

**ANALISIS *COST OF ILLNESS* PADA PASIEN SKIZOFRENIA
DI POLIKLINIK PSIKIATRI RUMAH SAKIT JIWA
DAERAH PROVINSI LAMPUNG**

(Skripsi)

**Oleh:
FARRAS QANITAH RONY
1918031010**



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

**ANALISIS *COST OF ILLNESS* PADA PASIEN SKIZOFRENIA
DI POLIKLINIK PSIKIATRI RUMAH SAKIT JIWA
DAERAH PROVINSI LAMPUNG**

**Oleh
Farras Qanitah Rony**

**Skripsi
Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar
SARJANA FARMASI**

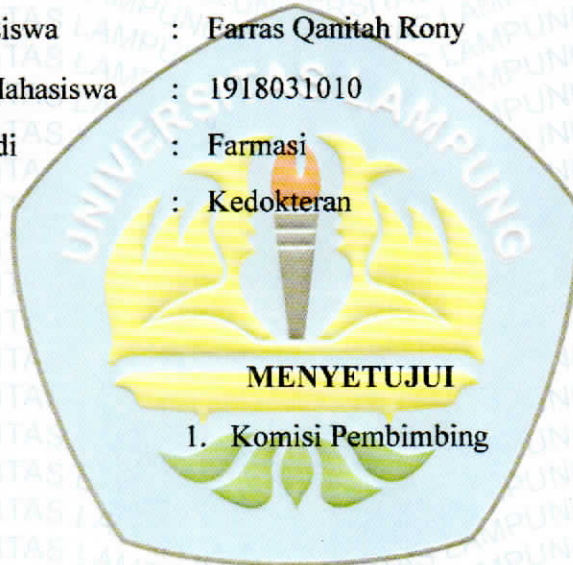
**Pada
Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung**



**PROGRAM STUDI FARMASI
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMPUNG
BANDAR LAMPUNG
2023**

Judul Skripsi : **ANALISIS COST OF ILLNESS PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLI PSIKIATRI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG**

Nama Mahasiswa : Farras Qanitah Rony
No. Pokok Mahasiswa : 1918031010
Program Studi : Farmasi
Fakultas : Kedokteran



1. Komisi Pembimbing

apt. Nurmasuri, M.Biomed., Sc., M.KM
NIP 198603102009022002

dr. Oktafany, S.Ked, M.Pd. Ked
NIP 197610162005011003

2. Plt. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. Eng. Satripto Dwi Yuwono, S.Si., M.T.
NIP. 197407052000031001

MENGESAHKAN

1. Tim Penguji

Ketua : **apt. Nurmasuri, M.Biomed., Sc., M.KM**



Sekretaris : **dr. Oktafany, S.Ked, M.Pd. Ked**



Penguji

Bukan Pembimbing: **apt. Citra Yuliyanda P., M.Farm**



2. Plt. Dekan Fakultas Kedokteran



Dr. Eng. Sripto Dwi Yuwono, S.Si., M.T.

NIP. 197407052000031001

Tanggal Lulus Ujian Skripsi: 05 Juni 2023

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan dengan sebenarnya, bahwa:

1. Skripsi dengan judul “ **ANALISIS *COST OF ILLNESS* PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK PSIKIATRI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG**” adalah hasil karya sendiri dan tidak melakukan penjiplakan atau pengutipan atas karya penulis lain dengan cara tidak sesuai tata etika ilmiah yang berlaku dalam masyarakat akademik atau disebut plagiarisme.
2. Hal intelektual atas karya ilmiah ini diserahkan sepenuhnya kepada Universitas Lampung.

Atas pernyataan ini, apabila di kemudian hari ternyata ditemukan adanya ketidakbenaran, saya bersedia menanggung akibat dan sanksi yang diberikan kepada saya.

Bandar Lampung, 05 Juni 2023

Pembuat Pernyataan



Farras Qanifah Rony

NPM. 1918031010

RIWAYAT HIDUP

Farras Qanitah Rony lahir di Jakarta pada tanggal 12 November 2001. Penulis lahir dari pasangan Bapak Suryadi dan Ibu Sri Malinda dan merupakan anak pertama dari dua bersaudara yakni, Ariq Ramadhinov Ronny. Penulis memiliki riwayat pendidikan sebagai berikut: SD Islam Darussalam pada tahun 2007 kemudian melanjutkan pendidikan menengah pertama di SMP Islam Darussalam pada tahun 2013 dan lulus pada tahun 2016. Pada tahun 2016 penulis melanjutkan sekolah menengah atas di SMAN 2 Bekasi dan lulus pada tahun 2019. Penulis diterima dan mulai menjalani perkuliahan di Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung pada tahun 2019.

Penulis menjalani masa kuliah dengan aktif dalam beberapa perlombaan dan organisasi. Penulis berkesempatan menjadi juara 2 pada perlombaan film pendek Pharmalation yang diadakan oleh Farmasi Universitas Lampung tahun 2021 dan menjadi juara 3 pada perlombaan poster publik Pharmalation yang diadakan oleh Farmasi Universitas Lampung tahun 2022. Penulis diberi kesempatan untuk dapat bergabung di organisasi intra kampus yaitu Badan Eksekutif Mahasiswa FK Unila selama dua tahun sebagai staff dan staff khusus dinas informasi dan komunikasi. Penulis juga menjadi bagian di organisasi Himpunan Mahasiswa Farmasi Unila selama 2 tahun sebagai bendahara dan staff departemen media, informasi, dan komunikasi. Berbagai penghargaan penulis dapatkan selama bergabung di Himpunan Mahasiswa Farmasi Unila diantaranya, staff departemen media, komunikasi, dan informasi terbaik tahun 2021.

SANWACANA

Puji syukur penulis sampaikan atas kehadiran Allah SWT, atas rahmat, nikmat, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “**Analisis *Cost Of Illness* Pada Pasien Skizofrenia di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung**”. Shalawat beserta salam selalu tercurahkan kepada Nabi Muhammad SAW.

Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis banyak mendapatkan bimbingan, masukan, bantuan, dorongan, kritik dan saran dari berbagai pihak. Dengan ini penulis ingin menyampaikan ucapan rasa terimakasih kepada:

1. Prof. Dr. Ir. Lusmeilia Afriani, D.E.A.IPM. sebagai Rektor Universitas Lampung;
2. Dr. Eng. Suropto Dwi Yuwono, S.Si., M.T. selaku Plt. Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung
3. dr. Oktafany, S.Ked., M.Pd.Ked selaku Kepala Program Studi Farmasi Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dan juga selaku Pembimbing Kedua yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta memberikan masukan dan dorongan kepada penulis. Terimakasih atas ilmu, arahan, serta masukan dalam proses penyusunan skripsi ini;
4. apt. Nurmasuri, M.Biomed., Sc., M.KM selaku Pembimbing Utama yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran dalam memberikan masukan dan dorongan kepada penulis. Terimakasih atas ilmu, arahan serta masukan dalam proses penyusunan skripsi ini dan selama penulis menjadi mahasiswa di Fakultas Kedokteran Universitas Lampung.
5. apt. Citra Yuliyanda P., M.Farm selaku Pembahas yang telah bersedia meluangkan waktu, tenaga, dan pikiran serta memberikan masukan dan

dorongan kepada penulis. Terimakasih atas ilmu, arahan, serta masukan dalam proses penyusunan skripsi ini;

6. apt. M. Fitra Wardhana, S.Farm., M.Farm selaku Pembimbing Akademik yang telah banyak memberikan saran akademik dan nasihat dalam kehidupan di pendidikan kedokteran hingga akhir semester ini;
7. Seluruh dosen Fakultas Kedokteran Universitas Lampung atas ilmu dan bimbingan yang telah diberikan selama proses perkuliahan;
8. Seluruh staf dan civitas akademik Fakultas Kedokteran Universitas Lampung yang telah membantu proses penyusunan skripsi ini;
9. Seluruh staf bidang Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yang telah membantu proses administratif perizinan selama melakukan penelitian;
10. Seluruh staf Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yang telah membantu proses pengumpulan data selama penelitian berlangsung;
11. Seluruh staf Instalasi Rekam Medik Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yang telah membantu proses pengumpulan data selama penelitian berlangsung;
12. Ayah dan Mama tercinta atas doa, semangat, nasihat, perhatian, dan dukungan yang sangat berarti dalam proses penyusunan skripsi ini. Terimakasih telah memfasilitasi penulis dalam hal materil dan non-materil sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini;
13. Dede Ariq tersayang yang selalu senantiasa memberikan semangat dan selalu ada dalam proses penyusunan skripsi ini dan juga siap siaga membantu penulis;
14. Sahabat-sahabat sejawat farmasi kalbe, Lyan, Nanda, Cindy, Era, Muti, Acol, Ayu, Fredison yang selalu memberikan motivasi dan bantuan kepada penulis dan telah menjadi sahabat terbaik sekaligus keluarga selama disini. Terimakasih telah menjadi teman curhat, teman main, teman

belajar dan teman terbaik hingga kita bersama-sama berada sampai di tahap ini;

15. Sahabat sejawat Rilla dan Vadi, yang selalu memberikan bantuan kepada penulis. Terima kasih telah menjadi teman curhat, teman bermain dan teman terbaik hingga kita bersama-sama berada sampai di tahap ini;
16. Sahabat-sahabat tersayang Mie, Asa, Icha, Haen, dan Dara yang senantiasa mendukung, mendoakan dan menyemangati penulis dalam segala kondisi. Terimakasih telah menjadi sahabat terbaik yang selalu siap siaga menjadi sandaran serta selalu memberikan nasehat, motivasi dan mendengarkan keluh kesah penulis;
17. Keluarga Ligamentum-Ligand, angkatan 2019, terima kasih telah menjadi keluarga pertama penulis;
18. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu yang telah memberikan bantuan dan dukungan dalam menyelesaikan penelitian ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih banyak kekurangan. Peneliti berharap agar skripsi ini dapat dapat bermanfaat bagi orang banyak dan dapat menambah pengetahuan serta informasi bagi pembaca.

Bandar Lampung, 05 Juni 2023

Penulis



Farras Qamtah Rony

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

-Bismillahirrahmanirrahiim-

لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا

*Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan
kesanggupannya.*

QS. Al-Baqarah 2 : 286

*Sebuah persembahan sederhana
untuk orang-orang yang paling aku sayangi
Ayah, Mama dan Dede*

-Ayas-

ABSTRACT

COST OF ILLNESS ANALYSIS OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS AT PSYCHIATRI POLICLINIC LAMPUNG PROVINCE MENTAL HOSPITAL

By

FARRAS QANITAH RONY

Background: Schizophrenia is a chronic and disabling disease characterized by psychotic symptoms that alter one's perceptions, thoughts and behavior. This disease is a chronic disease that requires long-term treatment, therefore requires a lot of money. The aim of this research is to describe cost of illness in schizophrenic patients.

Methods: This type of research was descriptive research with a cross-sectional approach. The sample in this study were 115 patients with schizophrenic disease who were receiving treatment at the psychiatric polyclinic Lampung Provincial Mental Hospital in February-March 2023. Data was collected using a constitutive method.

Results: The results of processed data from interviews obtained an average direct medical cost incurred by patient was Rp.124,013,- every month or Rp.1.488.000,- annually, direct non-medical costs Rp.103,548,- every month or Rp. 1.242.576,- annually, and indirect costs Rp.22,261,- every month or Rp. 267.132,- annually.

Conclusion: An overview of cost of illness incurred for patients at the psychiatric polyclinic Lampung Provincial Mental Hospital per visit was Rp.249,822,- or Rp.2,997,864,- annually.

Keywords: Cost of illness, Outpatient, Schizophrenia

ABSTRAK

ANALISIS *COST OF ILLNESS* PADA PASIEN SKIZOFRENIA DI POLIKLINIK PSIKIATRI RUMAH SAKIT JIWA DAERAH PROVINSI LAMPUNG

Oleh

FARRAS QANITAH RONY

Latar Belakang: Skizofrenia adalah penyakit kronis dan melumpuhkan yang ditandai dengan gejala psikotik yang mengubah persepsi, pikiran, dan perilaku seseorang. Penyakit ini merupakan penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan jangka panjang, dengan begitu membutuhkan biaya besar. Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran *cost of illness* pada pasien skizofrenia.

