**Pola Pengobatan Pasien Skizoafektif Tipe Depresif di RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang**

*Treatment Pattern of Depressive Type Schizoaffective Patients in Prof. Dr. Soerojo Mental Hospital in Magelang*

|  |
| --- |
| **Yurida Ni’ma Annisa, Zullies Ikawati\***Fakultas Farmasi, Universitas Gadjah Mada  |
| Corresponding author: Zullies Ikawati; Email: ikawati@yahoo.com |
| *Submitted: 26-08-2020* | *Revised: 28-09-2020* | *Accepted: 28-09-2020* |

**ABSTRAK**

Tatalaksana depresi tunggal tanpa gejala psikotik erat kaitannya dengan antidepresan, namun identifikasi tatalaksana yang tepat khususnya pada sindroma depresi sebagai satu bagian gejala yang menyertai gangguan jiwa tentunya lebih rumit. Salah satu diagnosa terbanyak untuk gangguan jiwa yang disertai sindroma depresi adalah Skizoaktif Tipe Depresif/STD (F21.5). Penelitian ini bertujuan menggambarkan pola pengobatan pasien STD yang diterapkan di RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. Penelitian ini merupakan studi non-eksperimental dengan metode evaluasi deskriptif. Pengambilan data dilakukan secara retrospektif dari data catatan rekam medis pasien dengan diagnosa STD yang menjalani terapi rawat jalan (RJ) dan atau rawat inap (RI) pada tanggal 1 Januari - 31 Desember 2018. Jumlah kasus STD dalam penelitian ini adalah 123 kasus yang terdiri dari 38 kasus RJ dan 85 kasus RI. Monoterapi dengan fluoksetin merupakan pola pengobatan antidepresan terbanyak di RJ (52,63%) dan RI (69,14%) dengan jumlah penggunaan antidepresan terbanyak adalah fluoksetin (77,14%). Penggunaan antipsikotik terbanyak adalah risperidon (32,13%) dengan terapi ajuvan yang paling umum digunakan adalah triheksifenidil (65,38%). Presentase kesesuaian terapi antidepresan adalah 100% sesuai obat pada seluruh kasus dan sebagian besar sesuai dosis dengan standar Kepmenkes dan *guideline* APA tahun 2010.

**Kata kunci:**skizoafektif tipe depresif; pola pengobatan; antidepresan; antipsikotik

**ABSTRACT**

Antidepressants have been the common therapy for depression. However, choosing the most suitable treatment including antidepressant-use for depressive syndrome augmented in certain mental disorders is more complicated. One of the most common diagnoses for depressive syndrome in mental disorder is depressive type schizoaffective/STD (F25.1). This study was conducted to analize the treatment pattern of STD patients in Prof. Dr. Soerojo Mental Hospital in Magelang. This research is a non-experimental study with descriptive evaluation method. Data retrieval is done retrospectively from medical record data of patients in outpatient/RJ and inpatient/RI cases from 1 January-31 December 2018. The number of STD cases in this study was 123 cases which consists of 38 RJ cases and 85 RI cases. Fluoxetine monotherapy use became the most used antidepressant pattern in RJ (52.63%) and RI (69.14%). The highest frequency of antidepressant use was Fluoxetine (77.14%). The highest frequency of antipsychotic use is risperidone (32.13%) while the highest frequency of additional therapies use is trihexyphenidyl (65.38%). The percentage of suitability for the use of antidepressant therapy is 100% by the right-drug parameter for all cases with the Ministry of Health standards and the 2010 APA guidelines, additionally, most of the cases suitable by the right-dose parameter.

