

**EVALUASI KETEPATAN PENGGUNAAN OBAT
ANTIDEPRESAN PADA PASIEN DEPRESI
DI PUSKESMAS LICIN**

SKRIPSI

Oleh :
PUTRI AGUSTIN
NIM. 19930034



**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG
2022**

**EVALUASI KETEPATAN PENGGUNAAN OBAT
ANTIDEPRESAN PADA PASIEN DEPRESI
DI PUSKESMAS LICIN**

SKRIPSI

**Diajukan Kepada :
Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Islam Negeri (UIN) Maulana Malik Ibrahim Malang
Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan dalam
Memperoleh Gelar Sarjana Farmasi (S.Farm)**

**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG
2022**

**EVALUASI KETEPATAN PENGGUNAAN OBAT
ANTIDEPRESAN PADA PASIEN DEPRESI
DI PUSKESMAS LICIN**

SKRIPSI

Oleh :
PUTRI AGUSTIN
NIM. 19930034

Telah Diperiksa dan Disetujui untuk Diuji:
Tanggal: 12 Desember 2022

Pembimbing I



apt. Sadli Syarifuddin, S.Farm., M.Sc.
NIP. 19720203 20191120 1 254


Pembimbing II



apt. Dhani Wijaya, S.Farm., M.Farm.Klin.
NIP. 198550531 20191120 1 251



Mengetahui,
Ketua Program Studi Farmasi


apt. Abdul Hakim, M.P.I., M. Farm
NIP. 19761214 200912 1002

**EVALUASI KETEPATAN PENGGUNAAN OBAT
ANTIDEPRESAN PADA PASIEN DEPRESI
DI PUSKESMAS LICIN**

SKRIPSI

Oleh :
PUTRI AGUSTIN
NIM. 19930034

Telah Dipertahankan di Depan Dewan Penguji Skripsi dan
Dinyatakan Diterima Sebagai Salah Satu Persyaratan
Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Farmasi (S.Farm)
Tanggal: 19 Desember 2022

Ketua Penguji : apt. Dhani Wijaya, S.Farm., M.Farm.Klin. (.....)
NIP. 198550531 20191120 1 251

Anggota Penguji : 1. apt. Ach. Syahrir, M.Farm. (.....) ah
NIP. 19660526 20180201 1 206

: 2. apt. Sadli Syarifuddin, S.Farm.,M.Sc. (.....)
NIP. 19920203 20191120 1 254

: 3. Achmad Nashichuddin, M.A. (.....)
NIP.19730705 200003 1 002



Mengetahui,
Dekan Fakultas Farmasi
Hakim, M.P.I., M. Farm
NIP: 19761214 200912 1002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Putri Agustin
NIM : 19930034
Program Studi : Farmasi
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Judul : Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antidepresan pada Pasien Depresi di Puskesmas Licin

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan data, tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dengan mencantumkan sumber cuplikan pada daftar pustaka. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan skripsi ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Malang, 19 Desember 2022

Yang membuat pernyataan



Putri Agustin

NIM: 19930034

MOTTO

وَالِى رَّبِّكَ فَارْغَبْ

“Dan hanya kepada Tuhanmu hendaknya kamu berharap”

Q.S Al-Insyirah: 8

HALAMAN PERSEMBAHAN

الْحَمْدُ لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang Maha Pengasih lagi Maha Penyayang, atas rahmat dan anugerah-Nya sehingga skripsi ini dapat terselesaikan. Shalawat serta salam selalu terucap kepada Nabi Muhammad SAW. Dengan rasa syukur yang mendalam, karya tulis ini dipersembahkan kepada:

Kedua orang tua tercinta Bapak Agus Yuliono dan Ibu Fina yang selalu mendoakan, memberi dukungan, dan motivasi untuk kelancaran dalam menyelesaikan skripsi.

Adik-adik tersayang Meireza Aura Maulia, Meirida Zahrotul Fully dan Alula Farzana Afkarina yang selalu menghibur dan menjadi motivasi.

Anak-anak Pak Tomo yang menjadi teman seperjuangan yang selalu menemani dan memberikan dukungan, Nadia Nur Faizah, Hifar Rahmadinah dan Ainun Moenir.

Ravendyte Malang Raya yang bersedia menerima keluh kesah, dan memberikan dukungan, Nabila Inarotut Dharajat, Aprilina Ayu Nabila, Robiatul.

Cofactor group yang telah menjadi teman seperjuangan dan memberikan dukungan dalam penyelesaian skripsi.

Seluruh pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini yang tidak bisa penulis sebutkan, terimakasih atas doa, dukungan, bantuan dan selalu memberi semangat. Semoga Allah SWT membalas semua kebaikan kalian.

KATA PENGANTAR

Bismillaahirrahmaanirrahiim

Assalamualaikum Warahmatullohi Wabarakatuh.

Syukur Alhamdulillah penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi yang berjudul “Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antidepresan pada Pasien Depresi di Puskesmas Licin” dengan baik. Penyusunan skripsi ini merupakan salah satu persyaratan untuk melakukan penelitian terkait tugas akhir untuk menyelesaikan program studi pendidikan apoteker.

Penulis mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada seluruh pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini dengan baik. Ucapan terima kasih penulis ucapkan kepada:

1. Prof. Dr. H. M. Zainuddin, MA., selaku Rektor Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang
2. Prof. Dr. dr. Yuyun Yueniwati Prabowowati Wadjib, M.Kes, Sp,Rad (K) selaku dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang
3. apt. Abdul Hakim, M.P.I., M.Farm., selaku Ketua Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang
4. apt. Sadli Syarifuddin, S.Farm.,M.Sc., selaku pembimbing I penulis yang telah membimbing, memberikan saran, serta nasihat kepada penulis dalam penyusunan naskah skripsi
5. apt. Dhani Wijaya, S.Farm., M.Farm.Klin., selaku dosen pembimbing II penulis yang telah membimbing dan memberikan saran kepada penulis dalam penyusunan naskah skripsi
6. apt. Ach. Syahrir, M.Farm., selaku dosen penguji utama yang telah memberikan saran dan masukan dalam penyusunan naskah skripsi
7. Achmad Nashichuddin, M.A. selaku dosen penguji agama yang telah memberikan saran dan masukan dalam penyusunan naskah skripsi

8. apt. Yen Yen Ari Indrawijaya, M.Farm.Klin., selaku wali dosen penulis yang telah memberikan nasihat akademik kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan skripsi
9. Seluruh dosen Program Studi Farmasi yang selalu memotivasi penulis untuk menyelesaikan skripsi
10. Bapak Agus Yuliono, Ibu Fina, Meireza Aura Maulia, Meirida Zahrotul Fully dan Alula Farzana Afkarina, selaku keluarga penulis yang telah memberikan dukungan baik moril, material, maupun doa yang tiada putus demi kelancaran penyusunan skripsi ini
11. *Cofactor group* yang telah memberikan dukungan dalam penyelesaian skripsi

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat kekurangan dan penulis berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat kepada para pembaca khususnya bagi penulis secara pribadi.

Aamiin Ya Rabbal Alamin.

Wassalamu'alaikum Warahmatullohi, Wabarakatuh

Malang, 12 Desember 2022

Penulis

Putri Agustin

DAFTAR ISI

COVER	
HALAMAN JUDUL	
HALAMAN PERSETUJUAN	
HALAMAN PENGESAHAN	
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	
MOTTO	
HALAMAN PERSEMBAHAN	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
DAFTAR SINGKATAN	ix
ABSTRAK	x
ABSTRACT	xi
مستخلص البحث	xii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	8
1.5 Batasan Masalah.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
2.1 Depresi	9
2.1.1 Definisi Depresi	9
2.1.2 Epidemiologi Depresi.....	10
2.1.3 Kategori Usia	11
2.1.4 Etiologi Depresi	12
2.1.5 Patofisiologi Depresi	14
2.1.6 Tanda dan Gejala Klinis.....	17

2.1.7 Klasifikasi dan Diagnosis.....	19
2.2 Terapi Depresi.....	21
2.2.1 Tatalaksana Terapi Depresi.....	21
2.2.2 Terapi Farmakologi Depresi	25
2.2.2.1 Antidepresan	26
2.2.2.2 Terapi Tambahan	30
2.3 Evaluasi Penggunaan Obat.....	31
2.3.1 Ketepatan Penggunaan Obat	32
2.4 Puskesmas Licin.....	36
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL.....	38
3.1 Kerangka Konseptual	38
3.2 Uraian Kerangka Konseptual	39
BAB IV METODE PENELITIAN	40
4.1 Desain Penelitian	40
4.2 Waktu dan Tempat penelitian	40
4.3 Populasi dan Sampel Penelitian	40
4.3.1 Populasi	40
4.3.2 Sampel.....	40
4.3.2.1 Kriteria Inklusi	41
4.3.2.2 Kriteria Eksklusi	41
4.4 Definisi Operasional	42
4.5 Alat dan Bahan Penelitian.....	45
4.7 Prosedur Penelitian	45
4.8 Analisis Data	46
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN	47
5.1 Demografi Pasien Depresi.....	47
5.1.1 Jenis Kelamin	47
5.1.2 Usia	49
5.1.3 Pekerjaan	51
5.1.4 Diagnosis Depresi	52
5.2 Profil Penggunaan Obat Antidepresan	53

5.3 Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Pasien Depresi	55
5.3.1 Tepat Indikasi	56
5.3.1 Tepat Pasien	57
5.3.3 Tepat Obat	61
5.3.4 Tepat Dosis	63
5.3.5 Tepat Interval Pemberian	66
5.4 Ketepatan Penggunaan Obat dalam Alqur'an	67
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	69
6.1 Kesimpulan.....	69
6.2 Saran	69
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN	78

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Hipotesis neurotropik.....	15
Gambar 2.2 Hipotesis monoamin.....	16
Gambar 2.3 Algoritma tatalaksana depresi.....	26
Gambar 3.1 Kerangka konseptual.....	38
Gambar 5.1 Data demografi pasien depresi berdasarkan jenis kelamin	48
Gambar 5.2 Data demografi pasien depresi berdasarkan usia	49
Gambar 5.3 Data demografi pasien depresi berdasarkan pekerjaan	51
Gambar 5.4 Data demografi pasien depresi berdasarkan diagnosis depresi...	53
Gambar 5.5 Diagram evaluasi ketepatan indikasi depresi.....	56
Gambar 5.6 Diagram evaluasi ketepatan pasien depresi	58
Gambar 5.7 Diagram evaluasi ketepatan obat antidepresana.....	62
Gambar 5.8 Diagram evaluasi ketepatan dosis obat antidepresan.....	63
Gambar 5.9 Diagram evaluasi ketepatan interval pemberian.....	65

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Dosis dewasa obat antidepresan	26
Tabel 4.1 Definisi operasional.....	42
Tabel 4.2 Instrumen Penelitian Ketepatan Penggunaan Obat	44
Tabel 5.1 Profil penggunaan obat antidepresan	54
Tabel 5.2 Data tidak tepat pasien depresi.....	58
Tabel 5.3 Data tidak tepat dosis obat antidepresan	64

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Data Pasien	78
Lampiran 2 Surat Keputusan Persetujuan Etik	88
Lampiran 3 Surat Izin Penelitian Prodi Farmasi	89
Lampiran 4 Pemberitahuan Tertulis Dinkes Kabupaten Banyuwangi	90

DAFTAR SINGKATAN

ACTH	: <i>Adrenocorticotropic Hormone</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BDNF	: <i>Brain-Derived Neurotrophic Factor</i>
CBT	: <i>Cognitive Behavioral Therapy</i>
CRH	: <i>Corticotropin Releasing Hormone</i>
DA	: Dopamine
Depkes	: Departemen kesehatan
Dinkes	: Dinas Kesehatan
ECT	: <i>Electroconvulsive Therapy</i>
HHA	: Hipotalamus-Hipofisis-Adrenal
Kemenkes	: Kementerian kesehatan
MAOI	: <i>Monoamine Oxidase Inhibitor</i>
MDD	: <i>Major Depression disorder</i>
NE	: Norepinefrin
ODGJ	: Orang dengan Gangguan Jiwa
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PPDGJ	: Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
SNRI	: <i>serotonin norepinephrine reuptake inhibitor</i>
SSP	: Sistem Saraf Pusat
SSRI	: <i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitors</i>
SSRE	: <i>Selective Serotonin reuptake Enhancer</i>
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
TCA	: <i>Tricyclic Antidepressant</i>
WHO	: World Health Organization
5-HT	: Serotonin

ABSTRAK

Agustin, Putri. 2022. Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antidepresan pada Pasien Depresi di Puskesmas Licin. Skripsi. Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang. Pembimbing I: apt. Sadli Syarifuddin, S.Farm., M.Sc. Pembimbing II: apt. Dhani Wijaya, S.Farm., M.Farm.Klin.

Depresi adalah gangguan suasana hati yang bersifat searah berupa emosi atau perasaan tertekan yang mendalam. Gangguan depresi sering terjadi di masyarakat dan menjadi kontributor terbesar penyebab bunuh diri. Terapi farmakologi yang utama pada gangguan depresi adalah obat dari golongan antidepresan. Pada penggunaannya obat antidepresan masih banyak ditemukan adanya ketidaktepatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui profil pasien dan ketepatan penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin pada tahun 2020 sampai 2021 terkait dengan tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, dan tepat interval pemberian. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian observasional deskriptif. Pengambilan data menggunakan data retrospektif yaitu menggunakan data rekam medis pasien depresi tahun 2020 sampai 2021. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *non-probability sampling* yaitu *total sampling*. Jumlah sampel yang memenuhi kriteria sebanyak 18 rekam medis dengan total resep 32 lembar resep. Data yang diperoleh dievaluasi ketepatannya berdasarkan *guideline* terapi Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran jiwa, *Drug Information Handbook 21st*, dan *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach 9th*. Hasil penelitian profil penggunaan obat antidepresan menunjukkan obat yang paling banyak digunakan adalah fluoksetin sebesar 62% dan amitriptilin sebesar 38%. Hasil evaluasi ketepatan penggunaan obat antidepresan masih ditemukan adanya ketidaktepatan penggunaan obat yaitu tepat indikasi sebesar 100%, tepat pasien 94%, tepat obat sebesar 100%, tepat dosis sebesar 90% dan tepat interval pemberian sebesar 100%.

Kata Kunci: *Depresi, Antidepresan, Ketepatan, Rawat Jalan, Puskesmas Licin*

ABSTRACT

Agustin, Putri. 2022. Evaluation of The Appropriate Use of Antidepressant Drugs in Depressed Patients at The Licin Health Center. Thesis. Pharmacy Study Program of Faculty of Medicine and Health Sciences, Maulana Malik Ibrahim Malang State Islamic University of Malang. Advisor I: apt. Sadli Syarifuddin, S.Farm., M.Sc. Advisor II: apt. Dhani Wijaya, S.Farm., M.Farm.Klin.

Depression is a mood disorder in the form of deep depressing emotions or feelings. Depressive disorders often occur in society and become the biggest contributor to suicide. The main pharmacological therapy for depressive disorders is antidepressant drugs. There are still many inappropriate found in the use of antidepressant drugs. This study aims to determine the patient profile and the appropriate use of antidepressant drugs in depressed patients at the Licin Health Center outpatient installation from 2020 to 2021 related to the right indication, right patient, right drug, right dose, and right interval of administration. This research is descriptive observational research. Retrospective data was used as the data collection method for medical records of depressed patients from 2020 until 2021. The sampling technique was done using non-probability sampling, namely total sampling. The number of samples met the criteria was 18 medical records with 32 prescriptions. The data obtained were evaluated for accuracy based on the therapeutic guidelines of the National Guidelines for Psychiatric Services, Drug Information Handbook 21st, and Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach 9th. The results showed that the patient profile the most widely used antidepressant drugs were fluoxetine with 62% and amitriptyline with 38%. The results of the evaluation of the appropriate use of antidepressant drugs still found that there was inappropriate drug use: 100% right indication, 94% right patient, 100% right drug, 90% right dose, and 100% interval of drug administration.

Keywords: *Depression, Antidepressants, Appropriate, Outpatient, Licin Health Center*

مستخلص البحث

انجوستين ، فوتري .2022. تقييم دقة تناول لمصاب المضادة للاكتئاب في تركيب المرضى الاكتئاب في مركز الصحة العامة ليجين . فرضية. قسم الصيدلة ، كلية الطب والعلوم الصحية ، الجامعة الإسلامية الحكومية مولانا مالك إبراهيم مالانج. المشرف الاولي: الصيدلاى سدلي شريف الدين الماجستير ؛ المشرف الثاني: الصيدلاى داني ويجايا الماجستير.

الاكتئاب هو اضطراب المزاج أحادي الاتجاه في شكل مشاعر أو مشاعر اكتئاب عميقة اضطرابات الاكتئاب في المجتمع وهي أكبر مساهم في الانتحار . العلاج الدوائي الرئيسي لاضطرابات الاكتئاب هو الأدوية المضادة للاكتئاب.في الاستخدام وجد أن الأدوية المضادة للاكتئاب غير دقيقة . لذلك يجب دراسة بهذا البحث. تهدف هذه الدراسة إلى تحديد ملف تعريف ودقة استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب في المرضى الاكتئاب في العيادات الخارجية لمركز ليسان الصحي في 2020 إلى 2021 فيما يتعلق بالمؤشر الصحي ، والمريض المناسب ، والدواء المناسب ، والجرعة الصحيحة ، وفترات الجرعات المناسبة. نوع البحث المستخدم هو بحث وصفي قائم على الملاحظة. يستخدم جمع البيانات البيانات بأثر رجعي ، أي استخدام بيانات السجلات الطبية لمرضى الاكتئاب من 2020 إلى 2021. تم تنفيذ تقنية أخذ العينات من خلال أخذ العينات غير الاحتمالية ، أي أخذ العينات الكلي. وبلغ عدد العينات التي استوفت المعايير 18 سجلاً طبيياً بإجمالي 32 وصفاً طبية. تم تقييم البيانات التي تم الحصول عليها للتأكد من دقتها استناداً إلى المبادئ التوجيهية العلاجية للمبادئ التوجيهية الوطنية لخدمات الطب النفسي ، وكتيب معلومات الأدوية الحادي والعشرين ، والعلاج الدوائي A المقارنة الفيزيولوجية المرضية 9. أظهرت النتائج أن أكثر الأدوية المضادة للاكتئاب استخداماً هي فلوكستين بنسبة 62% وأميتربيتيلين بنسبة 38%. لا تزال نتائج تقييم دقة استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب تظهر عدم دقة في تعاطي المخدرات ، أي أن المؤشر الصحيح كان 100% .

الكلمات الرئيسية : الاكتئاب ، مضادات الاكتئاب ، الدقة ، العيادات الخارجية ، مركز الصحة العامة.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Depresi dapat dideskripsikan sebagai gangguan *mood* atau gangguan suasana hati yang bersifat searah atau *unipolar* berupa emosi atau perasaan tertekan yang menetap dan meresap. Dalam kondisi parah dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap dunia. Depresi adalah bagian dari gangguan jiwa yang umum terjadi di masyarakat. Penderita gangguan depresi sangat beresiko melakukan bunuh diri. Kejadian bunuh diri pada pasien depresi 30 kali lebih banyak daripada pasien non-depresi. Sebanyak 15% pasien depresi yang tidak tertangani akan melakukan bunuh diri (Ikawati dan Anurogo, 2018).

Menurut World Health Organization (2017) gangguan depresi ditandai dengan kesedihan, perasaan bersalah, cepat lelah, kehilangan minat atau kesenangan, nafsu makan terganggu, gangguan tidur dan gangguan konsentrasi. Gangguan depresi dapat menetap atau berulang, secara signifikan dapat mengganggu kemampuan seseorang dalam beraktivitas dan dalam mengatasi permasalahan dalam hidup. Pada tingkat yang paling parah gangguan depresi dapat menimbulkan rasa ingin bunuh diri.

Depresi menjadi kontributor terbesar penyebab utama bunuh diri yang jumlahnya mencapai hampir 800.000 jiwa pada setiap tahun. Jumlah penduduk dunia yang menderita gangguan depresi pada tahun 2015 ditaksir mencapai 4,4% setara dengan 322 juta orang. Asia Tenggara menjadi wilayah dengan prevalensi depresi tertinggi di dunia yaitu sebesar 85,67 juta jiwa setara dengan 27%.

Indonesia berada di urutan ke enam dengan prevalensi depresi sebesar 9,1 juta jiwa atau setara dengan 3,7% (WHO, 2017).

Pada data Riset Kesehatan Dasar (2018) dalam skala nasional prevalensi penduduk dengan gangguan depresi yang berusia 15 tahun keatas yang tercatat adalah sebesar 6.1% atau 706.689 orang. Prevalensi depresi di Provinsi Jawa Timur yang berusia 15 tahun keatas yang tercatat adalah sebesar 4.53% atau 74.657 orang. Sedangkan prevalensi depresi di kabupaten Banyuwangi yang tercatat adalah sebanyak 7.01 % atau 3.042 orang. Prevalensi depresi kabupaten Banyuwangi masih diatas angka rata-rata depresi Provinsi Jawa Timur dan berada di urutan ke lima dengan prevalensi tertinggi yang artinya kabupaten Banyuwangi merupakan salah satu kabupaten dengan penderita gangguan depresi terbanyak (Risesdas Jawa timur, 2018). Menurut laporan yang dituangkan dalam profil kesehatan Kabupaten Banyuwangi. Jumlah kunjungan pasien dengan gangguan jiwa di Pusat Kesehatan Masyarakat kabupaten Banyuwangi pada tahun 2019 sebanyak 13,258 orang (Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, 2019).

Kejadian depresi lebih banyak terjadi pada wanita dibandingkan pada pria. Tingkat prevalensi menurut usia akan meningkat pada masa dewasa tua yaitu berkisar pada usia 55-74 tahun dengan prevalensi lebih dari 7,5% gangguan depresi terjadi pada wanita dan lebih dari 5,5% terjadi pada pria. Anak-anak dan remaja berusia dibawah 15 tahun juga dapat mengalami depresi akan tetapi jumlahnya yang lebih sedikit dibandingkan dengan orang dewasa (WHO, 2017).

