

3. Bagi Akademik

Sebagai bahan referensi perpustakaan dan pengetahuan bagi mahasiswa Jurusan Farmasi Poltekkes Tanjungkarang terkait gambaran kepatuhan pengobatan pasien depresi dengan metode *Proportion of Days Covered* di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung 2021.

E. Ruang Lingkup

Penelitian Gambaran Kepatuhan Pengobatan Pasien Depresi Dengan Metode *Proportion of Days Covered* di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung Tahun 2021 merupakan penelitian deskriptif dengan metode deskriptif kuantitatif yang menggunakan rekam medik dan resep tahun 2021 sebagai sampel. Ruang lingkup penelitian ini meliputi persentase karakteristik responden yang berdasarkan jenis kelamin, usia, status pendanaan, durasi pengobatan, jumlah item obat, lembar peresepan obat antidepresan dan golongan obat antidepresan serta persentase kepatuhan pengobatan pada pasien depresi dengan metode PDC (*Proportion of Days Covered*).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Depresi

1. Definisi Depresi

Depresi merupakan salah satu masalah kesehatan yang serius di masyarakat. Depresi merupakan sebuah penyakit yang ditandai dengan rasa sedih yang berkepanjangan dan kehilangan minat terhadap kegiatan-kegiatan yang biasanya kita lakukan dengan senang hati (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Depresi merupakan suatu gangguan mental umum yang ditandai dengan suasana hati yang tertekan, kehilangan kesenangan atau minat, merasa kurang berenergi, memiliki perasaan bersalah atau rendah diri, gangguan makan atau tidur, dan konsentrasi yang rendah. Hubungan yang baik dengan orang-orang yang berada di lingkungan sekitar perlu dibina dengan baik agar seseorang dapat terhindar dari perasaan kesepian yang berlebihan yang mengakibatkan seseorang mengalami depresi (Lubis, 2016).

Depresi juga dijelaskan dalam Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (2013) yang merupakan gangguan psikologis yang ditandai dengan munculnya kesedihan, perasaan hampa, perasaan sensitif, disertai dengan gejala somatis dan kognitif. Gejala-gejala tersebut dapat mempengaruhi fungsi dan kemampuan individu dalam melakukan kegiatan sehari-hari.

2. Epidemiologi Depresi

Menurut WHO tahun (2021) Depresi adalah penyakit umum di seluruh dunia, dengan lebih dari 264 juta orang terkena. Hampir 800.000 orang meninggal karena bunuh diri setiap tahun. Bunuh diri adalah penyebab utama kedua kematian pada usia 15-29 tahun.

Gangguan Depresi menempati urutan pertama Penyakit Mental Disorders penyebab DALYs dalam masa tiga dekade (1990 - 2017). Gangguan Depresi dapat dialami oleh semua kelompok usia. Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan gangguan depresi sudah mulai terjadi sejak rentang usia remaja

(15 - 24 tahun), dengan prevalensi 6,2%. Pola prevalensi depresi semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia, tertinggi pada umur 75 tahun keatas sebesar 8,9%, 65 - 74 tahun sebesar 8,0% dan 55 - 64 tahun sebesar 6,5%. (Infodatin, 2018).

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) 2018 oleh Kementerian Kesehatan RI menunjukkan, prevalensi depresi total penduduk yang berusia lebih dari 15 tahun di Indonesia mencapai 6,1%. Prevalensi depresi tertinggi terdapat di Sulawesi Tengah sebesar 12,3% dan Gorontalo sebesar 10,3%. Provinsi selanjutnya yang mencatatkan prevalensi depresi tertinggi terdapat di Nusa Tenggara Timur (NTT) dan Maluku Utara masing-masing sebesar 9,7% dan 9,3%. Adapun provinsi yang memiliki prevalensi depresi terendah terdapat di Jambi sebesar 1,8%.

3. Etiologi Depresi

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi depresi yaitu:

a. Faktor fisik

1) Faktor genetik

Seseorang yang dalam keluarganya diketahui menderita depresi berat memiliki risiko lebih besar menderita gangguan depresi daripada masyarakat pada umumnya. Gen (kode biologis yang diwariskan dari orang tua) berpengaruh dalam terjadinya depresi, tetapi ada banyak gen di dalam tubuh kita dan tidak ada seorangpun peneliti yang mengetahui secara pasti bagaimana gen bekerja. Dan tidak ada bukti langsung bahwa ada penyakit depresi yang disebabkan oleh faktor keturunan (Lubis, 2016).

Seseorang tidak akan menderita depresi hanya karena ibu, ayah, atau saudara menderita depresi, tetapi risiko terkena depresi meningkat. Risiko terbesar adalah pada kembar identik yang terkena depresi. Sulit untuk menghitung tingkat risiko karena pengaruh dari gen berbeda untuk tiap tipe depresi. Pengaruh gen lebih penting pada depresi berat daripada depresi ringan dan lebih penting pada individu muda yang menderita depresi daripada individu yang lebih tua. Gen lebih berpengaruh pada orang-orang yang punya periode di mana mood mereka tinggi dan mood rendah atau gangguan bipolar.

Tidak semua orang bisa terkena depresi, bahkan jika ada depresi dalam keluarga, biasanya diperlukan suatu kejadian hidup yang memicu terjadinya depresi (Lubis, 2016).

2) Susunan kimia otak dan tubuh

Beberapa bahan kimia di dalam otak dan tubuh memegang peranan yang besar dalam mengendalikan emosi kita. Pada orang yang depresi ditemukan adanya perubahan dalam jumlah bahan kimia tersebut. Hormon noradrenalin yang memegang peranan utama dalam mengendalikan otak dan aktivitas tubuh, tampaknya berkurang pada mereka yang mengalami depresi. Pada wanita, perubahan hormon dihubungkan dengan kelahiran anak dan menopause juga dapat meningkatkan risiko terjadinya depresi (Lubis, 2016).

Secara biologis, depresi terjadi di otak. Otak manusia adalah pusat komunikasi paling rumit dan paling canggih. 10 miliar sel mengeluarkan miliaran pesan tiap detik. Pembawa pesan komunikasi biokimia ini dikenal dengan neurotransmitter (neuro adalah istilah untuk otak dan transmitter artinya pembawa dan penerima pesan). Ketika neurotransmitter berada pada tingkat yang normal, otak bekerja dengan harmonis. Kita merasa baik, punya harapan dan tujuan. Walaupun kadang kita mengalami kesenangan dan kesusahan hidup, mood secara keseluruhan adalah baik (Lubis, 2016).

Berdasarkan aspek biologis, cara penyembuhan depresi adalah dengan mengembalikan tingkat neurotransmitter dan hormon ke tingkat yang normal dengan cara pengobatan antidepresi untuk mengembalikan otak sehingga berfungsi harmonis. (Lubis, 2016).

3) Faktor usia

Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa golongan usia muda yaitu remaja dan orang dewasa lebih banyak terkena depresi. Hal ini dapat terjadi karena pada usia tersebut terdapat tahap-tahap serta tugas perkembangan yang penting, yaitu peralihan dari masa anak-anak ke masa remaja, remaja ke dewasa, masa sekolah ke masa kuliah atau bekerja, serta masa pubertas hingga ke pernikahan. Namun sekarang ini usia rata-rata penderita depresi semakin menurun yang menunjukkan bahwa remaja dan anak-anak semakin banyak yang terkena depresi. Survei masyarakat terakhir melaporkan adanya

prevalensi yang tinggi dari gejala-gejala depresi pada golongan usia dewasa muda yaitu 18-44 tahun (Lubis, 2016).

Dalam penelitian sebelumnya, ditemukan bukti bahwa pada usia dewasa terdapat penurunan kecenderungan kecemasan dan depresi seiring dengan bertambahnya usia. Faktor yang diduga memengaruhi penurunan tersebut adalah berkurangnya respons emosi seseorang seiring bertambahnya umur, meningkatnya kontrol emosi dan kekebalan terhadap pengalaman yang stressful (Lubis, 2016).

4) Gender

Wanita dua kali lebih sering terdiagnosis menderita depresi daripada pria. Bukan berarti wanita lebih mudah terserang depresi, bisa saja karena wanita lebih sering mengakui adanya depresi daripada pria dan dokter lebih dapat mengenali depresi pada wanita. Bagaimanapun, tekanan sosial pada wanita yang mengarahkan pada depresi, misalnya seorang diri di rumah dengan anak-anak kecil, lebih jarang ditemui pada pria daripada wanita. Ada juga perubahan hormonal dalam siklus menstruasi yang berhubungan dengan kehamilan dan kelahiran dan juga menopause yang membuat wanita lebih rentan menjadi depresi atau menjadi pemicu penyakit depresi (Lubis, 2016).