Metode: Jenis penelitian adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 115 pasien skizofrenia yang menerima perawatan di poliklinik psikiatri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung pada Februari-Maret 2023. Metode pengambilan data dilakukan dengan *constitutive sampling*.

Hasil: Hasil pengolahan data dari wawancara didapatkan rata-rata biaya langsung medis yang dikeluarkan pasien adalah Rp.124.013,- per kunjungan atau Rp.1.488.000,- per tahun, biaya langsung non-medis Rp.103.548,- atau Rp. 1.242.576,- per tahun, dan biaya tidak langsung Rp.22.261,- per kunjungan Rp. 267.132,- pertahun.

Kesimpulan: Gambaran *cost of illness* yang dikeluarkan pada pasien poliklinik psikiatri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung per kunjungan adalah Rp.249.822,- atau Rp.2.997.864,- per tahunnya.

Kata Kunci: *Cost of illness*, Poliklinik Psikiatri, Skizofrenia

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR	v
DAFTAR LAMPIRAN	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.4.1 Bagi Peneliti.....	4
1.4.2 Bagi Institusi Kesehatan.....	4
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan	5
1.4.4 Bagi Masyarakat	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Skizofrenia	6
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Epidemiologi.....	6
2.1.3 Etiologi.....	8
2.1.4 Patofisiologi	9
2.1.5 Klasifikasi	12
2.1.6 Gejala	14
2.1.7 Diagnosis.....	15
2.1.8 Terapi	18

2.2 <i>Cost of Illness</i> (COI)	24
2.2.1 Definisi.....	24
2.2.2 <i>Costs</i>	25
2.3 Jaminan Kesehatan Nasional	28
2.4 Kerangka Penelitian	30
2.4.1 Kerangka Teori	30
BAB III METODE PENELITIAN	31
3.1 Jenis Penelitian.....	31
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	31
3.2.1 Waktu.....	31
3.2.2 Tempat	31
3.3 Subjek Penelitian	31
3.3.1 Populasi Penelitian.....	31
3.3.2 Sampel Penelitian.....	32
3.3.3 Besar Sampel Populasi.....	32
3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	34
3.5 Instrumen dan Teknik Pengambilan Data	37
3.5.1 Instrumen Penelitian	37
3.5.2 Teknik Pengambilan Data	37
3.5.3 Prosedur Penelitian	38
3.6 Pengolahan dan Analisis Data.....	38
3.6.1 Pengolahan Data	38
3.6.2 Analisis Data.....	39
3.7 Alur Penelitian	40
3.8 Etika Penelitian	41
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	42
4.1 Hasil	42
4.1.1 Karakteristik Subjek Penelitian.....	42
4.1.2 <i>Cost of Illness</i> Skizofrenia	44
4.2 Pembahasan.....	47
4.2.1 Karakteristik Subjek Penelitian.....	47
4.2.2 <i>Cost of Illness</i> Skizofrenia	51
4.3 Keterbatasan Penelitian.....	57

BAB V SIMPULAN DAN SARAN.....	58
5.1 Simpulan	58
5.2 Saran	59
DAFTAR PUSTAKA.....	60
LAMPIRAN.....	66

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1. Klasifikasi Antipsikotik Generasi Pertama	19
Tabel 2. Pembagian Antipsikotik dan Dosisnya	20
Tabel 3. Timeline Perbaikan Gejala sebagai Respon terhadap Pengobatan Antipsikotik.....	23
Tabel 4. Contoh Biaya yang Terkait dengan Outcome Kesehatan.....	27
Tabel 5. Tarif INA-CBG regional 2 Rumah Sakit Pemerintah	29
Tabel 6. Definisi Operasional.....	34
Tabel 7. Analisis Univariat Karakteristik Pasien Skizofrenia.	43
Tabel 8. Data Persebaran Pasien Skizofrenia Provinsi Lampung	44
Tabel 9. Biaya Langsung Medis di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung	45
Tabel 10. Biaya Langsung Non-Medis di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.....	46
Tabel 11. Biaya Tidak Langsung di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.	46
Tabel 12. <i>Cost of Illness</i> Pasien Skizofrenia di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.	47

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 1. Patofisiologi Skizofrenia	11
Gambar 2. Algoritma Terapi Skizofrenia	21
Gambar 3. Kerangka Teori	30
Gambar 4. Alur Penelitian	40

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1. Surat Izin Pre-Survey Penelitian.....	67
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian.....	68
Lampiran 3 . Surat Persetujuan Etik.....	69
Lampiran 4. Dokumentasi pengambilan data di Instalasi Rekam Medik dan Instalasi Farmasi RSJ Daerah Provinsi Lampung.....	70
Lampiran 5. Lembar Persetujuan (<i>Informed Consent</i>).....	71
Lampiran 6. Kuesioner <i>Cost of Illness</i>	71
Lampiran 7. Sosiodemografi pasien skizofrenia	76
Lampiran 8. Data biaya langsung medis yang dikeluarkan pasien skizofrenia...	79
Lampiran 9. Data Biaya langsung non-medis dan biaya tidak langsung	82

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia adalah penyakit kronis dan melumpuhkan yang ditandai dengan gejala psikotik yang mengubah persepsi, pikiran, dan perilaku seseorang (Jin & Mosweu, 2017). Skizofrenia bersifat multifaktorial, yang terjadi karena interaksi faktor genetik, psikologis, dan lingkungan (WHO, 2022b). Gejala yang terlihat pada pasien penderita skizofrenia dapat berupa delusi persisten, halusinasi, pemikiran yang tidak teratur, perilaku yang sangat tidak teratur, atau agitasi yang ekstrim. Orang dengan skizofrenia dapat mengalami kesulitan dengan fungsi kognitifnya (WHO, 2022a).

Penderita skizofrenia paling sering terjadi pada masa remaja akhir dan pada umur dua puluh tahunan dan cenderung terjadi lebih awal pada laki-laki daripada perempuan (WHO, 2022b). Hal ini menyebabkan sebagian besar pasien skizofrenia bergantung pada perawatan dan dukungan keluarga untuk memenuhi pengobatan atau kebutuhan sehari-hari, dalam pengobatan dan perawatan jangka panjang (Ilmy *et al.*, 2020).

Skizofrenia adalah salah satu dari 20 penyebab utama disabilitas di dunia. Beban ekonomi yang terkait dengan skizofrenia termasuk tinggi, dengan perkiraan biaya lebih dari \$150 miliar per tahun di Amerika Serikat berdasarkan data tahun 2013 (Keepers *et al.*, 2020). Menurut sebuah penelitian pada suatu rumah sakit di Indonesia pada tahun 2020, perkiraan biaya pengobatan tahunan rata-rata per pasien dari perspektif kesehatan

adalah Rp.3.307.931,- (USD 236) untuk skizofrenia, yang mana ini hanyalah biaya langsung yang dikeluarkan oleh pasien dan belum meliputi biaya tidak langsung (Puspitasari *et al.*, 2020).

Studi COI (*Cost of Illness*) dikelompokkan menjadi biaya langsung (*direct cost*), tidak langsung (*indirect cost*), dan biaya tidak teraba (*intangibile cost*). Biaya langsung terdiri dari biaya kesehatan dan biaya non kesehatan. Biaya langsung kesehatan didefinisikan sebagai pengeluaran perawatan medis untuk diagnosis, pengobatan, dan rehabilitasi, dll), sedangkan biaya langsung non-kesehatan terkait dengan konsumsi sumber daya non-kesehatan seperti transportasi, pengeluaran rumah tangga, relokasi, kerugian properti, dan informal (Jo, 2014). Biaya tidak langsung mengacu pada “*invisible cost*” yang terkait dengan kehilangan pendapatan karena kematian, kecacatan, dan pencarian perawatan, termasuk kerugian produktivitas karena tidak bekerja atau pensiun dini (Puspitasari *et al.*, 2020).

Penyakit skizofrenia merupakan penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan jangka panjang dengan begitu membutuhkan biaya besar. Asuransi kesehatan dapat meringankan biaya pelayanan pengobatan seperti psikoterapi dalam rehabilitasi jangka panjang yang efektif mengurangi beban untuk *caregiver*, mengurangi biaya perawatan kesehatan yang ditanggung, namun biaya tidak langsung non-medis dan biaya tidak langsung masih menjadi beban *caregiver* yang berdampak tidak dapat maksimal dalam merawat pasien skizofrenia (Pratiwi & Marchira, 2017).

Skizofrenia merupakan penyakit kronis yang termasuk kedalam Program Rujuk Balik dengan 9 penyakit lainnya yang di keluarkan oleh BPJS yang mana penyakit ini merupakan penyakit yang sudah terkontrol/stabil namun masih memerlukan pengobatan atau asuhan keperawatan dalam jangka panjang (BPJS, 2014). Klaim Rumah Sakit kepada BPJS 2020 untuk skizofrenia, baik klaim dengan tingkat keparahan ringan, sedang dan

berat, terdapat kurang lebih 51 ribu kasus pada tahun 2020 dengan total biaya sebesar Rp.282.000.000.000,-. Jumlah klaim terbanyak kasus gangguan jiwa pada pelayanan rawat jalan, didominasi oleh diagnosis pelayanan kesehatan mental ekstensif diikuti dengan pelayanan psikoterapi individu dewasa, selanjutnya ada prosedur tes diagnostik, terapi kelompok, dan terapi shok (BPJS, 2022) .

Prevalensi skizofrenia pada individu berusia >15 tahun menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) dari Kementerian Kesehatan, Indonesia, pada tahun 2018 adalah 7 per mil (7 dari 1000 rumah tangga memiliki anggota dengan skizofrenia) (Kemenkes RI, 2018). Jika dibandingkan dengan data dari RISKESDAS pada tahun 2013 penderita skizofrenia adalah 2 per mil (2 dari 1000 rumah tangga memiliki anggota dengan skizofrenia) yang mana penderita skizofrenia mengalami kenaikan (Kemenkes RI, 2013c).

Prevalensi atau angka kejadian pada Provinsi Lampung pada tahun 2018 sendiri adalah 6,01 per mil atau ada 6 orang penderita skizofrenia dalam 1000 penduduk (Kemenkes RI, 2019). Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yang menangani penyakit gangguan jiwa dan non jiwa. Penelitian ini berkaitan dengan biaya langsung dan tidak langsung pasien skizofrenia rawat jalan yang masih jarang dilakukan, maka dari itu penelitian ini bertujuan untuk mengetahui total biaya rata-rata yang dikeluarkan oleh penderita skizofrenia rawat jalan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran perhitungan *Cost of Illness* (COI) pada pasien skizofrenia di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung tahun 2023.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan gambaran tentang perhitungan *Cost of Illness* (COI) pada pasien skizofrenia di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung tahun 2023.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik sosiodemografi pasien penderita skizofrenia Poliklinik Psikiatri di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung tahun 2023.
2. Mengidentifikasi komponen biaya langsung medis, biaya langsung non-medis dan tidak langsung serta besar biaya rawat jalan yang digunakan untuk mengobati pasien penderita Skizofrenia Poliklinik Psikiatri di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung tahun 2023.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan peneliti mengenai *cost of illness* pada pasien skizofrenia di Poliklinik Psikiatri.

1.4.2 Bagi Institusi Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan evaluasi kepada insitusi Kesehatan terutama Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung mengenai gambaran biaya rawat jalan yang dikeluarkan pasien Skizofrenia.

1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi salah satu sumber informasi serta dapat menjadi bahan acuan bagi peneliti selanjutnya khususnya penelitian tentang ilmu farmakoekonomi pada pasien skizofrenia.

