan dan keanehan pada pikiran, persepsi, emosi, pergerakan dan perilaku (Arif Setiadi, 2006).

2. Etiologi

(Arif Setiadi, 2006) Karena belum ada definisi yang pasti tentang skizofrenia, maka sampai saat ini etiologi skizofrenia masih belum jelas dan masih dan penelitian para sarjana. Kemungkinan besar skizofrenia adalah suatu gangguan yang heterogen. Yang menonjol pada gangguan skizofrenia adalah adanya stressor psikososial yang mendahuluinya. Seseorang yang mempunyai kepekaan spesifik bila mendapat tekanan

tertentu dari lingkungan akan timbul gejala skizofrenia. Etiologi skizofrenia diuraikan menjadi dua kelompok teori yaitu :

a. Teori Somatogenetik

Teori yang menganggap bahwa penyebab skizofrenia karena factor kelainan organik atau badaniyah.

b. Teori Psikogenik

Teori yang menganggap skizofrenia disebabkan oleh suatu gangguan fungsional. Dan penyebab utamanya adalah konflik, stres psikologik dan hubungan antar manusia yang mengecewakan. Selain itu banyak teori yang diajukan sebagai teori etiologi skizofrenia. antara lain teori yang menyatakan bahwa skizofrenia disebabkan oleh suatu interaksi beberapa gen penyebab skizofrenia.

3. Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia melibatkan system dopaminergik dan serotonergik. Hipotesis; Pada pasien skizofrenia terjadi hiperreaktivitas system dopaminergic. Hiperdopaminergia pada system mesolimbic berkaitan dengan gejala positif. Hipodomaninergia pada system mesokortis dan nigrostriatal bertanggungjawab terhadap gejala negatif dan gejala ekstrapiramidal. Reseptor dopamine yang terlibat adalah dopamine-2, dimana adanya reseptor tersebut dapat meningkatkan densitas reseptor D2 pada jaringan otak pasien Skizofrenia. Peningkatan aktivitas dopaminergic pada system mesolimbic bertanggungjawab terhadap gejala positif. Sedangkan peningkatan serotonergic dapat menurunkan aktivitas dopaminergic pada system mesocortis yang bertanggungjawab terhadap gejala negative (Ikawati, 2009).



Gambar 2.2. Mekanisme gangguan skizofrenia atau psikotik.
 Sumber : (Ikawati, 2009)

4. Faktor Resiko

Faktor resiko terjadinya penyakit skizofrenia ini antara lain :

- a. Faktor genetik
- b. Faktor usia
- c. Faktor psikososial baik dalam keluarga, lingkungan, pembelajaran dan sosial.

5. Gejala Klinik

Berdasarkan Konsensus Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia oleh PDSKJI pada tahun 2011 gejala psikotik ditandai adanya abnormalitas dalam bentuk dan isi pikiran, persepsi, emosi, motivasi, neurokognitif, serta aktivitas motorik. Gejala pada skizofrenia seringkali dikenal sebagai gejala positif dan gejala negatif. Gejala positif meliputi waham, halusinasi, dan gangguan pikiran formal. Gejala negatif ditandai dengan tidak adanya fungsi yang pada kebanyakan orang pada umumnya, pembicaraan yang kacau, penumpukan, pendataran emosi, anhedonia, penarikan diri dari lingkungan, kurangnya inisiatif atau motivasi, dan berkurangnya emosi (PDSKJI, 2011)

Berikut adalah gejala-gejala yang dapat diamati pada skizofrenia :

a. Gangguan Pikiran

Gejala yang menunjukkan gangguan proses pikir yaitu asosiasi longgar, inkohereni, tangensial, stereotipik verbal, neurologisme,

terhambat, asosiasi bunyi, konkretisasi, dan alogia. Sedangkan gejala isi pikir ditandai dengan adanya waham.

b. Gangguan Persepsi

Gangguan persepsi ditandai dengan gejala halusinasi, ilusi dan depersonalisasi.

c. Gangguan Emosi

Ada tiga afek dasar yang sering terjadi yaitu afek tumpul atau datar, afek tak serasi, afek labil dan kedangkalan respons emosi sampai anhedonia.

d. Gangguan Penampilan dan Perilaku Umum

Gejala yang mungkin dapat ditemui dalam gangguan perilaku diantaranya berupa sikap penelantaran diri, penarikan diri dari lingkungan sosial, gerakan tubuh yang aneh, perilaku ritual, agresif, sangat ketolol-tolongan, perilaku seksual yang tidak pantas, gejala katatonik (gaduh, gelisah).

e. Gangguan Motivasi

Produktivitas pada orang dengan skizofrenia seringkali menurun atau hilang. Gejala-gejala gangguan motivasi diantaranya kehilangan kehendak, disorganisasi dan tidak ada keinginan berkegiatan.

f. Gangguan Neurokognitif

Gangguan neurokognitif merupakan gambaran inti dari gangguan skizofrenia. Gejala-gejala yang menyertainya yaitu deficit dalam atensi dan penampilan, menurunnya kemampuan untuk menyelesaikan masalah, gangguan memori termasuk spasial dan verba; serta fungsi eksekutif.