Lebih banyaknya jumlah wanita tercatat mengalami depresi bisa juga disebabkan oleh pola komunikasinya. Pola komunikasi wanita berbeda dengan pria. Jika seorang wanita mendapat masalah, maka wanita tersebut ingin mengomunikasikannya dengan orang lain dan memerlukan dukungan/bantuan orang lain, sedangkan pada pria cenderung untuk memikirkan masalahnya sendirian hingga mendapat jawaban atas masalahnya, pria juga jarang menunjukkan emosinya sehingga kasus depresi ringan dan sedang pada pria jarang diketahui (Lubis, 2016).

5) Gaya hidup

Banyak kebiasaan dan gaya hidup tidak sehat berdampak pada penyakit misalnya penyakit jantung juga dapat memicu kecemasan dan depresi. Tingginya tingkat stres dan kecemasan digabung dengan makanan yang tidak sehat dan kebiasaan tidur serta tidak olahraga untuk jangka waktu yang lama dapat menjadi faktor beberapa orang mengalami depresi. Penelitian

menunjukkan bahwa kecemasan dan depresi berhubungan dengan gaya hidup yang tidak sehat pada pasien berisiko penyakit jantung. Gaya hidup yang tidak sehat misalnya tidur tidak teratur, makan tidak teratur, mengonsumsi jenis makanan fast food atau makanan yang mengandung bahan perasa, pengawet dan pewarna buatan, kurang berolahraga, merokok, dan minum-minuman keras (Lubis, 2016).

Pada lanjut usia, depresi lebih banyak berhubungan dengan gaya hidup. Khususnya, pada individu lanjut usia di atas 70 tahun, aktivitas sosial memiliki hubungan dengan penurunan tingkat depresi. Lansia yang sering terlibat aktivitas sosial lebih jarang terserang depresi daripada lansia yang sering sendirian berada di rumah saja (Lubis, 2016).

6) Penyakit fisik

Penyakit fisik dapat menyebabkan penyakit. Perasaan terkejut karena mengetahui kita memiliki penyakit serius dapat mengarahkan pada hilangnya kepercayaan diri dan penghargaan diri (self-esteem), juga depresi. Beberapa penyakit menyebabkan depresi karena pengaruhnya terhadap tubuh. Depresi dapat menyertai penyakit parkinson dan multiple sclerosis karena efeknya terhadap otak. Penyakit yang memengaruhi hormon dapat menyebabkan depresi (Lubis, 2016).

7) Obat – obatan terlarang

Obat-obat terlarang telah terbukti dapat menyebabkan depresi karena memengaruhi kimia dalam otak dan menimbulkan ketergantungan. Menurut penelitian sebelumnya, beberapa obat-obatan terlarang yang menimbulkan depresi yaitu:

a) Marijuana/Ganja

Ganja (*cannabis sativa*) adalah obat-obatan terlarang yang paling sering digunakan. Jika digunakan sesuai resep dokter dapat mengobati pusing dan mual karena kemoterapi. Sisi buruknya, penggunaan ganja dalam waktu lama mengubah produksi dopamine, sama seperti obat-obat terlarang lainnya. Ganja juga dihubungkan dengan munculnya simtom depresi. Harvard Medical School Family Health Guide berdasarkan studi di Australia, melaporkan bahwa wanita yang menggunakan ganja tiap minggu ketika remaja dua kali lebih besar

kemungkinannya terserang depresi ke tika menjadi dewasa daripada yang tidak menggunakan ganja. Penggunaan ganja tiap hari juga dihubungkan dengan risiko empat kali terkena depresi.

b) Heroin/Putauw

Penggunaan heroin sedang meningkat. Heroin diproses dari morphine, dan seperti alkohol, heroin menimbulkan toleransi sehingga dibutuhkan dosis yang lebih besar dari sebelumnya untuk mencapai hasil efek yang sama. Efek dari obat ini merusak tubuh dan simtom withdrawal (sakau) dapat memicu depresi dan perilaku bunuh diri.

c) Kokaina

Studi yang dilakukan oleh University of Michigan me nemukan bahwa kokaina merusak transmiter dopa mine, sel otak yang khusus berhubungan dengan “pusat kenikmatan”. Penggunaan kokaina dapat mengganggu siklus dopamine dan menyebabkan depresi berat.

d) Ekstasi

Ekstasi adalah obat amphetamine, awalnya digunakan tahun 1970 untuk mengobati depresi. Ekstasi memengaruhi neurotransmitter serotonin, sekarang digunakan untuk pesta oleh remaja muda untuk pesta sepanjang malam. Ekstasi tidak menyebabkan depresi, namun diduga telah meningkatkan simtom depresi. Riset dari Belanda menunjukkan bahwa anak-anak yang menderita depresi kemungkinan menggunakan ekstasi ketika dewasa.

e) Meth/sabu-sabu

Meth diproduksi di laboratorium bahkan di garasi karena bahannya yang murah. Komposisinya adalah pseudoephedrine dan tiner cat. Meth melepaskan dopamine dalam jumlah besar, sangat candu, dan dapat menyebabkan depresi berat (Lubis, 2016).

b. Faktor psikologis

1) Kepribadian

Aspek-aspek kepribadian ikut pula memengaruhi tinggi rendahnya depresi yang dialami serta kerentanan terhadap depresi. Ada individu-individu yang lebih rentan terhadap depresi, yaitu yang mempunyai konsep diri serta pola pikir yang negatif, pesimis, juga tipe kepribadian introvert (Lubis, 2016).

2) Pola pikir

Pola pikir dipercaya membuat seseorang rentan terkena depresi. Secara singkat, dia percaya bahwa seseorang yang merasa negatif mengenai diri sendiri rentan terkena depresi. Menurut penelitian sebelumnya, seseorang dengan pikiran negatif dapat mengembangkan kebiasaan buruk dan perilaku yang merusak diri sendiri. Di antara perilaku atau gaya hidup yang negatif dapat menyebabkan atau memperparah depresi (Lubis, 2016).

3) Harga diri

Self-esteem adalah kata yang banyak digunakan dalam psikologi. Self-esteem adalah pandangan individu terhadap nilai dirinya atau bagaimana seseorang menilai, mengakui, menghargai, atau menyukai dirinya sendiri. Harga diri merupakan salah satu faktor yang sangat menentukan perilaku individu. Setiap orang menginginkan penghargaan yang positif terhadap dirinya, sehingga seseorang akan merasakan bahwa dirinya berguna atau berarti bagi orang lain meskipun dirinya memiliki kelemahan baik secara fisik maupun secara mental. Terpenuhinya keperluan penghargaan diri akan menghasilkan sikap dan rasa percaya diri, rasa kuat menghadapi sakit, rasa damai, namun sebaliknya apabila keperluan penghargaan diri ini tidak terpenuhi, maka akan membuat seseorang individu mempunyai mental yang lemah dan berpikir negatif. Harga diri yang rendah akan berpengaruh negatif pada individu yang bersangkutan dan mengakibatkan individu tersebut akan menjadi stres dan depresi. Selain itu, orang yang memiliki harga diri rendah senantiasa mudah mengalami kecemasan, tidak bahagia, selalu putus asa, tidak percaya diri, Lebih dari itu orang yang memiliki penghargaan diri rendah mudah dihindari rasa takut, seperti perasaan tidak diterima dan selalu merasa dibenci, selalu merasa gagal, terlalu takut menghadapi kelemahan dan kekurangan dirinya, sangat peka terhadap kritik dan mudah tersinggung, serta cenderung menarik diri dalam pergaulan (Lubis, 2016).

4) Stres

Reaksi terhadap stres sering kali ditangguhkan dan depresi dapat terjadi beberapa bulan sesudah peristiwa itu terjadi. Riset telah memperlihatkan bahwa kejadian-kejadian dalam hidup yang buruk cenderung menumpuk dalam enam

sampai 12 bulan sebelum depresi mulai terjadi. Tampaknya terjadi peningkatan serangan depresi setelah adanya peristiwa kehidupan yang paling menimbulkan stress (Lubis, 2016).