1.4.4 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran mengenai perkiraan biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien penderita skizofrenia dalam menjalani terapi pengobatan rawat jalan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Skizofrenia

2.1.1 Definisi

Skizofrenia adalah penyakit mental yang ditandai dengan gejala positif (gangguan pikiran, halusinasi, delusi, perilaku tidak teratur), gejala negatif (menarik diri dari sosial, apatis) dan gejala kognitif (fungsi eksekutif dan memori yang buruk). Hal ini sering mengikuti perjalanan kronis dan dikaitkan dengan penurunan fungsi sosial dan penurunan kemampuan untuk bekerja (Blackman & MacCabe, 2020).

Skizofrenia merupakan penyakit yang melemahkan dan menghancurkan secara emosional jangka panjang yang berdampak pada kehidupan pasien. Banyak ahli menganggap skizofrenia sebagai ekspresi psikopatologi yang paling parah, yang mencakup gangguan pemikiran, persepsi, emosi, dan perilaku yang signifikan. Skizofrenia biasanya merupakan cacat psikiatri seumur hidup. Hubungan keluarga, fungsi sosial, dan pekerjaan sering terpengaruh, dan rawat inap berkala sering terjadi (Alldredge *et al.*, 2013).

2.1.2 Epidemiologi

Skizofrenia menyerang kurang lebih 24 juta orang atau 1 dari 300 orang (0,32%) di seluruh dunia. Prevalensinya di antara orang dewasa adalah 1 dari 222 orang (0,45%). Penyakit ini tidak seperti

gangguan mental lainnya yang umum ditemukan. Onset paling sering terjadi pada masa remaja akhir dan pada umur 20-an, dan onset pada pria cenderung lebih cepat daripada wanita (WHO, 2022b).

Prevalensi skizofrenia seumur hidup berkisar dari 0,28% hingga 0,6% dengan prevalensi di seluruh dunia serupa di antara sebagian besar budaya. Skizofrenia jarang ditemukan sebelum masa remaja atau setelah usia 40 tahun (Dipiro *et al.*, 2020). Skizofrenia memiliki insiden rendah yaitu 2,4 hingga 6,7 per 1.000 orang. Onset skizofrenia biasanya terjadi selama masa remaja akhir atau dewasa awal. Studi menunjukkan bahwa laki-laki terkena lebih awal dari perempuan sekitar 3 sampai 5 tahun. Laki-laki umumnya menunjukkan skizofrenia antara usia 15 dan 25, sedangkan penyakit mempengaruhi perempuan antara usia 15 dan 30, dan kelompok yang lebih kecil antara usia 45 dan 50 (Alldredge *et al.*, 2013).

Pada daerah perkotaan dan di antara imigran, kejadian penyakit tampaknya lebih besar daripada daerah pedesaan dan di antara penduduk asli. Skizofrenia juga lebih sering terjadi pada kelas sosial ekonomi yang lebih rendah dan mereka yang memiliki tingkat pendidikan yang lebih rendah. Hal ini mungkin berkaitan dengan fenomena yang dikenal sebagai *downdrift* di mana skizofrenia mengarah ke tingkat pencapaian sosial dan tingkat pekerjaan yang lebih rendah (Altamura *et al.*, 2014).

Prevalensi skizofrenia pada individu berusia >15 tahun menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) dari Kementerian Kesehatan, Indonesia, pada tahun 2018 adalah 7‰ (7 dari 1000 rumah tangga memiliki anggota dengan skizofrenia) Sedangkan prevalensi atau angka kejadian pada Provinsi Lampung pada tahun 2018 sendiri adalah 6.01 permil atau ada 6 orang penderita skizofrenia dalam 1000 penduduk (Kemenkes RI, 2019).

2.1.3 Etiologi

Sampai saat ini etiologi skizofrenia tidak diketahui, namun penelitian telah menunjukkan berbagai kelainan pada struktur dan fungsi otak. Namun, perubahan ini tidak konsisten di antara semua individu dengan skizofrenia. Oleh karena itu, penyebab skizofrenia kemungkinan multifaktorial, yaitu kelainan patofisiologi multipel dapat berperan dalam menghasilkan fenotipe klinis yang serupa tetapi bervariasi yang kita sebut sebagai skizofrenia (Dipiro *et al.*, 2020).

Faktor genetik pada skizofrenia telah dihipotesiskan bahwa anggota keluarga pasien lebih rentan untuk mengembangkan skizofrenia daripada populasi umum. Saudara kandung dari pasien dengan skizofrenia memiliki peningkatan risiko tujuh sampai sepuluh kali lipat; anak-anak yang lahir dari orang tua dengan skizofrenia memiliki peningkatan risiko 13 kali lipat hingga 15 kali lipat. Namun, kembar monozigot mengembangkan skizofrenia sekitar 50% jika kembarannya juga menderita penyakit tersebut (Alldredge *et al.*, 2013).

Paparan lingkungan tertentu dalam perkembangan awal dikaitkan dengan perkembangan skizofrenia. Infeksi pada ibu, khususnya influenza, stres, dan malnutrisi selama trimester pertama dan kedua, telah menunjukkan hubungan dengan anak yang mengembangkan skizofrenia. Hipoksia pada janin atau bayi selama persalinan atau dalam beberapa bulan pertama kehidupan telah terbukti menggandakan risiko skizofrenia. Trauma masa kanak-kanak dan penyalahgunaan obat-obatan juga telah dikaitkan dengan perkembangan skizofrenia (Zeind & Carvalho, 2018).

Sebuah penelitian mendukung hipotesis bahwa penggunaan ganja meningkatkan risiko pengembangan skizofrenia. Penelitian terbaru telah menyatakan bahwa pengguna 'skunk' potensi tinggi, suatu bentuk ganja yang mengandung bagian pro yang lebih besar dari bahan aktif, tetrahydrocannabinol, daripada ganja tradisional. Amfetamin, LSD, ekstasi, dan konsumsi ketamin juga terlibat dalam penyebab keadaan psikotik (Blackman & MacCabe, 2020).

2.1.4 Patofisiologi

Patofisiologi skizofrenia dapat disebabkan oleh beberapa hal seperti abnormalitas fungsi sistem imun dan proses inflamasi, abnormalitas anatomi serta abnormalitas reseptor neurotransmiter yang berperan (Frankenburg, 2021).

1. Abnormalitas Anatomi

Studi *neuroimaging* menunjukkan adanya perbedaan otak pada orang normal dengan pasien skizofrenia. Pada skizofrenia terdapat gambaran ventrikel yang membesar, penurunan volume otak di daerah temporal, medial dan area hippocampus. Studi lainnya menunjukkan kelainan anatomi pada jaringan neokortikal dan area limbik, serta area *white-matter* menggunakan *magnetic resonance imaging* (MRI) dan menemukan bahwa pada pasien skizofrenia area *white-matter* berkurang (Frankenburg, 2021).

Studi *Edinburgh High-Risk* menyatakan bahwa pada 17 dari 146 orang yang memiliki risiko genetik tinggi mengalami skizofrenia terdapat pengurangan volume seluruh otak, volume lobus prefrontal kiri dan kanan, serta lobus temporal. Perubahan pada lobus prefrontal yang akan ditunjukkan oleh pasien dikaitkan dengan peningkatan keparahan gejala psikotik (Frankenburg, 2021).

Studi metaanalisis yang mengkaji 27 studi MRI secara longitudinal yang membandingkan pasien skizofrenia dalam kelompok kontrol menemukan adanya kelainan struktural otak yang berkembang seiring berjalannya waktu. Kelainan struktural ini termasuk penurunan volume seluruh otak pada *white and gray-matter* dan peningkatan volume ventrikel lateral (Frankenburg, 2021).

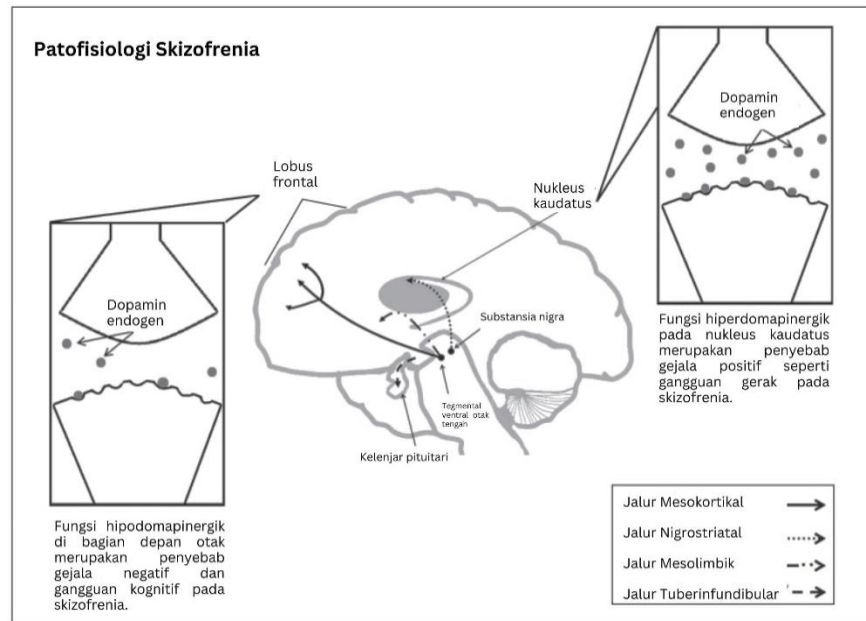
2. Abnormalitas Neurotransmitter

Kelainan pada neurotransmisi telah memberikan dasar bagi teori patofisiologi skizofrenia. Sebagian besar teori ini berpusat pada kelebihan atau kekurangan neurotransmitter, termasuk dopamin, serotonin, dan glutamat. Teori lain mengimplikasikan aspartat, glisin, dan *gamma-aminobutyric acid* (GABA) sebagai bagian dari ketidakseimbangan neurokimiawi skizofrenia (Patel *et al.*, 2014).

Empat jalur dopaminergik juga ikut terlibat, antara lain:

- Jalur nigrostriatal yang berasal dari substansia nigra dan berakhir pada nukleus kaudatus. Tingkat dopamin yang rendah dalam jalur ini mempengaruhi sistem ekstrapiramidal yang mengarah ke gejala motorik (Patel *et al.*, 2014).
- Jalur mesolimbik yang berasal dari *ventral tegmental area* (VTA) ke area limbik dan berperan dalam gejala positif skizofrenia (Patel *et al.*, 2014).
- Jalur mesokortikal yang berlanjut dari VTA ke area korteks. Gejala negatif skizofrenia dan defisit kognitif diduga disebabkan oleh tingkat dopamin yang rendah pada jalur ini (Patel *et al.*, 2014).
- Jalur tuberoinfundibular yang merupakan jalur dari hipotalamus ke kelenjar hipofisis. Penurunan atau blokade

dopamin pada jalur ini meningkatkan kadar prolaktin sehingga mengakibatkan terjadinya galaktorea, amenorrhea dan penurunan libido (Patel *et al.*, 2014).



Gambar 1. Patofisiologi Skizofrenia (Patel *et al.*, 2014).

3. Inflamasi dan abnormalitas fungsi sistem imun

Fungsi kekebalan terganggu pada skizofrenia. Aktivasi sistem imun yang berlebihan (misalnya, dari infeksi prenatal atau stres pascanatal) dapat menyebabkan ekspresi berlebihan dari sitokin inflamasi dan perubahan struktur dan fungsi otak selanjutnya. Misalnya, pasien skizofrenia mengalami peningkatan kadar sitokin proinflamasi yang mengaktifkan jalur kynurenine, dimana triptofan dimetabolisme menjadi asam kynurenic dan quinolinic; asam ini mengatur aktivitas reseptor *N-methyl-D-aspartate* (NMDA) dan mungkin juga terlibat dalam regulasi dopamin (Frankenburg, 2021).

Resistensi insulin dan gangguan metabolisme, yang umum pada populasi skizofrenia, juga telah dikaitkan dengan peradangan. Dengan demikian, peradangan mungkin berhubungan baik

dengan psikopatologi skizofrenia dan gangguan metabolisme terlihat pada pasien dengan skizofrenia (Frankenburg, 2021).