**Keywords**: depressive type schizoaffective; treatment pattern; antidepressants; antipsychotics

**PENDAHULUAN**

Depresi merupakan penyakit kesehatan mental yang ditandai dengan gangguan *mood* yang sangat umum terjadi di dunia. Di Indonesia, hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013 menyatakan bahwa prevalensi gangguan mental emosional yang meliputi sindroma depresi mencapai 6% (Anonim, 2013). Pada tahun 2020 diprediksi depresi akan menempati urutan ke-2 penyakit penyebab disabilitas pada usia produktif di dunia (Kumar dkk., 2012). Bukan sekedar depresi mayor, depresi juga rentan ditemukan menyertai gangguan mood atau gangguan jiwa lain seperti halnya sindroma depresi (gejala afektif) yang bersanding dengan gejala psikotik pada skizofrenia, atau dikenal sebagai gangguan Skizoafektif tipe Depresif/STD (F25.1) (Anonim, 2006) (Murru dkk., 2011). STD bersifat kronis dan kerap memburuk dengan disertai dampak negatif dalam segala fungsi sosial. Skizoafektif diketahui memiliki prognosis yang lebih buruk daripada gangguan afektif (Izáková & Halaris, 2009).

Pemilihan tatalaksana sindroma depresi pada gangguan STD memberikan tantangan tersendiri dimana antidepresan saja mungkin tidak cukup. Beberapa penelitian menunjukkan efektivitas antidepresan sebagai terapi ajuvan sindroma depresi pada kasus skizoafektif, namun sebagian berpendapat monoterapi dengan antipsikotik atipikal saja lebih menguntungkan (Izáková & Halaris, 2009). Studi lain menyebutkan bahwa, terapi ajuvan dengan golongan lain seperti *mood stabilizer,* benzodiazepin, ansiolitik, dan lainnya juga diperlukan dalam tatalaksana STD (Gelenberg dkk., 1993). Manajemen pengobatan yang tertarget terhadap gejala STD yakni sindroma depresi dan gejala psikotik dan atau gejala lain yang mungkin menyertai sangat diperlukan.

Salah satu kendala yang juga perlu diperhatikan walaupun telah dikenal berbagai pilihan terapi depresi, seperti psikoterapi, *Electro-convulsive Therapy* (ECT), dan atau terapi farmakologis dengan antidepresan (Teter dkk., 2008), onset aksi antidepresan diketahui membutuhkan waktu yang sangat lama, bisa mencapai 4 hingga 12 minggu (Anonim, 2007). Pemilihan terapi yang akan diberikan harus ekstra hati-hati untuk menimalisir praktik pergantian terapi (*switching*) apabila diduga salah memilih obat. Pasalnya, terapi antidepresan yang belum mencapai onset tidak dapat digunakan sebagai standar penilaian hasil terapi. Oleh karena itu pilihan terapi apa yang tepat menjadi langkah krusial. Penelitian ini akan mendeskripsikan praktik lapangan dari pemilihan pola pengobatan STD di RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang periode 2018.

**METODOLOGI**

Pengambilan data dilakukan secara retrospektif melalui penelusuran data rekam medis pasien dengan teknik *purposive sampling*. Kriteria inklusi dalam penelitian ini meliputi kasus dengan diagnosa utama STD (F25.1), menjalani terapi farmakologis di instalasi RJ dan atau RI di RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang periode 1 Januari - 31 Desember 2018, dan data rekam medis yang lengkap dan terbaca oleh peneliti. Kriteria eksklusi meliputi kasus pasien hamil dan atau kasus dengan diagnosa komorbid selain gangguan jiwa lebih dari dua. Kasus masing-masing dihitung satu kasus apabila pasien menjalani perawatan di instalasi RJ dan RI. Analisis data dilakukan per kasus secara deskriptif meliputi gambaran pola dan frekuensi pengobatan antidepresan, antipsikotik, terapi ajuvan, dan ECT pada kasus STD, serta kesesuaian terapi antidepresan dengan standar PNPK (Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran) Jiwa dari Kepmenkes RI nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 dan *guideline* tatalaksana depresi mayor yang dikeluarkan oleh *American Psychiatric Association* (APA) pada tahun 2010 pada parameter sesuai obat dan sesuai dosis.