Dalam mengatasi gangguan depresi dapat diberikan terapi secara farmakologi dan non-farmakologi. Psikoterapi adalah salah satu terapi non-

farmakologi yang diberikan dengan cara membentuk hubungan interpersonal seorang terapis dengan pasien. Terapi non-farmakologi selanjutnya adalah *Electroconvulsive Therapy* (ECT) yang merupakan bagian terapi pengobatan depresi yang dilakukan dengan mengalirkan aliran listrik ke otak (Departemen kesehatan, 2007). Terapi selanjutnya adalah *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) terapi ini tetap bertahan setelah perawatan berakhir dan juga telah terbukti dapat membantu mencegah upaya bunuh diri (Hollon *et al.*, 2005). Kemudian terapi *Spiritual Well-Being* terapi ini lebih efektif menggunakan pendekatan keagamaan dan budaya (Azizah, 2011). Terapi selanjutnya yaitu pola diet dan nutrisi, mengikuti pola diet sehat dapat membantu mengurangi gejala depresi pada pasien depresi (MooDFood, 2018)

Terapi farmakologi pada pasien depresi adalah terapi dengan obat dari golongan antidepresan. Antidepresan sebagai kelas obat digunakan terutama dalam pengelolaan gangguan depresi dan gangguan kecemasan. Obat golongan antidepresan juga digunakan untuk pengelolaan gangguan makan, impuls gangguan kontrol, enuresis, disfungsi seksual, agresi dan beberapa gangguan kepribadian (Yerkade and Siddiqui, 2017). Pada pasien depresi terjadi perubahan *mood* / perasaan yang dipengaruhi oleh penurunan kadar serotonin (5-HT) dan norepinefrin (NE) di otak. Pemberian obat antidepresan dapat meningkatkan 5-HT dan NE di otak. Obat golongan antidepresan yang digunakan dalam mengobati depresi adalah golongan *Tricyclic antidepressant* (TCA), *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRI), *serotonin norepinephrine reuptake inhibitor* (SNRI), *monoamine oxidase*

inhibitor (MAOI), *amino keton*, triazolopiridin, dan tetrasiklik (Ikawati dan Anurogo, 2018).

Lebih dari setengah obat di dunia yang telah diresepkan, dijual dan diberikan kepada masyarakat adalah tidak tepat pemberian dan obat digunakan secara tidak tepat oleh setengah dari pasien menggunakannya (WHO, 2004). Penggunaan obat secara rasional bertujuan untuk memastikan obat yang diberikan kepada pasien sesuai dengan apa yang dibutuhkan dalam periode yang tepat dan harga yang terjangkau. Pengobatan yang tidak rasional memberikan dampak negatif pada pasien dan memungkinkan pasien tidak mendapatkan manfaat dari pengobatan (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Pada penelitian sebelumnya yang membahas mengenai potensi penggunaan antidepresan yang tidak tepat, terapi tanpa indikasi, dan indikasi tanpa terapi pada pasien panti jompo veteran. Didapatkan bahwa dari 877 pasien dengan depresi, 25,4% tidak mendapatkan antidepresan yang menunjukkan potensi indikasi tanpa terapi. Di antara pasien depresi yang menerima antidepresan, 43,1% memiliki potensi penggunaan yang tidak tepat terutama karena adanya interaksi obat dengan obat dan obat dengan penyakit. Dari 2.815 pasien yang tidak mengalami depresi, 1190 pasien atau 42,3% diberi resep satu atau lebih antidepresan. Hal ini menunjukkan potensi penggunaan berlebihan atau obat tanpa indikasi. Secara keseluruhan hanya 17,6% penggunaan antidepresan yang tepat (Hanlon *et al.*, 2011).

Dalam penelitian Bhattacherjee *et al.*, (2019) membahas mengenai penggunaan antidepresan yang berpotensi tidak tepat pada dewasa tua dengan

demensia dan gangguan depresi berat. Sampel penelitian ini terdiri dari 7.625 orang, diantaranya 7,59% (N = 579) memulai pengobatan dengan antidepresan yang berpotensi tidak tepat. Paroksetin (N = 394) adalah antidepresan yang berpotensi tidak tepat yang paling sering terjadi kemudian ada amitriptilin (N = 104), nortriptilin (N = 35), dan doksepin (N = 32). Dalam penelitian Septyarini dkk (2021) yang membahas mengenai evaluasi ketepatan dosis obat antidepresan pasien depresi rawat jalan di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kraton Kabupaten Pekalongan didapatkan persentase terkait obat golongan antidepresan yang paling banyak diberikan yaitu fluoksetin dengan ketepatan dosis (37,6%).

Salah satu tanda dan gejala depresi adalah perasaan takut, cemas dan sedih, di dalam Alqur'an disebut dengan khauf. Alqur'an juga menjelaskan mengenai ciri-ciri kekasih Allah yaitu seseorang yang tidak ada kesedihan ataupun kekhawatiran dalam dirinya kecuali kepada Allah. Sebagaimana firman Allah dalam Alqur'an surah Yunus ayat 62 yaitu:

أَلَا إِنَّ أَوْلِيَاءَ اللَّهِ لَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ٦٢

Artinya: "Ingatlah, sesungguhnya para kekasih Allah itu, tidak ada kekhawatiran (takut) terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati." (QS. Yunus: 62)

Pada ayat tersebut telah dijelaskan mengenai perasaan cemas atau khawatir dan perasaan sedih. Allah mengarahkan perhatian kaum Muslimin agar mereka mempunyai kesadaran penuh bahwa sesungguhnya wali-wali Allah tidak akan merasakan kekhawatiran dan gundah hati. Wali-wali Allah dalam ayat ini ialah orang-orang yang beriman dan bertakwa (Ibrahim dkk, 2011). Shihab (2002) menjelaskan bahwa sesungguhnya para wali Allah yang beriman dan mentaati-Nya

akan dicintai oleh Allah sebagaimana mereka mencintai-Nya. Bagi mereka tidak ada rasa takut dari keterhinaan di dunia dan siksaan di akhirat. Mereka pun tak merasa sedih karena tidak mendapatkan kesenangan dunia, karena di sisi Allah, mereka akan memperoleh sesuatu yang lebih besar dan lebih banyak dari itu semua.

Menurut (Shihab dkk, 2016) yang dimaksud dengan wali-wali Allah adalah kekasih Allah yang tidak memiliki rasa takut dan cemas terhadap apa yang akan mereka hadapi di akhirat dan tidak sedih dan tertekan pada hal yang telah terjadi di dunia. Yang dimaksud tidak ada rasa takut bagi mereka adalah karena mereka yakin bahwa janji Allah pasti akan datang, dan pertolongan-Nya tentu akan tiba serta petunjuk-Nya tentu membimbing mereka ke jalan yang lurus. Apabila mereka ditimpa musibah, mereka tetap sabar menghadapi dan mengatasinya dengan penuh ketabahan dan tawakal kepada Allah (Ibrahim dkk, 2011).

Puskesmas Licin merupakan puskesmas unggulan jiwa berdasarkan surat keputusan Bupati Nomor 188/54/KEP /429.011/2017 mengenai penetapan status pelayanan pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) di Kabupaten Banyuwangi. Oleh karena itu Puskesmas Licin menjadi puskesmas rujukan bagi masyarakat yang mengalami gangguan jiwa (Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, 2019). Puskesmas Licin juga memiliki jumlah kunjungan pasien gangguan jiwa tertinggi hingga mencapai 5770 kasus dan 400 kasus rawat inap pada tahun 2016 (Puskesmas Licin, 2018). Dengan banyaknya kasus gangguan jiwa yang terjadi, maka banyak juga obat yang dikonsumsi pasien. Oleh karena itu perlu dilakukan penelitian mengenai evaluasi ketepatan obat dengan parameter 5 tepat yaitu tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis dan tepat interval pemberian.

Berdasarkan latar belakang tersebut penelitian ini penting untuk dilaksanakan dikarenakan masih banyak ditemukan ketidaktepatan dalam penggunaan obat antidepresan. Di Puskesmas Licin juga masih belum ada penelitian mengenai evaluasi ketepatan penggunaan obat antidepresan. Penelitian yang akan dilakukan adalah Evaluasi penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi yang meliputi tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, dan tepat interval di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin Kabupaten Banyuwangi.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Bagaimana profil penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin pada tahun 2020-2021?
2. Bagaimana evaluasi ketepatan penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin pada tahun 2020-2021 terkait dengan tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, dan tepat interval pemberian?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah diatas, maka tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui profil penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin pada tahun 2020-2021.

2. Mengetahui ketepatan penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin pada tahun 2020-2021 terkait dengan tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, dan tepat interval pemberian.

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi mahasiswa, hasil penelitian dapat memberikan tambahan wawasan pengetahuan mengenai ketepatan penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi.
2. Bagi peneliti, hasil penelitian dapat menjadi referensi atau acuan bagi peneliti lain untuk melakukan penelitian lanjutan yang memiliki masalah yang sama.
3. Bagi puskesmas, hasil penelitian dapat menjadi dasar evaluasi penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi di Puskesmas Licin.

1.5 Batasan Masalah

1. Rekam medis yang diteliti adalah data rekam medis pasien di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin pada tahun 2020-2021 yang terdiagnosa depresi dan mendapatkan terapi antidepresan.
2. Evaluasi ketepatan yang dilakukan hanya dengan 5 parameter, yaitu tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, dan tepat interval pemberian.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Depresi

2.1.1 Definisi Depresi

Pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan jiwa dijelaskan bahwa gangguan jiwa merupakan keadaan ketika seseorang mengalami gangguan dalam berpikir, berperasaan dan berperilaku yang terjadi dalam bentuk perubahan perilaku dan beberapa kumpulan gejala yang berarti. Dapat memberikan hambatan dan penderitaan bagi penderitanya dalam menjalankan aktivitas sehari-hari. Gangguan depresi dan gangguan kecemasan adalah bagian dari gangguan jiwa yang sering terjadi. Pengertian depresi adalah gangguan mental yang ditandai dengan kesedihan, perasaan bersalah, cepat lelah, gangguan tidur, kehilangan minat atau kesenangan, nafsu makan terganggu, dan gangguan konsentrasi (World Health Organization, 2017).

Penderita gangguan depresi tidak hanya merasakan perasaan sedih dan tertekan akan tetapi depresi juga mempengaruhi seluruh diri penderitanya mulai dari perasaan, pikiran hingga kesehatan fisik. Gejala ansietas juga sering ditemukan secara bersamaan. Pada Sebagian orang juga ada yang merasakan keluhan fisik dan nyeri (Maramis, 2014). Gangguan depresi dapat terjadi secara akut maupun kronis. Pada penderita gangguan depresi berat biasanya timbul rasa ingin bunuh diri (Irawan, 2013). Banyak dari penderita depresi yang tidak menyadari bahwa dirinya telah mengalami depresi karenanya depresi sering disebut dengan penyakit yang tak terlihat (*invisible disease*). Depresi adalah bagian dari gangguan psikologis yang

dalam pengobatannya membutuhkan bantuan para ahli. Akan tetapi dalam kehidupan sosial gangguan depresi sering diabaikan dan dikaitkan dengan masalah keimanan seseorang. Hal ini menjadi salah satu faktor 80 % penderita depresi tidak mendapatkan penanganan yang tepat (Pradana, 2016).

2.1.2 Epidemiologi Depresi

Depresi merupakan salah satu gangguan mental yang umum terjadi di masyarakat. Jumlah penduduk dunia yang menderita depresi pada tahun 2015 diperkirakan mencapai 4,4% setara dengan 322 juta orang. Asia Tenggara menjadi wilayah dengan prevalensi depresi tertinggi di dunia yaitu sebesar 85,67 juta jiwa setara dengan 27%. Indonesia berada di urutan ke enam dengan prevalensi depresi sebesar 9,1 juta jiwa atau setara dengan 3,7% (WHO, 2017). Setiap orang dapat mengalami gangguan depresi mulai dari anak-anak, remaja, orang dewasa, pria, wanita, dan ras apapun. Gangguan depresi dua sampai tiga kali lebih banyak terjadi pada wanita dibandingkan pria (Ikawati dan Anurogo, 2018). Depresi yang terjadi pada wanita yang mencapai 5,1% dan pada pria sebanyak 3,6% (WHO, 2017).

Di Amerika Serikat penderita depresi ditaksir mencapai 5,3 % dan pada surveinya menghasilkan 17 % populasi mempunyai riwayat gangguan depresi semasa hidupnya. Resiko yang dapat terjadi pada pasien depresi adalah mengalami gangguan kecemasan, menyalahgunakan obat, kecanduan alkohol, dll. Keadaan terburuk akibat depresi adalah dapat menimbulkan rasa ingin bunuh diri. Terdapat kecenderungan dalam hubungan keluarga dengan kejadian depresi, dengan perkiraan 8 sampai 18 % pasien depresi memiliki setidaknya satu anggota keluarga dekat yang pernah mengalami depresi (Ikawati dan Anurogo, 2018).

2.1.3 Kategori Usia

Usia pada manusia terbagi menjadi beberapa kelompok usia atau rentang usia, pada setiap kelompok mendeskripsikan perkembangan manusia. Berikut pembagian kategori atau kelompok usia yang telah ditentukan oleh Departemen Kesehatan RI (2009) berikut kategori usianya:

- Balita dengan rentang usia 0 – 5 tahun,
- Kanak-kanak dengan rentang usia 6 – 11 tahun.
- Remaja awal dengan rentang usia 12 – 16 tahun.
- Remaja akhir dengan rentang usia 17 – 25 tahun.
- Dewasa awal dengan rentang usia 26 – 35 tahun.
- Dewasa akhir dengan rentang usia 36 – 45 tahun.
- Lansia awal dengan rentang usia 46 – 55 tahun.
- Lansia akhir dengan rentang usia 56 – 65 tahun.
- Manula dengan rentang usia 65 – atas

Sedangkan pembagian kategori usia menurut World Health Organization (2013) sebagai berikut :

- Anak-anak dengan rentang usia 0 – 17 tahun
- Pemuda dengan rentang usia Berusia 18 – 65 tahun
- Masa setengah baya dengan rentang usia 66 – 79 tahun
- Orang tua dengan rentang usia 80 – 99 tahun
- Orang tua berusia panjang dengan rentang usia 100 tahun keatas

Setiap orang dapat mengalami gangguan depresi tanpa memandang usia. Tingkat prevalensi menurut usia akan meningkat di masa dewasa tua yaitu berkisar

pada usia 55-74 tahun dengan prevalensi lebih dari 7,5% gangguan depresi terjadi pada wanita dan lebih dari 5,5% terjadi pada pria. Anak-anak dan remaja yang berusia kurang dari usia 15 tahun juga dapat mengalami depresi akan tetapi jumlahnya yang lebih sedikit dibandingkan dengan orang dewasa (WHO, 2017). Pada Riset Kesehatan Dasar (2018) menunjukkan bahwa gangguan depresi mulai terjadi pada remaja dengan rentang usia 15 sampai 24 tahun dengan prevalensi sebesar 6,2%. Pola prevalensi depresi meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Prevalensi terbanyak yaitu sebesar 8,9% yang terjadi pada usia 75 tahun keatas, 8,0% terjadi pada rentang usia 65 sampai 74 tahun dan 6,5% pada rentang usia 55 sampai 64 tahun.

2.1.4 Etiologi Depresi

Gangguan depresi dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang cukup kompleks seperti faktor lingkungan, faktor biologis dan juga faktor genetik. Beberapa faktor ini dapat menjadi penyebab gangguan depresi dengan bersamaan atau tunggal. Berikut penjelasan mengenai faktor-faktor penyebab depresi (Ikawati dan Anurogo, 2018).

1. Genetik (keturunan) dapat menjadi penyebab depresi terdapat hubungan antara genetik dengan kejadian depresi dan bunuh diri. Perkiraan 8 sampai 18 % pasien depresi berat memiliki setidaknya satu anggota keluarga dekat yang pernah mengalami depresi. Seseorang yang mempunyai anggota keluarga dekat yang mengalami depresi memiliki kemungkinan 1,5 sampai 3 kali lebih besar untuk mengalami depresi dibandingkan dengan orang normal.

2. Kepribadian dari seseorang dengan ciri kepribadian tertentu dapat rentan mengalami depresi. Ciri kepribadian yang rentan terhadap depresi adalah seseorang yang bergantung dengan pendapat orang lain, selalu berpikiran negatif, selalu putus asa, khawatir berlebihan, dan merasa rendah diri,
3. Lingkungan dapat menjadi penyebab seseorang mengalami depresi seperti lingkungan yang tidak mendukung, kehilangan seseorang, menghadapi masalah kehidupan, perubahan kondisi lingkungan, maupun stress yang berkepanjangan. Hal ini dapat memicu ketidakseimbangan kadar neurotransmitter di otak yang dapat menjadi penyebab terjadinya depresi. Peristiwa bahagia juga dapat memicu terjadinya depresi, seperti melahirkan. Setelah melahirkan seorang wanita akan mengalami perubahan kadar hormon yang dapat menyebabkan stres yang memicu terjadinya depresi postpartum.
4. Kondisi medis dalam gangguan depresi dapat disebabkan oleh kondisi medis tertentu seperti diabetes, parkinson, alzheimer, stroke, jantung, kanker, dan gangguan hormonal seperti premenopause maupun hipotiroidisme. Kemudian seseorang yang mengalami alergi yang dianggap tidak dapat menyebabkan depresi. Akan tetapi seseorang yang alergi non-makanan lebih rentan mengalami depresi dibandingkan dengan seseorang yang tidak alergi.
5. Penggunaan obat dapat menjadi penyebab gangguan depresi dengan penggunaan obat dalam jangka waktu yang lama. Misalnya pada penggunaan pil keluarga berencana (KB), beberapa obat tekanan darah, dan obat prednison diketahui dalam beberapa kasus dapat menyebabkan depresi dan juga dapat memperburuk kondisi depresi. Ada beberapa obat yang dikaitkan

dengan resiko terjadinya bunuh diri, yaitu pada obat kejang seperti lamotigrin dan gabapentin.

6. Penyalahgunaan zat berbahaya dapat menjadi penyebab depresi, begitu juga sebaliknya seseorang yang mengalami depresi akan menyalahgunakan zat berbahaya seperti alkohol dan obat-obatan tertentu. Penyalahgunaan zat berbahaya yang dilakukan oleh penderita depresi adalah upaya untuk merasa lebih baik, dimana kondisi ini bersifat sementara.

2.1.5 Patofisiologi Depresi

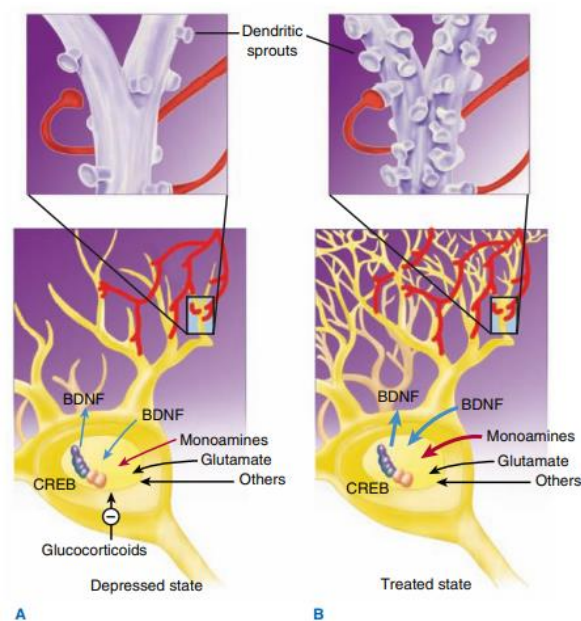
Pada gagasan lama telah dijelaskan bahwa pengurangan jumlah atau fungsi mono amina (hipotesis monoamin) merupakan pusat biologi depresi. Selain itu baru ditemukan bukti bahwa faktor neurotropik (hipotesis neurotropik) dan endokrin (hipotesis endokrin) berperan penting dalam terjadinya depresi (DeBattista, 2018).

1) Hipotesis Neurotropik

Faktor pertumbuhan saraf yaitu *Brain-Derived Neurotrophic Factor* (BDNF) yang diturunkan dari otak mempengaruhi neurogenesis, regulasi plastisitas saraf dan ketahanan. Hal ini diduga mempengaruhi keberlangsungan hidup neuron dan pertumbuhannya dengan mengaktivasi reseptor tirosin kinase B di neuron dan sel glia seperti pada gambar 2.1 (DeBattista, 2018).

Terjadinya nyeri dan stres berkaitan dengan penurunan kadar BDNF dan penurunan dukungan neurotropik. Penurunan ini dapat mengakibatkan suatu perubahan struktural atrofik di hipokampus dan pada bagian lainnya yaitu *cingulate anterior* dan *korteks frontalis medialis*. Dalam hal ini

hipokampus berperan penting dalam ingatan kontekstual dan pada regulasi sumbu Hipotalamus-Hipofisis-Adrenal (HHA). Demikian juga Simulatus anterior memiliki peran dalam integrasi rangsangan emosi dan jiwa perhatian. Sedangkan korteks frontalis orbital medialis memiliki peran pada memori pembelajaran dan emosi. Berkurangnya volume pada hipokampus akan meningkat sesuai dengan durasi sakit dan total durasi ketika depresi tidak ditangani. Terjadinya depresi juga ada kaitannya dengan menghilangnya aktivitas neurotropik. Pada penderita depresi berat mengalami penurunan sebesar 5 sampai 10% volume hipokampus. Pada keadaan depresi dan stress kronik dikaitkan dengan hilangnya volume di korteks frontalis orbital medialis dan singulus anterior (DeBattista, 2018).

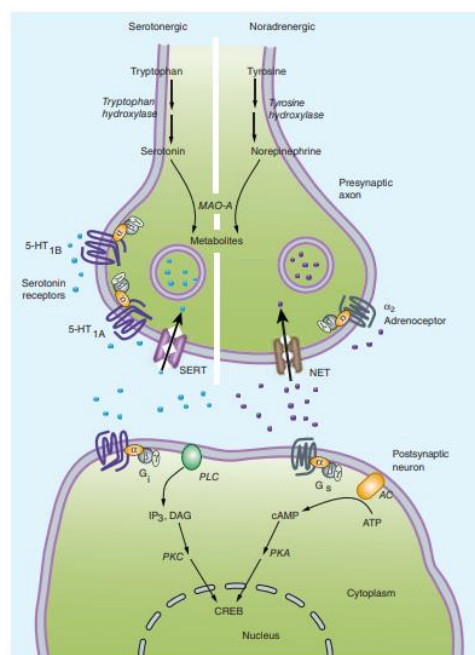


Gambar 2.1 Hipotesis neurotropik (DeBattista, 2018).

2) Hipotesis monoamin

Pada hipotesis monoamine dijelaskan bahwa terjadinya depresi ada kaitannya dengan penurunan jumlah atau fungsi neurotransmitter serotonin

(5-HT), norepinefrin (NE), dan dopamine (DA) pada korteks limbic. Hal ini didukung dengan fakta bahwa semua antidepresan yang tersedia mempunyai efek spesifik pada sistem monoamina. Semua golongan antidepresan meningkatkan ketersediaan sinaptik 5-HT, NE, atau DA. Upaya untuk mengembangkan antidepresan yang bekerja pada sistem neurotransmitter lain belum efektif sampai saat ini (DeBattista, 2018).



Gambar 2.2 Hipotesis monoamin (DeBattista, 2018).