2.1.5 Klasifikasi

Menurut *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Edition* (ICD 10) tahun 2016, skizofrenia dapat dibagi menjadi beberapa jenis yakni, sebagai berikut :

1. Skizofrenia paranoid (F20.0)

Skizofrenia paranoid didominasi oleh waham yang relatif stabil, seringkali delusi paranoid, biasanya disertai dengan halusinasi, terutama pada pendengaran, dan gangguan persepsi. Gangguan afek, gejala katatonik, kemauan dan bicara, tidak ada atau relatif tidak mencolok (WHO, 2019).

2. Skizofrenia hebefrenik (F20.1)

Suatu bentuk skizofrenia di mana perubahan afektif menonjol, halusinasi cepat berlalu dan terpisah-pisah serta delusi, perilaku yang tidak dapat diprediksi dan tidak bertanggung jawab, serta tingkah laku yang umum. Suasana hati yang dangkal dan tidak sesuai, pikiran tidak teratur, serta ucapan yang tidak koheren. Ada kecenderungan untuk isolasi diri dari sosial. Biasanya prognosisnya buruk karena perkembangan gejala "negatif" yang cepat, terutama pendataran afek dan hilangnya kemauan. Hebefrenia biasanya didiagnosis hanya pada remaja atau dewasa muda (WHO, 2019).

3. Skizofrenia katatonik (F20.2)

Skizofrenia katatonik didominasi oleh gangguan psikomotor yang menonjol yang dapat bergantian antara ekstrem seperti hiperkinesia dan pingsan, atau kepatuhan otomatis dan

negativisme. Sikap dan postur yang dibatasi dapat dipertahankan untuk waktu yang lama. Episode manik yang hebat mungkin merupakan ciri yang mencolok dari kondisi tersebut. Fenomena katatonik dapat dikombinasikan dengan keadaan seperti mimpi (*oneiroid*) dengan halusinasi pemandangan yang jelas (WHO, 2019).

4. Skizofrenia tak terinci (F20.3)

Kondisi psikotik yang memenuhi kriteria diagnostik umum untuk skizofrenia tetapi tidak sesuai dengan salah satu subtype dalam F20.0-F20.2, atau menunjukkan karakteristik diagnostik lebih dari satu dari mereka tanpa dominasi yang jelas dari serangkaian karakteristik diagnostik tertentu (WHO, 2019).

5. Depresi pasca-skizofrenik (F20.4)

Sebuah episode depresi, yang mungkin berkepanjangan, timbul setelah penyakit skizofrenia. Beberapa gejala skizofrenia, baik "positif" atau "negatif", tetap ada tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinis. Keadaan depresi ini dikaitkan dengan peningkatan risiko bunuh diri. Jika pasien tidak lagi memiliki gejala skizofrenia, episode depresi harus didiagnosis (F32.-). Jika gejala skizofrenia masih menonjol, diagnosis harus tetap dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0-F20.3) (WHO, 2019).

6. Skizofrenia residual (F20.5)

Tahap kronis dalam perkembangan penyakit skizofrenia di mana telah ada perkembangan yang jelas dari tahap awal ke tahap selanjutnya yang ditandai dengan gejala "negatif" jangka panjang, meskipun tidak selalu ireversibel, misalnya perlambatan psikomotor; kurang aktivitas; menumpulkan pengaruh; kepasifan dan kurangnya inisiatif; kemiskinan kuantitas atau isi pidato; komunikasi nonverbal yang buruk

melalui ekspresi wajah, kontak mata, modulasi suara dan postur; perawatan diri dan kinerja sosial yang buruk (WHO, 2019).

7. Skizofrenia simpleks (F20.6)

Gangguan yang ditandai dengan berkembangnya gangguan perilaku yang berbahaya namun progresif, ketidakmampuan untuk memenuhi tuntutan masyarakat, dan penurunan fungsi secara umum. Gambaran negatif tipikal dari skizofrenia residual (misalnya, perasaan depresi dan keinginan lemah) berkembang tanpa gejala psikotik yang jelas. (WHO, 2019).

8. Skizofrenia lainnya (F20.8)

9. Skizofrenia tidak tergolongkan (F20.9)

2.1.6 Gejala

Gambaran klinis gangguan ini sering menjadi jelas pada akhir dekade kedua sampai ketiga kehidupan, dengan usia rata-rata onset umumnya sekitar 5 tahun lebih awal pada pria daripada wanita. Berbagai macam tanda dan gejala yang dapat muncul pada skizofrenia merupakan indikasi adanya gangguan dalam proses kognitif, emosional, persepsi dan motorik (Rosenberg & Pascual, 2016).

Gejala positif mungkin lebih erat terkait dengan hiperaktivitas reseptor dopamin di *mesocaudate* (Wells & Dipiro, 2015). Gejala positif adalah gejala yang terlihat selama episode psikotik akut dan ditandai dengan gangguan berbagai fungsi kognitif termasuk: hilangnya aliran berpikir normal, biasanya ditunjukkan dalam ucapan pasien (gangguan pemikiran formal); delusi, seringkali

bersifat paranoid; hilangnya rasa atas pikiran dan tindakan (fenomena kepasifan); dan halusinasi, seringkali dalam bentuk mendengar suara-suara (Blackman & MacCabe, 2020).

Gejala negatif dan kognitif mungkin paling erat kaitannya dengan hipofungsi reseptor dopamin di korteks prefrontal (Wells & Dipiro, 2015). Gejala negatif cenderung menjadi ciri yang bertahan lama, diselingi antara, dan hidup berdampingan dengan, episode psikotik akut. Mereka mencerminkan keadaan cacat yang mempengaruhi beberapa domain, ditandai dengan gangguan dalam motivasi dan tindakan yang diinginkan, afek yang tumpul dan datar, anhedonia, tingkat pemikiran dan ucapan yang rendah, perawatan diri yang buruk dan hilangnya interaksi sosial yang sesuai. Ini adalah aspek penyakit yang sangat melumpuhkan, paling tidak karena kronisitasnya (Blackman & MacCabe, 2020).

Gejala kognitif, yang meliputi gangguan dalam fungsi eksekutif dan memori kerja, adalah aspek gangguan yang paling melumpuhkan dan berkontribusi pada penderitaan seumur hidup (Rosenberg & Pascual, 2016). Gejala kognitif adalah klasifikasi terbaru dalam skizofrenia. Gejala-gejala ini tidak spesifik; oleh karena itu, mereka harus cukup parah untuk diperhatikan oleh orang lain. Gejala kognitif termasuk bicara, pikiran, dan/atau perhatian yang tidak teratur, yang pada akhirnya mengganggu kemampuan individu untuk berkomunikasi. (Patel *et al.*, 2014)

2.1.7 Diagnosis

Berikut diagnosa skizofrenia menurut PPDGJ III (Kemenkes RI, 1993):

1. Harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang amat jelas (dan biasanya 2 gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) :
 - a. Pemikiran (*thought*)

- i. *“thought echo”* = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda; atau
- ii. *“thought insertion or withdrawal”* = isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*); dan
- iii. *“thought broadcasting”* = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;

b. Delusi

- i. *“delusion of control”* = waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar atau
- ii. *“delusion of influence”* = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar atau
- iii. *“delusion of passivity”* = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar; (tentang dirinya = secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh / anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau pengideraan khusus);
- iv. *“delusional perception”* = pengalaman inderawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;

c. Halusinasi auditorik

- i. suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien atau - mendiskusikan perihal pasien diantara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau

- ii. jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian
 - d. Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan atau politik tertentu, atau kekuatan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca atau berkomunikasi dengan makhluk asing dari dunia lain.
2. Atau paling sedikit dua gejala di bawa ini yang harus selalu ada secara jelas :
- a. Halusinasi yang menetap dari panca-inderanya apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (*over-valued ideas*) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus;
 - b. Arus pikiran yang terputus (*break*) atau yang mengalami sisipan (*interpolation*), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme;
 - c. Perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh gelisah (*excitement*), posisi tubuh tertentu (*posturing*), atau fleksibilitas cerea, negativisme, dan stupor;
 - d. Gejala-gejala “*negative*”, seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas

bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika;

3. Adanya gejala-gejala khas tersebut di atas telah berlangsung selama kurun waktu satu bulan atau lebih (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal);
4. Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (*overall quality*) dari beberapa aspek perilaku pribadi (*personal behaviour*), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (*self absorbed attitude*), dan penarikan diri secara social.

2.1.8 Terapi

Skizofrenia adalah penyakit kronis yang belum ada obatnya. Farmakoterapi dapat mengurangi gejala untuk meningkatkan fungsi sosial dan kognitif; namun, pasien sering kali kambuh dan mengalami gejala sisa sepanjang hidup mereka. Perlakuan dapat mengurangi gejala akut, mengurangi frekuensi dan keparahan episode psikotik, dan mengoptimalkan fungsi psikososial antar episode (Alldredge *et al.*, 2013).

Tujuan terapi dari skizofrenia adalah untuk mengurangi gejala, menghindari efek samping, meningkatkan fungsi psikososial dan produktivitas, mencapai kepatuhan dengan rejimen yang ditentukan, dan melibatkan pasien dalam perencanaan pengobatan (Wells & Dipiro, 2015).

Sebelum pengobatan, lakukan pemeriksaan status mental, pemeriksaan fisik dan neurologis, riwayat keluarga dan sosial lengkap, wawancara diagnostik psikiatri, dan pemeriksaan laboratorium (*complete blood count* [CBC], elektrolit, fungsi hati,

fungsi ginjal, elektrokardiogram [EKG], serum puasa glukosa, lipid serum, fungsi tiroid, dan skrining obat urin) (Wells & Dipiro, 2015).

Agen antipsikotik efektif dalam mengobati gejala positif, dan hanya sebagian yang efektif dalam mengobati gejala negatif. Obat-obatan yang menghalangi reseptor dopamin D2 pasca-sinaps telah menjadi pengobatan utama untuk skizofrenia; obat antipsikotik dibagi menjadi dua yakni, antipsikotik generasi pertama, seperti sulpiride dan haloperidol, dan agen generasi kedua yang lebih baru, seperti olanzapine dan risperidone. Selain preparat oral, preparat antipsikotik injeksi long-acting (depot (Blackman & MacCabe, 2020).

Antipsikotik generasi pertama, diklasifikasikan menjadi agen potensi rendah, potensi tinggi, dan potensi sangat tinggi. Semua obat ini memiliki mekanisme aksi yang sama yakni dengan mengantagonis reseptor dopamin di jalur mesolimbik, yang kemudian mengurangi gejala positif. Obat-obatan potensi tinggi sebagian besar adalah antagonis reseptor dopamin murni dan memiliki sedikit atau tidak ada mekanisme lain. Sedangkan obat potensi rendah adalah antagonis reseptor dopamin murni, mereka juga memiliki mekanisme lain untuk berbagai derajat, termasuk antikolinergik, kalsium channel-blocking, *alpha-blocking*, dan sifat antihistamin (Mueser & Jeste, 2008).