5) Lingkungan keluarga

Ada beberapa faktor timbulnya depresi di lingkungan keluarga diantaranya:

a) Kehilangan Orang Tua Ketika Masih Anak-anak

Ada bukti bahwa individu yang kehilangan ibu mereka ketika muda memiliki risiko lebih besar terserang depresi. Kehilangan yang besar ini akan membekas secara psikologis dan membuat seseorang lebih mudah terserang depresi tetapi, di satu sisi, mungkin saja membuat seseorang lebih tabah. Akibat psikologis, sosial, dan keuangan yang ditimbulkan oleh kehilangan orang tua yang lebih penting daripada kehilangan itu sendiri.

b) Jenis Pengasuhan

Psikolog menemukan bahwa orang tua yang sangat menuntut dan kritis, yang menghargai kesuksesan dan menolak semua kegagalan membuat anak-anak lebih mudah terserang depresi di masa depan. Psikoterapis menyatakan bahwa orang-orang yang kurang kasih sayang ketika kecil berisiko terserang depresi ketika dewasa namun tidak ada bukti ilmiah untuk membuktikan hal ini.

c) Penyiksaan Fisik dan Seksual Ketika Kecil

Ada beberapa bukti bahwa penyiksaan fisik atau seksual dapat membuat seseorang berisiko terserang depresi berat sewaktu dewasa. Studi telah menunjukkan bahwa setengah dari orang-orang yang mengunjungi psikiatri punya semacam perhatian seksual yang tidak diinginkan ketika remaja atau anak-anak. Seseorang yang telah disiksa biasanya mengingat penyiksaan tetapi beberapa orang terlebih dahulu mengingat penyiksaan ketika menjadi anak-anak saat mereka depresi dan menjalani psikoterapi. Ada perdebatan di antara para ahli apakah ingatan ini selalu nyata. Beberapa berargumen bahwa pada situasi tertentu, psikoterapi yang percaya bahwa penyiksaan seksual adalah penyebab masalah pasien membuat pasien mengingat hal-hal yang tidak pernah

terjadi dengan mensugesti mereka hal itu terjadi. Hal ini dikenal dengan sindroma memori palsu (Lubis, 2016).

d) Penyakit jangka Panjang

Ketidaknyamanan, ketidakmampuan, ketergantungan, dan ketidakamanan dapat membuat seseorang cenderung menjadi depresi. Orang yang sakit keras menjadi rentan terhadap depresi saat mereka dipaksa dalam posisi di mana mereka tidak berdaya atau karena energi yang mereka perlukan untuk melawan depresi sudah habis untuk penyakit jangka panjang. Beberapa ahli percaya bahwa seseorang yang ditempatkan untuk waktu yang lama dalam situasi di mana mereka tidak punya kekuatan dan tidak dapat melarikan diri lebih mudah terserang depresi. Tingkat depresi tinggi ditemukan pada orang yang terbaring di ranjang atau harus menggunakan kursi roda, yang tergantung pada suster untuk semua hal. (Lubis, 2016).

4. Patogenesis Depresi

Berikut ini adalah beberapa teori yang dapat menjelaskan timbulnya gangguan depresi.

a. Teori Psikoanalisis

Pendekatan psikoanalisis menyebutkan bahwa depresi disebabkan oleh kebutuhan oral pada masa anak-anak yang kurang terpuaskan atau, sebaliknya, terpuaskan secara berlebihan. Akibatnya anak akan mengembangkan ketergantungan yang berlebihan terhadap harga diri, sehingga apabila tiba-tiba kehilangan seseorang yang sangat berarti, akan muncul reaksi yang kompleks, seperti rasa sedih dan berkabung yang berlarut-larut, perasaan marah, dendam, membenci diri sendiri, serta ingin menghukum atau menyalahkan diri sehingga ia merasa tertekan dan depresi (Lubis, 2016).

Perspektif psikodinamika mengatakan bahwa depresi bukan suatu simtom ketidakberfungsian organis, namun pertahanan dari ego untuk mengatasi konflik intrapsikis. Inti asumsi dari teori ini termasuk:

- 1) Depresi berakar dari gangguan di masa-masa awal perkembangan manusia, misalnya kehilangan orang tua.
- 2) Luka lama yang diaktifkan kembali oleh peristiwa misalnya perceraian atau kehilangan pekerjaan.
- 3) Konsekuensi utama dari depresi adalah ketidakberdayaan dan tiada harapan.
- 4) Keadaan ambivalen terhadap objek yang disukai adalah fondasi masalah emosional.
- 5) Kehilangan kepercayaan diri (self-esteem) adalah fitur yang penting dari depresi.

b. Teori Perilaku atau Behavioral

Pendekatan behavioral mengatakan bahwa perilaku manusia adalah hasil dari lingkungannya karena manusia merespon rangsangan dari luar. Teori behavioral menjelaskan bahwa depresi muncul sebagai akibat seseorang kurang menerima penghargaan (rewards) dan lebih banyak menerima hukuman (punishment). hubungan antara depresi dan perilaku, depresi berkembang sebagai hasil dari kurangnya positive reinforcement (dukungan yang positif) untuk tindakan-tindakan penderita depresi (Lubis, 2016).

kurangnya motivasi dan kontrol pada penderita depresi adalah akibat menerima umpan balik negatif dari orang lain. Behavioris lain cenderung setuju pada pandangan ini dan melihat bahwa hadirnya reinforcement negatif sebagai penyebab awal dari depresi dengan menyebabkan hilangnya self-esteem (Lubis, 2016).

c. Teori Biologi

Menurut teori biologi kecenderungan berkembangnya gangguan afektif, terutama gangguan manik-depressive (bipolar) merupakan bawaan sejak lahir. Di antara faktor-faktor yang memegang peranan penting dalam melahirkan penyakit depresi adalah fungsi otak yang terganggu dan gangguan hormonal. Ada bukti bahwa perubahan biologis muncul pada individu yang depresi. Bahkan, simtom yang menjadi karakteristik depresi termasuk perubahan fisiologis misalnya: anoreksia, konstipasi, insomnia, kelelahan, dan kesulitan konsentrasi (Lubis, 2016).

Penyebab depresi tidak bisa disebut hanya disebabkan oleh faktor biologis atau faktor luar saja, namun integrasi dari kedua faktor tersebut karena walaupun pemicu utama episode depresi adalah stressor dari luar, kontribusi dari genetik harus dilihat karena tingkat depresi lebih tinggi di antara orang-orang yang punya hubungan genetik yang dekat (relasi biologis tingkat pertama). Peran dari faktor lain, misalnya sosialisasi dalam keluarga juga berperan dalam tingkat depresi yang dialami oleh individu yang cara genetik berisiko terkena depresi (Lubis, 2016).

d. Teori Stres

Teori stres awalnya digunakan untuk menjelaskan depresi berdasarkan asumsi bahwa gangguan mood adalah respons dari stres. Pada penelitian sebelumnya mendapati bahwa stressor sehari-hari yang diukur dengan Daily Hassles Scales adalah prediktor yang paling kuat dalam depresi, lebih kuat daripada kekerasan sewaktu kecil. Stres yang berlangsung setiap hari dapat membebani pikiran dan melemahkan daya tahan tubuh terhadap stres. Ketika seseorang tidak dapat lagi bertahan dengan stres yang ada, maka depresi akan muncul (Lubis, 2016).

e. Teori Kognitif

Teori ini dikemukakan oleh Beck (dalam Sulistyorini, 2017) dengan dasar bahwa suatu pengalaman yang sama akan mempengaruhi dua orang dengan cara yang berlainan. Perbedaan ini sangat dipengaruhi oleh cara pandang individu yang bersangkutan terhadap sebuah peristiwa. Cara pandang atau interpretasi dari kognisi yang sering keliru adalah melibatkan distorsi negatif terhadap pengalaman hidup, penilaian diri yang negatif, pesimisme, dan keputusasaan. Pandangan negatif yang dipelajari ini selanjutnya menyebabkan perasaan depresi.

Adanya gangguan depresi adalah akibat dari cara berpikir seseorang terhadap dirinya. Penderita depresi cenderung menyalahkan diri sendiri. Hal ini disebabkan karena adanya distorsi kognitif terhadap diri, dunia dan masa depannya, sehingga dalam mengevaluasi diri dan menginterpretasi hal-hal yang terjadi mereka cenderung mengambil kesimpulan yang tidak cukup dan berpandangan negatif. (Lubis, 2016)

Menurut Beck al (dalam Hadi;dkk., 2017) menyatakan bahwa terdapat tiga model kognitif pada depresi (The Cognitive Triad of Depression) yaitu: (1) adanya keyakinan negatif terhadap diri sendiri, seperti merasa tidak berguna, dan tidak memiliki kemampuan untuk mencapai kebahagiaan; (2) adanya keyakinan negatif terhadap lingkungan, seperti terpapar terus menerus terhadap kegagalan dan kehilangan serta tuntutan dari lingkungan yang tidak mungkin untuk dicapai; dan (3) adanya keyakinan negatif terhadap masa depan, seperti merasa tidak berdaya dan yakin bahwa tak ada seorangpun yang mampu mengubah keadaan menjadi lebih baik. Berdasarkan hal tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa caregiver pasien penyakit jantung mengalami ketiga hal ini saat menderita depresi akibat merawat.

f. Teori Humanistis-Eksistensia

Teori humanistis eksistensial mengatakan depresi adalah hasil dari rendahnya konsep diri dan self-esteem yang diakibatkan oleh kehilangan. Kehilangan tersebut tidak harus seseorang yang dicintai, bisa saja kehilangan status, kekuasaan, tingkatan sosial, dan bahkan uang.