3) Hipotesis neuroendokrin

Dalam hipotesis neuroendokrin menjelaskan bahwa depresi ada kaitannya dengan beberapa kelainan hormonal. Di antara penelitian yang paling sering direplikasi yaitu kelainan sumbu HHA pada pasien dengan *Major Depression disorder* (MDD). Adanya kelainan pada regulasi respon neuroendokrin pada pasien depresi, dengan hiperaktivitas sumbu HHA yang didorong oleh hipersekresi hormon *corticotropin-releasing hormone* (CRH). Bagian limbik pada otak adalah bagian yang terkait dengan emosi (Baune,

2009). Depresi juga dilaporkan berkaitan dengan peningkatan kadar kortisol, tidak tertekannya pengeluaran hormon adrenokortikotropik (ACTH) dan peningkatan kronik kadar *corticotropin-releasing hormone* (Katzung *et al.*, 2014).

Stres menyebabkan pelepasan CRH dari hipotalamus dan mengaktifkan *adrenocorticotrophic hormon* (ACTH) di hipofisis anterior. ACTH menuju ke korteks adrenal dan merangsang produksi kortisol. Kortisol memiliki kemampuan merangsang reseptor mineral kortikoid dibandingkan reseptor glukokortikoid (GR). Kompleks Glukokortikoid dan mineralokortikoid meningkatkan aktivitas kompleks, dan kompleks GR-kortisol akan mengikat CRH dan ACTH untuk mengatur produksi kortisol. Selama stres umpan balik negatif dari kortisol sangat penting dalam menjaga homeostasis, jika terganggu dapat menyebabkan hilangnya sensitivitas sumbu HHA (Sriram *et al.*, 2012).

Disregulasi tiroid atau kelainan fungsi tiroid dilaporkan terjadi pada 25% pasien depresi. Hal ini berkaitan dengan kurangnya respons tirotropin terhadap *thyrotropin-releasing hormone* dan meningkatnya tiroksin darah sewaktu depresi. Hipotiroidisme klinis sering bermanifestasi sebagai gejala-gejala depresi yang dalam diobati dengan suplementasi hormone tiroid (Katzung *et al.*, 2014).

2.1.6 Tanda dan Gejala Klinis

Untuk mengetahui dan menyatakan seseorang mengalami depresi diperlukan pemeriksaan awal untuk mengetahui penyebab depresi. Jika perasaan

sedih atau tertekan yang dialami seseorang dikarenakan kehilangan orang yang dicintai adalah normal dan akan hilang dengan sendiri seiring berjalannya waktu. Akan tetapi jika gejalanya menetap hingga 2 bulan dan diiringi rasa ingin bunuh diri, merasa tidak berguna, kegagalan fungsional, kemunduran psikomotor, dan gejala psikotik, kemungkinan besar mengalami depresi (Ikawati dan Anurogo, 2018).

Tanda-tanda depresi seringkali sulit untuk diketahui, karena pada beberapa orang yang mengalami kesedihan dan tertekan memiliki penyebab yang berbeda-beda dan terjadi dalam waktu yang cukup lama. Berikut tanda-tanda pada penderita depresi (Depkes, 2007).

- 1) Pola tidur yang tidak normal (mimpi buruk, merasa cemas, dan mudah terbangun).
- 2) Kesulitan untuk berkonsentrasi di setiap aktivitas.
- 3) Mudah tersinggung, selalu cemas dan khawatir.
- 4) Menghentikan aktivitas yang dulunya disenangi.
- 5) Malas untuk bangun pagi

Pada Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa (PPDGJ) III dan WHO ICD - X yang tertuang dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran jiwa Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 gejala depresi terdiri dari :

Gejala utama pada depresi ringan, sedang hingga berat :

1. Efek depresi
2. Minat dan kesenangan yang hilang

3. Pengurangan energi yang menyebabkan cepat lelah dan berkurangnya aktivitas.

Gejala lain yang menyertai:

1. Kemampuan untuk berkonsentrasi menurun.
2. Menurunnya kepercayaan diri juga harga diri.
3. Merasa tidak berguna dan perasaan bersalah.
4. Berpandangan negatif dan suram terhadap masa depan.
5. Pikiran atau tindakan menyakiti diri sendiri (rasa ingin bunuh diri)
6. Gangguan tidur.
7. Nafsu makan terganggu

Dalam menegakkan diagnosis depresi, episode depresi dan gejala utama tersebut telah ada selama periode minimal 2 minggu. Tetapi periode kurang dari 2 minggu dapat dikatakan depresi apabila ada gejala yang sangat amat berat dan berlangsung cepat.

2.1.7 Klasifikasi dan Diagnosis

Menurut yang menganut klasifikasi Pedoman Penggolongan Diagnosis Gangguan Jiwa–III dan WHO ICD - X yang tertuang dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran jiwa Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015, klasifikasi episode depresi terbagi menjadi 4 kategori :

a. Episode depresi ringan

- 1) Harus memiliki setidaknya 2 dari 3 gejala utama depresi dan gejala penyerta setidaknya 2 gejala.
- 2) Tidak diperbolehkan adanya gejala berat.

- 3) Durasi seluruh episode depresi yang terjadi setidaknya 2 minggu.
 - 4) Sedikit mengalami hambatan dalam menjalankan aktivitas dan kegiatan sosial.
- b. Episode depresi sedang
- 1) Harus memiliki setidaknya 2 dari 3 gejala utama depresi dan gejala penyerta setidaknya 3 gejala.
 - 2) Tidak diperbolehkan adanya gejala berat.
 - 3) Durasi seluruh episode depresi yang terjadi setidaknya 2 minggu.
 - 4) Kesulitan menghadapi kenyataan dalam menjalankan aktivitas, kegiatan sosial, melakukan pekerjaan dan urusan rumah tangga.
- c. Episode depresi berat tanpa gejala psikotik
- 1) Harus ada ketiga gejala utama gangguan depresi dengan gejala penyerta setidaknya 4 gejala, dan beberapa diantara 4 gejala penyerta harus ada yang berintensitas berat.
 - 2) Jika terdapat gejala yang signifikan seperti agitasi atau retardasi psikomotor yang mendominasi, penderita depresi kemungkinan tidak ingin atau tidak dapat mengatakan banyak gejalanya dengan rinci.
 - 3) Durasi seluruh episode depresi terjadi setidaknya 2 minggu, akan tetapi apabila ada gejala yang sangat berat dan berlangsung sangat cepat, maka dapat ditegakkan diagnosis depresi dengan waktu yang kurang dari 2 minggu.
 - 4) Penderita tidak mampu dan sangat terbatas untuk melakukan pekerjaan, kegiatan sosial, maupun urusan rumah tangga.

d. Episode depresi berat dengan gejala psikotik

- 1) Memenuhi kriteria episode depresi berat yang disertai delusi, halusinasi atau stupor. Delusi seringkali melibatkan gagasan mengenai dosa, kemiskinan maupun malapetaka yang mengancam, penderita merasa harus bertanggung jawab terhadap hal tersebut. Halusinasi auditorik biasanya berupa suara negatif seperti menuduh atau menghina. Sedangkan halusinasi olfaktorik biasanya berupa bau kotoran atau daging membusuk. Agitasi psikomotor yang berat dapat menjadi stupor
- 2) Jika perlu, delusi atau halusinasi dapat ditetapkan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (*mood congruent*).

2.2 Terapi Depresi

2.2.1 Tatalaksana Terapi Depresi

Tujuan terapi depresi adalah untuk mengurangi gejala depresi, mengurangi efek samping, memastikan kepatuhan terhadap regimen terapi yang telah ditetapkan, dan mencegah terjadinya episode depresi lebih lanjut (Dipiro *et al.*, 2015). Sasaran terapi depresi adalah adanya perubahan *mood* / perasaan pasien, dikarenakan *mood* seorang pasien dipengaruhi oleh kadar serotonin (5-HT) dan Norepinefrin (NE) di otak. Sasaran utama terapi depresi yaitu dengan modulasi 5-HT dan NE di otak dengan agen yang sesuai untuk mencapai kesetimbangan. Strategi terapi yang digunakan adalah terapi menggunakan obat antidepresan karena dapat memodulasi kadar 5-HT dan NE di otak. Obat antidepresan tidak dapat menyebabkan kecanduan dan perasaan melayang karena antidepresan bukan obat penenang (Ikawati dan Anurogo, 2018).

Terapi depresi dapat diberikan secara farmakologi, non-farmakologi maupun keduanya. Terapi yang digunakan bergantung pada tingkat keparahan pasien depresi. Akan tetapi kombinasi keduanya memperlihatkan efikasi yang sangat baik dibandingkan dengan hanya satu pilihan terapi. Berikut ini terapi non-farmakologi yang biasa digunakan:

- 1) Psikoterapi merupakan bentuk terapi pengembangan yang berguna untuk menghapuskan atau hanya mengurangi keluhan pasien dan juga dapat menghindari terulangnya pola perilaku maladaptif. Psikoterapi diberikan dengan cara membentuk hubungan interpersonal seorang terapis dengan pasien (Depkes, 2007). Terapi ini berguna dalam memecahkan atau mengetahui suatu masalah yang alami pasien depresi. Pada depresi ringan atau sedang psikoterapi menjadi pilihan terapi utama dan dalam fase akutnya psikoterapi efektif dalam penggunaannya juga dapat menghindari terjadinya kekambuhan. Pasien depresi berat dengan atau tanpa gejala psikotik pada terapi lanjutannya tidak direkomendasikan pengobatan psikoterapi (Teter *et al.*, 2007).
- 2) *Electroconvulsive Therapy* (ECT) merupakan terapi yang relatif aman dan efektif untuk gangguan depresif berat. Ini dipertimbangkan ketika respon cepat diperlukan, risiko pada pengobatan lain lebih tinggi dibandingkan manfaat potensial, ada riwayat respons yang buruk terhadap obat, dan pasien lebih memilih ECT. Respon terapi cepat yaitu hanya 10 sampai 14 hari (Dipiro *et al.*, 2015). Dalam proses terapi ECT dilakukan dengan cara mengalirkan aliran listrik ke otak (Depkes, 2007). Terapi ECT dilakukan

selama 2 sampai 3 kali dalam satu minggu. Terapi ECT hanya dapat dilakukan oleh seorang yang ahli yaitu psikiater. Terapi ECT terdiri atas 6 sampai 12 *treatment* yang bergantung pada tingkat keparahan pasien (Mann, 2005). Seseorang dengan penyakit epilepsi, gangguan infark jantung, tekanan tinggi intrakarsial, dan TBC miller mempunyai kontraindikasi dengan ECT (Depkes, 2007).

- 3) *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT) telah terbukti memiliki efek yang sepadan dengan obat antidepresan dalam mengatasi gangguan depresi. Banyak penelitian mengungkapkan bahwa kombinasi terapi CBT dengan antidepresan lebih efektif dalam mengobati depresi. Bukti medis juga menemukan bahwa manfaat terapi CBT tetap bertahan setelah perawatan berakhir. CBT juga telah terbukti dapat membantu mencegah upaya bunuh diri (Hollon *et al.*, 2005).
- 4) *Spiritual Well-Being* adalah bagian dari pendekatan psikodinamik yang bekerja dengan menghilangkan gejala depresi dan memiliki manfaat bagi perubahan kepribadian dengan tujuan untuk menumbuhkan kemampuan mengatasi stresor yang menyebabkan depresi. Pendekatan ini secara umum lebih efektif menggunakan pendekatan keagamaan dan budaya (Azizah, 2011). Gangguan depresi jarang ditemukan pada seseorang yang memiliki *spiritual well-being* yang lebih tinggi (McClain-Jacobson *et al.*, 2004). *Spiritual well-being* adalah segala sesuatu terkait kehidupan batin seseorang dan hubungannya dengan dunia yang lebih luas yang mencakup hubungan dengan Tuhan dan hubungan dengan lingkungan (Haugan *et al.*, 2013).

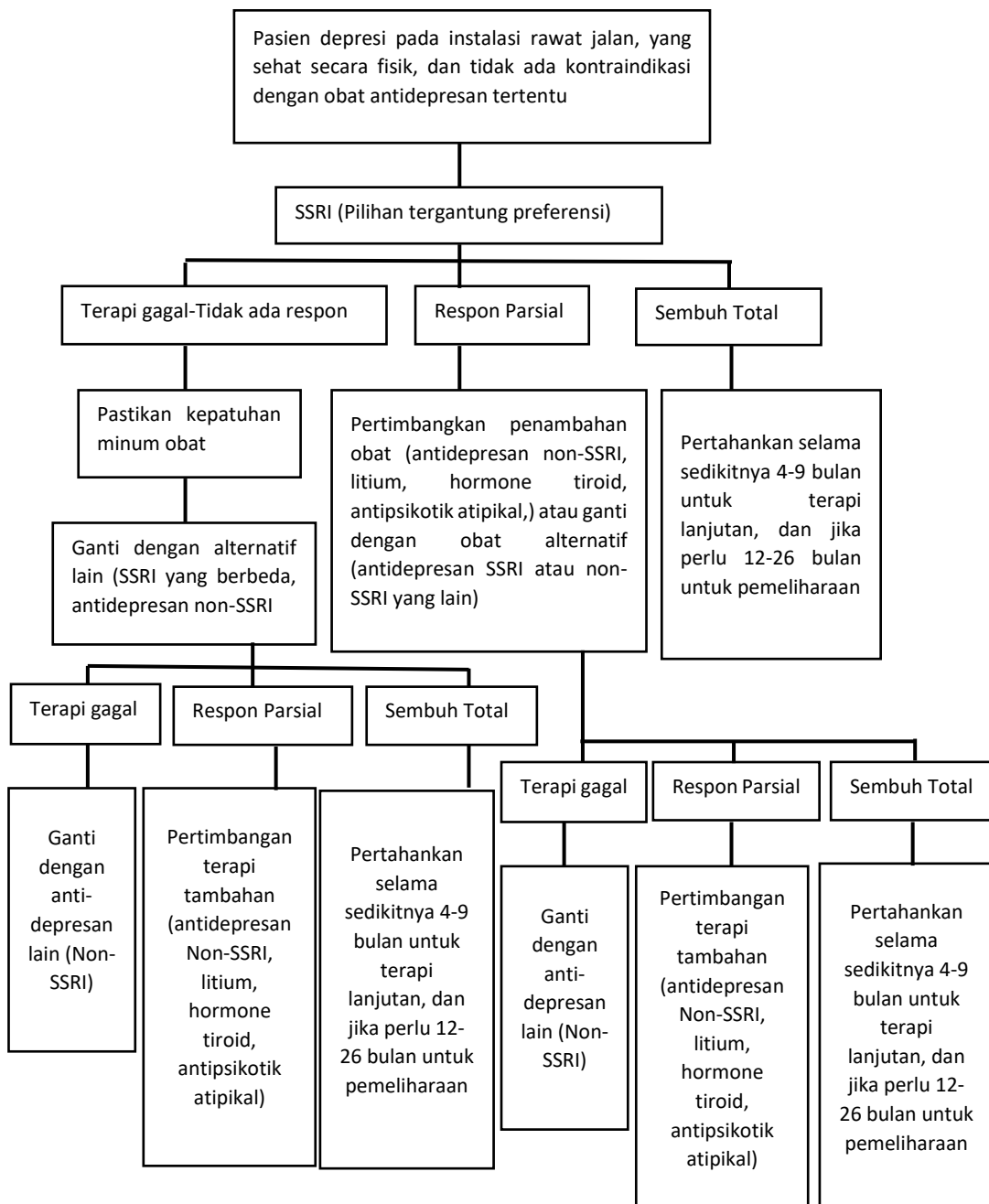
Beberapa manfaat *spiritual well-being*: merasa puas dengan kehidupan, menjaga keseimbangan dan kontrol hidup, membangun hubungan yang positif, memiliki tujuan dan makna dalam kehidupan, memiliki kemampuan yang bersumber pada diri sendiri (Shafi and Dar, 2013).

- 5) Pola diet dan nutrisi, mengikuti pola diet sehat dapat membantu mengurangi gejala depresi pada pasien depresi (MooDFood, 2018). Pola makan makanan barat seperti daging merah dan makanan olahan memiliki kemungkinan atau risiko depresi lebih besar (Jacka *et al.*, 2013). Hasil kesehatan mental yang lebih baik ditemukan pada mereka dengan asupan makanan buah dan sayuran segar. Hasil ini menunjukkan diet dengan nutrisi yang tepat dapat memainkan peran utama dalam onset, keparahan, dan durasi depresi. Seseorang yang mengalami depresi memiliki gizi yang rendah dan suplementasi mengarah pada perbaikan gejala (O'Neil *et al.*, 2014).

Nutrisi khusus seperti asam lemak dan vitamin B berperan penting dalam masalah kesehatan jiwa. Vitamin B6, vitamin B12 dan folat dapat mempengaruhi kesehatan jiwa melalui keterlibatannya dalam reaksi metilasi untuk menghasilkan serotonin dan neurotransmitter monoamine lainnya. Asam lemak omega-3 adalah komponen penting dari struktur sistem saraf pusat dan membran sekitarnya yang terlibat dalam serotonin transportasi (Kiecolt-Glaser *et al.*, 2007). *American Psychiatric Association* (APA) merekomendasikan untuk pasien gangguan depresi mengonsumsi setidaknya satu gram suplemen omega-3 per hari (Johnson, 2010).

2.2.2 Terapi Farmakologi Depresi

Algoritma tatalaksana depresi pada depresi dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



Gambar 2.3 Algoritma tatalaksana depresi Dipiro *et al.*, 2015)

2.2.2.1 Antidepresan

Di bawah ini merupakan golongan obat antidepresan beserta dosisnya.

Tabel 2.1 Dosis dewasa obat antidepresan (Dipiro *et al.*, 2015).

Nama Generik	Dosis awal (mg/hari)	Rentang dosis lazim (mg/hari)
SSRI (Selective 5-HT Reuptake Inhibitor)		
Sitalopram	20	20-40
Escitalopram	10	10-20
Fluoksetin	20	20-60
Fluvoksamin	50	50-300
Paroksetin	20	20-60
Sertraline	50	50-200
SNRI (Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
Desvenlafaksin	50	50
Duloksetin	30	30-90
Venlafaksin	37,5-75	75-225
TCA (Tricyclic Antidepressant)		
Amitriptilin	25	100-300
Desipramine	25	100-300
Doksepin	25	100-300
Imipramine	25	100-300
Nortriptilin	25	50-150
NDRI (Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitor)		
Bupropion	150	150-300
Mixed 5-HT (Mixed Serotonergic Effects)		
Nefazodon	100	300-600
Trazodon	50	150-300
Vilazodon	10	40
Serotonin and alfa 2 – Adrenergic Antagonist		
Mirtazapin	15	15-45
MAOI (Monoamine Oxidase Inhibitor)		
Fenelzin	15	30-90
Selegilin (transdermal)	6	6-12
Tranilsipromin	10	20-60

Depresi sangat dipengaruhi oleh kadar neurotransmitter dalam otak yaitu norepinefrin dan serotonin dan juga gangguan pada sistem saraf pusat (SSP). Kadar NE dan 5-HT yang rendah dalam otak, menjadi penyebab terjadinya gangguan depresi. Oleh karena itu obat antidepresan digunakan dalam mengobati pasien

dengan gangguan depresi. Obat antidepresan memiliki mekanisme kerja dapat menaikkan kadar norepinefrin dan serotonin dalam otak (Prayitno, 2008).

- 1) *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI), merupakan antidepresan yang selektif untuk menghambat pengambilan kembali 5-HT di otak. Golongan SSRI memiliki kemungkinan efek samping yang kecil dan relatif aman. Golongan antidepresan ini juga menjadi lini pertama pada pengobatan depresi (Dipiro *et al.*, 2015). Mekanisme kerja antidepresan golongan SSRI adalah dengan menginhibisi pengambilan serotonin yang dikeluarkan di dalam sinap, karenanya dapat mengakibatkan serotonin meningkat dalam otak. Kadar serotonin yang tinggi dalam sinap dapat menjadi antidepresan (Prayitno, 2008). Contoh obat-obat golongan SSRI adalah sertraline, paroksetin, fluoksetin, fluvoxamin, escitalopram dan sitalopram. Antidepresan SSRI dapat menimbulkan efek samping utama berupa pusing, gejala gastrointestinal seperti (diare, mual, dan muntah), gangguan tidur, kelelahan, insomnia dan disfungsi seksual pada pria maupun wanita. fluoksetin dikontraindikasikan kepada pasien dengan gagal ginjal berat (Dipiro *et al.*, 2015).
- 2) *Tricyclic Antidepressant* (TCA) merupakan obat antidepresan yang memiliki mekanisme kerja menghambat pengambilan kembali amin biogenik dalam otak yang berupa NE dan 5-HT (Dipiro *et al.*, 2015). Penghambatan pengambilan amin biogenik yang tidak selektif ini dapat memberikan efek samping yang besar (Prayitno, 2008). TCA sering menimbulkan efek samping berupa efek kolinergik seperti sembelit, mulut

kering, penglihatan kabur, pusing, denyut jantung meningkat, ingatan menurun, dan retensi urin. Contoh antidepresan golongan TCA adalah nortriptilin, imipramin, amitriptilin, doksepin, klomipramin dan desipiramin (Dipiro *et al.*, 2015).

- 3) *Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor* (SNRI), mekanisme kerja antidepresan golongan SNRI yaitu menghambat pengambilan kembali serotonin dan norepinefrin (Dipiro *et al.*, 2015). SNRI bekerja dengan lebih selektif dibandingkan dengan antidepresan golongan trisiklik sehingga efek samping yang ditimbulkan tidak separah efek samping antidepresan golongan trisiklik (Mann, 2005). Golongan SNRI mempunyai aksi ganda dan efikasi yang lebih baik daripada antidepresan golongan TCA ataupun SSRI untuk mengobati remisi pada kejadian depresi berat (Sthal *et al.*, 2002). Contoh obat dari golongan SNRI adalah venlafaksin dan duloksetin. Obat venlafaksin dapat menimbulkan efek samping berupa peningkatan tekanan darah diastolik, disfungsi seksual dan mual. Sedangkan obat duloksetin menimbulkan efek samping berupa gangguan tidur, nafsu makan terganggu, peningkatan keringat, konstipasi, mulut kering dan mual (Dipiro *et al.*, 2015).
- 4) Antidepresan Aminoketon, antidepresan golongan aminoketon memiliki efek yang tidak begitu berpengaruh dalam menghambat pengambilan 5-HT dan NE. Obat antidepresan dari golongan amiketon hanya satu yaitu Bupropion (Teter *et al.*, 2007). Bupropion memiliki mekanisme kerja dengan menghambat pengambilan kembali dopamine. Pada tingkat yang

lebih rendah dapat menghambat pengambilan kembali norepinefrin (Dipiro *et al.*, 2015). Bupropion memiliki kemiripan dengan antidepresan SSRI. Pasien depresi yang tidak dapat merespon antidepresan SSRI dapat diberikan bupropion (Mann, 2005). Efek samping bupropion berbeda pada setiap orang tergantung pada kondisinya. Akan tetapi bupropion dapat menimbulkan efek samping berupa gangguan tidur, mual, muntah, mulut kering, takikardi dan reaksi kulit (Dipiro *et al.*, 2015).