**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**Pengobatan dengan Antidepresan**

Skizoafektif merupakan penyakit mental kronis yang ditandai dengan gejala skizofrenia dan gejala penyakit gangguan *mood* mayor (Joshi dkk., 2016). Skizoafektif yang disertai sindroma depresi disebut sebagai Skizoafektif tipe Depresif/STD. Jumlah kasus STD dalam penelitian ini adalah total 123 kasus yang terdiri dari 38 kasus RJ dan 85 kasus RI. Tabel I menunjukkan gambaran distribusi pola pengobatan antidepresan pada pasien STD di instalasi RJ dan RI. Tabel I menunjukkan bahwa monoterapi fluoksetin tanpa penggantian merupakan pola pengobatan antidepresan yang paling umum digunakan sebagai terapi sindroma depresi pada STD di instalasi RJ (52,63%) maupun RI (69,41%). Meskipun sebagian kasus STD di instalasi RJ (15,79%) dan RI (14,12%) tidak memilih antidepresan untuk terapi sindroma depresi. Beberapa bukti sebelumnya mendukung dengan menyatakan bahwa antipsikotik saja sudah cukup untuk terapi STD. Antidepresan baru akan diperlukan apabila sindroma depresi yang timbul memenuhi kriteria diagnosa depresi mayor (Gelenberg dkk., 1993).

Selain itu, terdapat praktik *switching* (penggantian) antidepresan yang dilakukan pada beberapa pasien, baik penggantian pada obat dengan sesama golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) maupun golongan lainnya yang bersifat individual. Penggantian antidepresan seringkali dilakukan apabila respon antidepresan sebelumnya tidak adekuat atau efek tidak diinginkan yang tidak dapat ditoleransi (Keks, dkk., 2018). Berdasarkan Tabel I, jangka waktu penggantian antidepresan pertama pada pasien STD di instalasi RJ berkisar antara 30, 60, 90, dan 120 hari. Sedangkan jangka waktu penggantian antidepresan pada pasien di instalasi RI seluruhnya kurang dari 28 hari. Sebuah studi menyebutkan bahwa onset aksi antidepresan membutuhkan waktu yang lama, setidaknya 4 hingga 12 minggu (Anonim, 2007). Apabila dikaji dari satu sisi, maka jangka waktu penggantian antidepresan pada kasus RI tersebut tidak mencapai onset standar. Keputusan untuk mengganti atau menghentikan antidepresan hendaknya dilakukan setelah evaluasi respon terapi usai onset aksi antidepresan tercapai. Namun, ditinjau dari sisi lain bahwa dalam penerapannya di RS pemberian obat sangat tergantung dengan kondisi simptomatik pasien. Gejala pasien gangguan jiwa dapat sangat variatif yang dapat berakibat pergantian diagnosa di tengah jalannya suatu terapi. Selain itu, pasien RI umumnya memiliki tingkat keparahan penyakit yang lebih berat. Monitoring terhadap gejala dan kondisi pasien akan lebih jeli dan hati-hati. Selain itu, perawatan di RI tidak dipengaruhi oleh waktu kontrol seperti halnya pada RJ, sehingga penggantian antidepresan mungkin saja diganti dalam jangka waktu lebih cepat daripada yang diketahui.