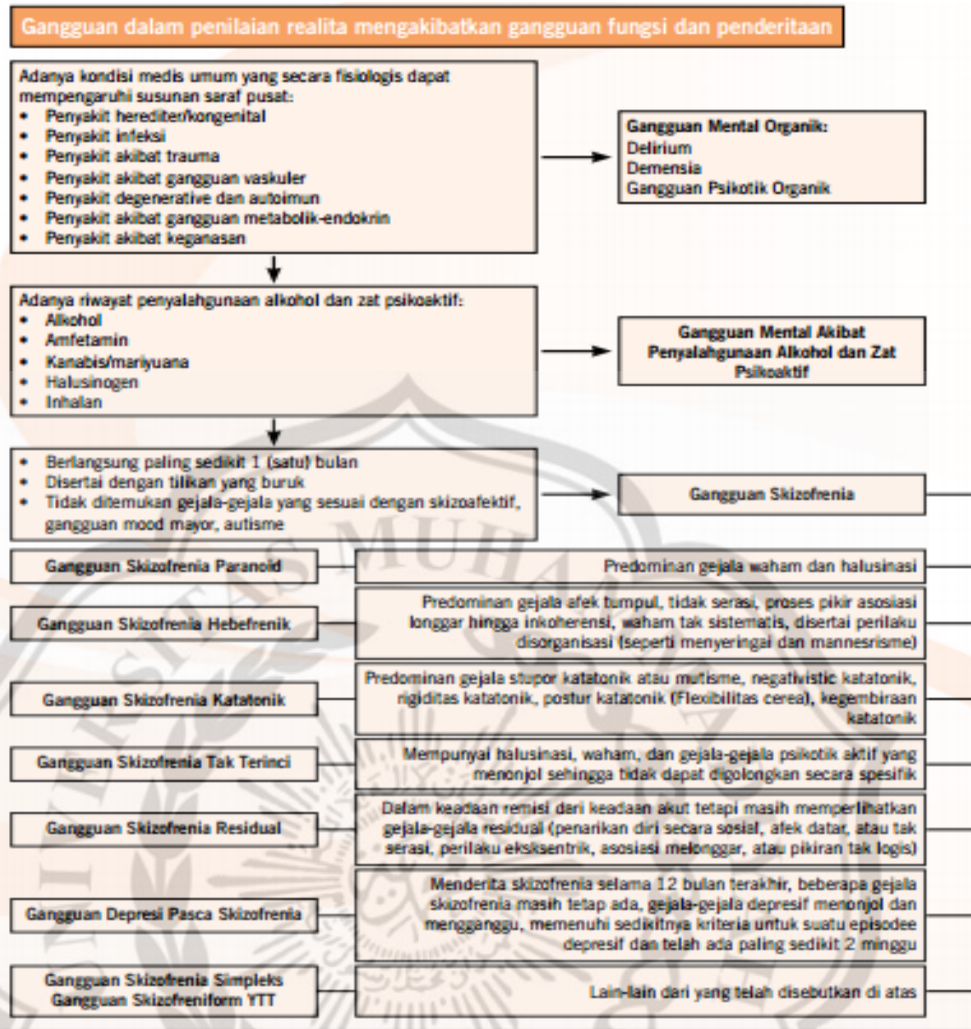
6. Diagnosis



Gambar 2.3. prosedur umum diagnosis kasus skizofrenia berdasarkan American Psychiatric Assosiation tahun 2004
Sumber : (PDSKJI, 2011)

a. Diagnosis Banding

Diagnosis-diagnosis yang juga memiliki gejala psikosis aktif diantaranya dapat dilihat pada alur diagnosis gangguan skizofrenia.



Gambar 2.4. Alur Diagnosis Gangguan Skizofrenia
Sumber : (PDSKJI, 2011)

b. Kriteria diagnosis Skizofrenia berdasarkan PPDGJ III(ICD-10 CHAPTER V)

Persyaratan normal untuk diagnosis skizofrenia adalah dari gejala dibawah ini harus ada paling sedikit satu gejala yang sangat jelas dari satu kelompok (1 – 4) atau paling sedikit dua dari kelompok (5-8), yang harus selalu ada secara jelas pada sebagian besar waktu selama satu bulan atau lebih (PDSKJI, 2011).

- 1) Thought echo, thought insertion, atau thought withdraw dan thought broadcasting
- 2) Waham dikendalikan, waham dipengaruhi atau waham pasivitas yang merujuk pada gerakan tubuh atau gerakan extremitas, atau

pikiran, perasaan atau jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh.

- 3) Waham-waham menetap yang mustahil.
- 4) Halusinasi.
- 5) Arus pemikiran yang terputus atau pembicaraan yang tidak relevan atau neologisme.
- 6) Perilaku katatonik seperti gaduh, gelisah, sikap tubuh tertentu, negativisme, mutisme dan stupor.
- 7) Gejala-gejala negatif seperti apatis, pembicaraan terhenti, respon emosional yang tidak wajar, penarikan diri dari sosial, tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptik.
- 8) Suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dari beberapa aspek perilaku perorangan, hilangnya minat, tidak mempunyai tujuan, malas, sikap berdiam diri dan penarikan diri dari sosial.