Teori Maslow menyatakan ada kebutuhan dasar manusia yang perlu dipenuhi untuk dapat berfungsi optimal yaitu:

- 1) Basic need, disebut juga kebutuhan fisiologis yaitu kebutuhan akan makanan dan minuman.
- 2) Safety need, kebutuhan akan keamanan terhadap ancaman, misalnya kebutuhan akan tempat tinggal.
- 3) Love and Belongingness need, kebutuhan untuk dicintai dan mencintai.
- 4) Esteem need, kebutuhan untuk dihargai
- 5) Self-actualization need, kebutuhan untuk aktualisasi diri/menampilkan diri (Lubis, 2016).

5. Tanda Gejala depresi

Menurut Aries (2016), kriteria depresi dapat ditegakkan apabila sedikitnya 5 dari gejala dibawah ini telah ditemukan dalam jangka waktu 2 minggu yang sama dan merupakan satu perubahan pola fungsi dari sebelumnya. Gejala dan tanda umum depresi adalah sebagai berikut:

a. Gejala Fisik

- 1) Gangguan pola tidur; Sulit tidur (insomnia) atau tidur berlebihan (hipersomnia).
- 2) Menurunnya tingkat aktivitas, misalnya kehilangan minat, kesenangan atas hobi atau aktivitas yang sebelumnya disukai.
- 3) Sulit makan atau makan berlebihan (bisa menjadi kurus atau kegemukan).
- 4) Gejala penyakit fisik yang tidak hilang seperti sakit kepala, masalah pencernaan (diare, sulit BAB dll), sakit lambung dan nyeri kronis.
- 5) Terkadang merasa berat di tangan dan kaki .
- 6) Energi lemah, kelelahan, menjadi lamban.
- 7) Sulit berkonsentrasi, mengingat, memutuskan.

b. Gejala Psikis

- 1) Rasa sedih, cemas, atau hampa yang terus – menerus.
- 2) Rasa putus asa dan pesimis.
- 3) Rasa bersalah, tidak berharga, rasa terbebani dan tidak berdaya/tidak berguna.
- 4) Tidak tenang dan gampang tersinggung.
- 5) Berpikir ingin mati atau bunuh diri.
- 6) Sensitive.
- 7) Kehilangan rasa percaya diri.

c. Gejala Sosial

- 1) Menurunnya aktivitas dan minat sehari-hari (menarik diri, menyendiri, malas).
- 2) Tidak ada motivasi untuk melakukan apapun.
- 3) Hilangnya hasrat untuk hidup dan keinginan untuk bunuh diri.

6. Jenis – Jenis depresi

Menurut Departemen Kesehatan RI. dalam PPDGJ III (1993), depresi digolongkan ke dalam tiga tingkatan depresi, yaitu depresi berat, sedang dan ringan sesuai dengan banyak dan beratnya gejala serta dampaknya terhadap fungsi kehidupan seseorang. Gejala tersebut terdiri atas gejala utama dan gejala lainnya, yaitu:

a. Gejala utama

- 1) Suasana perasaan yang tertekan sepanjang hari.
- 2) Kehilangan minat dan gairah pada hampir segala aktifitas, yang dirasakan sepanjang hari.
- 3) Mudah lelah dan menurunkan aktifitas.

b. Gejala tambahan.

- 1) Konsentrasi dan perhatian berkurang.
- 2) Harga diri dan rasa percaya diri berkurang.
- 3) Gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak bergung.
- 4) Pandangan masa depan suram yang suram dan pesimistik.
- 5) Insomnia dan hipersomnia.
- 6) Nafsu makan berkurang.
- 7) Gagasan dan perbuatan membahayakan diri atau pikiran untuk bunuh diri.

Adapun tingkatan depresi yang digolongkan menurut PPDGJ-III (World Health Organization dan Departemen Kesehatan RI, 1993) tersebut yaitu: Depresi ringan.

- 8) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi ditambah 2 dari gejala lainnya.
- 9) Tidak boleh ada gejala berat diantaranya.
- 10) Lama periode depresi sekurang-kurangnya selama dua minggu.
- 11) Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang umum dilakukan.

c. Depresi sedang.

- 1) Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan ditambah 3 atau 4 dari gejala lainnya.
- 2) Lama episode depresi minimum 2 minggu serta menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

d. Depresi berat, dibagi menjadi 2 jenis, yaitu:

- 1) Depresi berat tanpa gejala psikotik, ciri-cirinya:
 - a) Semua 3 gejala utama harus ada;
 - b) ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya dan beberapa diantaranya harus berintensitas berat;

- c) bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau mampu untuk melaporkan banyak gejala secara rinci;
 - d) lama episode sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi apabila gejala sangat berat dan onset sangat cepat maka dibenarkan untuk menegakkan diagnosa dalam kurun waktu dalam 2 minggu;
 - e) sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.
- 2) Depresi berat dengan gejala psikotik, ciri-cirinya:
- a) episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut depresi berat tanpa gejala psikotik;
 - b) disertai waham, halusinasi atau stupor depresif, waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfaktorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotorik yang berat dapat menuju pada stupor. Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan efek (mood congruent).

7. Penatalaksanaan Depresi

Penatalaksanaan depresi dibagi menjadi tiga fase, yaitu terapi fase akut, terapi fase lanjutan, dan terapi fase rumatan. Terapi fase akut biasanya berlangsung selama 6-10 minggu. Evaluasi terhadap pasien dilakukan seminggu sekali atau 2 minggu sekali. Dosis obat yang diberikan mulai dari dosis yang rendah, kemudian secara bertahap dosis ditingkatkan, tergantung dari respon klinik pasien dan efek samping yang muncul (Lulukiyati, 2010).

Terapi fase lanjutan pada umumnya berlangsung selama 6-9 bulan setelah dimulainya masa remisi. Tujuannya yaitu untuk menghilangkan gejala residual, mengembalikan fungsi-fungsi seperti sebelumnya, dan mencegah terjadinya recurrence atau relapse yang lebih awal. Adanya gejala residual (remisi parsial) merupakan prediktor yang kuat untuk terjadinya recurrence atau relapse yang lebih awal atau terjadinya depresi kronis (Lulukiyati, 2010).

Pada terapi Rumatan, terapi harus dilanjutkan hingga gejala-gejala yang ada hilang. Episode depresi yang berlangsung selama lebih dari 6 bulan dan depresi dengan gejala psikotik membutuhkan masa terapi lanjutan yang lebih lama hingga 12 bulan. Pengobatan dan dosis yang sama seperti pada terapi fase akut digunakan selama terapi lanjutan (Lulukiyyati, 2010).

a. Terapi farmakologi

1) SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)

Mekanisme kerja SSRI adalah menghambat pengambilan kembali 5-HT (dengan kemampuan tinggi) di pre sinaps sehingga meningkatkan jumlah 5-HT yang akan berikatan dengan reseptor di pasca sinaps. Obat golongan ini memiliki efek antikolinergik yang minimal, sehingga lebih disukai dan menjadi pilihan pertama dalam terapi depresi untuk pasien-pasien tanpa adanya komplikasi atau kontra indikasi terhadap obat tersebut. Contoh SSRI adalah fluoksetin, sertraline, fluvoxamin, paroksetin, sitalopram dan escitalopram (Marianne, 2010).

2) TCA (Tricyclic Antidepressants)

Mekanisme kerja TCA adalah menghambat pengambilan kembali 5-HT (dengan kemampuan rendah sampai tinggi) dan NE (dengan kemampuan rendah sampai sedang). Potensi dan selektivitas sangat bervariasi, tergantung jenis obatnya. TCA mempengaruhi sistem reseptor lain, yaitu: kolinergik (sebagai antikolinergik), neurologik dan sistem kardiovaskular. Amin tersier bekerja pada sistem serotonergik. Amin sekunder bekerja mengaktifkan sistem norepinefrin. Karena banyak mempengaruhi sistem reseptor lain, obat-obat golongan ini perlu dipertimbangkan pemberiannya terutama pada pasien-pasien manula dan keadaan klinis tertentu. Contoh amin tersier adalah amitriptilin, klomipramin, doksepin, imipramin, trimipramin. Amin sekunder contohnya adalah amoksapin, maprotilin, desipramin, nortriptilin serta protriptilin (Marianne, 2010).

3) MAOI (Monoamine Oxidase Inhibitors)

Mekanisme kerja MAOI adalah meningkatkan konsentrasi NE, 5-HT dan DA dalam sinaps neuronal melalui inhibisi enzim MAO. Enzim MAO ini berfungsi untuk memetabolisme neurotransmitter monoamin. Penggunaan

kronik dapat menyebabkan downregulation reseptor β -adrenergik, α adrenergik dan serotonergik. Contoh obat golongan MAOI adalah fenelzin, tranilsipromin, moklobemid. (Marianne, 2010).