**Tabel I. Distribusi frekuensi pola pengobatan antidepresan pada pasien STD di instalasi RJ dan RI RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang 2018**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Instalasi | No | Pola Pengobatan Antidepresan | Jangka Waktu Penggantian (hari) | Jumlah (n) | Presentase |
| Rawat Jalan | 1 | Tanpa Antidepresan |   | 6 | 15,79% |
| 2 | Escit |   | 4 | 10,53% |
| 3 | Fxt |   | 20 | 52,63% |
| 4 | Mapro |   | 1 | 2,63% |
| 5 | Srt |   | 1 | 2,63% |
| 6 | Am → Fxt → Srt | 30 → 30 | 1 | 2,63% |
| 7 | Escit → Fxt → Escit  | 30 → 90 | 1 | 2,63% |
| 8 | Escit → Fxt | 30 | 1 | 2,63% |
| 9 | Escit → Fxt → Escit  | 60 → 60 | 1 | 2,63% |
| 10 | Fxt → Escit | 60 | 1 | 2,63% |
| 11 | Fxt → Escit → Fxt | 120 → 60 | 1 | 2,63% |
| Total | 38 | 100,00% |
| Rawat Inap | 1 | Tanpa Antidepresan |   | 12 | 14,12% |
| 2 | Am |   | 1 | 1,18% |
| 3 | Escit |   | 6 | 7,06% |
| 4 | Fxt |   | 59 | 69,41% |
| 5 | Mapro |   | 3 | 3,53% |
| 6 | Am → Fxt | 13 | 1 | 1,18% |
| 7 | Dx → Escit | 6 | 1 | 1,18% |
| 8 | Dx → Fxt | 6 | 1 | 1,18% |
| 9 | Escit → Srt → Escit | 1 → 8 | 1 | 1,18% |
| Total | 85 | 100,00% |

Keterangan : → = diganti dengan, n = jumlah total kasus, Escit = Escitalopram, Fxt = Fluoksetin, Mapro = Maprotilin, Srt = Sertralin, Am = Amitrptilin, Dx = Duloksetin

Dari seluruh kasus STD di instalasi RJ dan RI yang diterapi dengan antidepresan, pada Tabel II dapat dilihat bahwa total jumlah penggunaan antidepresan sebanyak 105 kali. Dari seluruh obat tersebut, dapat dilihat bahwa frekuensi penggunaan antidepresan golongan SSRI, yaitu fluoksetin secara keseluruhan merupakan yang tertinggi (77,14%). Setelah fluoksetin, disusul dengan obat dari golongan yang sama, yaitu escitalopram (13,33%). Penelitian serupa di India mengenai pola peresepan antidepresan di pusat pelayanan tersier juga disebutkan bahwa SSRI merupakan golongan antidepresan yang paling umum digunakan pada pasien depresi (Tripathi dkk., 2016). Karena aksinya yang selektif pada reseptor serotonin, SSRI seringkali dipilih sebagai lini pertama terapi depresi karena tidak memiliki efek samping sebanyak Antidepresan Trisiklik (ATS) dan potensi interaksi sebanyak Monoamin Oksidase inhibitor (MAOi) (Kumar dkk., 2012).

**Tabel II. Distribusi frekuensi penggunaan antidepresan pada pasien STD di instalasi RJ dan RI RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang 2018**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Antidepresan** | **RJ** | **RI** | **RJ dan RI** |
| **Jumlah (n)** | **Presentase** | **Jumlah (n)** | **Presentase** | **Jumlah (n)** | **Presentase** |
| 1 | Fxt | 22 | 68,75% | 59 | 80,82% | 81 | 77,14% |
| 2 | Escit | 7 | 21,88% | 7 | 9,59% | 14 | 13,33% |
| 3 | Mapro | 1 | 3,13% | 3 | 4,11% | 4 | 3,81% |
| 4 | Am | 1 | 3,13% | 2 | 2,74% | 3 | 2,86% |
| 5 | Dx | 0 | 0,00% | 2 | 2,74% | 2 | 1,90% |
| 6 | Srt | 1 | 3,13% | 0 | 0,00% | 1 | 0,95% |
| Total | 32 | 100,00% | 73 | 100,00% | 105 | 100,00% |

Keterangan : n = jumlah penggunaan antidepresan, Fxt = Fluoksetin, Escit = Escitalopram, Mapro = Maprotilin, Am = Amitrptilin, Dx = Duloksetin, Srt = Sertralin