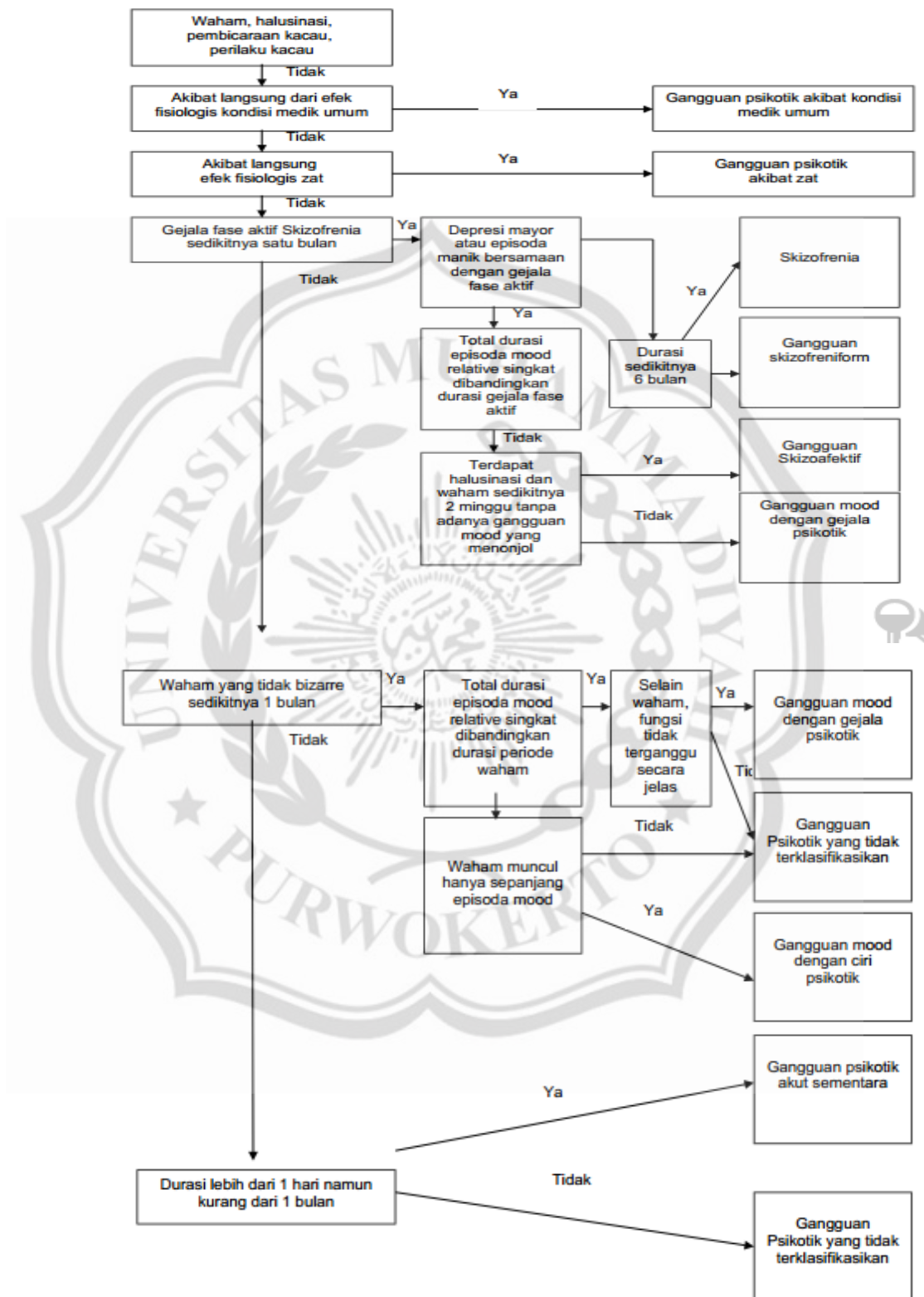
Apabila didapati kondisi yang memenuhi kriteria gejala diatas tetapi baru dialami kurang dari satu bulan, maka harus dibuat diagnosis Gangguan Psikotik Lir Skizofrenia Akut. Apabila gejala-gejala tersebut berlanjut lebih dari satu bulan dapat dilakukan klasifikasi ulang.

Instrumen yang dapat digunakan untuk melakukan penilaian pada gangguan Skizofrenia adalah sebagai berikut :

- 1) Menggunakan alat diagnosis – PPDGJ III/ICD-10.
- 2) MINI-ICD-10.
- 3) Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS).
- 4) Personal and Social Performance Scale (PSP).
- 5) Brief Psychiatry Rating Scale (BPRS).
- 6) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).
- 7) Clinical Global Impression (CGI).

7. Penatalaksanaan Skizofrenia

a. Algoritma Gangguan Skizoprenia



Gambar 2.5. Algoritma Penatalaksanaan Gangguan Skizofrenia

Sumber :(Siregar, Ike, 2008)

b. Algoritma Antipsikotik

1) Episode Pertama

Tabel 2.1. Algoritma pemberian antipsikotik episode pertama skizofrenia

Kondisi	Pilihan 1	Pilihan 2	Pilihan 2 lain
Predominan gejala positif	Risperidone Aripiprazole Olanzapine	Ziprasidone Quetiapine	Long-acting injectable atypical
Predominan gejala negative	Risperidone Aripiprazole	Ziprasidone Olanzapine Quetiapine	Long-acting injectable atypical
Gabungan gejala positif dan negative	Risperidone Aripiprazole Ziprasidone	Olanzapine Quetiapine	Long-acting injectable Atypical

2) Episode ulangan (multi-episode)