4) SNRI (Serotonin /Norepinephrin Reuptake Inhibitor)

Antidepresan golongan Serotonin /Norepinephrin Reuptake Inhibitor (SNRI) mekanisme kerjanya mengblok monoamin dengan lebih selektif daripada antidepresan trisiklik, serta tidak menimbulkan efek yang tidak ditimbulkan antidepresan trisiklik. Antidepresan golongan SNRI memiliki aksi ganda dan efikasi yang lebih baik dibandingkan dengan SSRI dan TCA dalam mengatasi remisi pada depresi parah. Obat yang termasuk golongan SNRI yaitu Venlafaxine dan Duloxetine. Efek samping yang biasa muncul pada obat Venlafaxine yaitu mual, disfungsi sexual. Efek samping yang muncul dari Duloxetine yaitu mual, mulut kering, konstipasi, dan insomnia. (Nasution & Firdausi, 2021).

5) NaSSa (Noradrenalin and Serotonin Antidepressants)

Menurut Bottino et al., 2012 dalam Nareswari (2021: 02) NaSSa yang telah terbukti menjadi zat yang efektif dalam pengobatan depresi usia tua dengan kualitas interaksi obat yang lebih sedikit dan sifat hipnotis yang lebih kuat, sehingga dapat mengatasi gejala sulit tidur pada insomnia. Efek samping yang dapat mempengaruhi pasien adalah penambahan berat badan. Obat ini efektif untuk penderita depresi dengan insomnia tidur.

6) Golongan Lain

- a) Norepinephrin Dopamine Reuptake Inhibitor (NDRIs), contohnya bupropion, nefazodon, amineptin dll.
 - b) Selective Serotonin Reuptake Enhancer (SSREs), contohnya tianeptin.
- b. Terapi non farmakologi

1) Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

Terapi ini memperbaiki cara pandang pasien terhadap kehidupan ke arah yang lebih positif. Cara ini merupakan first line terapi untuk depresi ringan. Biasanya terapi ini tetap dilakukan dan merupakan upaya untuk mencegah tidak berulangnya kembali kejadian depresi (Marianne, 2010).

2) Electro Convulsive Therapy (ECT)

Terapi ini disebut juga terapi listrik atau terapi kejut dan lebih diutamakan untuk pasien depresi kronik sedang atau berat yang tidak memberi respon pada penggunaan antidepresan. Dengan pemberian muatan listrik akan terjadi peningkatan pelepasan neurotransmitter pada celah sinaps sehingga diharapkan terjadi perbaikan gejala depresi. Cara penggunaan ECT adalah dengan meletakkan elektroda yang bermuatan listrik pada bagian otak. Terapi ini nantinya akan menyebabkan kejang, namun memberi respon cepat, yaitu sekitar 10-14 hari. Metode ECT ini ada 2, yaitu bilateral dan unilateral. Pada metode bilateral setiap elektrode diletakkan pada setiap bagian hemisfer otak. Efek samping ECT, seperti kehilangan ingatan, lebih sering terjadi pada metode ini. Pada metode unilateral kedua elektrode diletakkan pada hemisfer nondominan, yaitu pada bagian kiri hemisfer (Marianne, 2010).

3) Bright Light Therapy (BLT)

Metode ini diperuntukkan bagi penderita SAD (Seasonal Affective Disorder) yaitu orang yang depresi akibat kegelapan terutama pada musim dingin. Caranya dengan memandang lampu/cahaya sekitar 2 jam pada pagi dan sore hari (Marianne, 2010).

4) Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (RTMS)

Metode ini diperuntukkan bagi pasien depresi yang resisten terhadap pengobatan yang standar dan terapi kejut. Terapi ini merupakan metode non invasif untuk membangkitkan sel-sel saraf pada otak dengan cepat melalui gelombang elektromagnetik yang lemah. RTMS juga merupakan alat untuk meneliti fungsi otak.

Metode ini mempengaruhi aktivitas listrik di otak dengan memberikan impuls melalui medan magnet pada korteks prefrontal otak kiri atau bagian depan kiri otak. Wilayah otak ini terkait dengan emosi positif dan pengendalian diri. Artinya stimulasi bagian ini akan mengurangi depresi.

Alat ini berupa kumparan berbentuk kupu-kupu yang diletakkan pada kepala pasien, dan setiap 30 detik pasien merasakan serangkaian impuls selama 2 detik. Prosedur ini dilakukan selama 30 menit (Marianne, 2010).

B. Kepatuhan Pengobatan

1. Definisi Kepatuhan Pengobatan

Kepatuhan (*Compliance* atau *Adherence*) adalah tingkat pasien dalam melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang direkomendasikan oleh dokternya atau yang lainnya (Notoadmojo, 2005 dalam Ulfa dan Nugroho, 2021:34). Menurut WHO tahun 2003, kepatuhan menggambarkan keterlibatan pasien secara aktif dan sukarela terhadap pengelolaan penyakitnya. Dengan mengikuti pengobatan yang telah diberikan, sehingga saling berbagi tanggungjawab antara pasien dengan tenaga pelayanan kesehatan (Ulfa dan Nugroho, 2021:34).

Kepatuhan pasien yaitu pemenuhan (*Compliance*) dan ketaatan (*Adherence*). *Compliance* adalah aksi yang dilakukan pasien untuk mengonsumsi obat sesuai jadwal minumnya atau sesuai yang diresepkan oleh dokter. *Adherence* adalah sebuah aksi yang dilakukan oleh pasien untuk mengambil obat ataupun pengulangan resep obat tepat waktu (Fauzi dan Nishaa, 2018:6).

2. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kepatuhan

Menurut Niven (2002) (dalam Susmiati, 2021:111) terdapat empat faktor yang mempengaruhi kepatuhan pengobatan, yaitu sebagai berikut:

a. Keyakinan, sikap dan kepribadian

Ahli psikologi telah menyelidiki tentang hubungan antara pengukuran-pengukuran kepribadian dan kepatuhan. Mereka menemukan bahwa data kepribadian secara benar dibedakan antara orang yang patuh dengan orang yang gagal. Orang-orang yang tidak patuh adalah orang-orang yang mudah mengalami depresi, ansietas, kurang memperhatikan kesehatannya, memiliki kekuatan ego yang lebih lemah dan yang kehidupan sosialnya lebih memusatkan perhatian pada dirinya sendiri (Susmiati, 2021:111).

b. Pemahaman tentang intruksi

Tidak seorang pun mematuhi intruksi jika ia salah paham tentang intruksi yang diberikan padanya. Penelitian menunjukkan bahwa lebih dari 60% responden yang diwawancari setelah bertemu dengan dokter salah mengerti tentang intruksi yang diberikan kepada mereka. Hal ini disebabkan

oleh kegagalan profesional dalam memberikan informasi lengkap, penggunaan istilah-istilah medis dan memberikan banyak intruksi yang harus diingat oleh pasien (Susmiati, 2021:111).

c. Kualitas interaksi

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan. Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan pasien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada pasien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Pasien membutuhkan penjelasan tentang kondisinya saat ini, apa penyebabnya dan apa yang dapat mereka lakukan dengan kondisi seperti itu (Susmiati, 2021:111).

d. Isolasi sosial dan keluarga

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan individu serta dapat juga menentukan tentang program pengobatan yang dapat mereka terima. Keluarga juga memberi dukungan dan membuat keputusan mengenai perawatan dari anggota keluarga yang sakit (Susmiati, 2021:112).

Faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan pengobatan pasien yaitu:

1) Karakteristik penyakit

Tiga elemen dari pengobatan (kompleksitas dari pengobatan, lamanya penyakit dan cara pemberian pelayanan) dan penyakit itu sendiri sangat berhubungan dengan kepatuhan pasien. Secara umum, semakin kompleks regimen pengobatan, semakin kecil kemungkinan pasien akan mematuhi. Indikator dari kompleksitas dari suatu pengobatan adalah frekuensi pengobatan yang harus dilakukan oleh pasien itu sendiri, misalnya frekuensi minum obat dalam sehari (BPOM RI, 2016).

2) Variabel pasien (kurangnya informasi, motivasi dan gangguan psikologis)

Kurangnya informasi pada pasien dapat menyebabkan masalah seperti, ketidakstabilan masukan yang relevan dan pengobatan yang lama dianggap sebagai akibat ketidakakuratan komunikasi pasien dengan dokter (Susmiati, 2021:116).

3) Kualitas hubungan pasien-terapis

Banyak upaya yang telah dilakukan untuk mengoptimalkan komunikasi dan menempatkannya di atas dasar yang lebih kooperatif (misal: pengambilan keputusan bersama). Dalam pendekatan teori psikologis, perbedaan konsep pasien menyebabkan perbedaan penafsiran penyakit akibat informasi dan pengolahan informasi yang bias. Selanjutnya pasien akan menghindari dokter karena perbedaan ide (Susmiati, 2021:116).