**Pengobatan dengan Antipsikotik**

Selain antidepresan, pasien STD di RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang juga diterapi dengan menggunakan antipsikotik. Pada dasarnya, antipsikotik merupakan tatalaksana utama pada penyakit dengan gejala psikotik, seperti skizofrenia dan skizoafektif. Namun, apabila dilihat dari sisi sindroma depresi yang menyertai gejala skizofrenia seperti pada kasus skizoafektif, pemberian antipsikotik terbukti memberikan respon yang berbeda. Selain untuk mengatasi gejala skizofrenia, berbagai bukti penelitian mengungkapkan efek antipsikotik atipikal dalam mengobati gejala depresi pada fase akut, seperti olanzapin, risperidon, dan klozapin (Babinkostova & Stefanovski, 2011). Menurut *guideline* APA tahun 2010 dalam pedoman tatalaksana skizofrenia (termasuk skizoafektif), seleksi antipsikotik sering dipengaruhi oleh respon pasien dengan antipsikotik yang pernah digunakan sebelumnya. Dengan pertimbangan tersebut, antipsikotik atipikal hendaknya dipilih sebagai lini pertama terapi karena memiliki efek samping ekstrapiramidal yang lebih kecil (Dixon & Perkins, 2010).

Pada Tabel III dapat dilihat bahwa total jumlah penggunaan antipsikotik di instalasi RJ dan RI sebanyak 221 kali. Dari seluruh penggunaan tersebut, frekuensi penggunaan antipsikotik atipikal, yaitu risperidon secara keseluruhan merupakan yang tertinggi (32,13%). Frekuensi penggunaan antipsikotik tertinggi ke-2 merupakan antipsikotik tipikal, yaitu haloperidol (25,34%). Seleksi antipsikotik sangat dipengaruhi oleh riwayat pengobatan pasien sebelumnya. Belum ada bukti kuat apakah antipsikotik atipikal memiliki potensi yang lebih kuat sebagai terapi gejala negatif. Antipsikotik atipikal mungkin lebih direkomendasikan karena risiko efek samping ekstrapiramidalnya yang lebih kecil, namun pemberian antipsikotik tipikal dapat menjadi lini pertama apabila pasien memiliki riwayat respon terapi yang baik dengan antipsikotik tipikal pada terapi sebelumnya (Dixon & Perkins, 2010).

**Penggunaan Terapi Ajuvan**

Berbagai terapi ajuvan (obat-obatan psikoaktif) dapat diberikan untuk mengatasi komorbid psikotik atau *mood* yang menyertai gejala utama (agitasi, agresi, dan afektif), gangguan tidur, dan efek samping ekstrapiramidal antipsikotik (Dixon & Perkins, 2010). Gejala yang menyertai STD ini mungkin tidak hanya sindroma depresi, sehingga terapi ajuvan lain mungkin diperlukan dalam beberapa kasus STD. Terapi ajuvan dengan triheksifenidil (65,38%) merupakan jumlah penggunaan terapi ajuvan tertinggi di instalasi RJ dan RI. Triheksifenidil dan lorazepam tergolong obat pilihan untuk mengatasi gejala ekstrapiramidal, seperti akathisia, distonia, dan parkinsonisme (Dixon & Perkins, 2010).

**Tabel III. Distribusi frekuensi penggunaan antipsikotik pada pasien STD di instalasi RJ dan RI RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang 2018**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Antipsikotik** | **RJ** | **RI** | **RJ dan RI** |
| **Jumlah (n)** | **Presentase** | **Jumlah (n)** | **Presentase** | **Jumlah (n)** | **Presentase** |
| 1 | Rpd | 20 | 30,30% | 51 | 32,90% | 71 | 32,13% |
| 2 | Hpd | 10 | 15,15% | 46 | 29,68% | 56 | 25,34% |
| 3 | Clz | 17 | 25,76% | 38 | 24,52% | 55 | 24,89% |
| 4 | Tfp | 12 | 18,18% | 7 | 4,52% | 19 | 8,60% |
| 5 | Cpz | 5 | 7,58% | 8 | 5,16% | 13 | 5,88% |
| 6 | Apz | 1 | 1,52% | 3 | 1,94% | 4 | 1,81% |
| 7 | Qtp | 1 | 1,52% | 1 | 0,65% | 2 | 0,90% |
| 8 | Ol | 0 | 0,00% | 1 | 0,65% | 1 | 0,45% |
| Total | 66 | 100,00% | 155 | 100,00% | 221 | 100,00% |