- 5) Antidepresan Triazolopiridin, golongan triazolopiridin memiliki mekanisme kerja sebagai antagonis reseptor 5-HT₂ dan menghambat pengambilan kembali 5-HT serta dapat meningkatkan neurotransmisi 5-HT_{1A} (Dipiro *et al.*, 2015). Contoh obat golongan triazolopiridin adalah trazodon dan nefazodon yang memiliki aksi ganda pada neuron seratonergik. Trazodon dapat diberikan untuk mengatasi efek samping sekunder seperti peningkatan availabilitas alternatif. Akan tetapi trazodon juga dapat menimbulkan efek samping yaitu pusing, sedasi, dan gangguan kognitif. Nefazodon dapat menimbulkan efek samping lemas, mulut kering, mual, sakit kepala ringan, mengantuk, dan ortostatik hipotensi. Nefazodon membawa peringatan kotak hitam untuk gagal hati (Teter *et al.*, 2007).
- 6) Antidepresan Tetrasiklik, golongan tetrasiklik memiliki mekanisme kerja sebagai antagonis pada presinaptik pusat α_2 -adrenergik autoreseptor dan heteroreseptor yang dapat menaikkan aktivitas nonadrenergik dan seratonergik. Tetrasiklik juga antagonis dengan reseptor 5-HT₂ dan 5-HT₃ dan memblokir reseptor histamin (Dipiro *et al.*, 2015). Obat antidepresan

dari golongan tetrasiklik hanya satu yaitu Mirtazapin. Obat ini dapat digunakan untuk mengatasi pengurangan berat badan dan gangguan tidur pada pasien depresi (Unutzer, 2007). Efek samping yang paling umum ditimbulkan dari penggunaan mirtazapin adalah kenaikan berat badan, mengantuk, mulut kering dan konstipasi (Dipiro *et al.*, 2015).

- 7) Mono Amin Oxidase Inhibitor (MAOI), monoamin oksidase adalah enzim kompleks yang terdistribusi dalam tubuh. Enzim ini digunakan dalam proses dekomposisi amin biogenik seperti epinefrin, norepinefrin, serotonin dan dopamin (Depkes, 2007). Mekanisme kerja MAOI adalah dengan meningkatkan konsentrasi norepinefrin, 5-HT, dan dopamin dalam sinaps neuron melalui penghambatan monoamine oksidase. Contoh obat-obat antidepresan dari golongan golongan MAOI adalah Fenelzin, tranilsipromin, dan selegilin. Efek samping yang dapat ditimbulkan karena penggunaan MAOI adalah kenaikan berat badan, hipotensi postural, dan gangguan seksual yaitu anorgasmia dan penurunan libido (Dipiro *et al.*, 2015).

2.2.2.2 Terapi Tambahan

Terapi Tambahan yang dapat diberikan sebagai peningkat efek antidepresan, berikut terapi tambahan yang dapat diberikan:

- 1) *Mood Stabilizer* biasanya digunakan sebagai terapi tambahan yaitu Lithium dan Lomotrigin. Pada pasien yang tidak memberikan respon positif terhadap penggunaan monoterapi antidepresan maka dapat diberikan litium sebagai terapi tambahan yang efektif. Pada pasien depresi berat dapat diberikan

terapi tambahan lamotrigin. Lamotrigin digunakan sebagai antikonvulsan yang dapat mereduksi glutamaterik (Barbosa *et al.*, 2003). Lamotrigin juga dapat menjadi terapi dan pencegahan relapse pada depresi bipolar (Yatham, 2004). *Mood stabilizer* yang dapat digunakan sebagai pencegahan terjadinya kekambuhan kembali adalah divalproex dan valproate (Mann, 2005).

- 2) Antipsikotik terbagi menjadi dua jenis yaitu antipsikotik tipikal dan antipsikotik atipikal. Contoh antipsikotik tipikal yaitu haloperidol, Fluphenazin. dan chorpromazin. Antipsikotik tipikal mempunyai mekanisme kerja yaitu memblok dopamine D2 reseptor. Antipsikotik atipikal ini hanya dapat digunakan pada terapi depresi mayor resisten (Kennedy, 2003). Olanzapin, Klozapin, dan aripripazol adalah obat-obat dari golongan atipikal antipsikotik (Mann, 2005). Antipsikotika generasi II adalah golongan antipsikotika yang paling sering digunakan contoh obatnya yaitu risperidon. Risperidon adalah pilihan terapi yang efektif sebagai terapi pemeliharaan terhadap depresi yang memiliki resistensi pengobatan. Obat ini juga sangat efektif untuk terapi tambahan atau monoterapi pada depresi berat (Dipiro *et al.*, 2015).

2.3 Evaluasi Penggunaan Obat

Evaluasi penggunaan obat adalah kegiatan mengevaluasi suatu terapi obat yang bertujuan untuk memastikan obat yang digunakan telah rasional yaitu sesuai dengan indikasi, aman, efektif dan terjangkau (Kemenkes RI, 2019). Dalam menilai kerasionalan suatu terapi obat dapat dilakukan melalui evaluasi data penggunaan

obat pasien pada suatu sistem pelayanan dengan berpedoman pada suatu kriteria dan standar yang ditetapkan. Manfaat dari evaluasi penggunaan obat adalah dapat memperbaiki pola penggunaan obat secara berkelanjutan yang didasarkan pada bukti (Kemenkes RI, 2019).

Evaluasi penggunaan obat dibagi menjadi dua yaitu evaluasi penggunaan obat kuantitatif dan evaluasi penggunaan obat kualitatif. Contoh evaluasi penggunaan obat kuantitatif yaitu pola penggunaan obat dan pola persepan obat. Sedangkan contoh evaluasi penggunaan obat kualitatif yaitu kersasionalan penggunaan (tepat indikasi, tepat dosis, tepat rute pemberian, hasil terapi) dan farmakoekonomi (analisis utilitas biaya, analisis efektivitas biaya, analisis manfaat biaya dan analisis minimalisasi biaya). Pada penelitian ini digunakan evaluasi penggunaan obat kualitatif dengan mengevaluasi ketepatan penggunaan obat dengan 5 parameter rasionalitas (Kemenkes RI, 2019).

2.4 Ketepatan Penggunaan Obat

Penggunaan obat yang rasional di pelayanan kesehatan umumnya masih belum tercapai. Ketidaktepatan penggunaan obat dapat berupa obat tanpa indikasi (penggunaan berlebihan), indikasi tanpa obat (penggunaan yang kurang), kesalahan dalam penggunaan resep, polifarmasi, dan swamedikasi yang tidak tepat. Penggunaan obat yang tepat/rasional bertujuan untuk memastikan obat yang diresepkan kepada pasien sesuai dengan yang dibutuhkan, dalam waktu yang tepat dan dengan harga terjangkau (WHO, 2010). Pengobatan yang tidak rasional dapat memberikan dampak negatif pada pasien dan memungkinkan pasien tidak

mendapatkan manfaat dari pengobatan (Kemenkes RI, 2011). Berikut kriteria-kriteria obat dapat dikatakan rasional :

1. Tepat Indikasi Penyakit, artinya terapi yang diberikan harus sama dengan indikasi penyakitnya. Karena setiap obat mempunyai spektrum terapi yang spesifik (Kemenkes RI, 2011). Evaluasi ketepatan indikasi pada penggunaan obat antidepresan adalah proses penilaian terhadap pemilihan obat antidepresan yang sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan diagnosa yang telah ditegakkan dengan benar (Untari dkk, 2018). Hal ini berkaitan dengan penentuan perlu tidaknya suatu obat diberikan (Sumawa dkk, 2015).
2. Tepat Pasien, ketepatan pemilihan obat dengan mempertimbangkan kondisi pasien agar tidak menimbulkan kontraindikasi kepada pasien (Sumawa dkk, 2015). Ketepatan penilaian kondisi pasien dapat dilihat respon pasien pada efek obat sangat bermacam-macam. Biasanya tergambar dengan jelas pada beberapa jenis obat saja (Kemenkes RI, 2011).
3. Tepat Obat, proses pemilihan obat yang dilakukan setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dalam pemilihan obat dipilih obat yang memiliki efek terapi sesuai dengan penyakit pasien (Kemenkes RI, 2011). Dalam pemilihan obat, obat harus dipilih dengan mempertimbangkan manfaat dan risikonya. Evaluasi ketepatan obat antidepresan adalah proses penilaian terhadap pemilihan obat antidepresan dengan pertimbangan diagnosis yang ada pada rekam medis kemudian dibandingkan dengan *guideline* yang ditetapkan (Sumawa dkk, 2015).

4. Tepat Dosis, ketepatan pemberian dosis obat antidepresan dengan rentang dosis terapi yang berdasarkan dari dosis penggunaan per hari dan menyesuaikan dengan kondisi khusus pasien (Untari dkk, 2018). Efek terapi obat sangat dipengaruhi oleh dosis pemberian obat. Jika dosis yang diberikan berlebihan, maka akan menimbulkan resiko efek samping terlebih pada obat dengan rentang terapi sempit. Sedangkan jika dosis yang diberikan terlalu kecil, maka tidak dapat menjamin keberhasilan terapi (Kemenkes RI, 2011).
5. Tepat Interval Pemberian, ketepatan waktu dalam memberikan obat kepada pasien berdasarkan dengan interval/frekuensi pemberian obat yang telah ditentukan. Pasien akan patuh dalam meminum obat ketika cara pemberiannya dengan praktis dan sederhana. Semakin sering frekuensi pemberian obat dalam satu hari, maka semakin rendah tingkat kepatuhan minum obat pasien (Kemenkes RI, 2011).
6. Tepat Diagnosis artinya diagnosis harus ditegakkan dengan benar/tepat. Jika diagnosis ditegakkan dengan tidak tepat, maka dalam memilih obat akan mengacu kepada diagnosis yang keliru tersebut. Karenanya obat yang diberikan tidak akan sesuai dengan indikasi yang tepat (Kemenkes RI, 2011).
7. Tepat Cara Pemberian obat, misalnya untuk obat antasida seharusnya dikunyah terlebih dahulu baru ditelan. Demikian pula dengan obat antibiotic yang tidak boleh dicampur dengan susu, karena akan menurunkan efektivitasnya (Kemenkes RI, 2011).

8. Tepat Lama Pemberian yang meliputi frekuensi dan lama pemberian yang harus sesuai karakteristik obat dan penyakit. Agar terapi berhasil dan tidak terjadi resistensi maka frekuensi dan lama pemberian harus tepat. Misalnya, untuk tuberkulosis lama pemberian paling singkat adalah 6 bulan. Pemberian obat yang terlalu singkat atau terlalu lama dari yang seharusnya akan berpengaruh terhadap hasil pengobatan (Kemenkes RI, 2011).
9. Waspada terhadap Efek Samping, pemberian obat potensial menimbulkan efek samping, yaitu efek tidak diinginkan yang timbul pada pemberian obat dengan dosis terapi, karena itu muka merah setelah pemberian atropin bukan alergi, tetapi efek samping sehubungan vasodilatasi pembuluh darah di wajah (Kemenkes RI, 2011).
10. Obat Aman dan Efektif, pasien harus mendapatkan obat yang aman dan efektif. Selain itu obat yang diberikan kepada pasien harganya harus terjangkau. Obat yang diberikan merupakan obat yang dibuat berdasarkan cara pembuatan obat yang baik (Kemenkes RI, 2011).
11. Tepat Informasi, informasi yang tepat dan benar dalam penggunaan obat sangat penting dalam menunjang keberhasilan terapi (Kemenkes RI, 2011).
12. Tepat Tindak Lanjut (*follow-up*), pada saat memutuskan pemberian terapi, harus sudah mempertimbangkan upaya tindak lanjut yang diperlukan, misalnya pasien tidak sembuh atau mengalami efek samping (Kemenkes RI, 2011).

13. Tepat Penyerahan Obat (*Dispensing*), penggunaan obat rasional melibatkan juga dispenser sebagai penyerah obat dan pasien sendiri sebagai konsumen (Kemenkes RI, 2011).

14. Pasien Patuh terhadap Pengobatan

Ketidaktepatan minum obat umumnya terjadi pada keadaan berikut:

- Jenis dan/atau jumlah obat yang diberikan terlalu banyak
- Frekuensi pemberian obat per hari terlalu sering
- Jenis sediaan obat terlalu beragam
- Pemberian obat dalam jangka Panjang tanpa informasi
- Pasien tidak mendapatkan informasi/penjelasan yang cukup
- Timbulnya efek samping (Kemenkes RI, 2011).

2.5 Puskesmas Licin

Puskesmas merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan kesehatan perorangan tingkat pertama, yang lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Puskesmas Licin merupakan Puskesmas yang dikhususkan untuk masyarakat yang menderita gangguan jiwa dan Puskesmas Licin menjadi Puskesmas Unggulan Jiwa berdasarkan surat keputusan Bupati Nomor 188/54/KEP /429.011/2017 mengenai penetapan status pelayanan pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) di Kabupaten Banyuwangi (Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, 2019).

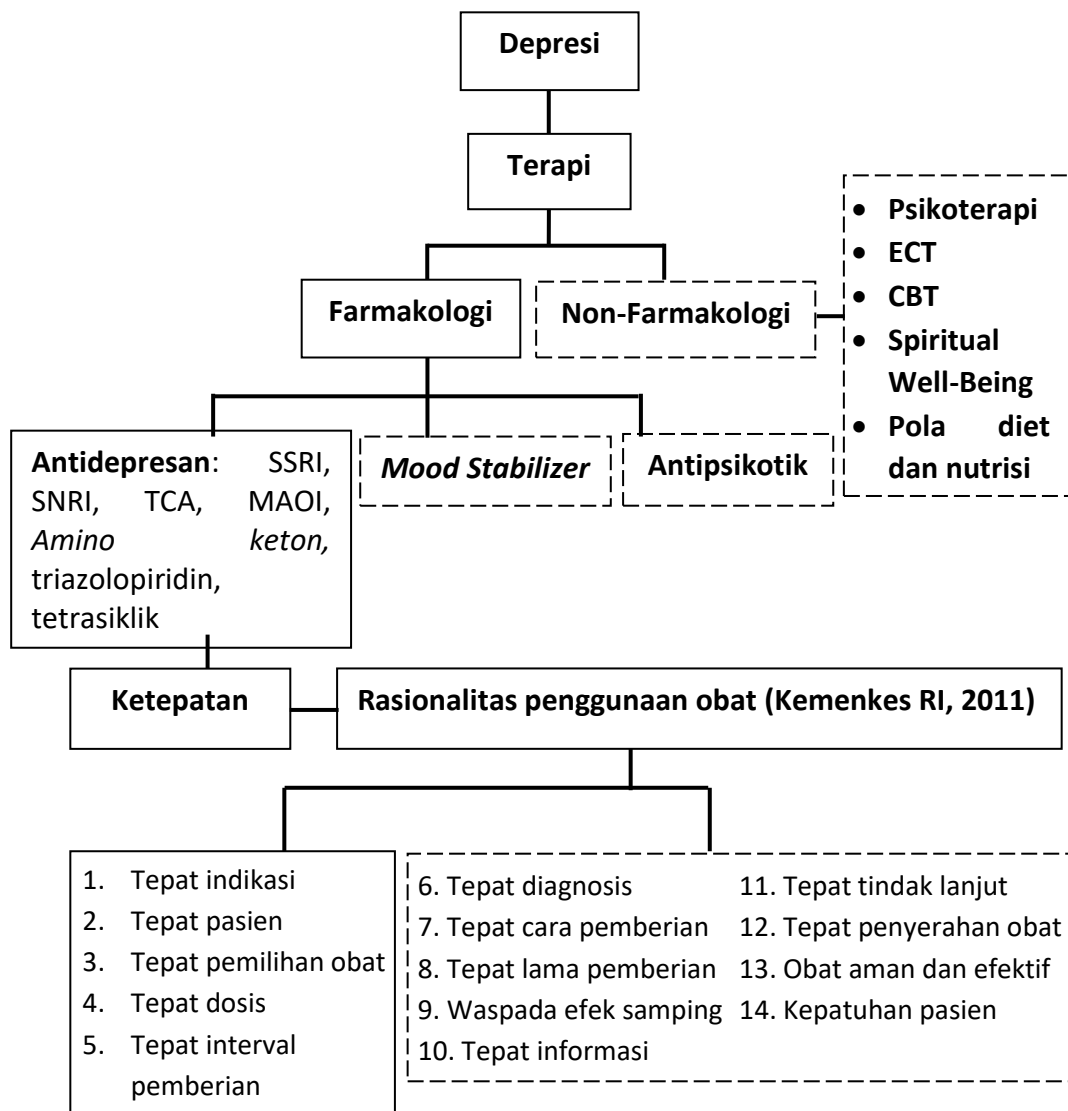
Puskesmas Licin berada di Jl. Raya Licin, Dusun Gumuk Batur, Desa Licin, Kecamatan Licin. Puskesmas Licin memiliki beberapa gedung yaitu gedung utama

sebagai pelayanan kesehatan, gedung UGD / perawatan umum / bersalin, gedung perawatan intensif jiwa, gedung rehabilitasi perawatan jiwa, gedung laboratorium, pertemuan, gudang, gedung instalasi gizi/dapur. Pengadaan obat di Puskesmas Licin berasal dari Anggaran Pendapatan dan Pembelanjaan Daerah (APBD) Provinsi/Pusat, dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pengeluaran obat di tahun 2018 untuk APBD (80%), APBD provinsi (15%) dan JKN (5%). Sumber pengadaan obat khusus untuk kecukupan obat jiwa saat ini sering dalam batas limit, sehingga Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi harus mengajukan bantuan ke Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Jenis atau bentuk pelayanannya meliputi: Rawat jalan, Konseling dan Rujukan. Inovasi Puskesmas Licin dalam mengatasi gangguan jiwa adalah SEGER WARAS (Segera masalah jiwa Bersama kita atasi) (Puskesmas Licin, 2018).

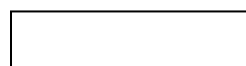
BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL

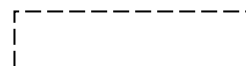
3.1 Kerangka Konseptual



Keterangan :



: Diteliti



: Tidak Diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual

3.2 Uraian Kerangka Konseptual

Depresi merupakan gangguan *mood* yang bersifat searah atau *unipolar* berupa emosi atau perasaan tertekan yang menetap dan meresap. Dalam kondisi yang parah dapat mempengaruhi persepsi seseorang terhadap dunia (Ikawati dan Anurogo, 2018). Terapi depresi dapat dilakukan dengan terapi farmakologi dan non-farmakologi. Terapi farmakologi yang dapat dilakukan adalah dengan memberikan obat dari golongan antidepresan kepada pasien. Obat antidepresan yang digunakan dalam mengatasi depresi adalah golongan trisiklik *Tricyclic antidepressant* (TCA), *serotonin norepinephrine reuptake inhibitor* (SNRI), *monoamine oxidase inhibitor* (MAOI), *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRI), *amino keton*, triazolopiridin, dan tetrasiklik (Ikawati dan Anurogo, 2018).

Penggunaan obat dari golongan antidepresan diharapkan mampu memberikan efek yang baik pada pasien depresi. Karenanya diperlukan parameter ketepatan dalam menggunakan obat antidepresan yang didasarkan pada rasionalitas penggunaan obat yang telah diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan RI (2011). Pada penelitian ini, digunakan 5 parameter ketepatan untuk diteliti oleh peneliti yaitu tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis dan tepat interval pemberian. Evaluasi ketepatan diukur berdasarkan *guideline* terapi Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran jiwa Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015, *Drug Information Handbook 21st, Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach 9th*.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan desain penelitian observasional yang bersifat deskriptif dengan pendekatan secara retrospektif. Desain penelitian observasional adalah data yang disajikan dengan tidak diberikan perlakuan terlebih dahulu. Pendekatan secara retrospektif adalah proses pencarian data masa lampau pasien yaitu data rekam medis pasien. Data rekam medis didapatkan dari ruang rekam medis di Puskesmas Licin. Informasi yang didapat pada rekam medis pasien, dicatat pada lembar pengumpulan data. Kemudian data dianalisis secara deskriptif dalam bentuk tabel dan dihitung persentasenya.

4.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang rekam medis di Puskesmas Licin Kabupaten Banyuwangi Provinsi Jawa Timur pada bulan Agustus sampai September 2022.

4.3 Populasi dan Sampel Penelitian

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh rekam medis pasien yang terdiagnosa gangguan depresi dan menggunakan obat antidepresan di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin pada tahun 2020 sampai 2021.

4.3.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah populasi yang diambil sehingga mewakili populasinya. Pengambilan sampel dilakukan dengan cara *non probability*

sampling melalui teknik *total sampling*. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dengan menggunakan semua anggota populasi sebagai sampel (Sugiyono, 2018). Sampel pada penelitian ini adalah pasien yang terdiagnosa gangguan depresi yang menggunakan obat antidepresan di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin pada tahun 2020 sampai 2021 serta memenuhi kriteria inklusi. Berikut adalah kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini:

4.3.2.1 Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum dari subjek penelitian pada populasi target dan sumber (Adiputra dkk, 2021). Kriteria inklusi dalam pemilihan sampel pada penelitian ini adalah rekam medis pasien depresi yang berusia ≥ 15 tahun.

4.3.2.2 Kriteria Eksklusi:

Kriteria eksklusi adalah kriteria dari subjek penelitian yang tidak boleh ada, dan jika subjek mempunyai kriteria eksklusi maka subjek harus dikeluarkan dari penelitian (Adiputra dkk, 2021). Kriteria eksklusi dalam pemilihan sampel pada penelitian ini adalah pasien depresi yang memiliki data rekam medis yang tidak jelas dan tidak bisa dibaca oleh peneliti serta data rekam medis pasien tidak lengkap yang meliputi (No. RM, nama, alamat, jenis kelamin, berat badan, usia, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pengobatan, data laboratorium, dan regimen terapi).

Kriteria inklusi dan eksklusi ditentukan untuk menentukan sampel yang akan digunakan. Berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditentukan, maka didapatkan sampel sebesar 18 data rekam medis dengan 32 lembar resep.

4.5 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah deskripsi mengenai batasan variabel yang dimaksud atau tentang apa yang diukur oleh variabel bersangkutan (Notoatmodjo, 2010).