4) Aturan pengobatan

Perbedaan perilaku kepatuhan individu disebabkan karena periode waktu pengobatan yang dinamis dan tidak stabil. Dalam *Trans Theoretical Models* (TTM) perubahan perilaku kesehatan diasumsikan sebagai kesiapan pasien untuk berubah dan melewati urutan tahap progresif. Tahapan ini meliputi (Susmiati, 2021:116):

- a) *Precontemplation* yaitu tidak berfikir untuk merubah perilaku enam bulan kedepan.
- b) Kontemplasi yaitu berfikir untuk mengubah perilaku dalam enam bulan kedepan tetapi tidak dalam 30 hari kedepan.
- c) Persiapan yaitu siap untuk berubah dalam 30 hari kedepan.
- d) Tindakan yaitu berubah kurang dari enam bulan.
- e) Pemeliharaan yaitu perubahan perilaku lebih dari enam bulan lalu.

5) Pengaruh dari lingkungan social

Sebuah model kepatuhan pengobatan secara komprehensif seharusnya tidak hanya mengintegrasikan penderita, dokter, penyakit dan pengobatan tetapi juga pengaruh faktor eksogen terutama dari lingkungan sosial. Dukungan sosial dari pasangan, teman dapat berkontribusi banyak pada perilaku penderita. Menurut hasil meta-analitik, penderita yang kurang dukungan sosial (misalnya bantuan material, bantuan dalam pemecahan masalah praktis) beresiko 3,6 kali lipat lebih tinggi untuk ketidakpatuhan. Dengan demikian, penting memasukkan keluarga pasien dalam intervensi kepatuhan (Klauer dan zettl, 2008 dalam Susmiati, 2021:116).

6) Efek samping pengobatan

Konsep harapan pengobatan bersifat multi dimensi: perubahan subjektif dari konsekuensi yang diinginkan dan tidak diinginkan dari perilaku patuh dan tidak patuh menentukan kepatuhan terhadap gejala somatik serta psikologis pengobatan. Menurut teori *Health Beliefs Model* (HBM), kecenderungan individu untuk terlibat dalam perilaku kesehatan (pencegahan) serta perilaku pengobatan dipengaruhi oleh empat jenis harapan (Susmiati, 2021:116):

- a) Tingkat keparahan suatu penyakit.
- b) Kerentanan penyakit.
- c) Manfaat yang dirasakan/diharapkan dari perilaku kesehatan tertentu.
- d) Hambatan yang dirasakan untuk terlibat dalam perilaku kesehatan tertentu.
- e) Harapan terhadap hasil pengobatan yang tidak realistis positif menyebabkan pasien beresiko untuk menghentikan pengobatan karena frustrasi dan kecewa.

3. Penilaian Kepatuhan

Untuk mengidentifikasi apakah pasien patuh atau tidak terhadap pengobatan dan untuk menilai kemajuan dalam dukungan kepatuhan, penting untuk memiliki sarana untuk menilai kepatuhan (Wiffen, et.al, 2017:5).

a. Respon pengobatan

Metode ini merupakan yang paling relevan secara klinis untuk menilai kepatuhan. Penanda keberhasilan pengobatan yang cukup non-invasif dan sederhana diperlukan misalnya mengukur tekanan darah atau kadar kolesterol. Namun, beberapa penanda mungkin hanya menunjukkan kepatuhan yang baru misalnya kadar glukosa darah (Wiffen, et.al, 2017:5).

b. Pemantauan obat terapeutik

Metode ini memiliki penggunaan yang terbatas dalam untuk menilai kepatuhan. Jika kadar serum berada dalam kisaran terapeutik tetapi tidak dalam jangka waktu yang lama, kepatuhan dapat diasumsikan. Tingkat sub-terapeutik ini dapat menjadi indikator ketidakpatuhan yang tidak menentu dan sementara. Tetapi juga mencerminkan malabsorpsi obat atau interaksi obat (Wiffen, et.al, 2017:5).

c. Medication event monitoring systems (MEMSs)

Metode ini khusus menggunakan tutup botol MEMS yang mencatat jumlah pembukaan botol. Informasi dapat diunduh sehingga setiap kali dan tanggal botol dibuka dapat dibaca. Namun, tutup MEMS hanya dapat merekam apakah botol telah dibuka, bukan berapa banyak obat yang dikeluarkan dari botol. Idealnya, harus digunakan bersama dengan beberapa bentuk buku catatan pasien sehingga jika botol dibuka atau tidak dibuka untuk beberapa alasan (misalnya mengambil dua dosis sekaligus) hal ini dapat direkam. Tutup MEMS mahal dan biasanya hanya digunakan dalam uji klinis (Wiffen, et.al, 2017:5).

d. Rekam obat (lembar isian)

Metode ini dapat digunakan untuk memeriksa apakah pasien mendapatkan jumlah obat yang tepat setiap waktu sehingga pasien tidak kehabisan persediaan jika mereka minum obat-obatnya dengan tepat. Namun, metode ini tidak dapat menentukan apakah pasien benar-benar menggunakan obatnya (Wiffen, et.al, 2017:5).

e. Laporan pribadi pasien

Sebaiknya ditanyakan kepada pasien (dengan cara yang tidak menghakimi) apakah pasien telah melewati atau menunda dosis obat, dan jika demikian berapa jumlahnya. Pasien cenderung lebih-lebihkan tingkat kepatuhan dan dapat memberikan jawaban yang merasa ingin didengar oleh pihak yang bertanya. Namun, hasil dari metode ini berkorelasi baik dengan hasil yang terukur dan relatif murah serta mudah dilakukan (Wiffen, et.al, 2017:5).

4. Metode Pengukuran Kepatuhan

Metode yang digunakan untuk mengukur kepatuhan dapat dibedakan menjadi dua yaitu metode langsung dan tidak langsung. Setiap metode memiliki kelebihan dan kekurangan. Metode langsung meliputi pengukuran konsentrasi atau metabolitnya dalam darah atau urin dan mengukur perubahan tanda-tanda biologis dalam darah. Kekurangan dari metode ini yaitu biaya yang mahal, membutuhkan penyedia layanan kesehatan dan rentan terhadap distorsi oleh pasien (Osterberg, L., dan Blascke, T., 2005).

Metode pengukuran kepatuhan tidak langsung meliputi laporan dari pasien, melakukan perhitungan pil, tingkat pengisian ulang resep, kuesioner pasien, penilaian respon klinis pasien, monitor pengobatan elektronik, pengukuran perubahan tanda-tanda fisiologis pasien, dan buku harian pengobatan (Osterberg, L., dan Blascke, T., 2005). Metode tidak langsung yang dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan pasien dalam minum obat yaitu *MMAS-8 (Medication Morisky Adherence Scale-8)* (Morisky et al., 2008), *Medication Possession Ratio (MPR)*, *Proportion of Days Covered (PDC)*, dan *Persistence Rate (PR)* (McGinnis dkk., 2008 dalam Prasetyo, R.A, 2012).

Tabel 2.1 Metode Pengukuran Kepatuhan

Pengukuran	Keuntungan	Kerugian
Metode Langsung		
Terapi yang diamati secara langsung	Paling akurat	Pasien dapat menyembunyikan pil dalam mulut dan kemudian membuangnya.
Pengukuran kadar obat atau metabolit dalam darah	Objektif	Variasi metabolisme dapat memberikan penafsiran terhadap kepatuhan. Mahal
Pengukuran penanda biologis dalam darah	Objektif: dalam uji klinis dapat digunakan untuk mengukur plasebo.	Membutuhkan pengujian kuantitatif yang mahal dan pengumpulan cairan tubuh.
Metode Tidak Langsung		
Kuesioner pasien	Sederhana, murah, metode yang paling berguna dalam pengaturan klinis.	Rentan terhadap kesalahan dengan kenaikan waktu antara kunjungan. Hasilnya mudah terdistorsi oleh pasien.
Menghitung pil	Objektif, terukur, mudah dilakukan	Data mudah diubah oleh pasien.
Isi ulang resep	Objektif, mudah mendapatkan data	Resep yang diambil tidak sama dengan obat yang dikonsumsi
Penilaian respon klinis pasien	Sederhana, umumnya mudah dilakukan	Faktor selain kepatuhan pengobatan dapat mempengaruhi respon klinis.
Monitor obat elektronik	Tepat, hasilnya mudah diukur	Mahal, membutuhkan kunjungan kembali dan mengunduh data.
Pengukuran penanda fisiologis (misalnya, denyut jantung pasien yang menggunakan beta bloker	Biasanya mudah dilakukan	Penanda mungkin tidak ada karena alasan lain (misal, peningkatan metabolisme, penyerapan yang buruk, kurangnya respons)

Buku harian pasien	Membantu memperbaiki ingatan yang buruk	Mudah diubah oleh pasien
Jika pasien anak-anak, kuesioner untuk orang tua atau yang merawatnya	Sederhana, objektif	Rentan terhadap distorsi.