Keterangan : n = jumlah penggunaan antipsikotik, Rpd = Risperidon, Hpd = Haloperidol, Clz = Klozapin, Tfp = Trifluoperazin, Cpz = Klorpromazin, Apz = Aripiprazol, Qtp = Quetiapin, Ol = Olanzapin

**Penggunaan *Electro-Convulsive Therapy* (ECT)**

Sebanyak 80 kasus (94,12%) dari total 85 kasus STD di RI tidak diberikan ECT. Pemberian dengan terapi ECT hanya ditemukan dalam 5 kasus (5,88%) yang diberikan dalam bentuk kombinasi dengan farmakoterapi. ECT bekerja dengan cara menstimulasi otak dan merupakan terapi alternatif pilihan bagi gangguan depresi berat yang tidak dapat diatasi dengan antidepresan (Anonim, 2006). Maka besar kemungkinan bahwa ECT menjadi salah satu alternatif pilihan bagi terapi sindroma depresi pada gangguan jiwa yang tidak menghasilkan hasil maksimal hanya dengan farmakoterapi. Adapula pada penelitian sebelumnya membandingkan antara kombinasi farmakoterapi-ECT dengan farmakoterapi saja pada 8 pasien skizoafektif dan 13 pasien depresi didapati waktu rehospitalisasi lebih lama pada pasien dengan ECT. Walaupun *outcome* terapi dengan ECT akan lebih baik jika diberikan pada pada pasien diagnosa depresi murni, terapi dengan ECT pada skizoafektif, termasuk tipe depresif dapat menjadi opsi apabila pasien tidak merespon dengan terapi lainnya (Vieta, 2010).

**Kesesuaian Terapi Antidepresan dengan Standar**

Kesesuaian obat pada dasarnya adalah kesesuaian pemilihan jenis antidepresan seperti yang direkomendasikan dalam standar. Dari berbagai golongan antidepresan yang ada, seleksi umumnya dipengaruhi tolerabilitas, keamanan, harga obat, pemilihan pasien, dan riwayat pengobatan sebelumnya (Gelenberg dkk., 1993). Tabel IV memperlihatkan presentase kesesuaian pemilihan antidepresan bagi pasien STD di instalasi RJ dan RI RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang pada tahun 2018 dengan *guideline* tatalaksana depresi dari Kepmenkes dan APA tahun 2010. Seleksi antidepresan untuk pasien STD seluruhnya sesuai dengan *guideline* depresi dari kepemenkes (100%) maupun APA (100%). Antidepresan yang diseleksi meliputi golongan SSRI (escitalopram, fluoksetin, Sertralin), SNRI (Duloksetin), dan ATS (Maprotilin, Amitriptilin) yang merupakan antidepresan yang juga direkomendasikan untuk terapi depresi dalam standar.

Menurut *guideline* terapi dari APA tahun 2010, secara umum jangka waktu pemberian antidepresan sebaiknya selama 4 sampai 8 minggu untuk menilai respon terapi. Menurut pedoman dari kepmenkes tahun 2015, lama terapi fase akut atau penilaian respon dilakukan setelah 2 sampai 6 minggu menjalani terapi. Berdasarkan ketiga tabel di atas, terdapat sebagian penggantian antidepresan tidak memenuhi waktu yang dibutuhkan untuk mencapai respon terapi seperti yang direkomendasikan dalam standar.