Tabel 4.1 Definisi operasional

Variabel	Sub Variabel/ Parameter	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala Ukur	Skala
Ketepatan penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi		Ketepatan penggunaan obat antidepresan tidak termasuk terapi tambahan pada pasien depresi di instalasi rawat jalan adalah evaluasi yang bertujuan untuk memastikan obat yang diberikan telah rasional. Evaluasinya meliputi tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis dan tepat interval pemberian.	Ketepatan evaluasi penggunaan obat antidepresan dengan definisi operasional.	<ul style="list-style-type: none"> • Aspek ketepatan yang ditentukan oleh kemenkes RI tahun 2011 	Tepat atau Tidak Tepat	Nominal
	Tepat Indikasi	Tepat indikasi adalah ketepatan dalam menentukan indikasi depresi sesuai dengan diagnosa dokter karena setiap obat antidepresan memiliki spektrum terapi yang spesifik.	Ketepatan Indikasi dengan diagnosa Dokter.	<ul style="list-style-type: none"> • Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran jiwa Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 	Tepat atau Tidak Tepat	Nominal
	Tepat Pasien	Tepat pasien adalah ketepatan dalam mempertimbangkan kondisi pasien depresi agar obat yang diberikan tidak menimbulkan kontraindikasi kepada pasien.	Ketepatan pemilihan obat antidepresan dengan kondisi pasien.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Drug Information Handbook 21st,</i> • <i>Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach 9th</i> 	Tepat atau Tidak Tepat	Nominal

	Tepat Obat	Tepat obat adalah proses pemilihan obat antidepresan yang dilakukan setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dalam pemilihan obat antidepresan dipilih obat yang memiliki efek terapi sesuai dengan penyakit pasien	Ketepatan dalam menentukan obat antidepresan dengan pedoman yang telah ditentukan.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Pharmacotherapy Pathophysiologic Approach 9th</i>, A • Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran jiwa Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015. 	Tepat atau Tidak Tepat	Nominal
	Tepat Dosis	Tepat dosis adalah ketepatan pemberian dosis obat antidepresan dengan rentang dosis terapi, berdasarkan dari dosis penggunaan per hari dan menyesuaikan dengan kondisi khusus pasien.	Ketepatan dosis obat antidepresan dengan regimen terapi.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Drug Information Handbook 21st</i> 	Tepat atau Tidak Tepat	Nominal
	Tepat Interval Pemberian	Tepat interval pemberian adalah ketepatan waktu dalam memberikan obat antidepresan kepada pasien depresi berdasarkan dengan interval/frekuensi pemberian obat yang telah ditentukan.	Ketepatan waktu pemberian obat antidepresan dengan interval pemberian obat yang sesuai dengan <i>guideline</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Drug Information Handbook 21st</i> 	Tepat atau Tidak Tepat	Nominal

Tabel 4.1 Instrumen Penelitian Ketepatan Penggunaan Obat

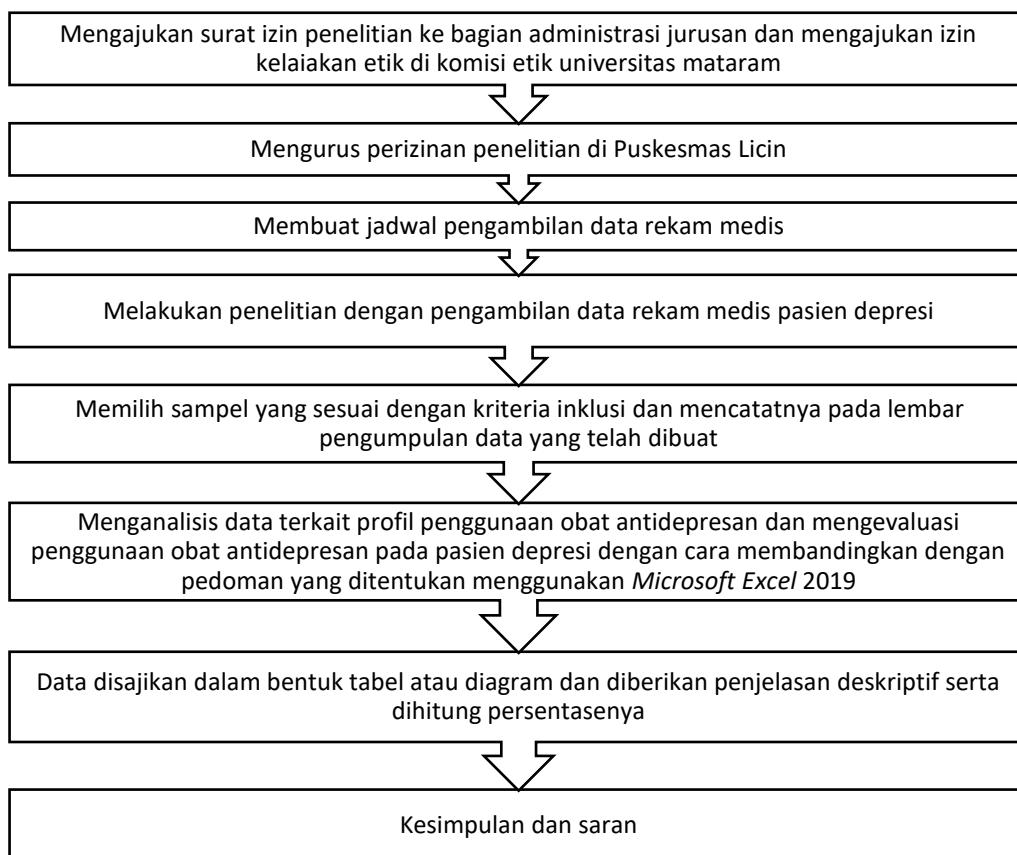
No.	Variabel Penelitian	Sub Variabel/ Parameter	Indikator	Pertanyaan	Ketepatan dengan Pedoman (T)		Keterangan
					Tepat	Tidak Tepat	
1.	Ketepatan penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi		Ketepatan evaluasi penggunaan obat antidepresan dengan definisi operasional.	Apakah penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi sesuai pedoman ketepatan yang ditentukan oleh kemenkes RI tahun 2011?			
2.		Tepat Indikasi	Ketepatan Indikasi dengan diagnosa Dokter.	Apakah indikasi penyakit pasien telah tepat sesuai dengan diagnosis dokter?			
3.		Tepat Pasien	Ketepatan dalam mempertimbangkan kondisi pasien.	Apakah kondisi pasien tepat dengan obat yang diberikan?			
4.		Tepat Obat	Ketepatan dalam menentukan obat antidepresan dengan pedoman yang telah ditentukan.	Apakah pemilihan obat antidepresan telah tepat sesuai dengan pedoman <i>Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach 9th</i> dan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran jiwa Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015?			
5.		Tepat Dosis	Ketepatan dosis obat antidepresan dengan rentang dosis pedoman.	Apakah dosis obat antidepresan yang diberikan telah tepat sesuai dengan rentang dosis pedoman <i>Drug Information Handbook 21st</i> ?			
6.		Tepat Interval Pemberian	Ketepatan waktu pemberian obat antidepresan dengan interval pemberian obat yang sesuai dengan <i>guideline</i> .	Apakah ketepatan waktu pemberian obat telah sesuai dengan pedoman <i>Drug Information Handbook 21st</i> ?			

4.6 Alat dan Bahan Penelitian

Alat pada penelitian ini adalah lembar pengumpulan data yang digunakan untuk mengisi data-data dari rekam medis dan juga *guideline* terapi Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran jiwa Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015, *Drug Information Handbook 21st*, *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach 9th*. Sedangkan bahan pada penelitian ini adalah data rekam medis pasien depresi yang berisikan mengenai identitas pasien, pengobatan, tindakan dan pemeriksaan pasien depresi di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin.

4.7 Prosedur Penelitian

Prosedur yang dilakukan dalam penelitian kali ini yaitu:



4.8 Analisis Data

Data penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi di Puskesmas Licin yang telah terkumpul dianalisis profil dan ketepatan penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi kemudian data diolah menggunakan *Microsoft Excel 2019*. Analisis data disajikan dalam bentuk tabel atau diagram dan diberikan penjelasan deskriptif serta dihitung persentasenya.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini berjudul “Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antidepresan pada Pasien Depresi di Puskesmas Licin”. Pengambilan data dengan pendekatan retrospektif yaitu menggunakan data rekam medis pasien depresi di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin tahun 2020 sampai dengan 2021. Teknik pengambilan sampel dilakukan secara *non-probability sampling* yaitu *total sampling* dengan menggunakan semua anggota populasi sebagai sampel. Jumlah sampel yang memenuhi kriteria sebanyak 18 rekam medis dengan total resep 32 lembar resep.

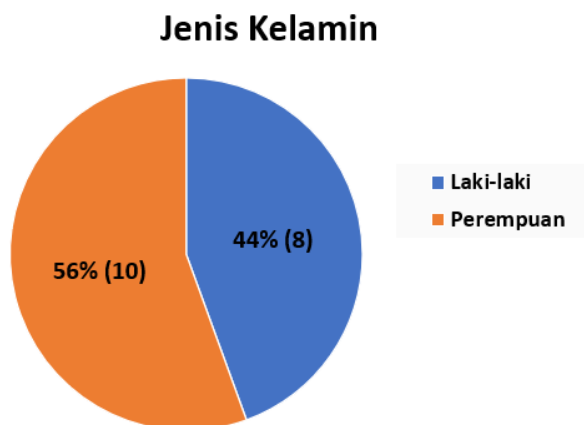
5.1 Demografi Pasien Depresi

Pengumpulan data demografi pasien depresi bertujuan untuk mengetahui profil penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin. Data demografi pasien depresi dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin, usia, pekerjaan, dan diagnosis pasien. Sampel yang digunakan pada analisis data demografi pasien depresi berdasarkan jenis kelamin, usia dan pekerjaan yaitu 18 rekam medis. Untuk data demografi pasien depresi berdasarkan diagnosis depresi sampel yang digunakan adalah 32 lembar resep. Berikut uraian mengenai data demografi pasien depresi.

5.1.1 Jenis Kelamin

Data demografi pasien depresi berdasarkan jenis kelamin bertujuan untuk mengetahui perbandingan antara pasien laki-laki dengan pasien perempuan dan untuk mengetahui hubungan gangguan depresi dengan jenis kelamin. Didapatkan

hasil pasien perempuan sebanyak 10 pasien (56%) dan pasien laki-laki sebanyak 8 pasien (44%). Hasil tersebut dapat dilihat pada gambar 5.1.



Gambar 5.1 Data demografi pasien depresi berdasarkan jenis kelamin

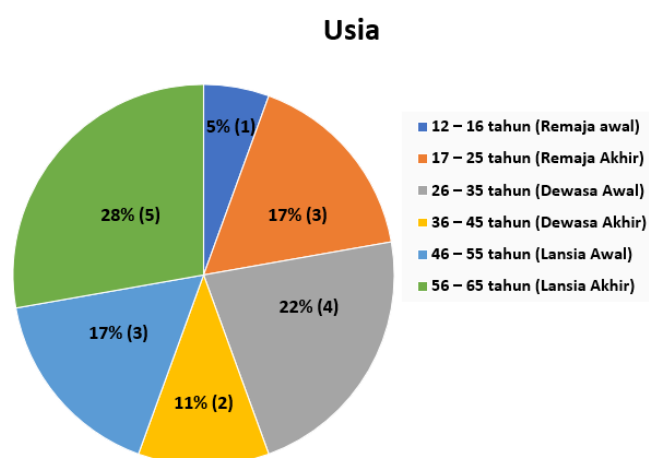
Berdasarkan gambar 5.1 data demografi pasien depresi berdasarkan jenis kelamin didapatkan hasil perempuan lebih banyak mengalami depresi dibandingkan laki-laki. Hal tersebut dikarenakan adanya perbedaan jumlah hormon yang mengendalikan kejiwaan seseorang yaitu *Corticotropin Releasing Hormone* (CRH) yang lebih tinggi pada perempuan dibandingkan laki-laki. CRH bekerja dengan cara membantu mengontrol reaksi tubuh terhadap stress. Hal ini yang menyebabkan perempuan lebih rentan terkena stress dan bisa menyebabkan depresi (Bangasser *et al.*, 2010). CRH menstimulus pelepasan *Adrenocorticotrophic Hormone* (ACTH). Kemudian ACTH mengalir dalam korteks adrenal dan menstimulus pelepasan kortisol. Kortisol adalah hormon yang memiliki peran penting selama terjadi stres dan meningkat selama mengalami stres (Palupi dan Novembrina, 2015).

Hal ini sesuai dengan data World Health Organization (2017) bahwa depresi lebih dominan terjadi pada perempuan daripada laki-laki. Didukung juga dengan

penelitian yang dilakukan oleh Septyarini dkk (2021) bahwa gangguan depresi terbanyak terjadi pada perempuan yaitu sebanyak 68,8%. Pada penelitian lain juga menunjukkan gangguan depresi lebih banyak dialami oleh perempuan yaitu sebanyak 54,2 % dibandingkan pada laki-laki yaitu sebanyak 45,8% (Palupi dan Novembrina, 2015).

5.1.2 Usia

Data demografi pasien depresi berdasarkan usia bertujuan untuk mengetahui kelompok-kelompok usia yang mengalami gangguan depresi. Berpedoman pada pembagian kelompok usia yang telah ditentukan oleh Departemen Kesehatan RI (2009) pada penelitian ini didapatkan 6 kelompok usia. Didapatkan hasil pasien depresi yang berusia 12-16 tahun (remaja awal) yaitu 1 pasien (5 %), berusia 17-25 tahun (remaja akhir) sebanyak 3 pasien (17%), berusia 26-35 tahun (dewasa awal) sebanyak 4 pasien (22%), berusia 36-45 tahun (dewasa akhir) sebanyak 2 pasien (11%), berusia 46-55 tahun (lansia awal) sebanyak 3 pasien (17%), dan berusia 56-65 tahun (lansia akhir) sebanyak 5 pasien (28%). Hasil tersebut dapat dilihat pada gambar 5.2.



Gambar 5.2 Data demografi pasien depresi berdasarkan usia

Gangguan depresi dapat terjadi pada setiap orang tanpa memandang usia (WHO, 2017). Berdasarkan gambar 5.2 data demografi pasien depresi berdasarkan usia didapatkan persentase tertinggi yaitu pada usia 56 sampai 65 tahun (lansia akhir) yaitu sebanyak 28%. Pada lansia yang mengalami depresi terjadi perubahan struktur otak seperti penurunan volume hipokampus; penurunan jumlah sel glia di korteks; peningkatan aktivitas dan perubahan volume amigdala yang berperan dalam emosi negatif. Perubahan tersebut berdampak pada perubahan neurotransmitter yang menyebabkan lansia depresi (Irawan, 2013).

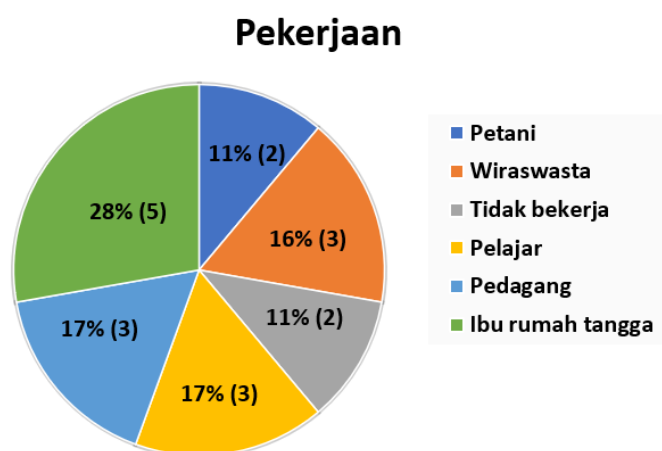
Gejala depresi pada lansia sering dianggap sebagai hal yang normal atau bagian dari proses penuaan sehingga sering diabaikan. Faktor yang menyebabkan depresi pada lansia adalah adanya penyakit fisik, tidak adanya dukungan psikososial, interaksi obat, mengalami nyeri kronik, kematian pasangan, ketakutan akan kematian, riwayat depresi sebelumnya, riwayat keluarga dengan depresi, dan riwayat percobaan bunuh (Maramis, 2014).

Tingkat prevalensi depresi menurut usia akan meningkat pada masa dewasa tua yaitu berkisar pada usia 55-74 tahun (WHO, 2017). Pada Riset Kesehatan Dasar (2018) juga menunjukkan bahwa pola prevalensi depresi meningkat seiring dengan bertambahnya usia. Prevalensi terbanyak yaitu sebesar 8,9% yang terjadi pada usia 75 tahun keatas, 8,0% terjadi pada rentang usia 65 sampai 74 tahun dan 6,5% pada rentang usia 55 sampai 64 tahun. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Marsasina dan Fitrikasari (2016) mengenai gambaran dan hubungan tingkat depresi dengan faktor-faktor yang mempengaruhi pada pasien rawat jalan puskesmas

didapatkan bahwa kejadian depresi pada tingkat normal terbanyak terjadi pada usia 51-60 tahun sebanyak 41,9%.

5.1.3 Pekerjaan

Data demografi pasien depresi berdasarkan pekerjaan bertujuan untuk mengetahui hubungan gangguan depresi dengan pekerjaan. Data demografi pasien depresi berdasarkan pekerjaannya pada penelitian ini terbagi menjadi 6 golongan pekerjaan. Didapatkan hasil pasien yang bekerja sebagai petani yaitu sebanyak 2 pasien (11%), pekerjaan wiraswasta sebanyak 3 pasien (16%), tidak bekerja sebanyak 2 pasien (11%), pelajar sebanyak 3 pasien (17%), pedagang sebanyak 3 pasien (17%), dan ibu rumah tangga sebanyak 5 pasien (28%). Hasil tersebut dapat dilihat pada gambar 5.3.



Gambar 5.3 Data demografi pasien depresi berdasarkan pekerjaan

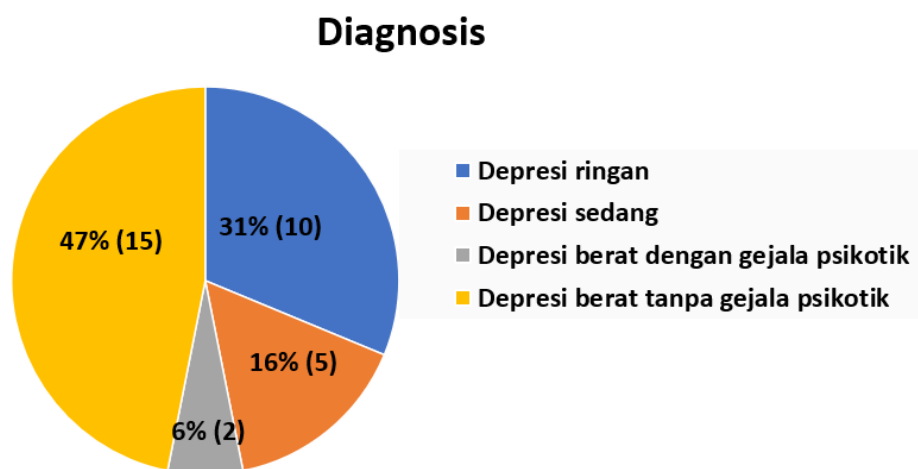
Berdasarkan gambar 5.3 data demografi pasien depresi berdasarkan pekerjaan didapatkan persentase tertinggi pada pekerjaan ibu rumah tangga yaitu sebesar 28%. Ibu rumah tangga adalah seorang ibu yang tinggal di rumah dan melakukan pekerjaan rumah tangga setiap hari (Apreviadizy dan Puspitacandri, 2014). Gangguan depresi pada ibu rumah tangga dapat disebabkan oleh beberapa

faktor yaitu jenuh dengan kegiatan sehari-hari yang sama dan berulang-ulang; merasa kesepian; siklus reproduksi ibu rumah tangga yang juga dapat menyebabkan stress atau depresi; hubungan ibu dengan tetangga dan lingkungan; kesalahpahaman antara suami dan istri; perselisihan ibu-anak; masalah ekonomi (masalah keuangan); hidup di bawah tekanan mertua, tinggal bersama saudara; tidak memiliki keturunan (Rosalina dan Hapsari, 2014).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Septyarini dkk (2021) di instalasi rawat jalan RSUD Kraton menunjukkan pekerjaan terbanyak pasien depresi adalah Ibu rumah tangga yaitu sebesar 31,2%. Pada penelitian yang dilakukan oleh Fernandes *et al* (2020) menyimpulkan bahwa kejadian depresi lebih tinggi pada perempuan menikah yang tidak bekerja dibandingkan dengan perempuan yang bekerja. Suasana hati yang normal ditemukan lebih banyak pada perempuan yang bekerja dibandingkan dengan yang tidak bekerja.

5.1.4 Diagnosis Depresi

Data demografi pasien depresi berdasarkan diagnosis bertujuan untuk mengetahui klasifikasi dari diagnosis depresi. Pengelompokan pasien berdasarkan diagnosis mempengaruhi dalam pemilihan terapi yang diberikan. Pada diagnosis depresi dibagi menjadi 4 kelompok diagnosis yaitu depresi ringan, depresi sedang, depresi berat tanpa gejala psikotik, dan depresi berat dengan gejala psikotik (Kementerian Kesehatan, 2015). Didapatkan hasil pasien dengan diagnosis depresi ringan sebanyak 10 (31%), depresi sedang 5 (16%), depresi berat tanpa gejala psikotik sebanyak 15 (47%), dan depresi berat dengan gejala psikotik sebanyak 2 (6%). Hasil tersebut dapat dilihat pada gambar 5.4.



Gambar 5.4 Data demografi pasien depresi berdasarkan diagnosis depresi

Berdasarkan gambar 5.4 data demografi pasien depresi berdasarkan diagnosis depresi didapatkan hasil diagnosis depresi terbanyak yaitu pasien dengan diagnosis depresi berat tanpa gejala psikotik sebanyak 15 (47%) diagnosis. Tanda dan gejala depresi berat tanpa gejala psikotik yaitu harus ada ketiga gejala utama gangguan depresi dengan gejala penyerta setidaknya 4 gejala, dan beberapa diantara 4 gejala penyerta harus ada yang berintensitas berat. Durasi seluruh episode depresi terjadi setidaknya 2 minggu, akan tetapi apabila ada gejala yang sangat berat dan berlangsung sangat cepat, maka dapat ditegakkan diagnosis depresi dengan waktu yang kurang dari 2 minggu. Penderita tidak mampu dan sangat terbatas untuk melakukan pekerjaan, kegiatan sosial, maupun urusan rumah tangga (Kemenkes, 2015).