Tabel 2.2. Algoritma skizofrenia pemberian antispikotik episode ulangan

Kondisi	Pilihan 1	Pilihan 2	Pilihan 2 lain
Predominan gejala positif	Risperidone Aripiprazole Olanzapine Long-acting injectable atypical Quetiapine	Clozapine	Long-acting conventional (depo)
Predominan gejala negative	Risperidone Aripiprazole Ziprasidone	Olanzapine Quetiapine Long-acting injectable atypical Clozapine	Long-acting conventional
Gabungan gejala positif dan negatif	Risperidone Aripiprazole Ziprasidone Olanzapine	Long-acting injectable atypical Quetiapine Clozapine	Long-acting conventional Oral high-potency conventional

3) Dosis Adekuat Antipsikotik

Tabel 2.3. Dosis adekuat antipsikotik

Obat antipsikotik	Episode pertama		Multi-episode		Dosis akut final tertinggi*
	Akut*	Maintenance*	Akut*	Maintenace*	
Atipikal					
Aripiprazole	10-20	10-20	15-30	15-20	30
Clozapine	300-500	250-500	400-600	300-550	850
Olanzapine	10-20	10-20	15-25	12.5-22.5	40
Quetiapine	350-700	300-600	500-800	400-750	950
Risperidone	2.5-5	2-4.5	4-6.5	3.5-5.5	10.5
Ziprasidone	100-160	80-160	140-180	120-180	180
Konvensional					
Chlorpromazine	200-650	150-600	400-800	250-750	950
Fluphenazine	2.5-15	2.5-12.5	5-22.5	5-15	25
Haloperidol	3-13.5	1.5-10.5	7-18.5	6-13.5	25
Perphenazine	8-38	6-36	16-48	12-42	56
Thioridazine	225-550	150-500	350-650	250-550	650
Thiothixene	5-30	2-30	10-40	10-35	40
Trifluoperazine	5-30	2-20	10-35	10-30	40
Fluphenazine decanoate**	12.5-37.5	6.25-37.5	12.5-62.5	12.5-50	50
Haloperidol decanoate***	50-200	50-200	100-250	100-200	250

*mg/ hari

**mg/2-3 minggu

***mg/4minggu

Penanganan pasien skizofrenia dibagi secara garis besar menjadi 3 antara lain sebagai berikut :

a. Terapi Somatik (Medikamentosa)

Obat-obatan yang digunakan untuk mengobati Skizofrenia disebut antipsikotik. Antipsikotik bekerja mengontrol halusinasi, delusi dan perubahan pola pikir yang terjadi pada Skizofrenia. Pasien mungkin dapat mencoba beberapa jenis antipsikotik sebelum mendapatkan obat atau kombinasi obat antipsikotik yang benar-benar cocok bagi pasien. Antipsikotik pertama diperkenalkan 50 tahun yang lalu dan merupakan terapi obat-obatan pertama yang efektif untuk mengobati Skizofrenia.

1) Antipsikotik Golongan Pertama Atipikal (APG-I)

Injeksi APG-I sering digunakan untuk mengatasi agitasi akut pada skizofrenia. Namun, ada beberapa efek samping yang sering terjadi dengan injeksi APG-I tersebut, misalnya dystonia akut. Efek sampingnya dapat menyebabkan ketidakpatuhan terhadap pengobatan. Contoh obat APG-I diantaranya klorpromazin, flupenthixol, fluphenazine, haloperidol, pimozide, trifluoperazine, thiothixene (PDSKJI, 2011).

2) Antipsikotik Golongan Kedua Tipikal (APG-II)

Obat APG-II, baik oral maupun injeksi memiliki manfaat terapi, tolerabilitas dan keamanan obat yang lebih baik dibandingkan dengan APG-I dalam mengendalikan agitasi pada fase akut Skizofrenia. Obat APG-II diantaranya risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, paliperidone, aripiprazole, dan clozapine (PDSKJI, 2011).

b. Teori Psikososial

1) **Terapi perilaku** : menggunakan hadiah ekonomi dan latihan keterampilan social untuk meningkatkan kemampuan social, kemampuan memenuhi sendiri, latihan praktis, dan komunikasi intrapersonal.

- 2) **Terapi berorientasi-keluarga** : pengembalian pasien kepada keluarga dalam keadaan remisi parsial, secara rutin keluarga mendorong pasien tersebut untuk melakukan aktivitas teratur agar pasien mendapatkan manfaat dari terapi keluarga-proses pemulihan.
- 3) **Terapi kelompok** : memusatkan pada rencana, masalah dan hubungan dalam kehidupan nyata.
- 4) **Psikoterapi individual** : hubungan dokter dengan pasien sehingga pasien lebih semangat dalam menjalani terapi pengobatan agar dapat pulih/ kembali normal.

c. Perawatan di Rumah Sakit

Indikasi utama perawatan di rumah sakit adalah untuk tujuan diagnostic, menstabilkan medikasi, keamanan pasien karena gagasan bunuh diri atau membunuh, perilaku yang sangat kacau termasuk ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar. Tujuan utama perawatan di rumah sakit yang harus ditegakkan adalah ikatan efektif antara pasien dan system pendukung masyarakat. Rehabilitasi dan penyesuaian yang dilakukan pada perawatan di rumah sakit harus direncanakan. Dokter juga harus mengajarkan pasien dan pengasuh serta keluarga pasien tentang skizofrenia.