Tabel 1. Klasifikasi Antipsikotik Generasi Pertama

Potensi	Agen Obat
<i>Low-potency Agents</i>	Klorpromazin
	Thioridazin
<i>High-potency Agent</i>	Loxapine
	Molindone
<i>Very-high-potency Agent</i>	Haloperidol
	Flupenazin
	Perphenazin
	Thiotixine
	Trifluoperazin

Sumber : (Mueser & Jeste, 2008)

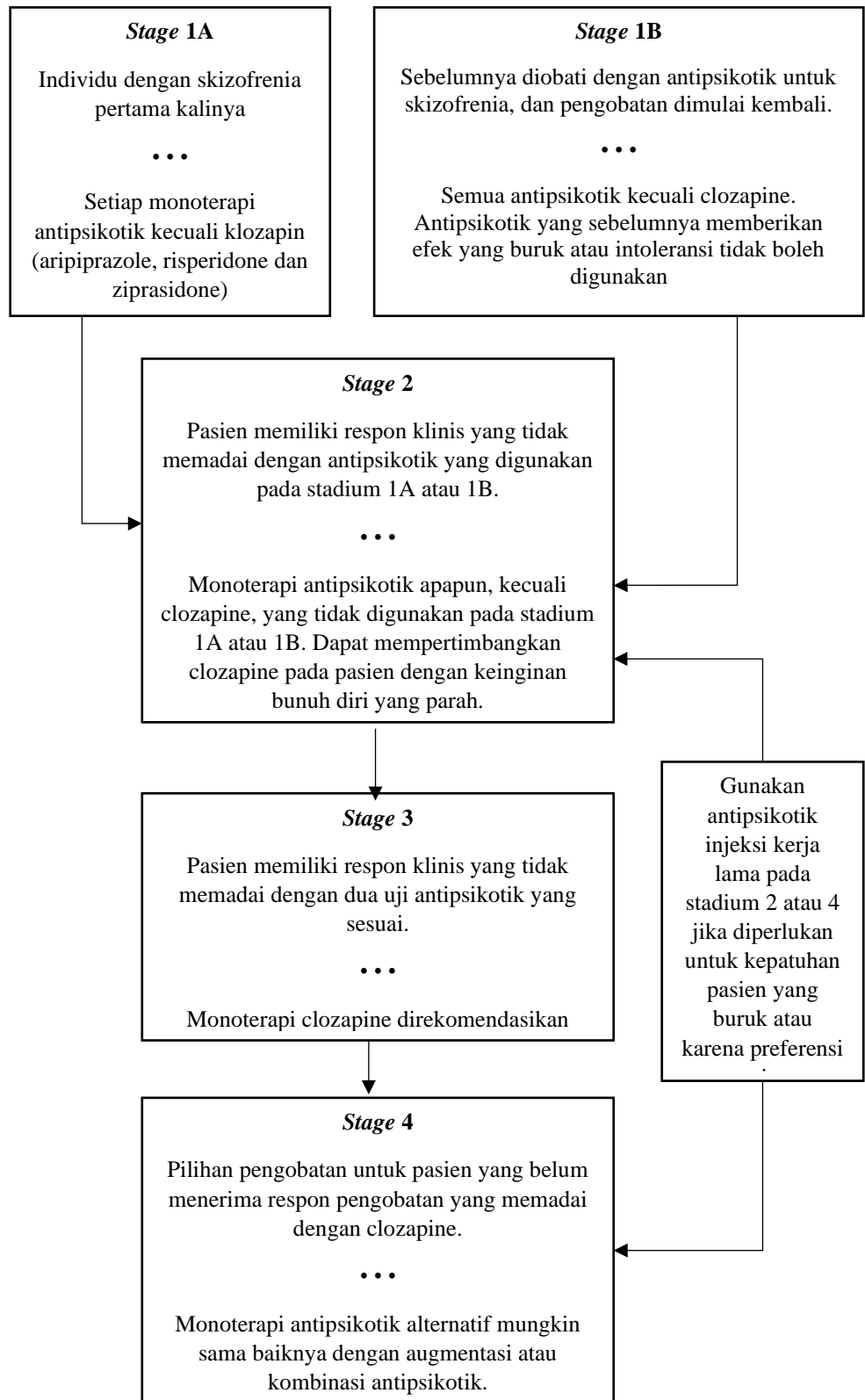
Antipsikotik generasi kedua, obat-obat ini, sering disebut sebagai antipsikotik atipikal, memiliki mekanisme kerja yang serupa dalam pengobatan skizofrenia. Agen-agen ini secara fungsional mengantagonis reseptor dopamin (D2) di jalur mesolimbik dan juga mengantagonis reseptor serotonin (5-HT2A) di jalur mesokortikal. Perbedaan antara obat ini dan obat FGA adalah spesifisitas antagonisme dopamin pada dosis yang direkomendasikan dan aktivitas serotonin. Aktivitas antagonis serotonin diperkirakan meningkatkan aktivitas dopamin di korteks frontal, yang berpotensi meredakan gejala negatif skizofrenia. Obat-obat ini memiliki berbagai mekanisme minimal lainnya, yang paling umum adalah antagonisme histamin (Mueser & Jeste, 2008).

Tabel 2. Pembagian Antipsikotik dan Dosisnya

Antipsikotik	Dosis Awal (mg/hari)	Rentang Dosis Biasa (mg/hari)
Antipsikotik Generasi Pertama (FGA)		
Klorpromazin	50-150	300-1.000
Flupenazin	5	5-20
Haloperidol	2-5	2-20
Loxapine	20	50-150
Loxapine hirup	10	10
Perphenazin	4-24	16-64
Thioridazin	10-150	100-800
Thiotixene	4-10	4-50
Trifluoperazine	2-5	5-40
Antipsikotik Generasi Kedua (SGA)		
Aripiprazol	5-15	15-30
Asenapin	5	10-20
Clozapin	25	100-800
Iloperidon	1-2	6-24
Lurasidon	20-40	40-120
Olanzapin	5-10	10-20
Paliperidon	3-6	3-12
Quetiapine	50	300-800
Risperidon	1-2	2-8
Ziprasidon	40	80-160

Sumber : (Wells & Dipiro, 2015)

Berikut adalah algoritma terapi pada penyakit skizofrenia.



Gambar 2. Algoritma Terapi Skizofrenia (Wells & Dipiro, 2015)

Terapi dari penyakit skizofrenia dibagi menjadi 3 tahap, yakni :

1. Perawatan Awal dalam Episode Psikotik Akut

Dalam perawatan ini beberapa tujuan terapi yang harus dicapai adalah pasien (Mueser & Jeste, 2008):

- a. Mengurangi potensi bahaya.
- b. Mengurangi agitasi dan ketidakkoooperatifan.
- c. Mengurangi keparahan gejala positif .

Memperbaiki masalah tidur dan perawatan diri. Rekomendasi yang biasa diberikan adalah memulai terapi dan mentitrasi dosis selama beberapa hari pertama hingga dosis efektif rata-rata, kecuali jika status fisiologis atau riwayat pasien menunjukkan bahwa dosis ini dapat mengakibatkan efek samping yang tidak dapat diterima. Karena antagonisme reseptor alfa satu yang kuat dan mengakibatkan risiko hipotensi, iloperidone dan clozapine harus dititrasi lebih lambat daripada antipsikotik lainnya. Titrasi cepat ke dosis tinggi tidak dianjurkan (Dipiro *et al.*, 2020).

2. Terapi Stabilisasi

Setelah tujuan pengobatan untuk fase akut telah tercapai, pasien kemudian berkembang ke fase stabilisasi, yang merupakan fase transisi dari rawat inap ke pengaturan rawat jalan. Tujuan pengobatan fase ini adalah sebagai berikut (Mueser & Jeste, 2008):

- a. Optimalisasi obat (kurangi frekuensi pemberian dosis; hentikan obat sesuai kebutuhan; kurangi obat, jika perlu, untuk mengurangi efek samping).
- b. Edukasi kepatuhan minum obat: Minum obat selama 6 bulan setelah pulang dapat mengurangi risiko kekambuhan sebesar 30% dibandingkan dengan tidak minum obat sesuai resep.
- c. Terapi wawasan untuk membantu pasien memahami penyakit mereka dan perlunya obat-obatan.

3. Terapi perawatan (*Maintenance*)

Terapi obat pemeliharaan mencegah kekambuhan, seperti yang ditunjukkan dalam banyak studi *double-blind*, dan menghindari kekambuhan adalah tujuan utama pengobatan. Tingkat kekambuhan rata-rata setelah 1 tahun adalah 18% hingga 32% dengan obat aktif (termasuk beberapa pasien yang tidak patuh) versus 60% hingga 80% untuk plasebo (Dipiro *et al.*, 2020).

Setelah pengobatan episode psikotik pertama pada pasien dengan skizofrenia, pengobatan harus dilanjutkan setidaknya selama 18 bulan setelah remisi. Banyak ahli skizofrenia merekomendasikan bahwa pasien dengan respons pengobatan yang kuat dirawat setidaknya selama 5 tahun; Namun, pada individu yang sakit kronis, farmakoterapi terus menerus atau seumur hidup diperlukan pada sebagian besar pasien untuk mencegah kekambuhan. Praktek ini harus didekati dengan dosis efektif terendah dari antipsikotik yang mungkin dapat ditoleransi oleh pasien (Dipiro *et al.*, 2020).

Tabel 3. Timeline Perbaikan Gejala sebagai Respon terhadap Pengobatan Antipsikotik

5 Hari Pertama	1-2 Minggu	3-6 Minggu	6 Minggu Keatas
<ul style="list-style-type: none"> • Agitasi • Permusuhan • Agresi • Kecemasan • Tidur • Pola makan 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosialisasi • Perawatan diri/aktivitas kehidupan sehari-hari • Gejala suasana hati • Delusi dan halusinasi menjadi kurang mengganggu 	<ul style="list-style-type: none"> • Penurunan waham dan halusinasi • Peningkatan keterampilan interpersonal 	<ul style="list-style-type: none"> • Peningkatan minimal dalam wawasan dan penilaian • Beberapa delusi/halusinasi tetap ada

Sumber : (Mueser & Jeste, 2008)

2.2 *Cost of Illness* (COI)

2.2.1 Definisi

Cost of illness (COI), dikenal sebagai *burden of disease* (BOD), adalah definisi yang mencakup berbagai aspek dampak penyakit terhadap hasil kesehatan di suatu negara, wilayah tertentu, komunitas, dan bahkan individu. Kategori COI dapat berkisar dari kejadian atau prevalensi penyakit hingga pengaruhnya terhadap umur panjang, morbiditas terkait dengan penurunan kesehatan dan kualitas hidup (QoL), dan pertimbangan ekonomi, termasuk biaya langsung dan tidak langsung dari kematian dini dan atau kecacatan karena penyakit dan/atau penyakit penyerta yang serupa dan/atau komorbiditasnya (Jo, 2014).

Cost of illness (COI) mengukur beban ekonomi penyakit dan penyakit pada masyarakat. Atau sering disebut *burden of illness* (BOI). Komponen analisis farmakoekonomi atau efektivitas biaya mencakup biaya dan konsekuensi. Biaya dapat dibagi menjadi biaya langsung dan tidak langsung (Kemenkes RI, 2013a).

Berikut adalah beberapa kegunaan dalam penelitian *costs of illness* (Linertová *et al.*, 2017):

1. Studi COI sering digunakan oleh pembuat kebijakan. Pengetahuan tentang biaya penyakit dan dampak akhirnya pada anggaran publik dapat membantu pembuat kebijakan untuk memutuskan penyakit mana yang perlu ditangani terlebih dahulu oleh kebijakan pengobatan dan pencegahan.
2. Untuk perusahaan farmasi, COI dapat menunjukkan penyakit mana yang sangat mahal untuk dikelola dan dengan demikian mengarahkan di mana kemungkinan investasi R&D berikutnya yang harus dilakukan.
3. COI dapat memberikan informasi penting untuk jenis evaluasi ekonomi lainnya, seperti efektivitas biaya (CEA) atau analisis

utilitas biaya (CUA). Meskipun hanya mewakili satu bagian dari analisis biaya, studi COI dapat memberikan kerangka kerja untuk estimasi biaya dalam analisis ini.

4. Pada *stakeholder* seperti pemerintah, studi COI sering dikutip dalam studi penyakit yang mencoba menyoroti pentingnya mempelajari penyakit tertentu. Menganalisis biaya penyakit menyajikan peluang yang berguna untuk berkomunikasi dengan publik dan pembuat kebijakan tentang kepentingan dari penyakit dan cedera tertentu.

2.2.2 Costs

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

Pada 1980-an dan 1990-an, sebagian besar buku teks mengategorikan biaya terkait farmakoekonomi (PE) menjadi empat jenis: biaya medis langsung, biaya nonmedis langsung, biaya tidak langsung, dan biaya tidak berwujud (Rascati, 2013). Berikut adalah penjelasan dari jenis-jenis biaya:

1. Biaya Langsung (*Direct costs*)

Biaya langsung atau bisa disebut *direct cost* adalah biaya yang ditanggung oleh sistem kesehatan, masyarakat, keluarga dan pasien individu, biaya langsung terdiri dari biaya medis (*direct medical costs*) dan biaya non medis (*direct nonmedical costs*).