5.2 Profil Penggunaan Obat Antidepresan

Profil penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi di instalasi rawat jalan Puskesmas Licin tahun 2020-2021. Data tersebut dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Profil penggunaan obat antidepresan

Golongan Antidepresan	Nama Obat	Jumlah	Presentase
Selective 5-HT Reuptake Inhibitor (SSRI)	Fluoksetin	20	62 %
Tricyclic Antidepressant (TCA)	Amitriptilin	12	38 %

Berdasarkan hasil yang tertera dalam tabel 5.1 profil penggunaan obat antidepresan menunjukkan bahwa pasien yang mendapatkan terapi obat antidepresan terbanyak adalah dari golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) jenis obat yang diberikan yaitu Fluoksetin dengan jumlah 20 pasien (62%). Golongan SSRI merupakan antidepresan yang selektif untuk menghambat pengambilan kembali 5-HT di otak. SSRI memiliki kemungkinan efek samping yang kecil dan relatif aman. Golongan antidepresan ini juga menjadi lini pertama pada pengobatan depresi. Golongan SSRI juga mempunyai efek terhadap sistem saraf kolinergik, adrenergik, reseptor histamin yang sangat kecil dan juga memiliki kemungkinan kecil untuk terjadi inkompatibilitas dengan obat lain (Dipiro *et al.*, 2015).

Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Septyarini dkk (2021) yang menunjukkan bahwa obat golongan antidepresan yang paling banyak diberikan adalah fluoksetin dari golongan SSRI. Didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetyo (2015) yang membahas mengenai profil persebaran obat antidepresan pada pasien depresi rawat jalan menunjukkan pasien yang mendapatkan terapi antidepresan terbanyak adalah dari golongan SSRI yaitu fluoksetin sebanyak 12 pasien (57,1%).

Obat antidepresan selanjutnya yang digunakan adalah dari golongan *Tricyclic Antidepresan* (TCA) yaitu Amitriptilin dengan jumlah 12 pasien (38 %). Mekanisme kerja obat amitriptilin adalah dengan menghambat pengambilan kembali amin biogenik berupa serotonin dan norepinefrin di sistem saraf pusat sehingga konsentrasi serotonin dan norepinefrin meningkat (Dana *et al.*, 2012). Penghambatan pengambilan amin biogenik yang tidak selektif dapat memberikan efek samping yang besar (Prayitno, 2008). Akan tetapi hal ini tidak menghalangi penggunaannya, karena obat ini telah terbukti efektif dalam mengobati depresi. Dengan memberikannya sebagai dosis tunggal pada malam hari dan melakukan titrasi peningkatan dosis maka efek samping yang mengganggu sedikit banyak akan dapat diatasi (Depkes, 2007).

Amitriptilin dapat terdistribusi dengan menembus plasenta dan juga ditemukan pada air susu ibu (ASI). Waktu paruh eliminasi obat amitriptilin rata-rata 15 jam. Ekskresi amitriptilin yang paling utama melalui urin sebesar 18% sebagai obat yang tidak berubah dan kotoran dalam jumlah kecil (Dana *et al.*, 2012). Saat ini, obat-obat golongan TCA dan SSRI telah menjadi obat antidepresan pilihan utama (Kemenkes, 2015). Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Prasetyo (2015) yang menunjukkan obat golongan antidepresan terbanyak setelah fluoksetin adalah amitriptilin yaitu sebanyak 5 pasien (23,8%).

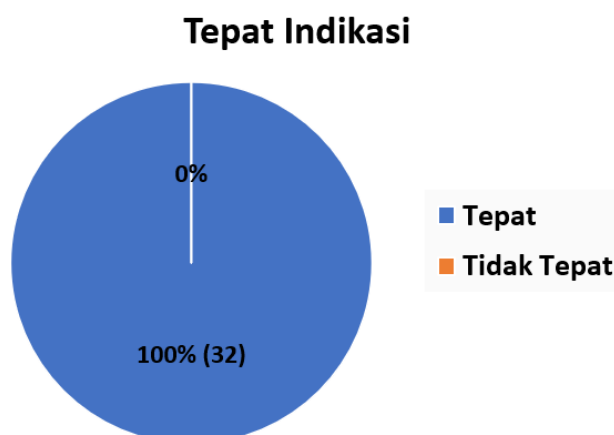
5.3 Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antidepresan pada Pasien Depresi

Evaluasi penggunaan obat adalah kegiatan mengevaluasi suatu terapi obat yang bertujuan untuk memastikan obat yang digunakan telah rasional yaitu sesuai dengan indikasi, aman, efektif dan terjangkau (Kemenkes RI, 2019). Dalam menilai

kerasionalan suatu terapi obat dapat dilakukan melalui evaluasi data penggunaan obat pasien pada suatu sistem pelayanan dengan berpedoman pada suatu kriteria dan standar yang ditetapkan. Manfaat dari evaluasi penggunaan obat adalah dapat memperbaiki pola penggunaan obat secara berkelanjutan yang didasarkan pada bukti (Kemenkes RI, 2019). Menurut Kemenkes (2011) ada sekitar 14 kriteria dalam penggunaan obat dapat dikatakan rasional. Evaluasi ketepatan penggunaan obat yang dilakukan pada penelitian ini meliputi 5 kriteria yaitu tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, tepat dosis, dan tepat interval pemberian. Adapun hasilnya akan dijelaskan pada pembahasan berikut ini.

5.3.1 Tepat Indikasi

Tepat indikasi adalah ketepatan dalam menentukan indikasi depresi sesuai dengan diagnosa dokter. Dikarenakan setiap obat memiliki spektrum terapi yang spesifik (Kemenkes RI, 2011). Evaluasi ketepatan indikasi pada penggunaan obat antidepresan adalah proses penilaian terhadap pemilihan obat antidepresan yang sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan diagnosa yang telah ditegakkan dengan benar (Untari dkk, 2018). Hasil tersebut dapat dilihat pada gambar 5.5.



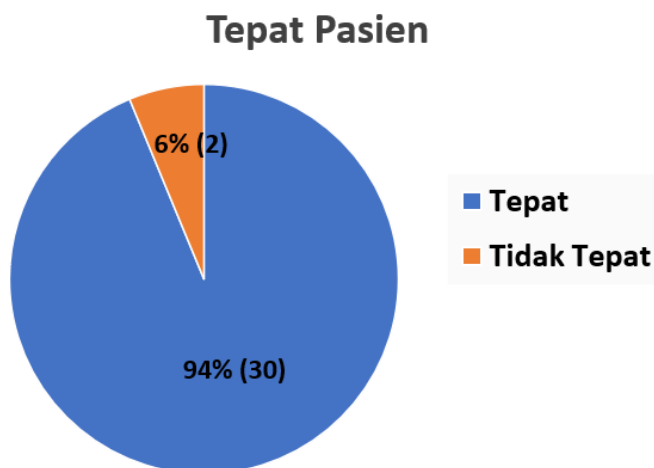
Gambar 5.5 Diagram evaluasi ketepatan indikasi depresi

Berdasarkan gambar 5.5 diagram evaluasi ketepatan indikasi depresi menggunakan 32 sampel dihasilkan analisis tepat indikasi yang didapat yaitu sebesar 100% (32) persepsian telah tepat indikasi depresi. Tepat indikasi dilihat berdasarkan penegakan diagnosis yang akurat, antidepresan diberikan kepada pasien yang terbukti terdiagnosa depresi dilengkapi dengan tanda gejala yang dialami pasien. Hal ini berkaitan dengan penentuan perlu tidaknya suatu obat diberikan (Sumawa dkk, 2015). Indikasi yang tepat bertujuan untuk menentukan rasionalitas pemilihan terapi yang akan diberikan. Diagnosa ditegakkan dokter dengan pemeriksaan fisik, gejala klinis, maupun dari tanda dan gejala yang ditunjukkan pasien yang tertuang dalam Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran jiwa Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015. Jika diagnosis yang ditegakkan tidak benar maka obat yang digunakan tidak akan memberikan efek yang diinginkan (Fahrul dkk, 2014). Seluruh sampel yang dianalisis telah memiliki tanda dan gejala sesuai dengan standar Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran jiwa Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015.

5.3.2 Tepat Pasien

Tepat pasien adalah ketepatan dalam mempertimbangkan kondisi fisiologi dan patofisiologi pasien seperti ibu hamil, ibu menyusui, pediatrik, dan geriatrik agar obat yang diberikan tidak menimbulkan kontraindikasi bagi pasien (Sumawa dkk, 2015). Ketepatan penilaian kondisi pasien dapat dilihat respon pasien pada efek obat sangat bermacam-macam (Kemenkes RI, 2011). Tepat pasien dalam penelitian ini dilihat dari kontraindikasi obat antidepresan dengan kondisi pasien dan penyerta. Hasil yang didapatkan kemudian dibandingkan dengan *guideline*

Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach 9th dan *Drug Information Handbook 21st*. Data tepat pasien dalam evaluasi ketepatan penggunaan obat antidepresan dapat dilihat pada gambar 5.6.



Gambar 5.6 Diagram evaluasi ketepatan pasien depresi

Berdasarkan gambar 5.6 digaram evaluasi ketepatan pasien depresi menggunakan 32 sampel dihasilkan analisis tepat pasien depresi sebanyak 94% (30) resep dan yang tidak tepat pasien depresi sebanyak 6% (2) resep. Data evaluasi yang tidak tepat pasien dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2 Data tidak tepat pasien depresi

No Kasus	Diagnosis	Kondisi Pasien	Nama Obat	Keterangan
20	Depresi ringan	Pasien menyusui, insomnia, sedih, perasaan cemas		Pasien adalah ibu menyusui
28	Depresi berat tanpa gejala psikotik	Pasien memiliki riwayat epilepsi, kurang lebih 1 bulan ini sering bicara sendiri, terus cemas	Amitriptilin	Pasien memiliki riwayat epilepsi

Berdasarkan tabel 5.3 data tidak tepat pasien depresi, dikatakan tidak tepat pasien depresi dikarenakan obat antidepresan yang digunakan memiliki

kontraindikasi dengan kondisi ibu menyusui dan pasien dengan riwayat penyakit epilepsi. Kontraindikasi obat amitriptilin adalah pasien yang hipersensitivitas terhadap amitriptilin atau komponen formulasi lainnya, penggunaan inhibitor MAO dalam 14 hari terakhir, fase pemulihan akut setelah infark miokard dan penggunaan bersamaan cisapride (Dana *et al.*, 2012).

Pada nomor kasus 20 pasien depresi adalah ibu menyusui kemudian pasien diberikan antidepresan dari golongan TCA yaitu amitriptilin. Obat amitriptilin tidak dianjurkan digunakan pada saat menyusui karena terdistribusi atau masuk ke dalam ASI (Dana *et al.*, 2012). Efek samping yang dapat dialami oleh ibu menyusui adalah kantuk, mulut kering, retensi urin dan sembelit. Telah ditemukan adanya efek samping sedasi langka pada bayi yang disusui (Jones, 2022). Diperlukan pertimbangan khusus dalam memberikan terapi antidepresan pada pasien depresi yang sedang menyusui. Golongan obat antidepresan yang diyakini keamanannya untuk ibu menyusui adalah dari golongan SSRI, namun bukan berarti tanpa resiko (Ikawati dan Anurogo, 2018).

Golongan SSRI yang menjadi lini pertama untuk ibu menyusui adalah sertraline (Jones, 2022). Dikarenakan meskipun obat ini terdistribusi atau masuk ke dalam ASI, namun level obat yang dikonsumsi bayi lewat ASI diperkirakan cukup rendah (Berle and Spigset, 2011). Sebagian besar laporan kasus tidak menemukan efek samping yang tidak diinginkan pada bayi yang ibunya menerima terapi sertraline selama menyusui (Harding and Timko, 2008). Selain itu, sertraline juga memiliki waktu paruh (*half life*) yang cukup pendek. Hal ini membuat sertraline cepat dibuang dari tubuh atau tidak bertahan lama dalam tubuh. Hal yang cukup

menguntungkan agar tidak terjadi akumulasi atau penumpukan terlalu lama untuk obat ada dalam tubuh dan ASI (Jones, 2022). Apabila obat mengalami penumpukan dalam tubuh bayi maka dapat memberikan beberapa efek seperti efek terapeutik, efek toksik, dan efek samping (Norcahyanti dkk, 2018).

Pada nomor kasus 28 pasien memiliki riwayat penyakit epilepsi dan pasien diberi obat amitriptilin. Obat amitriptilin adalah obat antidepresan dari golongan TCA, obat ini dapat menurunkan ambang kejang pasien. Oleh karena itu pemberian amitriptilin pada pasien dengan riwayat epilepsi perlu perhatian khusus (Dana *et al.*, 2012). Ambang kejang menggambarkan intensitas minimum stimulus yang diperlukan untuk menginduksi kejang. Jadi ketika ambang kejang pasien menurun dapat menginduksi terjadinya kejang (Hitchings, 2016).

Obat amitriptilin juga memiliki efek samping kejang pada level tinggi. Obat yang memiliki efek samping kejang pada level tinggi lainnya adalah doksepin, imipramin, dan bupropion (Dipiro *et al.*, 2015). Pada penelitian yang dilakukan oleh Kanner (2016) menyebutkan obat antidepresan dapat menyebabkan kejang pada dosis toksik, dan beberapa obat menunjukkan efek prokonvulsan pada dosis terapeutik yaitu clomipramin, bupropion, amoxapin, dan maprotilin.

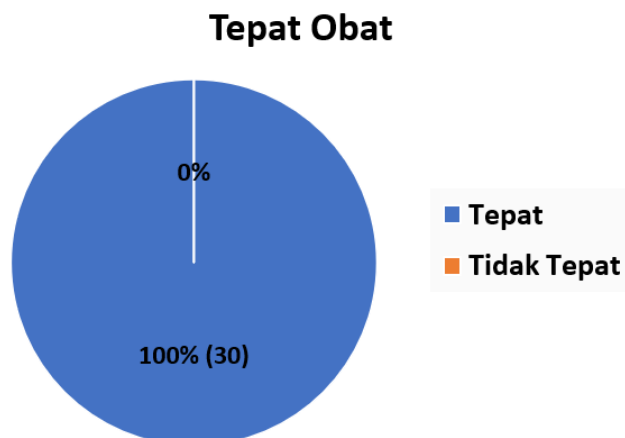
Depresi adalah komorbiditas psikiatrik yang paling sering dialami oleh pasien epilepsi, dengan tingkat prevalensi seumur hidup berkisar antara 30% sampai dengan 35% (Tellez-Zenteno *et al.*, 2007). Oleh karena itu pemberian obat antidepresan sangatlah penting diberikan pada pasien dengan riwayat epilepsi karena obat antidepresan telah terbukti dapat menghasilkan efek terapeutik pada gangguan depresi. Akan tetapi dalam waktu yang lama terjadi kesalahpahaman

dokter yang meyakini bahwa semua obat antidepresan dapat menyebabkan kejang (prokonvulsan) yang menjadikan kendala dalam pengobatan farmakologi pasien depresi dengan riwayat kejang (Kanner, 2016).

Namun, menurut penelitian yang dilakukan oleh Kanner (2016) mengatakan bahwa antidepresan dari golongan SSRI dan SNRI telah terbukti aman bila digunakan pada pasien dengan epilepsi dan juga terbukti menunjukkan sifat antiepilepsi pada uji hewan. Obat yang aman dari golongan SSRI adalah paroksetin, sertraline, fluoksetin, sitalopram, escitalopram, dan fluvoksamin. Untuk obat dari golongan SNRI yaitu venflaksasin dan duloksetin. Pada pasien nomor kasus 28 sebaiknya diberikan obat dari golongan SSRI atau SNRI. Menurut Dipiro *et al* (2015) obat antidepresan escitalopram dari golongan SSRI sangat direkomendasikan untuk pasien depresi dengan riwayat epilepsi karena tidak memiliki efek samping kejang.

5.3.3 Tepat Obat

Tepat obat adalah proses pemilihan obat yang dilakukan setelah diagnosis ditegakkan dengan benar. Dalam pemilihan obat dipilih obat yang memiliki efek terapi sesuai dengan penyakit pasien (Kemenkes RI, 2011). Evaluasi ketepatan obat antidepresan pada pasien depresi di instalasi rawat jalan puskesmas licin dapat dilihat pada gambar 5.7.



Gambar 5.7 Diagram evaluasi ketepatan obat antidepresan

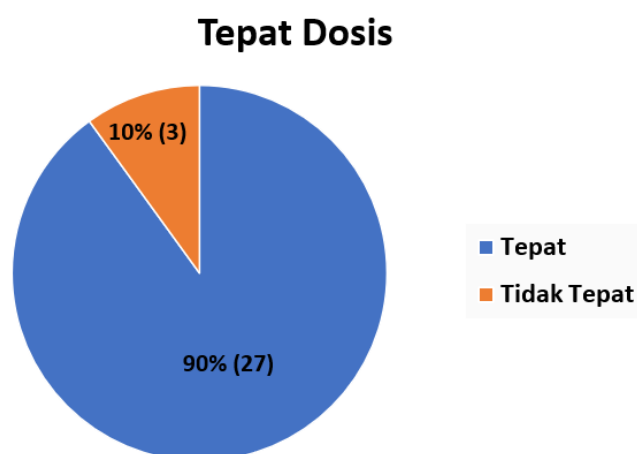
Berdasarkan gambar 5.7 diagram evaluasi ketepatan obat antidepresan menggunakan 30 sampel dihasilkan analisis tepat obat sebesar 100% (30) persepsan telah tepat obat. Pada nomor kasus 20 dan 28 tidak dievaluasi dikarenakan sudah tidak tepat pasien. Evaluasi tepat obat antidepresan dalam penelitian ini dilihat dari pemilihan obat antidepresan dan dibandingkan dengan standar acuan *Pharmacotherapy A Pathophysiologic Approach 9th* dan Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran jiwa Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015.

Dalam pemilihan obat, obat harus dipilih dengan mempertimbangkan manfaat dan risikonya. Evaluasi ketepatan obat antidepresan adalah proses penilaian terhadap pemilihan obat antidepresan dengan pertimbangan diagnosis yang ada pada rekam medis kemudian dibandingkan dengan *guideline* yang ditetapkan (Sumawa dkk, 2015). Menurut Kemenkes (2015) antidepresan yang biasa digunakan untuk pasien depresi berupa golongan SSRI, Trisiklik, SNRI, MAOI (*Monoamine Oxidase Inhibitor*), Tetrasiklik, SSRE (*Selective Serotonin reuptake Enhacer*), dan Melatonin Agonis. Pemilihan obat yang tepat dapat dinilai dari ketepatan kelas terapi dan jenis obat yang sesuai dengan diagnosis. Obat juga

harus terbukti memiliki manfaat dan keamanannya. Selain itu, obat juga harus mudah didapatkan dan jenis obat yang digunakan pasien jumlahnya harus seminimal mungkin (Saputri, 2018).

5.3.4 Tepat Dosis

Tepat dosis adalah ketepatan pemberian dosis obat antidepresan sesuai dengan rentang dosis terapi berdasarkan dari dosis penggunaan per hari dan menyesuaikan dengan kondisi khusus pasien (Untari dkk, 2018). Efek terapi obat sangat dipengaruhi oleh dosis pemberian obat. Jika dosis yang diberikan berlebihan, maka akan menimbulkan resiko efek samping terlebih pada obat dengan rentang terapi sempit. Sedangkan jika dosis yang diberikan terlalu kecil, maka tidak dapat menjamin keberhasilan terapi (Kemenkes RI, 2011). Hasil evaluasi ketepatan dosis obat antidepresan pada pasien depresi di instalasi rawat jalan puskesmas licin dapat dilihat pada gambar 5.8.



Gambar 5.8 Diagram evaluasi ketepatan dosis obat antidepresan

Berdasarkan gambar 5.8 diagram evaluasi ketepatan dosis obat antidepresan menggunakan 30 sampel dihasilkan analisis tepat dosis obat antidepresan adalah

90% (27) resep telah tepat dosis obat antidepresan dan yang tidak tepat dosis obat antidepresan sebanyak 10% (3) resep. Data evaluasi tidak tepat dosis dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 Data tidak tepat dosis obat antidepresan

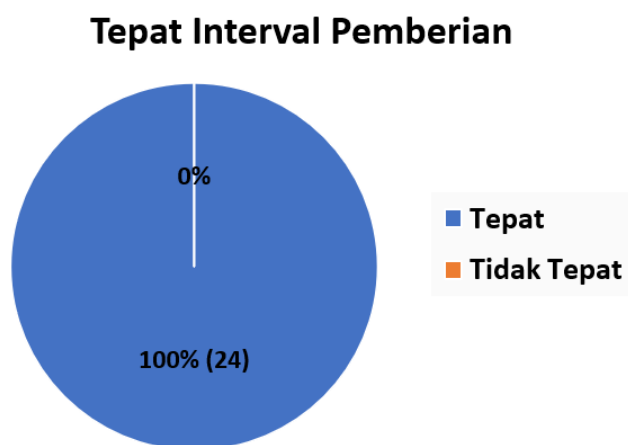
No Kasus	Diagnosis	Nama Obat	Dosis	Dosis Literatur
5, 6	Berat tanpa gejala psikotik	Fluoksetin	1 x 10 mg	20-60 mg/hari
25	Depresi ringan	Amitriptilin	2 x 10 mg	25-50 mg/hari

Berdasarkan tabel 5.3 data tidak tepat dosis obat antidepresan, ketidaktepatan dosis pemakaian obat antidepresan dikarenakan perhitungan dosis satu kali dan satu hari untuk tiap obat antidepresan tidak sesuai dengan *Guideline Drug Information Handbook* Edisi 21. Pada nomor kasus 5 dan 6, pasien diberikan obat fluoksetin dengan dosis 10 mg per hari. Sedangkan untuk dosis rentang pemberiannya adalah 20-60 mg per hari sehingga untuk kasus nomor 5 dan 6 dosis yang diberikan terlalu rendah (*underdose*). Fluoksetin Golongan antidepresan SSRI merupakan lini pertama dalam menangani gangguan depresi dan harus diberikan dengan dosis yang tepat agar gejala-gejala yang dialami pada gangguan depresi membaik (Septyarini dkk, 2021).

Pada nomor kasus 25, pasien diberikan obat amitriptilin dengan dosis sehari 2 kali 10 mg atau 20 mg dalam sehari. Kemudian dibandingkan dengan pedoman *Drug Information Handbook* Edisi 21 untuk rentang pemberiannya 25-50 mg per hari sehingga untuk kasus nomor 25 dosis yang diberikan terlalu rendah (*underdose*). Dosis yang kurang dari rentang terapi dapat menyebabkan terapi obat menjadi tidak optimal. Hal ini dikarenakan kadar obat di bawah kadar minimum untuk dapat memberikan efek terapi (Wida, 2020).