8. Drug Related Problems (DRPs)

Drug Related Problems (DRPs) didefinisikan sebagai suatu kejadian yang diakibatkan oleh terapi pengobatan baik yang secara nyata (actual) ataupun memiliki potensi yang dapat mengganggu hasil terapi yang diinginkan (PCNE, 2017). Analisis kejadian DRPs pada penelitian ini yaitu dengan menggunakan skema tabel *Pharmaceutical Care Network Europe Classification* untuk mengklasifikasikan DRPs. Pada penelitian ini PCNE Classification yang digunakan yaitu PCNE Classification V8.02 yang telah diperbaharui pada bulan April 2017. Perbedaan PCNE Classification V8.02 dengan versi sebelumnya yaitu pada kode P1.1 terdapat istilah “*therapy failure/ kegagalan terapi*” dihapuskan, dan penambahan kode C6.6. *Drug administered via wrong*

route atau Pengelolaan/penggunaan obat dengan rute yang salah.
(*Pharmaceutical Care Network Europe,2017*)

a. Klasifikasi domain utama *DRP PCNE V8.02*

Tabel 2.4. Klasifikasi Domain Utama PCNE V8.02

No	Klasifikasi	Kode V8.02	Domain Utama
1	Masalah (hanya potensial)	P1	Efektifitas pengobatan Ada masalah yang cukup potensial dengan kurangnya efek farmakoterapi
		P2	Reaksi yang merugikan Pasien menderita, atau mungkin akan menderita, dari pemberian obat
		P3	Lainnya
2	Penyebab	C1	Pemilihan obat Penyebab dari DRP dapat berhubungan dengan pemilihan obat
		C2	Bentuk sediaan obat Penyebab dari DRP dapat berhubungan dengan bentuk sediaan obat
		C3	Pemilihan dosis Penyebab dari DRP dapat berhubungan dengan pemilihan daftar dosis
		C4	Durasi pengobatan Penyebab dari DRP dapat berhubungan dengan durasi dari terapi
		C5	Dispensing Penyebab dari DRP dapat berhubungan dengan kondisi logistik dari proses prescribing dan dispensing
		C6	Proses penggunaan obat Penyebab DRP yang berkaitan dengan cara pasien mendapat obat dari tenaga kesehatan profesional, terlepas dari instruksi dosis yang tepat (pada label)
		C7	Pasien Penyebab DRP dapat berhubungan dengan kepribadian atau perilaku pasien
		C8	Lainnya
3	Intervensi	I0	Tanpa intervensi
		I1	Pada tingkat prescriber
		I2	Pada tingkat pasien
		I3	Pada tingkat obat
		I4	Lainnya
4	Penerimaan intervensi	A1	Intervensi diterima
		A2	Intervensi tidak diterima
		A3	Lainnya
5	Status DRP	O0	Permasalahan tidak diketahui
		O1	Permasalahan terpecahkan
		O2	Permasalahan sebagian terpecahkan
		O3	Permasalahan tidak terpecahkan

b. Klasifikasi masalah *DRP PCNE V.08.02*

Tabel 2.5. Klasifikasi masalah DRPs PCNE V8.02

No	Domain utama	Kode V8.02	Masalah
1	Efektifitas pengobatan : Ada masalah yang cukup potensial dengan kurangnya efek farmakoterapi	P1.1	Tidak ada efek dari obat
		P1.2	Efek terapi obat tidak optimal
		P1.3	Indikasi tidak diobati/tertangani
2	Treatment Keamanan Pasien menderita kesakitan atau kemungkinan menderita kesakitan akibat suatu efek yang tidak diinginkan dari obat Digunakan kejadian obat terlarang secara konsisten	P2.1	Reaksi obat yang (mungkin) merugikan terjadi
3	Lainnya	P 3.1	Masalah dengan biaya efektifitas pengobatan
		P 3.2	Pasien tidak puas dengan terapi meskipun hasil pengobatan secara klinis dan ekonomi optimal
		P 3.3	Masalah tidak selesai/keluhan. Klarifikasi lebih lanjut diperlukan (gunakan sebagai pelarian saja)

Permasalahan Potensial

Permasalahan Aktual

c. Klasifikasi penyebab *DRPs PCNE V8.02*

Tabel 2.6. Klasifikasi penyebab DRPs PCNE V8.02

No	Domain Utama	Kode V8.02	Penyebab
1	Pemilihan obat Penyebab dari DRPs dapat berhubungan dengan pemilihan obat	C1.1	Obat yang tidak tepat menurut pedoman / guideline
		C1.2	Obat yang tidak tepat (dalam pedoman tetapi sebaliknya kontraindikasi)
		C1.3	Tidak ada indikasi untuk obat
		C1.4	Kombinasi obat yang tidak tepat, atau obat dan pengobatan herbal
		C1.5	Duplikasi yang tidak tepat pada kelompok terapeutik atau bahan/zat aktif
		C1.6	Tidak ada pengobatan obat meskipun ada indikasi yang ada
		C1.7	Terlalu banyak obat yang diresepkan untuk indikasi
2	Bentuk sediaan obat Penyebab DRP berkaitan dengan pemilihan bentuk sediaan obat.	C2.1	Bentuk sediaan obat yang tidak tepat