**Tabel IV. presentase kesesuaian terapi antidepresan pada pasien STD di instalasi RJ dan RI RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang 2018 dengan standar berdasarkan parameter sesuai obat**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Antidepresan** | **Jangka waktu penggantian (hari)** | **Jumlah (n)** | **Presentase** | **Kesesuaian dengan Kepmenkes** | **Kesesuaian dengan APA** |
| **RJ** |
| 1 | Escit |   | 4 | 12,50% | Sesuai | Sesuai |
| 2 | Fxt |   | 20 | 62,50% | Sesuai | Sesuai |
| 3 | Mapro |   | 1 | 3,13% | Sesuai | Sesuai |
| 4 | Srt |   | 1 | 3,13% | Sesuai | Sesuai |
| 5 | Am → Fxt → Srt | 30 → 30 | 1 | 3,13% | Sesuai | Sesuai |
| 6 | Escit → Fxt → Escit  | 30 → 90 | 1 | 3,13% | Sesuai | Sesuai |
| 7 | Escit → Fxt | 30 | 1 | 3,13% | Sesuai | Sesuai |
| 8 | Escit → Fxt → Escit  | 60 → 60 | 1 | 3,13% | Sesuai | Sesuai |
| 9 | Fxt → Escit | 60 | 1 | 3,13% | Sesuai | Sesuai |
| 10 | Fxt → Escit → Fxt | 120 → 60 | 1 | 3,13% | Sesuai | Sesuai |
| Jumlah Kesesuaian dengan Kepmenkes | 32 | 100,00% |  |   |
| Jumlah Kesesuaian dengan APA | 32 | 100,00% |  |  |
| **RI** |
| 1 | Am |  | 1 | 1,37% | Sesuai | Sesuai |
| 2 | Escit |  | 6 | 8,22% | Sesuai | Sesuai |
| 3 | Fxt |  | 59 | 80,82% | Sesuai | Sesuai |
| 4 | Mapro |  | 3 | 4,11% | Sesuai | Sesuai |
| 5 | Am → Fxt | 13 | 1 | 1,37% | Sesuai | Sesuai |
| 6 | Dx → Escit | 6 | 1 | 1,37% | Sesuai | Sesuai |
| 7 | Dx → Fxt | 6 | 1 | 1,37% | Sesuai | Sesuai |
| 8 | Escit → Srt → Escit | 1 → 8 | 1 | 1,37% | Sesuai | Sesuai |
| Jumlah Kesesuaian dengan Kepmenkes | 73 | 100,00% |   |   |
| Jumlah Kesesuaian dengan APA | 73 | 100,00% |   |   |

Keterangan : → = diganti dengan, n = jumlah kasus, Escit = Escitalopram, Fxt = Fluoksetin, Mapro = Maprotilin, Srt = Sertralin, Am = Amitriptilin, Dx = Duloksetin

**Kesesuaian Dosis Antidepresan dengan Standar**

Kesesuaian dosis pada dasarnya adalah kesesuaian dosis antidepresan seperti yang direkomendasikan dalam standar. Tabel V memperlihatkan presentase kesesuaian dosis antidepresan pada kasus STD di instalasi RJ dan RI RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang pada tahun 2018 dengan *guideline* tatalaksana depresi dari Kepmenkes RI Nomor HK.02.02/MENKES/73/2015 dan APA tahun 2010.

Dari 32 kasus RJ dan 73 kasus RI yang sesuai obat, pada kasus STD ini presentase kesesuaian dengan standar kepmenkes (78.13%) sedikit lebih tinggi daripada APA (71.88%). Satu di antaranya yang membedakan di antara keduanya adalah dosis fluoksetin 1x10 mg yang tidak sesuai dengan kriteria dosis inisial dan standar harian berdasarkan *guideline* dari APA. Hal tersebut mungkin dapat disebabkan karena standar APA merupakan standar dari Amerika yang memiliki ras dan proporsi tubuh yang berbeda dengan Indonesia. Sehingga ketidaksesuaian tersebut tidak dapat disebutkan bahwa sepernuhnya tidak tepat. Maprotilin 1x50 mg dinyatakan tidak sesuai dosis menurut kedua standar. Hal tersebut mungkin bisa dipengaruhi kebutuhan akan penyesuaian dosis antidepresan tersebut mengingat berbagai hal dapat menjadi faktor pemicu perlunya langkah tersebut. Di antaranya adalah adanya interaksi obat antidepresan dengan obat lain, adanya penyakit lain dari pasien, adanya gangguan ginjal pada pasien, dan pasien dengan obesitas (Gelenberg dkk., 1993).