5.3.5 Tepat Interval Pemberian

Tepat interval pemberian adalah ketepatan waktu dalam memberikan obat antidepresan kepada pasien berdasarkan dengan interval pemberian obat yang telah ditentukan. Pasien akan patuh dalam meminum obat ketika cara pemberiannya dengan praktis dan sederhana. Semakin sering frekuensi pemberian obat dalam satu hari, maka semakin rendah tingkat kepatuhan minum obat pasien (Kemenkes RI, 2011). Evaluasi ketepatan interval pemberian obat antidepresan pada pasien depresi di instalasi rawat jalan puskesmas licin dapat dilihat pada gambar 5.9.



Gambar 5.9 Diagram evaluasi ketepatan interval pemberian

Berdasarkan gambar 5.9 diagram evaluasi ketepatan interval pemberian obat antidepresan menggunakan 24 sampel dihasilkan analisis tepat interval pemberian sebesar 100% (24) resep. Pada nomor kasus 5, 6 dan 25 tidak dievaluasi dikarenakan sudah tidak tepat dosis. Evaluasi ketepatan interval pemberian obat antidepresan dalam penelitian ini dilihat dari ketepatan frekuensi pemberian obat antidepresan dan dibandingkan dengan standar acuan *Drug Information Handbook* Edisi 21.

Semakin besar frekuensi yang diberikan, semakin besar kemungkinan ketidakpatuhan pasien dalam mengkonsumsi obat. Frekuensi pemberian obat merupakan penentu dalam memaksimalkan proses terapi obat, karena menentukan efek biologis suatu obat seperti absorpsi, kecepatan absorpsi dan bioavailabilitas (total obat yang dapat diserap), cepat atau lambatnya obat mulai bekerja (*onset of action*), lamanya obat bekerja (*duration of action*), intensitas kerja obat, respons farmakologi yang dicapai serta dosis yang tepat untuk memberikan respons tertentu (Fahrul dkk, 2014).

5.4 Ketepatan Penggunaan Obat dalam Alqur'an

Ketepatan penggunaan obat perlu diperhatikan untuk mencapai keberhasilan suatu terapi. Dikatakan tepat penggunaan obat apabila obat yang digunakan sesuai dengan dosis yang telah ditetapkan. Sebagaimana firman Allah pada Alqur'an surah Al-Qamar ayat 49 yang berbunyi:

إِنَّا كُلَّ شَيْءٍ خَلَقْنَاهُ بِقَدَرٍ - ٤٩

Artinya: "Sungguh, Kami menciptakan segala sesuatu menurut ukuran."
(Q.S.Al-Qamar : 49)

Telah dijelaskan bahwa apapun yang terjadi pada semua makhluk ialah telah ditentukan oleh Allah. Allah menciptakan segala hal sesuai dengan kadarnya yaitu sistem dan keadaan yang sebelumnya telah ditentukan (Shihab dkk, 2016). Shihab (2002) menjelaskan mengenai segala hal yang menjadi kewenangan dan ketetapan Allah bagi setiap manusia. Sebagai makhluk hidup Allah manusia mempunyai potensi menjadi baik atau buruk dan harus bertanggung jawab atas keputusan yang dipilih. Allah telah memberikan petunjuk bagi manusia dengan diutusnya rasulullah untuk membimbingnya. Allah juga memberikan akal dengan pikiran kepada

manusia supaya manusia dapat mengetahui yang baik dan buruk. Hal ini termasuk kedalam sistem yang akurat, teliti dan tepat yang telah ditentukan oleh Allah.

Ayat diatas menjelaskan bahwa Allah menciptakan setiap hal sesuai dengan ukuran dan kadarnya. Hal ini berlaku pada terapi suatu penyakit. Obat harus diresepkan sesuai dengan dosis yang telah ditetapkan agar dapat mencapai keberhasilan terapi. Apabila obat diberikan tidak sesuai dengan rentang dosis yang ditetapkan maka dapat memberikan efek negatif dan dapat membahayakan pasien. Oleh karena itu evaluasi penggunaan obat perlu untuk dilaksanakan untuk mengetahui ketepatan dalam penggunaan obat (Wida, 2020).

Dalam Alqur'an dijelaskan mengenai terapi non farmakologi depresi yaitu dengan ketabahan dan tawakal. Sebagaimana firman Allah dalam Alqur'an surah Yunus ayat 62 yaitu:

أَلَا إِنَّ أَوْلِيَاءَ اللَّهِ لَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ٦٢

Artinya: "Ingatlah, sesungguhnya para kekasih Allah itu, tidak ada kekhawatiran (takut) terhadap mereka dan tidak (pula) mereka bersedih hati." (QS. Yunus: 62)

Menurut (Shihab dkk, 2016) yang dimaksud dengan wali-wali Allah dalam ayat tersebut adalah kekasih Allah yang tidak memiliki rasa takut dan cemas terhadap apa yang akan mereka hadapi di akhirat dan tidak sedih dan tertekan pada hal yang telah terjadi di dunia. Yang dimaksud tidak ada rasa takut bagi mereka adalah karena mereka yakin bahwa janji Allah pasti akan datang, dan pertolongan-Nya tentu akan tiba serta petunjuk-Nya tentu membimbing mereka ke jalan yang lurus. Apabila mereka ditimpa musibah, mereka tetap sabar menghadapi dan

mengatasinya dengan penuh ketabahan dan tawakal kepada Allah (Ibrahim dkk, 2011).

Ketabahan (*hardiness*) merupakan karakteristik kepribadian sebagai produk dari proses belajar bukan merupakan bawaan sejak lahir akan berperan dalam mengurangi efek negatif dari keadaan yang menekan. Hal ini dikuatkan dengan temuan penelitian yang menunjukkan bahwa ketabahan (*hardiness*) sejatinya merupakan suatu akumulasi ciri-ciri kepribadian yang berfungsi untuk melawan sumber dari keadaan hidup yang menekan, serta membantu melindungi individu dari pengaruh negatif dari kondisi stres yang dialami (Endang Prastuti, 2021). Menurut Buhairi (2012) tawakal kepada Allah adalah memfokuskan raga dalam *ubudiyah* (beribadah kepada Allah dengan raga), menggantungkan hati dengan *rububiyah* (pasrah dan ridha kepada ketentuan Allah), menenangkan jiwa dengan kecukupan (menenangkan jiwa dan merasa cukup dengan yang diberikan Allah), bersyukur jika diberi nikmat dan bersabar jika tidak diberi.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan penelitian evaluasi ketepatan penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi di Puskesmas Licin dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Profil penggunaan obat antidepresan pada pasien depresi di Puskesmas Licin adalah antidepresan dari golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) yaitu fluoksetin sebesar 62% dan antidepresan dari golongan *Tricyclic Antidepressant* (TCA) yaitu amitriptilin sebesar 38 %.
2. Evaluasi ketepatan penggunaan obat antidepresan masih ditemukan adanya ketidaktepatan penggunaan obat yaitu tepat indikasi sebesar 100%, tepat pasien 94%, tepat obat sebesar 100%, tepat dosis sebesar 90% dan tepat interval pemberian sebesar 100%.

6.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, dapat diberikan saran sebagai berikut:

1. Saran untuk peneliti
 - a. Perlu dilakukan penelitian dengan menggunakan metode pengambilan data secara prospektif supaya dapat menggali informasi secara langsung kepada pasien sehingga data yang diperoleh lebih lengkap dan valid.

- b. Perlu dilakukan penelitian kepada pasien rawat inap agar dapat mengevaluasi parameter ketepatan lainnya yang tidak dapat dievaluasi pada pasien rawat jalan.

2. Saran bagi Puskesmas Licin

Sebaiknya penulisan rekam medik lebih teliti dalam memasukkan data pasien di website SIMPUS agar data pasien tercatat dengan lengkap dan sistematis terutama pada penulisan diagnosis pasien, riwayat penyakit, keluhan yang dialami, dan pengobatan yang diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiputra, I. M. S., Trisnadewi, N. W., Oktaviani, N. P. W., dan Munthe, S. A. 2021. *Metodologi Penelitian Kesehatan*.
- Apreviadizy, P., dan Puspitacandri, A. 2014. Perbedaan Stres Ditinjau dari Ibu bekerja dan Ibu Tidak Bekerja. *Jurnal Psikologi Tabularasa*, Volume 9, Nomor 1: 58–65.
- Azizah, L.M. 2011. *Keperawatan Lanjut Usia*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Bangasser *et al.*, 2010. Sex Differences In Corticotropin-Releasing Factor Receptor Signaling And Trafficking: Potential Role In Female Vulnerability To Stress-Related Psychopathology. *Molecular Psychiatry*, Volume 15 (9): 896–904.
- Barbosa, L., Berk, M., dan Vorster, M., 2003, A Double – *Blind randomized, placebo controlled trial of augmentation with lamotrigine or placebo in patients concomitantly treated with fluoxetine for resistant major depressive episodes*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12716240> (diakses tanggal 5 Juni 2022).
- Baune, B. 2009. Conceptual challenges of a tentative model of stress-induced depresi. *PLoS One*, 4(1)
- Berle, J. O, dan Spigset, O. 2011. Antidepressant Use During Breastfeeding. *Current Women's Health Reviews*, Volume 7(9), 28–34.
- Bhattacharjee *et al.*, 2019. Extent and Predictors of Potentially Inappropriate Antidepressant Use Among Older Adults with Dementia and Major Depressive Disorder. *Am J Geriatr Psychiatry*, Volume 176(3): 794–805.
- Buhairi, M.A.A. 2012. *Tafsir ayat-ayat ya ayyuhal-ladzina aamanu*. Jakarta: Pustaka Al-Kautsar.
- DeBattista, C. 2018. *Antidepressant Agents in Basic & Clinical Pharmacology* (B. G. Katzung (ed.); Fourteenth). McGraw-Hill Education.
- Dana *et al.*, 2012. *Drug Information Handbook*. American Pharmacists Association (Ed.); 21st. Lexi-Comp Inc.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. 2019. *Profil Kesehatan Kabupaten Banyuwangi Tahun 2019*. Banyuwangi.
- Depkes. 2007. *Pharmaceutical care untuk penderita gangguan depresif*. Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian Dan Alat Kesehatan.
- Depkes. 2009. *Klasifikasi Umur Menurut Kategori*. Jakarta : Ditjen Yankes.
- Dipiro, J., Wells, B., Schwinghanner, T., dan Dipiro, C. 2015. *Pharmacotherapy*

Handbook Ninth Edition. McGraw-Hill Education. Education Companies.

- Endang Prastuti, N. C. A. 2021. Ketabahan (*Hardiness*) Dan Dukungan Sosial Ayah Yang. *Intuisi Jurnal Psikologi Ilmiah*, 13(1), 15–23.
- Fahrul, Mukaddas, A., dan Faustine, I. 2014. Rasionalitas Penggunaan Antipsikotik pada Pasien Skizofrenia di Instalasi Rawat Inap Jiwa RRSD Madani Provinsi Sulawesi Tengah Periode Januari-April 2014. *Online Journal of Natural Science*, Volume 3, Nomor 2: 19–29.
- Fernandes, S., Angolkar, M., dan Bagi, G. J. 2020. Depression Among Married Working Women Vs Homemakers : A Comparative Study. *The International Journal of Indian Psychology*, Volume 8(1).
- Hanlon *et al.*, 2011. Potential Underuse, Overuse, And Inappropriate Use Of Antidepressants In Older Veteran Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, Volume 59 (8): 1412–1420.
- Harding, J. H., dan Timko, J. V. 2008. The Use of Psychotropic Medications During Pregnancy and Lactation. *The Global Library of Women's Medicine*, 1–36.
- Haugan, G., Rannestad, T., Hammervold, R., Garasen, H. and Espnes, G.A. 2013. The Relationships between Self-Transcendence and Spiritual Well-Being in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *International Journal of Older People Nursing*. 9(1), 65-78.
- Hitchings, A. W. 2016. Drugs that lower the seizure threshold. *Adverse Drug Reaction Bulletin*, 298(1), 1–10.
- Hollon SD, Jarrett RB, Nerenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. 2005. Psychotherapy and Medication the Treatment of Adult and Geriatric Depression: Which Monotherapy or Combined Treatment? *J Clin Psychiatry*. 66: 455-468.
- Ibrahim Husein dkk. 2011. *Al-Qur'an dan Tafsirnya Jilid IX (Juz 25, 26, 27)*. Kementerian Agama.
- Ibrahim Husein dkk. 2011. *Al-Qur'an dan Tafsirnya Jilid IV (Juz 10, 11, 12)*. Kementerian Agama.
- Ikawati, Z., dan Anurogo, D. 2018. *Tata Laksana Terapi Penyakit Sistem Syaraf Pusat*. Edisi ke-1. Yogyakarta: Bursa Ilmu.
- Irawan, H. 2013. Gangguan Depresi pada Lanjut Usia, Cermin Dunia Kedokteran. *Cermin Dunia Kedokteran*, Volume 40, Nomor 11: 815–819.
- Jacka, FN, Rethon, C, Taylor S, *et al.* 2013 Diet quality and mental health problems in adolescents from East London: A prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 48: 1297–1306.

- Jecson, Petersen., Doda O. J., dan Pinontoan, O. R.2020. Analisis Kondisi Jalan Dan Cuaca Yang Berhubungan Dengan Kecelakaan Kerja Pada Pengemudi Ojek Di Kota Bitung. *Journal of. Jurnal of Public Health and Community Medicine*. Volume 1, Nomor 3: 55–61
- Johnson, T. 2010. Antidepressants and alternative approaches to helping children and adolescents struggling with depression. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 12(3). doi:10.1891/1559-4343.12.3.238
- Jones, W. 2022. Antidepressants and Breastfeeding. *The Breastfeeding Network*, 1–4.
- Kanner, A. M. 2016. Most antidepressant drugs are safe for patients with epilepsy at therapeutic doses: A review of the evidence. *Epilepsy and Behavior*, 61, 282–286.
- Katzung, Bertram G *et al.* 2014. *Basic Clinical Pharmacology*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.
- Kemkes RI. 2011. *Modul Penggunaan Obat Rasional*. Jakarta: Direktorat Bina Pelayanan Kefarmasian.
- Kemkes. 2015. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Jiwa*. Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015
- Kemkes RI. 2019. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmasian di Puskesmas*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- Kemkes RI. 2019. *Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta: Direktorat Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan.
- Kennedy, S.H. dan Lam, R.W. 2003. *Enhancing Outcomes in The Management Resistant Depression: A Focus on Atypical Antipsychotic*
- Kiecolt-Glaser, *et al.* 2007. Depressive symptoms, omega-6 : omega- 3 fatty acids, and inflammation in older adults. *Psychosom Med* 69, 217-24
- Mann, J. J. 2005. The Medical Management of Depressi, *The New England Journal of Medicine*. Volume 353 (17): 1819 – 1834.
- Maramis, M. M. 2014. Depresi Pada Lanjut Usia. *Jurnal Widya Medika Surabaya*, Volume 2, Nomor 1: 27–28.
- Marsasina, A., dan Fitrikasari, A. 2016. Gambaran Dan Hubungan Tingkat Depresi Dengan Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pada Pasien Rawat Jalan Puskesmas (Studi Deskriptif Analitik Di Puskesmas Halmahera Semarang). *Diponegoro Medical Journal (Jurnal Kedokteran Diponegoro)*, Volume 5,

Nomor 4: 440–450.

- McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A., Pessin H., Cimino, J.E., Breitbart, W. 2004. Belief in an Afterlife, Spiritual Well-Being & EoL Despair in Patients with Advanced Cancer. *General Hospital Psychiatry*. 26(6), 484-486.
- MoodFood. 2018. Preventing Depression through food. *Seventh Framework Programme of the European Commission*, 1–5
- Norcahyanti, I., Pratama, A. N. W., dan Asfarina, H. 2018. Survei Tingkat Pengetahuan tentang Keamanan Penggunaan Obat pada Ibu Menyusui di Puskesmas Summersari Kabupaten Jember. *Pharmaceutical Journal of Indonesia*, 3(2), 65–74
- Notoatmodjo, S. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- O'Neil A. *et al.*, 2014. Relationship between diet and mental health in children and adolescents: a systematic review. *Am J Public Health*. 104(10):e31–42. PMID: 25208008. doi: 10.2105/AJPH.2014.302110
- Palupi, P. D., dan Novembrina, M. 2015. Evaluasi Terapi Antidepresan Pada Pasien Dengan Gejala Depresi di RSJD Amino Gondohutomo Semarang. *Media Farmasi Indonesia*, Volume 12, Nomor 2: 1218-1223.
- Pradana, Jaka Arya. 2016. *Kamu Bisa Bantu Selamatkan 10.000 Jiwa Setiap Tahun*. <http://depresimeter.org/cegah-bunuhdiri/>. Di unggah tanggal 31 Oktober 2016
- Prayitno. 2008. *Farmakologi Dasar*. Lilian Batubara (Ed.); 1st. Jakarta: Penerbit Lenskopi.
- Prasetyo, N. 2015. Identifikasi *Adverse Drug Reactions* (ADR) Penggunaan Obat Antidepresan Pada Pasien Depresi Rawat Jalan Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Periode Agustus Tahun 2015. *Universitas Muhammadiyah Surakarta*, Vol. 151.
- Puskesmas Licin. 2018. *Profil Puskesmas Licin Tahun 2018*. Banyuwangi
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2013. *Laporan Nasional Riskesdas*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). 2018. *Laporan Nasional Riskesdas*. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Jatim. 2018. *Laporan Provinsi Jawa Timur*. Kementerian Kesehatan RI.
- Rosalina, A. B., dan Hapsari, I. I. 2014. Gambaran Coping Stress pada Ibu Rumah Tangga yang Tidak Bekerja. *JPPP - Jurnal Penelitian Dan Pengukuran*

Psikologi, Volume 3, Nomor 1: 18–23.

- Saputri, R. P. 2018. *Evaluasi Rasionalitas Penggunaan Antipsikotik Pada Pasien Skizofrenia Di Instalasi Rawat Inap RSJD Atma Husada Mahakam Samarinda Tahun 2016*. Universitas Setia Budi.
- Septyarini, D., Muthoharoh, A., Permadi, Y. W., dan Ningrum, W. A. 2021. Evaluasi Ketepatan Dosis Obat Pasien Depresi Rawat Jalan di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan. *Health Sciences and Pharmacy Journal*, 1–10.
- Shihab, M. Q. 2002. *Tafsir Mishbah Pesan, Kesan, dan Keserasian Al-Qur'an* Volume 13. Jakarta: Lentera Hati.
- Shihab, M. Q. dkk 2016. *Tafsir Wajiz Jilid II, bagian 2*. Lajnah Pentashihan Mushaf Al-Qur'an.
- Sriram, Rodriguez-Fernandez, Doyle. 2012. Modeling Cortisol Dynamics in the Neuroendocrine axis Distiguishes Normal, Depression, and Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Humans. *PLoS Comput Biol*, 8 (2).
- Sthal, S. M., Entsuah, R., Rudolph, R. L. 2002. *Comparative Efficacy Beetwen Venlafaxine and Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: A Pooled Analysis of Patients With Depression*.
- Sugiyono. 2018. *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D*. Alfabeta.
- Sumawa, P. M. R., Wullur, A. C., dan Yamlean, P. V. Y. 2015. Evaluasi Kerasionalan Penggunaan Obat Antihipertensi Pada Pasien Hipertensi Rawat Inap di RSUD Prof. Dr. R. D. Kandou Manado Periode Januari-Juni 2014. *Pharmaccon*, Volume 4, Nomor 3: 126–133.
- Tellez-Zenteno, J. F., Patten, S. B., Jetté, N., Williams, J., dan Wiebe, S. 2007. Psychiatric comorbidity in epilepsy: A population-based analysis. *Epilepsia*, 48(12).
- Untari, E. K., Agilina, A. R., dan Susanti, R. 2018. Evaluasi Rasionalitas Penggunaan Obat Antihipertensi di Puskesmas Siantan Hilir Kota Pontianak Tahun 2015. *Pharmaceutical Sciences and Research*, 5(1), 32–39.
- WHO. 2004. The world medicines situation. *Rational use of medicines*. World Health Organization.
- Wida, K. 2020. Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Pada Pasien Skizofrenia Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Mutiara Sukma Mataram Tahun 2019. *Universitas Islam Negeri Maulana Malik Ibrahim*. (Vol. 2507, Issue 1).
- World Health Organization. 2017. Depression and other common mental disorders. *Global Health Estimates*.

Yatham, L.N. 2004. *Newer Antikonvulsants in The Treatment of Bipolar Disorder*.
<http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed/1524330> (diakses tanggal 5 Juni 2022).