Perkiraan biaya langsung yang terkait dengan penyakit kronis lebih tinggi daripada penyakit akut atau penyakit menular dengan syarat bahwa pengobatan dan metode pencegahan yang efektif dan manjur diadopsi (Jo, 2014).

Biaya medis langsung adalah biaya yang paling jelas untuk diukur. Ini adalah masukan terkait medis yang digunakan secara langsung untuk memberikan pengobatan. Contoh biaya medis langsung termasuk biaya yang terkait dengan obat-obatan, tes diagnostik, kunjungan dokter, kunjungan apoteker, kunjungan gawat darurat, dan rawat inap (Rascati, 2013).

Biaya nonmedis langsung adalah biaya kepada pasien dan keluarganya yang berhubungan langsung dengan pengobatan tetapi tidak bersifat medis. Contoh biaya nonmedis langsung termasuk biaya perjalanan ke dan dari dokter, klinik, atau rumah sakit; layanan penitipan anak untuk anak pasien; serta makanan dan penginapan yang dibutuhkan pasien dan keluarganya selama perawatan di luar kota (Rascati, 2013).

2. Biaya Tidak Langsung (*Indirect costs*)

Biaya tidak langsung meliputi biaya yang diakibatkan oleh hilangnya produktivitas karena sakit atau kematian. Dalam contoh kemoterapi, beberapa biaya tidak langsung dihasilkan dari waktu pasien berhenti bekerja untuk menerima pengobatan atau penurunan produktivitas karena efek penyakit atau pengobatannya (Rascati, 2013).

Tidak seperti akuntansi dan sebagian besar disiplin bisnis di mana biaya 'tidak langsung' menunjukkan kegiatan pendukung dan overhead yang perlu dibagi di antara pengguna, istilah 'tidak langsung' dalam studi COI mengacu pada kerugian produktivitas karena morbiditas dan mortalitas, yang ditanggung oleh individu, keluarga, masyarakat, atau pemberi kerja. Istilah lain

dari biaya tidak langsung adalah 'kerugian produktivitas (*productivity losses*) atau biaya produktivitas (*productivity costs*)'. Faktanya, biaya tidak langsung merupakan bagian dari kerugian kesejahteraan sosial karena penyakit, sedangkan sisanya kerugian diwakili oleh kerugian dalam waktu sehat akibat rasa sakit, penderitaan dan kesedihan yang disebabkan oleh penyakit (Jo, 2014).

3. Biaya Nirwujud (*Intangible cost*)

Biaya tidak berwujud meliputi biaya rasa sakit, penderitaan, kecemasan, atau kelelahan yang terjadi karena suatu penyakit atau pengobatan suatu penyakit. Sulit untuk mengukur atau menempatkan nilai moneter pada jenis biaya ini. Dalam contoh kemoterapi, mual dan kelelahan adalah biaya pengobatan yang tidak berwujud (Rascati, 2013).

Tabel 4. Contoh Biaya yang Terkait dengan *Outcome* Kesehatan

Kategori Biaya	Contoh
Biaya Medis Langsung	Obat-obatan Pemantauan obat Administrasi obat Konseling dan konsultasi pasien Tes diagnostik Rawat inap Kunjungan klinik Kunjungan unit gawat darurat Layanan ambulans Pelayanan keperawatan
Biaya Langsung Non-medis	Biaya perjalanan untuk menerima perawatan kesehatan (bus, bensin, taksi) Bantuan nonmedis terkait kondisi (misalnya, <i>Meals-on Wheels</i> , layanan kerumahtanggaan) Menginap di hotel untuk pasien atau keluarga untuk perawatan luar kota Layanan penitipan anak untuk anak-anak pasien
Biaya Tidak Langsung	Kehilangan produktivitas untuk pasien Produktivitas yang hilang untuk pengasuh yang tidak dibayar (misalnya, anggota keluarga, tetangga) Kehilangan produktivitas karena kematian dini
Biaya Nirwujud	Sakit dan penderitaan Kelelahan Kecemasan

Sumber : (Rascati, 2013)

2.3 Jaminan Kesehatan Nasional

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan (Kemenkes RI, 2013b).

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah mendorong peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi pasien, mendorong efisiensi tidak memberikan *reward* terhadap *provider* yang melakukan *over treatment*, *under treatment* maupun melakukan *adverse event* dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai (Kemenkes RI, 2014).

Tarif Indonesian-Case Based Groups atau yang disebut Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (Kemenkes RI, 2016)

Pembagian tarif INA-CBGs dapat ditentukan berdasarkan jenis rumah sakit, region tempat rumah sakit berada dan juga/grup kelompok. Region Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung berada di region 2, lalu kode grup penyakit kesehatan mental dan perilaku pada INA-CBGs mempunyai kode F. Tarif INA-CBG untuk pengobatan rawat jalan regional 2 dengan *Case-Mix Main Groups* (CMG) grup kesehatan mental dan prilaku, adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2016) :

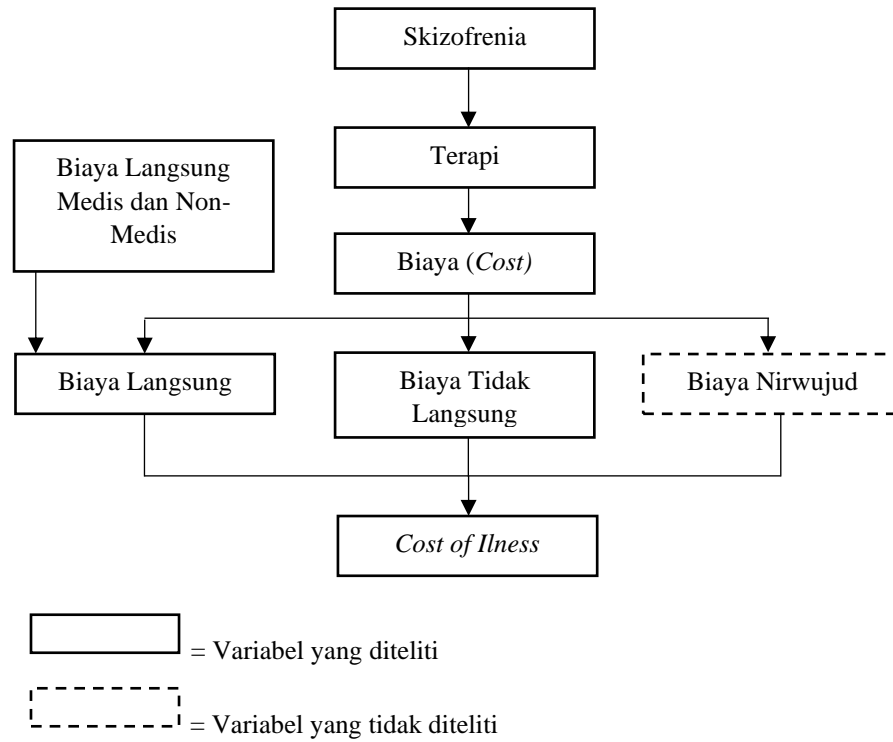
Tabel 5. Tarif INA-CBG regional 2 Rumah Sakit Pemerintah

No.	Kode INA- CBG	Deskripsi Kode INA-CBG	Tarif INA-CBG			
			RS A	RS B	RS C	RS D
1.	F-3-10-0	Terapi shock	697.900	462.500	452.400	430.300
2.	F-5-10-0	Pelayanan kesehatan mental ekstensif	476.400	403.500	392.700	373.500
3.	F-5-11-0	Terapi kelompok	517.900	370.600	362.500	344.800
4.	F-5-12-0	Prosedur tes diagnostik kesehatan jiwa	422.400	357.700	348.200	331.100
5.	F-5-13-0	Psikoterapi individu dewasa akut	690.800	487.300	461.800	444.100
6.	F-5-14-0	Psikoterapi individu dewasa bukan akut	358.100	266.100	259.000	246.300
7.	F-5-15-0	Pengobatan individu keterbelakangan mental	355.400	265.800	258.700	246.100
8.	F-5-16-0	Psikoterapi individu pada kanak-kanak masalah kesehatan mental	376.300	318.700	310.200	295.000

Sumber:(Kemenkes RI, 2023)

2.4 Kerangka Penelitian

2.4.1 Kerangka Teori



Gambar 3. Kerangka Teori (Jo, 2014; Kemenkes RI, 2013a; Rascati, 2013)

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross-sectional*. Dalam penelitian deskriptif peneliti melakukan eksplorasi fenomena kedokteran tanpa berupaya untuk mencari hubungan antar-variabel pada fenomena tersebut (Sastroasmoro & Ismael, 2011). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran perhitungan *cost of illness* pada penderita skizofrenia di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

3.2.1 Waktu

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Februari – Maret tahun 2023.

3.2.2 Tempat

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung, Kabupaten Pesawaran.

3.3 Subjek Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Dalam penelitian ini populasi yang digunakan adalah pasien penderita skizofrenia yang menjalani terapi rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung atau keluarga pasien yang mengetahui segala informasi tentang pasien.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi dan dianggap dapat mewakili populasi tersebut (Masturoh & Anggita, 2018). Sampel penelitian yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagian pasien skizofrenia yang menjalani terapi rawat jalan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung tahun 2023 serta telah lolos kriteria inklusi dan eksklusi penelitian.

Adapun kriteria inklusi dan eksklusi dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Kriteria Inklusi

- a. Pasien skizofrenia berusia >18 tahun
- b. Pasien/keluarga pasien skizofrenia yang bersedia untuk menjadi responden.

2. Kriteria Eksklusi

- a. Pasien dengan rekam medik yang tidak terbaca, hilang, atau tidak lengkap menyantumkan data identitas pasien (nama, jenis kelamin, dan umur), penggunaan obat yang dipakai, dan *billing*.
- b. Pasien dengan resep tidak terbaca, hilang, atau tidak lengkap mencantumkan nama obat dan jumlah obat.

3.3.3 Besar Sampel Populasi

Penentuan besar sampel minimal dalam penelitian ini dengan menggunakan rumus estimasi proporsi dalam suatu populasi yang diketahui jumlahnya (Masturoh & Anggita, 2018).

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)N}{d^2(N-1) + Z^2 p(1-p)}$$

Keterangan :

n = Jumlah sampel.

N = Jumlah populasi.

Z = Derajat kepercayaan (biasanya pada tingkat 95%=1,96).

D = Derajat penyimpangan terhadap populasi yang diinginkan
: 10% (0,10), 5% (0,05).

p = Proporsi suatu kasus tertentu terhadap populasi, bila tidak
di ketahui proporsinya, ditetapkan 50% (0,50).

Diketahui jumlah populasi pasien skizofrenia rawat jalan pada bulan Januari – Oktober 2022 adalah 24.925 pasien, maka didapatkan jumlah minimal sampel sebagai berikut:

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)N}{d^2(N-1) + Z^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{1,96^2 0,5(1-0,5)24,925}{0,1^2(24,925-1) + 1,96^2 0,5(1-0,5)}$$

$$n = \frac{23,937,97}{250.2004}$$

$$n = 95,6 \sim 96$$

$$n = 96 + 10\% = 106$$

Dengan demikian jumlah besar minimal sampel untuk penelitian ini adalah 106 sampel.

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *non-probability sampling* dengan metode *constitutive sampling* selama dua bulan. Teknik *constitutive sampling* merupakan teknik

sampling yang proses pengambilan sampelnya berakhir ketika jumlah total peserta (saturasi sampel) dan/atau batas waktu (saturasi waktu) tercapai (Martínez-Mesa et al., 2016).