No	Domain Utama	Kode V8.02	Penyebab
3	Pemilihan dosis Penyebab dari DRP dapat berhubungan dengan pemilihan daftar dosis	C3.1	Dosis obat terlalu rendah
		C3.2	Dosis obat terlalu tinggi
		C3.3	Frekuensi regimen dosis kurang
		C3.4	Frekuensi regimen dosis berlebih
		C3.5	Instruksi dosis waktu pemberian obat salah, tidak jelas atau tidak ada
4	Durasi pengobatan Penyebab dari DRP dapat berhubungan dengan durasi dari terapi	C4.1	Durasi pengobatan terlalu singkat
		C4.2	Durasi pengobatan terlalu lama
5	Dispensing Penyebab dari DRP dapat berhubungan dengan kondisi logistik dari proses prescribing dan dispensing	C5.1	Obat yang diresepkan tidak tersedia
		C5.2	Informasi yang diperlukan tidak ada
		C5.3	Obat salah, kekuatan atau dosis yang disarankan
		C5.4	Obat salah atau kekuatan obat yang diberikan
6	Proses penggunaan obat Penyebab DRP yang berkaitan dengan cara pasien mendapat obat dari tenaga kesehatan Lanjutan ... profesional, terlepas dari instruksi dosis yang tepat (pada label)	C6.1	Waktu penggunaan dan/atau interval dosis yang tidak tepat
		C6.2	Obat yang dikonsumsi kurang
		C6.3	Obat yang dikonsumsi berlebih
		C6.4	Obat tidak dikonsumsi sama sekali
		C6.5	Obat yang digunakan salah
		C6.6	Obat yang digunakan melalui jalur atau rute pemberian yang salah
7	Pasien Penyebab DRP dapat berhubungan dengan kepribadian atau perilaku pasien.	C7.1	Pasien menggunakan/meminum obat kurang dari yang ditentukan atau tidak minum semua obat
		C7.2	Pasien menggunakan/meminum obat lebih dari yang di tentukan
		C7.3	Pasien menyalahgunakan obat (tidak sesuai aturan)
		C7.4	Pasien menggunakan obat yang tidak perlu
		C7.5	Pasien mengonsumsi makanan yang berinteraksi dengan obat
		C7.6	Pasien menyimpan obat tidak tepat
		C7.7	Waktu atau interval dosis tidak
		C7.8	tepat/sesuai
		C7.9	Pasien mengelola/menggunakan obat dengan cara yang salah
8	Lainnya	C8.1	Pasien tidak dapat menggunakan obat / dari yang diarahkan
		C8.2	Tidak dipantau, atau pemantauan hasil yang tidak tepat (termasuk TDM)
		C8.3	Penyebab lain ; menentukan Tidak ada penyebab yang jelas

d. Perencanaan Intervensi

Tabel 2.7. Perencanaan Intervensi

Domain Utama	Kode V8.02	Intervensi
I0. Tanpa intervensi	I0.1	Tanpa intervensi
I1. Pada tingkat prescriber	I1.1	Prescriber hanya diberitahukan
	I1.2	Prescriber meminta informasi
	I1.3	Intervensi yang diajukan kepada prescriber
	I1.4	Intervensi dibahas dengan prescriber
I2. Pada tingkat pasien	I2.1	Konseling obat kepada pasien
	I2.2	(hanya) informasi tertulis yang diberikan
	I2.3	Pasien dirujuk kepada prescriber
	I2.4	Menyampaikan kepada keluarga/pengasuh
I3. Pada tingkat obat	I3.1	Obat diubah menjadi
	I3.2	Dosis obat diubah menjadi.....
	I3.3	Formula diubah menjadi
	I3.4	Instruksi yang digunakan diubah menjadi.....
	I3.5	Obat dihentikan
	I3.6	Obat baru dimulai
I4. Aktivitas dan intervensi lainnya	I4.1	Intervensi lainya (spesifik).....
	I4.2	Efek samping dilaporkan ke pihak yang berwenang

e. Penerimaan dan Implementasi dari Intervensi

Tabel 2.8. Penerimaan Intervensi

Domain Utama	Kode V8.02	Implementation
A1. Intervensi diterima	A1.1	Intervensi diteruma dan implementasi diberikan sepenuhnya
	A1.2	Intervensi diterima, implementasi sebagian
	A1.3	Intervensi diterima, tetapi tidak diimplementasikan
	A1.4	Intervensi diterima, implementasi tidak diketahui
A2. Intervensi tidak diterima	A2.1	Intervensi tidak diterima,: tidak layak
	A2.2	Intervensi tidak diterima : tidak disetujui
	A2.3	Intervensi tidak diterima : alasan lainnya
	A2.4	Intervensi tidak diterima : alasan tidak diketahui
A3. Lainnya (Tidak ada informasi pada penerimaan)	A3.1	Intervensi diajukan, penerimaan tidak diketahui
	A3.2	Intervensi tidak diajukan

f. Status dari DRP

Tabel. 2.9. Status dari DRP

Domain Utama	Kode V8.02	Hasil Intervensi
0. Tidak diketahui	O0.1	Permasalahan tidak diketahui
1. Permasalahan terpecahkan	O1.1	Permasalahan terpecahkan
2. Sebagian terpecahkan	O2.1	Permasalahan sebagian terpecahkan
3. Permasalahan tidak terpecahkan	O3.1	Kurangnya kerjasama dengan pasien
	O3.2	Kurangnya kerjasama dengan
	O3.3	prescriber
	O3.4	Intervensi tidak efektif
		Tidak diperlukan atau memungkinkan untuk pemecahan permasalahan