Yerkade, V., and Siddiqui, R. A. 2017. IJBCP International Journal of Basic & Clinical Pharmacology Drug utilization study of antihypertensive drugs in hypertensive diabetic patients in a tertiary care hospital. *IJBCP International Journal of Basic & Clinical Pharmacology*, 4(4), 739–743.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Data Pasien Depresi di Instalasi Rawat Jalan Puskesmas Licin

No	No. RM	J K	U (th)	Pekerjaan	Data Lab	Diagnosis	R. Klrng	R. Sakit	R. Obat	Gejala/ keluhan	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Rute	T. Indikasi	T. Pasien	T. Obat	T. Dosis	T. Interval
1.	239XX	L	60	Petani	TD: 122/74 S: 36,7 N: 90 TB: 162 LP: 92 RR: 20 BB: 87	Depresi Sedang	-	•Skizofrenia •Otitis media unspesified	•Risperidon Hexymer •Paracetamol Amoksilin Kloramfenikol	Sulit tidur, tidak semangat, gelisah, murung, minum obat racun tikus	Fluoksetin Risperidon Trihexypenidil	10 mg 0,5 mg 0,5 mg	2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO	T	T	T	T	T
2.	231XX	L	63	Tidak bekerja	TD: 139/86 N: 105 RR: 24 S: 36,9 N: 66 BB: 63	Depresi ringan	ada	-	-	Sulit tidur, bingung sekitar 1 bulan ini, tidak semangat, sering menangis karena anaknya sakit (Skizofrenia), ketakutan, gelisah	Amitriptilin Diazepam	25 mg 5 mg	1 x 1 1 x 1	PO PO	T	T	T	T	T
3.	231XX	L	63	Tidak bekerja	TD: 110/67 N: 88 RR: 20 BB: 65	Depresi ringan	ada	-	-	Kurang semangat, sering bingung, ketakutan, gelisah.	Fluoksetin Diazepam	20 mg 5 mg	1 x 1 1 x 1	PO PO	T	T	T	T	T
4.	110XX	P	16	Pelajar	TB:155 BB: 60 LP 88	Depresi berat tanpa	-	•Gusi bengkak	•Dexamethason	Cemas berlebihan, tidak	Amitriptilin Diazepam Risperidon	25 mg 5 mg 1 mg	1 x 1 1 x 1 1 x 1	PO PO PO	T	T	T	T	T

No	No. RM	J K	U (th)	Pekerjaan	Data Lab	Diagnosis	R. Klrng	R. Sakit	R. Obat	Gejala/ keluhan	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Rute	T. Indikasi	T. Pasien	T. Obat	T. Dosis	T. Interval
					TD: 120/70 N: 80 RR: 20	gejala psikotik				bisa fokus, gangguan tidur	Hexymer	1 mg	1 x 1	PO					
5.	110XX	P	16	Pelajar	TB: 155 LP: 88 TD: 110/70 N: 88 RR: 22 BB: 63	Depresi berat tanpa gejala psikotik	-	•Gusi bengkak	•Dexamethason	Tidak bisa fokus, cemas, gangguan tidur	Fluoksetin Diazepam Trifluoperazin hexymer	10 mg 5 mg 2,5 mg 1 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	TT	TT
6.	110XX	P	16	Pelajar	TB: 165 LP: 74 TD: 120/70 N: 78 RR: 20 BB: 62	Depresi berat tanpa gejala psikotik	-	•Gusi bengkak	•Dexamethason	Cemas, Tidak bisa focus, gangguan tidur	Fluoksetin Diazepam Trifluoperazin Trihexypenidil	10 mg 5 mg 2,5 mg 1 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	TT	TT
7.	110XX	P	16	Pelajar	TB: 155 bb 60 LP: 88 TD: 111/70 N: 97 RR: 22 S: 36 BB: 58	Depresi berat tanpa gejala psikotik	-	•Gusi bengkak	•Dexamethason	Ketakutan ketika keulang tahun teman	Fluoksetin Diazepam Trifluoperazin Trihexypenidil	20 mg 5 mg 5 mg 2 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T

No	No. RM	J K	U (th)	Pekerjaan	Data Lab	Diagnosis	R. Klrng	R. Sakit	R. Obat	Gejala/ keluhan	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Rute	T. Indikasi	T. Pasien	T. Obat	T. Dosis	T. Interval
8.	110XX	P	16	Pelajar	TB: 155 BB: 60 LP: 88 TD: 111/70 N: 97 RR: 22 S: 36 BB: 63	Depresi berat tanpa gejala psikotik	-	•Gusi bengkak	•Dexamethason	Setelah minum obat dada berdebar tangan dan kaki kaku setelah bangun tidur	Fluoksetin Risperidon Hexymer Diazepam	20 mg 1 mg 1,5 mg 5 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T
9.	115XX	L	48	Petani	TD: 150/99 N: 111 RR: 20 TB: 167 LP: 88 BB: 78	Depresi ringan	-	-	-	Tidak bisa tidur sudah 5 hari 5 malam, cemas aktivitas menurun	Fluoksetin Lorazepam (Merlopam)	20 mg 2 mg	1 x 1 1 x 1	PO PO	T	T	T	T	T
10.	115XX	L	48	Petani	TD: 130/80 HR: 105 BB: 70	Depresi ringan	-	-	-	Cemas, insomnia, ketakutan	Fluoksetin Lorazepam (merlopam)	20 mg 2 mg	1 x 1 1 x 1	PO PO	T	T	T	T	T
11.	115XX	L	48	Petani	TD: 130/80 N: 105 BB: 65	Depresi ringan	-	-	-	Cemas, insomnia, aktivitas menurun	Fluoksetin lorazepam (merlopam)	20 mg 2 mg	1 x 1 1 x 1	PO PO	T	T	T	T	T
12.	800XX	P	39	Pedagang	TD: 130/85 N: 96	Depresi berat tanpa	-	•Demam	•MRS	Cemas, Sulit tidur, ketakutan	Fluoksetin Risperidon Hexymer	20 mg 1 mg 1 mg	1 x 1 2 x 1	PO PO PO	T	T	T	T	T

No	No. RM	J K	U (th)	Pekerjaan	Data Lab	Diagnosis	R. Klrng	R. Sakit	R. Obat	Gejala/ keluhan	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Rute	T. Indikasi	T. Pasien	T. Obat	T. Dosis	T. Interval
					RR: 20 S: 36,5 TB: 148 BB: 48	gejala psikotik		Berdarah			diazepam	5 mg	2 x 1 2 x 1	PO					
13.	800XX	P	39	Pedagang	TD: 110/70 N: 88 R: 20 S: 36,5 BB: 50	Depresi berat tanpa gejala psikotik	-	•Demam Berdarah	•MRS	Cemas, ketakutan, sedih, gangguan tidur	Fluoksetin Diazepam Risperidon Trihexypenidil	20 mg 5 mg 1 mg 1 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T
14.	1275XX	L	30	wiraswasta	TD: 140/110 BB: 55	Depresi sedang	-	-	-	Sakit kepala, sulit tidur, sering menangis	Fluoksetin Diazepam Risperidon Trihexypenidil	10 mg 5 mg 1 mg 1 mg	2 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T
15.	1275XX	L	30	Wiraswasta	TD: 120/80 BB: 58	Depresi sedang	-	-	-	sulit tidur, sering menangis, perasaan cemas	Fluoksetin Risperidon Trihexypenidil Diazepam	20 mg 1 mg 1 mg 5 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T
16.	1270XX	P	25	Wiraswasta	BB: 55	Depresi berat tanpa gejala psikotik	Ada	•Bipolar	-	Cemas karena habis putus, hutang keluarga ditanggung sendiri, perasaan sedih, sering menangis,	Fluoksetin Diazepam Risperidon Trihexypenidil	20 mg 5 mg 1 mg 1 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T

No	No. RM	J K	U (th)	Pekerjaan	Data Lab	Diagnosis	R. Klr	R. Sakit	R. Obat	Gejala/ keluhan	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Rute	T. Indikasi	T. Pasien	T. Obat	T. Dosis	T. Interval
										mengganggu pekerjaan, sekitar 1 tahun lebih pasien pernah didiagnosa Bipolar, pernah hipnoterapi oleh psikiater malang namun tidak ada perubahan signifikan									
17.	966X X	P	19	Pelajar	TB: 154 LP: 75 TD: 100/ 70 HR: 88 RR: 20 BB: 55	Depresi ringan	-	-	-	Agak bingung, mondar- mandir, sedih	Fluoksetin Risperidon Trihexypenidil	20 mg 1 mg 1 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO	T	T	T	T	T
18.	966X X	P	19	Pelajar	TB: 154 BB: 57 LP: 80 TD: 110/70 HR: 90 RR: 20 BB:57	Depresi ringan	-	-	-	Keluhan kontrol jiwa, bingung,	Amitriptilin Risperidon Trihexypenidil	25 mg 2 mg 2 mg	2 x 1/2 2 x 1 2 x 1	PO PO PO	T	T	T	T	T

No	No. RM	J K	U (th)	Pekerjaan	Data Lab	Diagnosis	R. Klr	R. Sakit	R. Obat	Gejala/ keluhan	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Rute	T. Indikasi	T. Pasien	T. Obat	T. Dosis	T. Interval
19.	670XX	P	32	Ibu rumah tangga	TD: 130/100 N: 90 RR: 20 S: 36,5 TB: 154 BB: 67	Depresi ringan	-	•Gastritis	•Antasida, omeprazole Metoklopramide	sakit pinggang dada sesak perasaan sedih, cepat lelah, nafsu makan menurun, susah tidur	Amitriptilin Diazepam Risperidon Trihexypenidil	25 mg 5 mg 1 mg 1 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T
20.	670XX	P	32	Ibu rumah tangga	TD: 130/80 N: 80 RR: 20 S: 36,5 TB: 154 BB: 60	Depresi ringan	-	•Gastritis	•Antasida, omeprazole Metoklopramide	Pasien menyusui, gangguan tidur, sedih, perasaan cemas, sering ngantuk	Amitriptilin Diazepam Risperidon Trihexypenidil	25 mg 2,5 mg 0,5 mg 0,5 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	TT	TT	TT	TT
21.	978XX	P	54	Pedagang	TD: 170/110 N: 90 TB:153 LP: 90 S: 36,4 RR: 18 BB: 84	Depresi berat tanpa gejala psikotik	-	•Hipertensi	•Amlodipine 10 mg	Bingung sekitar 4 bulan ini karena kebutuhan ekonomi, gelisah, cemas, kehilangan pekerjaan, cepat lelah, sulit tidur, sedih	Amitriptilin Diazepam Risperidon Trihexypenidil	25 mg 5 mg 1 mg 1 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T
22.	978XX	P	54	Pedagang	BB: 78	Depresi sedang	-	•Hipertensi	•Amlodipine 10 mg	Sering bingung, cemas, tidak bisa tidur, kepala berat	Amitriptilin Diazepam Risperidon Hexymer	25 mg 5 mg 1 mg 1 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T

No	No. RM	J K	U (th)	Pekerjaan	Data Lab	Diagnosis	R. Klrng	R. Sakit	R. Obat	Gejala/ keluhan	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Rute	T. Indikasi	T. Pasien	T. Obat	T. Dosis	T. Interval
23.	978XX	P	54	Pedagang	BB: 80	Depresi sedang	-	•Hipertensi	•Amlodipine 10 mg	Sering bingung, sering cemas, gangguan tidur	Amitriptilin Diazepam Risperidon Trihexypenidil	25 mg 2 mg 1 mg 1 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T
24.	900XX	P	62	Ibu rumah tangga	TB: 155 BB: 57 LP: 80 TD; 100/60 N: 80 RR: 20 BB: 57	Depresi berat tanpa gejala psikotik	-	-	-	Cemas berlebihan 4 bulan ini, sering ketakutan dan menangis sendiri	Amitriptilin Diazepam Risperidon Trihexypenidil	25 mg 2 mg 2 mg 2 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T
25.	101XX	L	17	pelajar	BB: 58	Depresi ringan	-	-	-	Bingung sekitar 5 hari ini, memikirkan masaah luka di lengan kiri (Habis Jatuh)	Amitriptilin Lorazepam (merlopam) Risperidon Trihexypenidil	10 mg 0,5 mg 0,5 mg 0,5 mg	2 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	TT	TT
26.	263XX	P	57	Ibu rumah tangga	TD: 150/100 HR: 100 RR: 20 BB: 60	Depresi berat tanpa gejala psikotik	ada	•Gastritis, •Hipertensi, •Faktor psikologis	•Antasida doen sups •Omeprazole •Amlodipine 5 mg •Diazepam	Ketakutan sekitar 1 bulan ini, sulit tidur, tidak tenang, gelisah, sering memikirkan anaknya yang	Fluoksetin Diazepam Risperidon Trihexypenidil	20 mg 5 mg 2 mg 2 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T

No	No. RM	J K	U (th)	Pekerjaan	Data Lab	Diagnosis	R. Klrgr	R. Sakit	R. Obat	Gejala/ keluhan	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Rute	T. Indikasi	T. Pasien	T. Obat	T. Dosis	T. Interval
										gangguan jiwa (skizo)									
27.	263XX	P	57	Ibu rumah tangga	TD: 150/100 HR: 100 RR: 20 BB: 60	Depresi berat tanpa gejala psikotik	ada	<ul style="list-style-type: none"> •Gastritis, •Hipertensi, •Faktor psikologis 	<ul style="list-style-type: none"> •Antasida doen sups •Omeprazole •Amlodipine 5 mg •Diazepam 	Ketakutan, cemas, sulit tidur, kontrol jiwa	Amitriptilin Diazepam Risperidon Trihexypen idil	25 mg 5 mg 2 mg 2 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T
28.	983XX	L	31	Pedagang	TD: 120/90 N: 90 TB: 165 LP: 84 S: 36,5 RR: 18 BB: 65	Depresi berat tanpa gejala psikotik	-	•Epilepsi	•Carbamazepin	Kurang lebih 1 bulan ini sering bicara sendiri, terus cemas	Amitriptilin Diazepam Risperidon Trihexypen idil	25 mg 5 mg 2 mg 2 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	TT	TT	TT	TT
29.	108XX	L	27	Wiraswasta	TB:165 LP: 80 TD: 120/80 HR: 80 RR: 20 BB: 60	Depresi berat dengan gejala psikotik	-	•Gastritis unspecified	<ul style="list-style-type: none"> •Antasida DOEN •Ranitidin tab •Metoklopramide 	Ngelantur, marah-marah, pasien memukul kaca hingga pecah	Fluoksetin Diazepam Risperidon Trihexypen idil	20 mg 5 mg 2 mg 2 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T

No	No. RM	J K	U (th)	Pekerjaan	Data Lab	Diagnosis	R. Klr	R. Sakit	R. Obat	Gejala/ keluhan	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Rute	T. Indikasi	T. Pasien	T. Obat	T. Dosis	T. Interval
30.	105XX	P	36	Ibu rumah tangga	TB: 155 LP: 80 TD: 110/70 HR: 88 RR: 20 BB: 60	Depresi berat dengan gejala psikotik	-	-	-	Adanya bisikan-bisikan, tidak bisa tidur, Selalu takut mati, khayal kematian, Ketika ada berita kematian; jantung berdebar, sesak nafas, sudah 8 tahun jadi istri siri dan ortu tidak tahu, pasien merupakan tumpuan keluarga	Fluoksetin Risperidon Arkine valisanbe	20 mg 1 mg 1 mg 5 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T
31.	869XX	L	54	Tidak bekerja	TD: 227/113 N: 84 RR: 24 S: 34,4 TB: 156 BB: 48	Depresi berat tanpa gejala psikotik	-	•Hipertensi	•Amlodipine 10 mg	Tidak bisa tidur 10 hari, ketakutan, agak aneh selama 2 minggu, ditolak istri ke 2, bingung, BAK sembarangan	Fluoksetin Diazepam Risperidon Trihexypenidil	20 mg 5 mg 1 mg 1 mg	1 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T
32.	106XX	P	56	Ibu rumah tangga	TD: 202/111 BB: 60	Depresi berat tanpa gejala psikotik	-	•Hipertensi •GAD	•Amlodipine •Risperidon Cloritis Elizac Vit B1	Gangguan terjadi sekitar 2 bulan semenjak sakit lambung, sulit tidur,	Fluoksetin Risperidon Trihexypenidil Diazepam	20 mg 1 mg 1 mg 5 mg	2 x 1 2 x 1 2 x 1 2 x 1	PO PO PO PO	T	T	T	T	T

No	No. RM	J K	U (th)	Pekerjaan	Data Lab	Diagnosis	R. Klr	R. Sakit	R. Obat	Gejala/ keluhan	Nama Obat	Dosis	Frekuensi	Rute	T. Indikasi	T. Pasien	T. Obat	T. Dosis	T. Interval
										pukul kemana-mana, Sering takut sendiri, tidak bisa tidur Alergi obat lambung yang ada vit									

Keterangan :

No = Nomor

RM = Rekam Medis

U = Usia

Lab= Laboratorium

R = Riwayat

Klrg= Keluarga

L = Laki-laki

P = Perempuan

TD = Tekanan Darah

LP = Lingkar Perut

RR = *Respiratory Rate*HR = *Heart Rate*

PO = Per Oral

T = Tepat

TT = Tidak Tepat

TB = Tekanan Darah

N = Nadi

S = Suhu

Lampiran 2 Surat Keputusan Persetujuan Etik





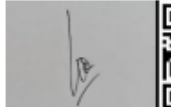

KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS MATARAM
FAKULTAS KEDOKTERAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
Jalan Pendidikan No.37, Telp. 640874 Fax. 641717 Mataram 83125 - NTB

SURAT KEPUTUSAN PERSETUJUAN ETIK

No: 203/UN18.F7/ETIK/2022

Tanggal: 11 Agustus 2022

Dengan ini menyatakan bahwa protokol dan dokumen yang berhubungan dengan protokol berikut ini telah mendapatkan persetujuan etik :

No. Protokol	UNRAM0980822	Sponsor : mandiri
Judul Penelitian	Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antidepresan pada Pasien Depresi di Puskesmas Licin	
Ketua Peneliti	Putri Agustin	
Anggota Peneliti	apt. Sadli Syarifuddin, S.Farm.,M.Sc.	
Tempat Penelitian	Puskesmas Licin	
Masa Berlaku	11 Agustus 2022 – 11 Agustus 2023	
Jenis Review	<input checked="" type="checkbox"/> Exempted <input type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard	
Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan FK Unram	Nama : dr. Ario Danianto, Sp.OG	Tanda tangan,  
Wakil Ketua Komisi Etik Penelitian Kesehatan FK Unram	Nama : dr. Linda Silvana Sari, M.Biomed., Sp.A	Tanda tangan,  

Catatan :

1. Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian selambat – lambatnya 1 (satu) bulan setelah selesai penelitian kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Unram. Apabila laporan penelitian tidak diserahkan, maka Komisi Etik berhak untuk membatalkan persetujuan yang diberikan.
2. Apabila pelaksanaan penelitian tidak sesuai dengan usulan kegiatan, Komisi Etik tidak bertanggung jawab terhadap kelayakan etik penelitian tersebut.
3. Apabila ada perubahan prosedur/kegiatan penelitian, mohon agar mengusulkan kembali proposal kelayakan etik kepada Komisi Etik.
4. Penyalahgunaan terhadap Surat Keputusan Persetujuan Telaah Etik menjadi tanggung jawab peneliti.

Lampiran 3 Surat Izin Penelitian Prodi Farmasi



KEMENTERIAN AGAMA REPUBLIK INDONESIA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
 Jalan Locari Tlekung Junrejo Kota Batu 65151 Telepon (0341) 5057739
 Website: <http://fkiik.uin-malang.ac.id>. E-mail: fkiik@uin-malang.ac.id

Nomor : 1070/FKIK/TL.00/06/2022

27 Juni 2022

Lamp. : -

Hal : Permohonan Izin Penelitian

Kepada Yth.

Kepala Puskesmas Licin
 di Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dengan hormat kami mengajukan permohonan izin untuk melakukan penelitian Mahasiswa kami yang bernama :

Nama : Putri Agustin
 Jurusan : Farmasi
 NIM : 19930034
 Judul Penelitian : Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antidepresan Pada Pasien Depresi di Puskesmas Licin
 Tempat : Puskesmas Licin
 Jl. Raya Lijen No.35, Gumuk Batur, Banyuwangi, Kec. Licin, Kabupaten Banyuwangi, Jawa Timur 68454
 Waktu : 11 Juli – 30 September 2022

Demikian surat permohonan izin penelitian dari kami, atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terimakasih.

Wassalamu 'alaikum Wr. Wb.



An. Dekan,
 Wakil Dekan Bidang Akademik

Prof. Dr. Roihatul Muti'ah, S.F.Apt., M.Kes

Lampiran 4 Pemberitahuan Tertulis Dinkes Kabupaten Banyuwangi



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI DINAS KESEHATAN

Jalan Letkol Istiqlah Nomor 42 Banyuwangi
Telepon. (0333) 424794 Faks. (0333) 413173
email : dinkesbwi@gmail.com website : www.dinkes.banyuwangikab.go.id

PEMBERITAHUAN TERTULIS

Nomor : 440/11063/429.112/2022

Berdasarkan permohonan informasi pada tanggal 27 Juni 2022 kami menyampaikan Kepada saudara/l:

Nama / No HP : Putri Agustin
NIM : 19930034
Instansi : UIN Maulana Malik Ibrahim Malang
Alamat : Malang
Judul : Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antidepresan pada Pasien Depresi di Puskesmas Licin.

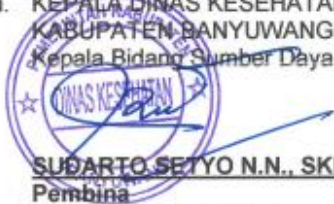
A. Informasi dapat Diberikan

1. Penguasaan Informasi Publik
 - Kami (PPID Dinas Kesehatan Kab. Banyuwangi)
 - Badan Publik Lain, Yaitu.....
2. Bentuk Fisik Yang Tersedia
 - Soft Copy / Salinan Elektronik
 - Hard Copy / Salinan Tertulis
3. Biaya Yang Dibutuhkan
 - Penyalinan Rp. x (Jumlah Lembaran)
 - Pengiriman Rp.
 - Lain – Lain Rp.
 - Jumlah Rp.
4. Waktu Penyediaan : 11 Juli – 30 September 2022

B. Informasi Tidak Dapat Diberikan Karena :

- Informasi Yang Diminta Belum dikuasai
- Informasi Yang Diminta Belum Didokumentasikan
- Penyediaan Informasi Yang Belum Di Dokumentasikan Dilakukan dalam Jangka Waktu

Banyuwangi, 13 Juli 2022
An. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN BANYUWANGI
Kepala Bidang Sumber Daya Kesehatan


SUDARTO SETYO N.N., SKM., M.Kes
Pembina
19691103 199703 1 010

Note Book :

1. Pengambilan data dilakukan dengan menerapkan kaidah *physical distancing*.
2. Melaporkan hasil kegiatan tersebut dan sejenisnya kepada instansi tujuan penelitian dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi

Tembusan :

1. Kepala Puskesmas Licin
2. Kepada Yang Bersangkutan



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI MAULANA MALIK IBRAHIM MALANG
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI FARMASI

Jl. Ir. Soekarno No.34 Dadaprejo Batu, Telepon (0341) 577033 Faksimile (0341) 577033
Website: <http://frik.uin-malang.ac.id>. E-mail: frik@uin-malang.ac.id

LEMBAR PERSETUJUAN PERBAIKAN (REVISI) UJIAN SKRIPSI

Naskah ujian skripsi yang disusun oleh:

Nama : Putri Agustin
NIM : 19930034
Judul : Evaluasi Ketepatan Penggunaan Obat Antidepresan pada Pasien Depresi di Puskesmas Licin
Tanggal Ujian Skripsi : 19 Desember 2022

Telah dilakukan perbaikan sesuai dengan saran tim pembimbing dan tim penguji serta dinyatakan telah lulus untuk melanjutkan ke tahap selanjutnya (yudisium).

No	Nama Dosen	Tanggal Revisi	Tanda Tangan
1.	apt. Ach. Syahrir, M.Farm.	26 Desember 2022	
2.	Achmad Nashichuddin, M.A	26 Desember 2022	
3.	apt. Dhani Wijaya, S.Farm., M.Farm.Klin.	27 Desember 2022	
4.	apt. Sadli Syarifuddin, S.Farm.,M.Sc.	27 Desember 2022	

Catatan :

1. Batas waktu maksimum melakukan revisi 2 Minggu. Jika tidak selesai, mahasiswa **TIDAK** dapat mendaftarkan diri untuk mengikuti Yudisium
2. Lembar revisi dilampirkan dalam naskah skripsi yang telah dijilid (foto copy), dan aslinya dikumpulkan di Bagian Unit Tugas Akhir Program Studi Farmasi selanjutnya mahasiswa berhak menerima Bukti Lulus Ujian Skripsi.

Malang,
Mengetahui,
Koordinator Unit Tugas Akhir

Ria Ramadhani Dwi Asthana, S.Kep.,NS.,M.Kep
NIP. 19850817 200912 1005



Kedalaman Spiritual, Keagungan Akhlak, Keluasan Ilmu dan Kematangan Profesional