**KESIMPULAN**

Hasil penelitian menunjukkan pola pengobatan antidepresan terbanyak pada 123 kasus STD di RS Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang periode 2018 adalah monoterapi fluoksetin pada kasus RJ (52,63%) maupun RI (69,14%) dengan frekuensi penggunaan terbanyak adalah golongan SSRI, yakni fluoksetin (77,14%). Sedangkan penggunaan antipsikotik terbanyak adalah risperidon (32,13%) dengan jumlah penggunaan terapi ajuvan terbanyak adalah triheksifenidil (65,38%). Presentase kesesuaian terapi antidepresan adalah 100% sesuai obat pada seluruh kasus dan sebagian besar sesuai dosis dengan standar Kepmenkes dan *guideline* APA tahun 2010.

**DAFTAR PUSTAKA**

Anonim, 2006, *Depression Basics*, National Institute Of Mental Health, *6*(12), 50–62.

Anonim, 2007, *Pharmaceutical Care untuk Penderita Gangguan Depresif*, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Anonim, 2013, *Riset Kesehatan Dasar 2013*, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Babinkostova, Z., & Stefanovski, B., 2011, Forms of Antipsychotic Therapy: Improved Individual Outcomes under Personalised Treatment of Schizophrenia Focused on Depression. *EPMA Journal*, *2*(4), 391–402.

Dixon, L. B., & Perkins, D. O., 2010, *Treatment of Patients with Schizophrenia*, 2nd Ed., American Psychiatric Association, (2):1–184.

Gelenberg, A. J., Freeman, M. P., Markowitz, J. C., Rosenbaum, J. F., Thase, M. E., Trivedi, M. H., Schneck, C. D., & Silbersweig, D. A., 1993, Practice Guideline for Major Depressive Disorder in Adults, American Psychiatric Association, *Am. J. Psychiatry*, *150*(4), 1–23.

Izáková, L., & Halaris, A., 2009, Combination Therapy or Monotherapy for The Depressed type Schizoaffective Disorder. *Neuropsych. Dis. Treat.,* 91–102.

Joshi, K., Lin, J., Lingohr-Smith, M., Fu, D. J., & Muser, E, 2016, Treatment Patterns and Antipsychotic Medication Adherence Among Commercially Insured Patients with Schizoaffective Disorder in The United States. *J. Clin. Psychopharmacol.*, *36*(5), 429–435.

Keks N, Hope J, Keogh S., 2018, Switching and Stopping Antidepressants, *Encephale*, *44*(4), 379–386.

Kumar, K. P. S., Srivastava, S., Paswan, S., & Dutta, A. S., 2012, Depression - Symptoms, Causes, Medications and Therapies, *J. Pharm. Innov.*, *1*(3).

Murru, A., Pacchiarotti, I., Nivoli, A. M. A., Grande, I., Colom, F., & Vieta, E., 2011, What We Know and What We don’t Know about The Treatment of Schizoaffective Disorder. *Eur. Neuropsychopharmacol.*, *21*(9), 680–690.

Teter CJ, Kando JC, Wells, BG., 2008, *Depressive disorders* (Dipiro JT, ed. Pharmacotherapy A Patophysiologic Approach) 7th ed., McGraw-Hill Companies, New York, 1126-1130.

Tripathi, A., Avasthi, A., Desousa, A., Bhagabati, D., Shah, N., Kallivayalil, R. A., Grover, S., Trivedi, J. K., & Shinfuku, N., 2016, Prescription Pattern of Antidepressants in Five Tertiary Care Psychiatric Centres of India, *Indian J. Med. Res.*, *143*(4), 507–513.

Vieta, E., 2010, Developing an Individualized Treatment Plan for Patients With Schizoaffective Disorder, *J. Clin. Psychiat.*, *71*(2), 14–19.