Sumber : (PCNE, 2017)

9. Rumah Sakit

Rumah Sakit merupakan institusi yang melayani dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Permenkes, 2010). RSUD Banyumas didirikan pada tanggal 30 April 1925 yang berdiri di lingkungan daerah pedesaan tepatnya di Desa Kejawar, Kecamatan Banyumas, Kabupaten Banyumas. Pada awal berdirinya RSUD Banyumas nama rumah sakit ini adalah “ Burgerziekenhais te Banyumas “, yang lengkapnya bernama “ Juliana Burgerziekenhais “ atau lebih dikenal pada waktu itu sebagai Rumah Sakit Juliana, dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 110 buah. Nama tersebut diambil dari nama seorang putra mahkota Ratu Wilhelmina dari Belanda.

Pada tahun 1935, terjadi perpindahan kabupaten Banyumas ke Purwokerto, adanya perpindahan tersebut berdampak juga pada rumah sakit sehingga kondisi rumah sakit menjadi memprihatinkan dan citranya menurun. Setelah berakhir masa penjajahan Belanda di Indonesia pada tahun 1941, rumah sakit ini menjadi rumah sakit milik pemerintah pendudukan Jepang dan digantikan namanya menjadi RSU Banyumas sampai dengan tahun 1945. Tahun 1945 sampai dengan 1947 menjadi rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Dati II Banyumas. Kemudian diserahkan kepada pemerintah RI pada tahun 1950 dibawah Departemen Kesehatan (Pemerintah Pusat).

Tahun 1953 rumah sakit tersebut diserahkan pengelolaannya pada Pemerintah Daerah Kabupaten Dati II Banyumas. Mulai tahun 1992 diadakan upaya perbaikan mutu pelayanan yang intensif dengan penerapan Total Quality Management, Gugus Kendali Mutu, Akreditasi dan tahun 2000 mulai mencoba menerapkan model akreditasi dengan standar internasional meng-adopt sistem yang dikembangkan oleh ACHS, Australia yaitu EQUIP (Evaluation Quality Improvement Program) sehingga dapat mencapai berbagai prestasi. Tahun 1993 RSU Banyumas naik kelas dari Rumah Sakit Kelas D menjadi Kelas C pada tanggal 19 Januari 1993 melalui SK Menkes RI No. /Menkes/SK/I/1993.

Tahun 2000 RSU Banyumas naik kelas dari Rumah Sakit Kelas C menjadi Kelas B Non Pendidikan pada tanggal 28 Juli 2000 dengan SK Menkes RI No. 115/Menkes/SK/VII/2000. Tahun 2001 RSU Banyumas ditetapkan menjadi Rumah Sakit Kelas B Pendidikan oleh Menteri Kesehatan dengan SK No. 850/Menkes/SK/VIII/2001 tanggal 5 Oktober 2001, pengelolaannya masih di bawah kendali Pemerintah Daerah Kabupaten Banyumas dan menjalin ikatan kerjasama dengan Fakultas Kedokteran UGM sehingga menjadi salah satu dari tiga Rumah Sakit Pendidikan Utama FK UGM, selain RSUP dr. Sardjito Yogyakarta dan RSU Soeradji Tirtonegoro Klaten. Tahun 2008 RSUD Banyumas ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah.

Pada tahun 2014, berdasarkan surat keputusan Menteri Kesehatan No. HK.03.05/III/2961/11 Tanggal 30 Desember 2014, RSUD Banyumas ditetapkan menjadi rumah sakit kelas B Pendidikan Utama. Berdasarkan Peraturan Bupati Banyumas Nomor 36 Tahun 2010 tentang Tugas Pokok dan Fungsi RSUD Banyumas pasal 2, RSUD Banyumas mempunyai tugas melaksanakan penyusunan dan pelaksanaan kebijakan daerah dibidang pelayanan kesehatan di RSUD Banyumas untuk menyelenggarakan fungsi dalam perumusan kebijakan teknis lingkup pelayanan kesehatan pada RSUD Banyumas, pemberian dukungan atas penyelenggaraan pemerintahan daerah lingkup pelayanan kesehatan pada RSUD Banyumas, pembinaan dan pelaksanaan tugas pelayanan

kesehatan pada RSUD Banyumas, serta melakukan pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh Bupati sesuai dengan tugas dan fungsinya.

Visi dari RSUD Banyumas adalah menjadi Rumah Sakit Pendidikan yang bermutu tinggi, seimbang dan komprehensif. Sedangkan misinya yaitu :

- a. Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan riset bidang kesehatan yang bermutu tinggi, manusiawi dan terjangkau bagi masyarakat.
- b. Menyelenggarakan pelayanan, pendidikan dan riset bidang kesehatan yang seimbang, komprehensif dan terintegrasi.
- c. Mengembangkan profesionalisme Sumber Daya Manusia.
- d. Meningkatkan kesejahteraan pihak-pihak yang terkait.