3.4 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Definisi operasional variabel adalah batasan dan cara pengukuran variabel yang akan diteliti. Definisi operasional (DO) variabel disusun dalam bentuk matrik, yang berisi nama variabel, deskripsi variabel (DO), alat ukur, hasil ukur dan skala ukur yang digunakan (nominal, ordinal, interval dan rasio) (Surahman *et al.*, 2016). Berikut variabel penelitian dan definisi operasional yang digunakan dalam penelitian ini :

Tabel 6. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Karakteristik Responden				
	Jenis Kelamin	Jenis kelamin adalah perbedaan biologis antara laki-laki dan perempuan. Perbedaan biologis tersebut dapat dilihat dari alat kelamin serta perbedaan genetik. (Badan Pusat Statistik, 2022)	Wawancara dengan kuesioner	Jenis kelamin menjadi dua, yaitu : 1. Perempuan 2. Laki-laki	Nominal
	Usia	Usia merupakan lamanya hidup dalam tahun yang dihitung sejak seseorang dilahirkan. (Santika, 2015)	Wawancara dengan kuesioner	1. 18 – 25 Tahun 2. 26 - 35 Tahun 3. 36 – 45 Tahun 4. 46 – 56 Tahun 5. 56 – 65 Tahun 6. ≥ 65 Tahun	Ordinal
	Pendidikan	Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya	Wawancara dengan kuesioner	Pendidikan dikategorikan menjadi : 1. Rendah : tidak sekolah, tidak tamat SD/ sederajat, tidak tamat SMP/ sederajat, atau tamat SMP/ sederajat, 2. Menengah : tidak	Ordinal

	untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003,)		tamat SMTA/ sederajat, tamat SMTA/ sederajat	
Status Pekerjaan	Status Pekerjaan Pasien	Wawancara dengan kuesioner	3. Tinggi : Perguruan Tinggi (tidak dapat Diploma, S1, S2, S3 atau tamat Diploma, S1, S2, S3) (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003)	Nominal
Jaminan Kesehatan	jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Kemenkes RI, 2013b).	Wawancara dengan kuesioner	1. Punya 2. Tidak Punya	Nominal
Domisili	tempat kediaman yang sah dari seseorang	Wawancara dengan kuesioner	1. Lampung Barat 2. Tanggamus 3. Lampung Selatan 4. Lampung Timur 5. Lampung Tengah 6. Lampung Utara 7. Way Kanan 8. Tulang Bawang 9. Pesawaran 10. Pringsewu	Nominal

				11. Mesuji		
				12. Tulang Bawang Basat		
				13. Pesisir Barat		
				14. Bandar Lampung		
				15. Metro		
2.	Biaya Langsung	Biaya langsung yang dikeluarkan pasien untuk memperoleh perawatan dan pengobatan terhadap penyakit skizofrenia seperti biaya kunjungan rawat jalan, biaya transportasi, dan biaya lainnya. (Rascati, 2013).	Wawancara dengan kuesioner, rekam medis, dan resep.	Jumlah total biaya dalam rupiah	Rasio	
	Biaya Langsung Medis	Biaya Langsung yang berhubungan dengan medis seperti biaya administrasi, farmasi, konsultasi, biaya laboratorium, dan asuhan keperawatan. (Rascati, 2013).	Wawancara dengan kuesioner, rekam medis, dan resep.	Jumlah total biaya dalam rupiah	Rasio	
	Biaya Langsung Non-Medis	Biaya langsung yang tidak berhubungan dengan medis seperti, biaya transportasi, makan, dan penginapan (Rascati, 2013).	Wawancara dengan kuesioner, rekam medis, dan resep.	Jumlah total biaya dalam rupiah	Rasio	
3.	Biaya Tidak Langsung	Biaya yang dapat mengurangi produktivitas pasien, atau biaya yang hilang akibat waktu produktif yang hilang. Sebagai contoh pasien kehilangan pendapatan karena sakit yang	Wawancara dengan kuesioner.	Jumlah total biaya dalam rupiah	Rasio	

berkepanjangan
sehingga tidak
dapat
memberikan
nafkah pada
keluarganya,
serta biaya
pendamping yang
hilang.
(Kemenkes RI,
2013a)

3.5 Instrumen dan Teknik Pengambilan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan ada dua, yakni data primer dan juga data sekunder yaitu rekam medis pasien. Data primer didapatkan melalui wawancara dengan bantuan kuesioner pada penderita skizofrenia yang terdaftar di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung atau kepada keluarga pasien yang mewakili.

Data sekunder didapatkan dari rekam medis Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung yang berkaitan dengan gambaran perhitungan *cost of illness*.

3.5.2 Teknik Pengambilan Data

Pada proses pengumpulan data, tiap responden dalam penelitian akan diberi *informed consent* sebagai persetujuan responden untuk dijadikan subjek penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu melalui wawancara langsung kepada responden. Setelah melakukan wawancara, akan diambil pula rekam medis pasien yang kemudian akan dilakukan seleksi dengan menggunakan kriteria inklusi dan eksklusi.

3.5.3 Prosedur Penelitian

Prosedur yang dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Melakukan persiapan penelitian berupa pra-survei di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
2. Melakukan persiapan penelitian berupa *ethical clearance* di Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
3. Mengurus perizinan untuk melakukan pendataan dan wawancara pada pasien skizofrenia rawat jalan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung.
4. Melakukan wawancara dengan bantuan kuesioner pada pasien atau pendamping pasien skizofrenia. Lalu mengambil data di Bagian Rekam Medis Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung. Data yang diperoleh kemudian dipilih kembali sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.
5. Data yang diperoleh kemudian dianalisis secara univariat untuk memperoleh deskripsi pada variabel penelitian.
6. Menarik kesimpulan dan pelaporan terhadap penelitian yang telah dilakukan.

3.6 Pengolahan dan Analisis Data

3.6.1 Pengolahan Data

Pengolahan data adalah bagian dari penelitian setelah pengumpulan data. Pada tahap ini data mentah atau *raw data* yang telah dikumpul dan diolah atau dianalisis sehingga menjadi informasi. Berikut tahapannya (Masturoh & Anggita, 2018) :

1. *Editing*

Editing atau penyuntingan data adalah tahapan dimana data yang sudah dikumpul dari hasil pengisian kuesioner disunting kelengkapan jawabannya. Jika ditemukan ketidaklengkapan

dalam pengisian jawaban, maka dilakukan pengumpulan data ulang.

2. *Coding*

Coding adalah membuat lembaran kode yang terdiri dari tabel dibuat sesuai dengan data yang diambil dari alat ukur yang digunakan.

3. *Data Entry*

Data entry adalah mengisi kolom dengan kode sesuai dengan jawaban masing-masing pertanyaan.

4. *Tabulasi Data*

Tabulasi data adalah membuat penyajian data, sesuai dengan tujuan penelitian.

5. *Processing*

Processing adalah proses setelah semua kuesioner terisi penuh dan benar serta telah dikode jawaban responden pada kuesioner ke dalam aplikasi pengolahan data di komputer.

6. *Cleaning Data*

Cleaning data adalah pengecekan kembali data yang sudah dientri apakah sudah benar atau ada kesalahan pada saat memasukan data.

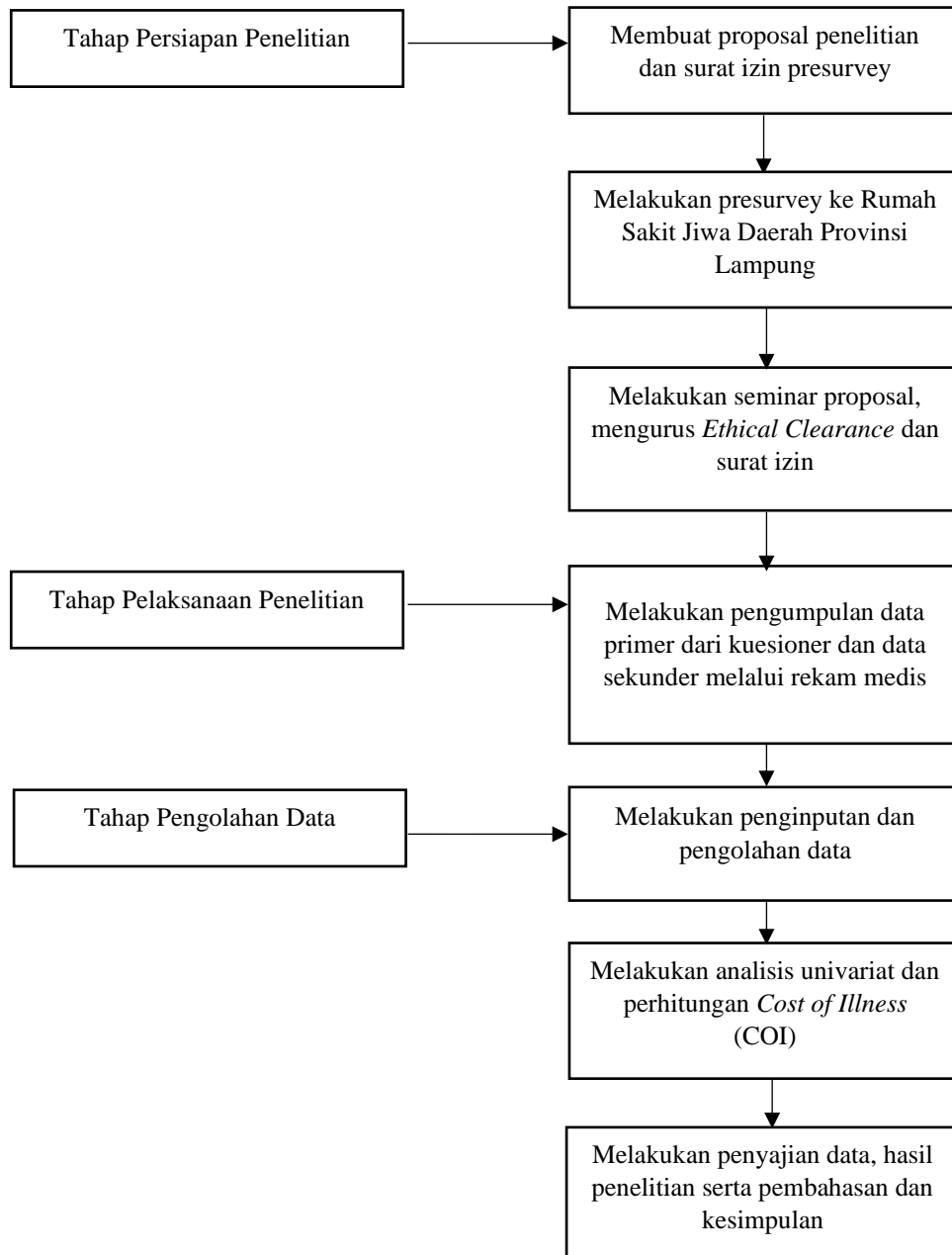
3.6.2 Analisis Data

Data dalam penelitian ini disajikan dalam bentuk deskriptif sebagai hasil dari interpretasi wawancara menggunakan kuesioner yang dijabarkan dalam bentuk uraian dan tabel. Analisis data menggunakan analisis univariat.

Selain itu juga dilakukan perhitungan untuk mendapatkan *direct cost* dan *indirect cost*. *Direct cost* didapatkan dengan mencari rata-rata dari seluruh komponen *direct cost* atau biaya langsung. Sementara

itu, *indirect cost* didapatkan dengan mencari rata-rata dari seluruh komponen *indirect cost* atau biaya tidak langsung. Setelah mendapatkan *direct cost* dan *indirect cost* maka selanjutnya dilakukan penjumlahan untuk mendapatkan satu kesatuan *cost of illness*.