Sumber: Osterberg, L., dan Blascke, T., 2005

C. Propotion of Day Covered (PDC)

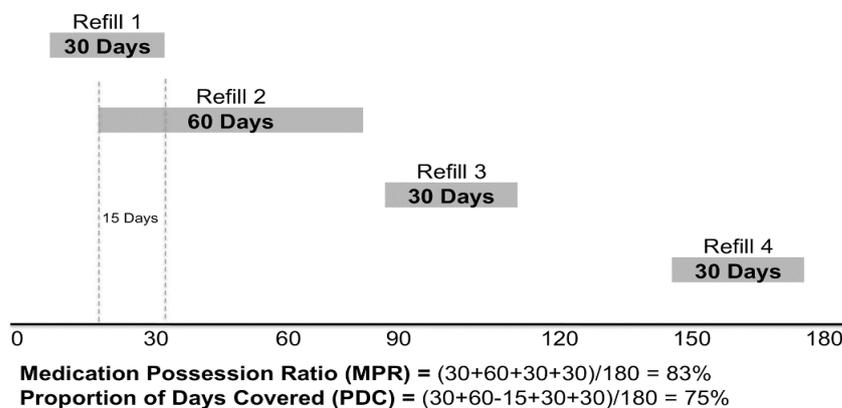
Propotion of Day Covered (PDC) dapat digunakan untuk mengukur kepatuhan dalam pengobatan (McGinnis, at al., 2009). Perhitungan *Propotion of Day Covered* (PDC) didasarkan pada tanggal pengisian dan hari pasien mendapatkan obat pada tiap peresepan. PDC dihitung dengan cara membandingkan jumlah hari pasien mendapatkan obat pada tiap peresepan dengan rentang hari antara peresepan pertama sampai dengan akhir periode analisis. Metode *Propotion of Day Covered* (PDC) memiliki kelebihan yaitu lebih mudah dan dapat menghasilkan perkiraan yang lebih objektif untuk memperkirakan kepatuhan dalam pengobatan dan juga dapat mencakup pasien dalam populasi rumah sakit maupun pasien yang tidak tinggal dirumah sakit (Nau, 2012).

Perhitungan PDC didasarkan pada tanggal pengisian dan hari persediaan untuk setiap pengisian resep; namun, perhitungan PDC bukanlah penjumlahan sederhana dari persediaan hari. Penyebut untuk PDC (di tingkat pasien) adalah jumlah hari antara pengisian pertama obat selama periode pengukuran dan akhir periode pengukuran. Misalnya, jika periode pengukuran adalah satu tahun kalender (365 hari), dan jika pasien pertama kali mengisi obat adalah pada hari ke 10 dalam setahun, maka periode penyebutnya adalah 355 hari ($365 - 10 = 355$). Ini berarti bahwa pasien yang menghentikan pengobatan selama periode pengukuran masih akan dilacak melalui akhir tahun, dan dengan demikian non-kegigihan dicatat dalam PDC. (Nau,2012).

Untuk menghitung persentase PDC, ambil total jumlah hari pasien mendapatkan obat dan dibagi dengan jumlah hari antara pengisian pertama dan akhir periode pengukuran.

$$PDC = \frac{\text{Jumlah hari mendapatkan obat}}{|\text{Tanggal awal pengisian} - \text{Tanggal akhir penelitian}|} \times 100\%$$

Pasien dianggap patuh jika nilai *Propotion of Day Covered* (PDC) $\geq 80\%$ (Schwartz, L. At al., 2014).



Sumber: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238720.g001>

Gambar 2.1 Contoh Perhitungan metode PDC.

Sebagai contoh, seorang peneliti melakukan penelitian pada periode penelitian selama 180 hari pada bulan januari – juni. Diketahui pasien Z menebus obat dengan aturan pakai 1x sehari, diresepkan sebanyak 30 tablet. Pengisian pertama dilakukan pada tanggal awal 02 Januari. pada hari ke 15 pasien tersebut pasien melakukan penebusan obat Kembali sebanyak 60 tablet. Pasien menebus obat Kembali pada tanggal 20 maret sebanyak 30 tablet. Lalu pasien menebus obat Kembali di tanggal 28 mei sebanyak 30 tablet. Sehingga, dapat dilakukan perhitungan sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{PDC} &= \frac{\text{Jumlah Hari Mendapatkan Obat}}{|\text{Tanggal awal pengisina} - \text{tanggal akhir penelitian}|} \times 100 \% \\ &= \frac{30+60-15+30+30}{|\text{tanggal 02 januari} - \text{30 juni}|} \times 100\% \\ &= \frac{135}{180} \times 100\% \\ &= 75 \% \end{aligned}$$

Nilai PDC $\geq 80\%$ dianggap patuh, dan mereka yang memiliki nilai $< 80\%$ masuk kedalam kategori tidak patuh.

D. Rumah Sakit Jiwa

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 72 Tahun 2016, Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Menurut Permenkes Nomor 56 Tahun 2014,

berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, Rumah Sakit dikategorikan dalam Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus. Rumah Sakit Umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit. Rumah Sakit Khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada satu bidang atau satu jenis penyakit tertentu berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ, jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Rumah sakit jiwa termasuk kedalam Rumah Sakit Khusus.

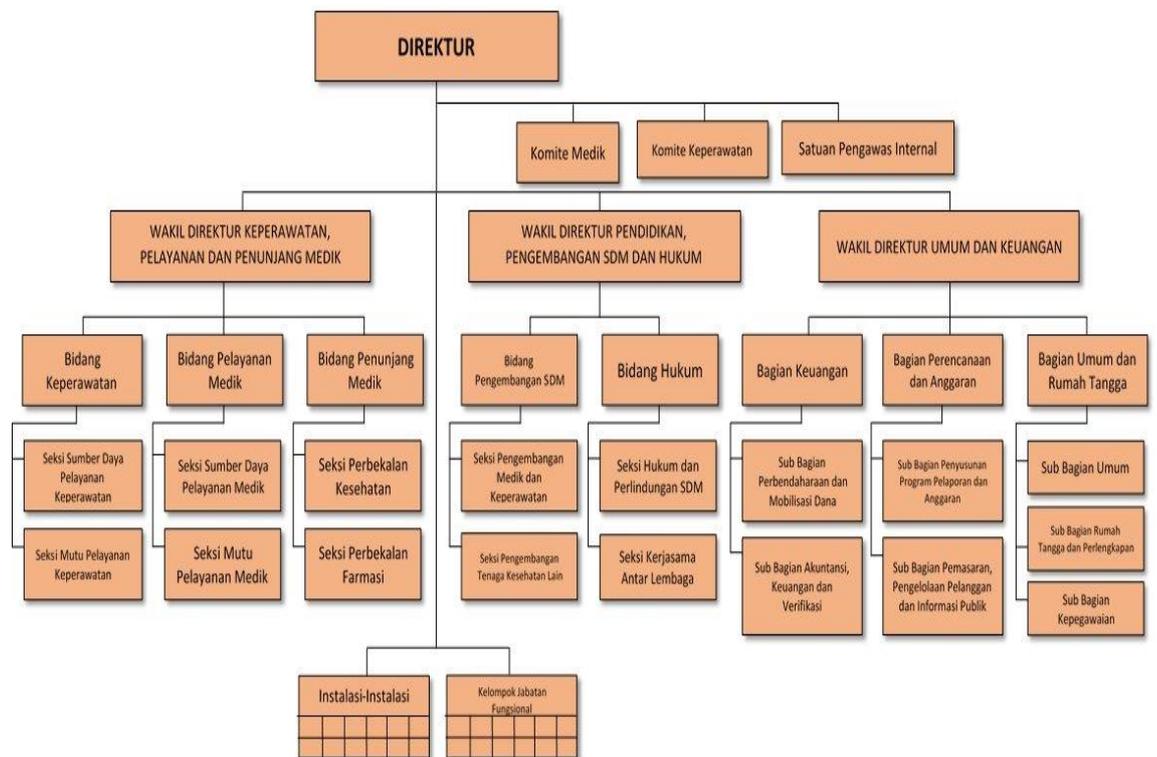
Berdasarkan KMK Nomor 135/Menkes/SK/IV/78 disebutkan bahwa pelayanan kesehatan jiwa mencakup komponen pelayanan medik psikiatrik, pelayanan penunjang medik, rehabilitasi dan pelayanan perawatan. Rumah Sakit Jiwa mempunyai fungsi:

- a. Melaksanakan upaya pelayanan kesehatan jiwa pencegahan (preventif).
- b. Melaksanakan upaya pelayanan kesehatan jiwa pemulihan (kuratif).
- c. Melaksanakan upaya pelayanan kesehatan jiwa rehabilitasi.
- d. Melaksanakan upaya kesehatan jiwa masyarakat.
- e. Melaksanakan sistem rujukan (sistem referal).

1. Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung

Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung adalah rumah sakit jiwa daerah provinsi lampung yang melayani pasien jiwa dan non jiwa. Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung ini berada di Jl. Raya Kurungan Nyawa No.99, Kurungannyawa, Kec. Gedong Tataan, Kabupaten Pesawaran, Lampung. **Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung** pertama kali didirikan dengan nama *Rumah Sakit Jiwa Pusat Bandar Lampung*, yang berdasarkan Surat Penunjukan Direktur Jendral Pelayanan Kesehatan DEPKES RI Nomor 1565/Yankes/DKJ/1983, Tanggal 01 Maret 1990 Rumah Sakit Jiwa Pusat Bandar Lampung mulai berfungsi. Fasilitas dan pelayanan yang terdapat pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung, yaitu:

- a. Rawat jalan
- b. Rawat inap
- c. Instalasi gawat darurat (IDG)
- d. Laboratorium
- e. Radiologi
- f. Apotek
- g. Fisioterapi
- h. Instalasi rehabilitasi mental
- i. Pelayanan BPJS

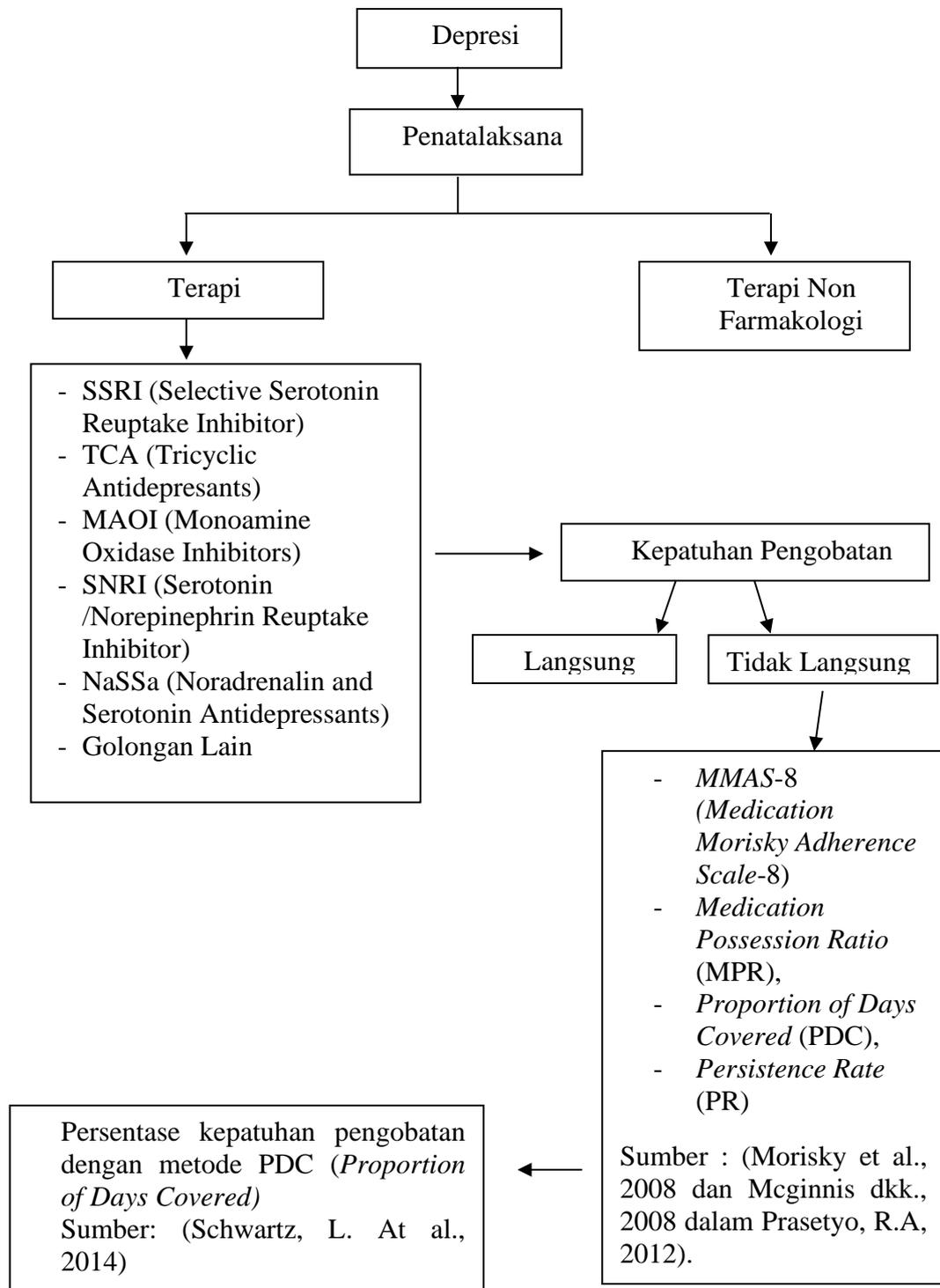


Sumber: Profil Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Lampung

<https://rsj.lampungprov.go.id/pages/struktur-organisasi-rsjd-provinsi-lampung>

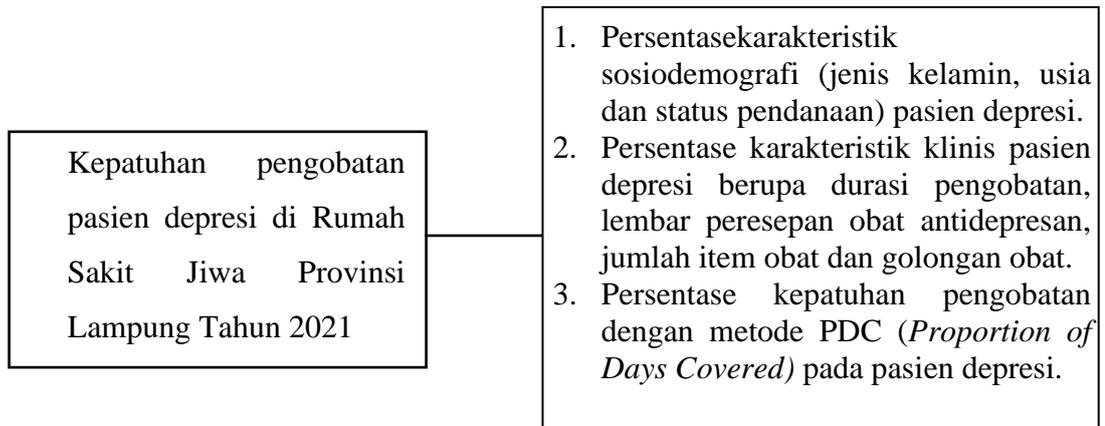
Gambar 2.2 Struktur Organisasi RSJD Provinsi Lampung.

E. Kerangka Teori



Gambar 2.3 kerangka teori

F. Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

G. Definisi Operasional

Tabel 2.2 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Tolak Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Karakteristik Sosiodemografi						
1.	Jenis Kelamin	Identitas gender responden	Observasi rekam medik	Checklist	1 = Laki-laki 2 = Perempuan	Nominal
2.	Usia	Lama hidup pasien dihitung sejak lahir sampai saat pasien menjalani pengobatan depresi	Observasi rekam medik	Checklist	1 = 16-20 tahun 2 = 21-30 tahun 3 = 31-40 tahun 4 = 41-50 tahun 5 = 51-60 tahun 6 = 60 tahun Keatas (Marsasina,2016)	Ordinal
3.	Status Pendanaan	Metode pembiayaan pasien depresi saat menjalani pengobatan	Observasi rekam medik	Checklist	1= Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) 2 = Non Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) (Kemenkes RI, 2015)	Nominal
Karakteristik Klinis						
1.	Durasi Pengobatan	Lama waktu pengobatan yang dijalani pasien. terhitung mulai saat pasien mendapat pengobatan pertama kali.	Observasi rekam medik	Checklist	1 = 1 – 3 bulan 2 = 4 – 6 bulan 3 = 7 – 9 bulan 4 = 10 – 12 bulan 5 = lebih dari 1 tahun	Ordinal

2.	Jumlah Item Obat	Jumlah item obat diresepkan dalam satu resep	Observasi resep	Checklist	1 = satu obat 2 = dua obat 3 = tiga obat 4 = empat obat 5 = lima obat 6 = >enam obat	Nominal
3.	Lembar Peresepan Obat Anti depresan	Jumlah resep obat yang terdapat obat antidepresan	Observasi resep	Checklist	1 = dengan antidepresan 2= tanpa antidepresan	Nominal
4.	Golongan Obat Antidepresan	Jumlah obat yang digunakan berdasarkan golongannya	Observasi rekam resep	Checklist	1 = SSRIs 2 = TCAs (Permenkes, 73 th 2015)	Nominal
Kepatuhan						
1.	Kepatuhan Pengobatan	Ketaatan responden dalam mengambil obatnya dan meminum obat secara teratur sesuai aturan pakai	Perhitungan PDC	Checklist	1= Tidak Patuh: < 80% 2= Patuh: ≥80% (Schwartz, L. At al., 2014)	Ordinal