RSUD Banyumas menyelenggarakan kegiatan pelayanan jasa kesehatan, pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengembangan kesehatan. Kegiatan yang dilakukan RSUD Banyumas berfungsi social, professional, dan etis dengan pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan menerapkan praktik bisnis yang sehat. Berdasarkan hasil analisis lingkungan dan isu strategis terkait dengan organisasi, RSUD Banyumas menerapkan “Strategi Pertumbuhan” untuk menambah kapasitas dan pengkayaan jenis pelayanan rawat jalan, rawat inap, dengan melakukan ekspansi pasar dengan teknologi.

Sampai saat ini, pelayanan rawat jalan terdapat 36 klinik yaitu 4 klinik penyakit dalam, klinik bedah 1, klinik bedah minor, klinik bedah 2, klinik umum, klinik anak, klinik obsgyn, klinik laktasi/KB, klinik syaraf, klinik jiwa, klinik THT, klinik mata, klinik kulit dan kelamin, klinik gigi dan mulut, klinik jantung, klinik bedah orthopedic, klinik perjanjian, fisioterapi, cek up/KIR, okupasi terapi, konsultasi gizi, psikologi, EEG, keterampilan fisik, VCT, endoscopy, terapi wicara, klinik tumbuh kembang, klinik obsgyn 2, klinik jiwa 2, klinik orthitic prostetic, klinik kosmetik, dan klinik NAPZA.

Sedangkan pelayanan rawat inap terdapat 14 ruang, selain itu juga terdapat pelayanan stroke terpadu, pelayanan intensive care, pelayanan perinatal, pelayanan high care (gawat darurat, persalinan,

bedah, hemodialisa, thalassemia, dan pelayanan penunjang lainnya), instalasi rehabilitasi medik, instalasi laboratorium, instalasi farmasi, instalasi radiologi, instalasi teknologi informatika, instalasi pemasaran social, customer service, dan promosi kesehatan, instalasi gizi, unit endoskopi, unit EEG, TCD, dan Brain Mapping, instalasi sterilisasi sentral, instalasi pemeliharaan sarana dan prasarana RS, instalasi sanitasi dan penyehatan lingkungan, pelayanan pendidikan dan penelitian, pelayanan perpustakaan dan internet, pelayanan mutu dan kerjasama, pelayanan administrasi dan keuangan, dan unit pelayanan entri data BPJS dan asuransi lainnya.

10. Rekam Medik

Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan (PERMENKES RI, 2013). Berdasarkan peraturan pada (Permenkes RI, 2008) rekam medis merupakan dokumen rahasia pasien berisi tentang identitas, diagnosa penyakit, riwayat medis, riwayat penyakit dan riwayat pengobatan yang hanya dapat dibuka dalam kondisi berikut :

- a. Demi kepentingan kesehatan pasien
- b. Memenuhi permintaan penegakan hukum oleh aparaturnegara
- c. Atas persetujuan pasien sendiri
- d. Permintaan institusi atau lembaga berdasarkan ketentuan undang undang
- e. Kepentingan penelitian, pendidikan dan audit media dengan catatan tidak menyebutkan identitas pasien.

Rekam medis dapat dimanfaatkan dengan tujuan untuk memelihara kesehaan dan pengobatan pasien, pendidikan, penelitian, statistik kesehatan, alat bukti penegakan hukum dan dasar pembiayaan pelayanan kesehatan (Permenkes RI, 2008).

11. Instalasi Farmasi Rumah Sakit

Pelayanan kefarmasian juga termasuk dalam pelayanan utama di rumah sakit, sebab hampir diseluruh pelayanan yang diberikan pada

penderita di rumah sakit berintervensi dengan sediaan farmasi dan atau perbekalan kesehatan. Instalasi Farmasi Rumah Sakit adalah satu-satunya bagian/divisi di rumah sakit yang bertanggung jawab penuh atas pengelolaan dan pengendalian seluruh sediaan farmasi dan perbekalan kesehatan lain yang beredar dan digunakan di rumah sakit. Mulai dari perencanaan, pemilihan, penetapan spesifikasi, pengadaan, pengendalian mutu, penyimpanan, serta dispensing, distribusi bagi penderita, pemantauan efek, pemberian informasi dan sebagainya, yang kesemuanya adalah tugas, fungsi, serta tanggung jawab bagian Instalasi Farmasi Rumah Sakit. Dalam praktik farmasi komunitas, apoteker menyadari secara mendalam hubungan tri tunggal dokter—pasien—apoteker. sehingga dalam praktik komunitas, dokter mendiagnosis dan menulis resep, apoteker men-*dispensing* obatnya dan pasien mengonsumsi obat resep, dibawah kondisi tertentu oleh anggota keluarganya.

12. Instalasi Kesehatan Jiwa Terpadu RSUD Banyumas

Dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan jiwa kepada masyarakat dan mencapai Visi memberikan pelayanan kesehatan terpadu paripurna, pada 14 Maret 2006 Paguyuban Kesehatan Jiwa Puntadewa di bentuk dengan output utama memfasilitasi proses kesembuhan penderita gangguan jiwa melalui peningkatan kepedulian dan jejaring pelayanan. Dan Meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa secara komprehensif dengan melibatkan seluruh pihak terkait secara sinergis dan berkesinambungan. Kegiatan Puntadewa kedepan akan lebih difokuskan pada upaya pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat. Melalui kegiatan ini diharapkan masyarakat semakin paham tentang gangguan jiwa, mampu merawat pasien gangguan jiwa lebih manusiawi, dan berperan serta aktif dalam proses rehabilitasi pasien gangguan jiwa.