3.7 Alur Penelitian



Gambar 4. Alur Penelitian

3.8 Etika Penelitian

Penelitian ini telah mendapatkan persetujuan etik penelitian (Ethical Clearance) dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Lampung dalam surat keputusan yang bernomor 018/UN26.18/PP05.02.00/2022

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 115 pasien skizofrenia Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung periode Februari-Maret 2023 dapat disimpulkan bahwa :

1. Pasien yang menjalani pengobatan di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung periode Februari-Maret 2023 sebagian besar adalah laki-laki 61,74%. Prevalensi skizofrenia lebih banyak ditemukan pada rentang usia 36-45 tahun yakni 32,17%. Sebagian besar pasien memiliki tingkat pendidikan rendah yakni sebanyak 46,96%. Pasien yang tidak bekerja sebanyak 60,87% dan 92,17% pasien memiliki jaminan kesehatan. Persebaran pasien paling banyak ditemukan di Bandar Lampung sebanyak 32,17%.
2. Rata-rata biaya langsung medis adalah Rp.124.013,- per kunjungan atau Rp.1.488.000,- per tahunnya. Komponen dengan biaya terbesar adalah biaya obat. Rata-rata biaya langsung non-medis yang dikeluarkan pasien per kunjungan adalah Rp.103.548,- dan Rp.1.242.576,- per tahunnya. Komponen dengan biaya terbesar adalah biaya transportasi. Rata-rata biaya tidak langsung adalah Rp.22.261,- per kunjungan atau Rp.267.132,- per tahunnya.
3. Gambaran *cost of illness* pada pasien skizofrenia di Poliklinik Psikiatri Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung adalah adalah Rp.249.822,- per kunjungan atau Rp.2.997.864,- per tahunnya. Dengan komponen penyumbang terbesar adalah biaya langsung medis.

5.2 Saran

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, peneliti memberikan saran bagi beberapa pihak melalui penelitian ini. Adapun saran sebagai berikut :

1. Bagi Institusi Kesehatan

Hasil penelitian ini dapat menjadi pertimbangan bagi Institusi Kesehatan untuk dapat menjangkau pasien-pasien skizofrenia yang berada diluar dari Bandar Lampung untuk dapat melakukan pengobatan dengan baik dengan cara bekerjasama dengan Rumah Sakit Daerah atau menunjuk beberapa puskesmas di Daerah agar pasien skizofrenia luar Bandar Lampung tidak perlu jauh-jauh datang ke Bandar Lampung.

2. Bagi Peneliti Lain

Peneliti berikutnya kiranya dapat meneliti secara prospektif kohort untuk dapat melihat gambaran biaya tahunan yang sebenarnya. Dan juga dilakukan penelitian serupa di Rumah Sakit terkait dengan membandingkan biaya terapi yang dikeluarkan dengan kualitas *outcome* (efek) yang didapatkan oleh pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Allredge BK, Corelli RL, Ernst ME, Guglielmo BJ, Jacobson PA, Kradjan WA. 2013. *Koda-kimble and young's applied therapeutics: the clinical use of drugs* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Altamura C, Fagiolini A, Galderisi S, Rocca P, & Rossi A. 2014. Schizophrenia today: epidemiology, diagnosis, course and models of care La schizofrenia oggi: epidemiologia, diagnosi, decorso e modelli di cura. *Journal of Psychopathology*, 20, 223–243.
- Amelia DR, & Anwar Z. 2013. Relaps pada pasien skizofrenia. *Jurnal Ilmiah Psikologi Terapan*, 01(01), 53–65.
- Andira S, & Nuralita NS. 2018. Pengaruh Perbedaan Jenis Kelamin terhadap Simtom Depresi Pasien Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Prof . Dr . M . Ildrem Kota Medan Sumatera Utara pada Tahun 2017. *Buletin Farmatera*, 3(2), 97–108.
- Badan Pusat Statistik. 2022. Jenis Kelamin. [diakses online] [pada 19 November 2022]. Tersedia dari : <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/variabel/33>
- Badan Pusat Statistik. 2023. *Jumlah Penduduk Miskin (Ribuan Jiwa), 2020-2022*. [diakses online] [pada 27 Maret 2022]. Tersedia dari : <https://lampung.bps.go.id/indicator/23/34/1/jumlah-penduduk-miskin.html>
- Blackman G, & MacCabe JH. 2020. Schizophrenia. *Medicine (United Kingdom)*, 48(11), 704–708.
- BPJS. 2014. Buku panduan praktis program rujuk balik bagi peserta JKN. BPJS.
- BPJS. 2022. Gangguan kejiwaan dijamin BPJS kesehatan. [diakses online] [pada 06 Desember 2022]. Tersedia dari : <https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2022/2161/Gangguan-Kejiwaan-Dijamin->

BPJS-Kesehatan

- Darsana IW, & Suariyani NLP. 2020. Trend Karakteristik Demografi Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Bali (2013-2018). *Archive of Community Health*, 7(1), 41.
- Dipiro, Joseph T, Yee GC, Posey LM, Haines ST, Nolin TD, & Ellingrod V. 2020. Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach, 11th edition. In *Annals of Pharmacotherapy* (11th ed.). McGraw Hill.
- Frankenburg FR. 2021. Schizophrenia. [diakses online] [pada 19 november 2022]. Tersedia dari : <https://emedicine.medscape.com/article/288259-overview#a3>
- Frey S. 2014. The economic burden of schizophrenia in Germany: A population-based retrospective cohort study using genetic matching. *European Psychiatry*, 29(8), 479–489.
- Hadiningsih H. 2015. Analisis Besaran Biaya Obat Beberapa Penyakit Rawat Jalan dan Faktor- Faktor yang Mempengaruhi di Rs. Awal Bros Bekasi Tahun 2014. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 2(1), 53–63.
- Handayani L, Febriani, & Sauli A. 2018. Faktor risiko kejadian skizofrenia di rumah sakit jiwa grhasia daerah istimewa yogyakarta (diy). *Humanitas*, 13(2), 135–148.
- Ilmy SK, Noorhamdani N, & Windarwati HD. 2020. Family burden of schizophrenia in pasung during COVID-19 pandemic: a scoping review. *Indonesian Nursing Journal of Education and Clinic (Injec)*, 5(2), 185.
- Jin H, & Mosweu I. 2017. The societal cost of schizophrenia: a systematic review. *Pharmacoeconomics*, 35(1), 25–42.
- Jo C. 2014. Cost-of-illness studies: concepts, scopes, and methods. *Clinical and Molecular Hepatology*, 20(4), 327–337.
- Jo M, Kim HJ, Rim SJ, Lee MG, Kim CE, & Park S. 2020. The cost-of-illness trend of schizophrenia in South Korea from 2006 to 2016. *PLoS ONE*, 15(7 July), 1–14.

- Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, Servis M. *et al.* 2020. The American psychiatric association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 177(9), 868–872.
- Kemenkes RI. 1993. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa. Kementrian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2013a. Pedoman Penerapan Kajian Farmakoekonomi. Kementrian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2013b. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 71 tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional.
- Kemenkes RI. 2013c. Riset Kesehatan Dasar. Kementrian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2013. PMK No. 48 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengadaan Obat.
- Kemenkes RI. 2014. Peraturan menteri kesehatan nomor 27 tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem INA CBGs.
- Kemenkes RI. 2016. Peraturan menteri kesehatan republik indonesia nomor 52 tahun 2016 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan.
- Kemenkes RI. 2018. Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar 2018. Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. 2019. Riskesdas 2018 Provinsi Lampung. Kementerian Kesehatan RI
- Kemenkes RI. 2023. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- Kurnia FYP, Tyaswati JE, & Abrori C. 2015. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kekambuhan pada Pasien Skizofrenia di RSD dr . Soebandi Jember at dr . Soebandi Hospital , Jember). *Jurnal Pustaka Kesehatan*, 3(3), 400–407.
- Linertová R, García-Pérez L, & Gorostiza I. 2017. Cost-of-illness in rare diseases.

Advances in Experimental Medicine and Biology, 1031, 283–297.

- Li X, Zhou W, & Yi Z. 2022. A glimpse of gender differences in schizophrenia. *General Psychiatry*, 35(4), e100823.
- Manik R., Fitriani AD, & Jamaluddin. 2020. Faktor Penyebab Putus Berobat terhadap Pasien Gangguan Jiwa Rawat Jalan di Rumah Sakit Jiwa. *Jurnal Kesmas Prima Indonesia*, 2(2), 38–45.
- Martínez-Mesa J, González-Chica DA., Duquia RP, Bonamigo RR, & Bastos JL. 2016. Sampling: How to select participants in my research study?. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 91(3), 326–330.
- Masturoh I, & Anggita N. 2018. Metodologi penelitian kesehatan. Kementrian Kesehatan RI.
- Mueser KT, & Jeste DV. Penyunting. 2008. Clinical handbook of schizophrenia. Guildford press.
- Munawwarah A. 2019. Perhitungan cost of illness (COI) pada pasien rawat inap penderita stroke peserta BPJS di RSUD dr. mohamad saleh kota probolinggo. universitas jember.
- Muslimah. 2021. Cost of illness dan luaran terapi pada pasien stroke iskemik di wilayah DI-Yogyakarta. Universitas Gadjah Mada.
- Patel KR, Cherian J, Gohil K, & Atkinson D. 2014. Schizophrenia: overview and treatment options. *P and T*, 39(9), 638–645.
- Pratiwi SH, & Marchira CR. 2017. Faktor-faktor yang mempengaruhi rawat inap ulang pasien skizofrenia pada era jaminan kesehatan nasional di rumah sakit jiwa grhasia pemda DIY. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 6(1), 20–28.
- Puspitasari IM, Sinuraya, RK, Rahayu C, Witriani W, Zannah U, Hafifah A, Nintyas AR. *et al.* 2020. Medication profile and treatment cost estimation among outpatients with schizophrenia, bipolar disorder, depression, and anxiety disorders in indonesia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16,

815–828.

Rascati KL. 2013. Essentials of pharmacoeconomics, second edition. In *Essentials of Pharmacoeconomics, (2nd ed.)*. Lippincott Williams & Wilkins.

Rosenberg RN, & Pascual JM. penyunting. 2016. Rosenberg's molecular and genetic basis of neurological and psychiatric disease (5th ed.). Elsevier Inc.

Rostina, Adamy A, & Abdullah A. 2020. The behavior and the challenges of the family in the treatment of Persons with Schizophrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan, 8, 1*.

Santika IGPNA. 2015. Hubungan indeks massa tubuh (imt) dan umur terhadap daya tahan umum (kardiovaskuler) mahasiswa putra semester ii kelas a fakultas pendidikan olahraga dan kesehatan IKIP PGRI bali tahun 2014. *urnal Pendidikan Kesehatan Rekreasi, 42–47*.

Saputra WA, Puspandari DA, & Kurniawan MF. 2019. Evaluasi Pengadaan Obat Dengan E-Purchasing Melalui E-Catalogue Di Rumah Sakit Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta Tahun 2017-2018. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, 08(03), 113–120*.

Sastroasmoro S, & Ismael S. 2011. Dasar-dasar metodologi penelitian klinis (4th ed.). Sagung seto.

Simbolon MJ. 2013. Usia Onset Pertama Penderita Skizofrenik Pada Laki Laki dan Perempuan Yang Berobat Ke Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Jiwa Propinsi Sumatera Utara. *Majalah Kesehatan Pharmamedika, 5(1), 15–23*.

Surahman, Rachmat M, & Supardi S. 2016. Metodologi penelitian. Kementerian Kesehatan RI.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003. Sistem pendidikan nasional (issue lembaran negara republik indonesia nomor 4301).

Vandawati Z, Sabrie HY, Pawestri WD, & Amalia R. 2016. Aspek Hukum Kartu Indonesia Sehat. *Yuridika, 31(3), 499*.

- Wahyudi A, & Fibriana AI. 2016. Faktor Resiko Terjadinya Skizofrenia (Studi Kasus di Wilayah Kerja Puskesmas Pati II). *Public Health Perspective Journal*, 1(1), 1–12.
- Wells, BG, & Dipiro JT. 2015. *Pharmacotherapy handbook* (9th ed.). McGraw Hill.
- WHO. 2019. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision (icd-10)-who version [diakses online] [pada 19 november 2022]. Tersedia dari : <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F20>.
- WHO. 2022a. Mental disorder. [diakses online] [pada 19 november 2022]. Tersedia dari : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- WHO. 2022b. Schizophrenia. [diakses online] [pada 19 november 2022]. Tersedia dari : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- Zahnia S, & Sumekar DW. 2016. Kajian Epidemiologis Skizofrenia. *Majority*, 5(5), 160–166.
- Zeind CS, & Carvalho MG. 2018. *Applied therapeutics : the clinical use of drugs* (11th ed.). Wolters luwer.