

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat

Menurut Peraturan Daerah Nomor 23 tahun 2008, Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat adalah hasil penggabungan antara Rumah Sakit Jiwa Bandung dan Rumah Sakit Jiwa Cimahi, yang berfungsi sebagai rumah sakit khusus jiwa kelas A di Jawa Barat dan dikategorikan sebagai Lembaga Teknis Daerah. Rumah sakit ini menyelenggarakan dan melaksanakan layanan dalam pencegahan, pemulihan, pengobatan, peningkatan kesehatan masyarakat, serta berfungsi sebagai pusat rujukan.

Selain itu, Rumah Sakit Jiwa Provinsi Jawa Barat juga memberikan layanan bagi institusi pendidikan kesehatan untuk melakukan penelitian, observasi, magang, dan PKL, khususnya terkait kesehatan jiwa. Layanan tersebut dilaksanakan di tiga lokasi, yaitu di Jalan Kolonel Masturi KM 7 Cisarua Kabupaten Bandung Barat, Jalan LLRE Martadinata No. 11 Bandung, dan Jalan Pasir Impun Bandung.

Visi

Terwujudnya Rumah Sakit Jiwa Unggulan Di Indonesia Yang Nyaman, Berkualitas Dan Inovatif

Misi

1. Mengembangkan Pelayanan Unggulan Kesehatan Jiwa Anak Dan Remaja, Rehabilitas Napza Serta Kampung Walagri Sebagai Pusat Pemberdayaan ODGJ Dan ODMK Berbasis Pemulihan Secara Komprehensif.
2. Meningkatkan Layanan Kesehatan Jiwa Melalui Kompetensi Tenaga Profesional Yang Inovatif Dan Kolaboratif
3. Mengembangkan Rumah Sakit Jiwa Yang Nyaman Berbasis Ramah Lingkungan
4. Mengembangkan Rumah Sakit Pendidikan Yang Handal Dan Bermutu.

2.2 Skizofrenia

2.2.1 Definisi

Skizofrenia merupakan sindrom klinis yang mempengaruhi fungsi kognitif, emosional, persepsi, dan motorik. Sindrom ini diklasifikasikan oleh para ahli psikopatologi sebagai ringan hingga berat. Skizofrenia bisa terjadi seumur hidup dan bisa terjadi pada semua golongan sosial-ekonomi, Untuk laki-laki biasanya usia 15-25 tahun dan untuk perempuan 25-35 tahun. Setelah usia 40 tahun jarang terjadi. Manifestasi klinis, respons terhadap pengobatan, dan perkembangan penyakit berbeda di antara pasien. Dibandingkan dengan wanita, prognosis untuk pria kurang baik. Diagnosis dibuat dengan berdasarkan gejala dan kondisi mental pasien; pengujian laboratorium tidak dilakukan untuk memastikan diagnosis (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

Emosi yang salah atau tertekan, bersama dengan gangguan pemikiran dan persepsi yang mendasar dan khas, adalah ciri khas skizofrenia. Kesadaran yang jernih dan kapasitas intelektual sering kali dipertahankan, meskipun seiring berjalannya waktu, beberapa defisit kognitif dapat muncul. Beberapa fenomena psikopatologis yang paling penting adalah gema pikiran, penyisipan atau penarikan pikiran, penyiaran pikiran, kepasifan, persepsi delusi dan waham kendali, suara halusinasi yang mendiskusikan atau mengomentari pasien sebagai orang ketiga, gangguan pikiran, dan gejala-gejala negatif (Jakobsen *et al.*, 2010).

2.2.2 Epidemiologi

Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2007, 2013, dan 2018 menunjukkan bahwa prevalensi gangguan jiwa dengan diagnosis skizofrenia di Indonesia mengalami perubahan. Pada tahun 2007 rata-rata prevalensi gangguan jiwa di Indonesia sebesar 4,1 per mil, pada tahun 2013 menurun menjadi 1,7 per mil dan pada periode 2013-2018 meningkat 4 kali lipat dalam 5 tahun terakhir menjadi 7 per mil. Provinsi Jawa barat memiliki prevalensi sebesar 5 per mil yang mana agak melebihi prevalensi nasional sebesar 4 per mil (Riskesdas, 2018). Skizofrenia pada laki-laki lebih sering terjadi yaitu sebanyak 12 juta jiwa, sedangkan perempuan sebanyak 9

juta jiwa. Usia rata-rata timbulnya penyakit pada pria biasanya antara 15 dan 24 tahun, sedangkan pada wanita, biasanya antara 25 dan 35 tahun. Hal ini berarti bahwa otak lebih mengalami gangguan dan memiliki kemungkinan lebih rendah untuk bertahan hidup pada pria dibandingkan pada wanita (Elvira & Hadisukanto, 2013). Laki-laki memiliki kecenderungan lebih tinggi terkena penyakit jiwa dibandingkan perempuan karena merekalah mayoritas penduduk.

Alasan utama meningkatnya prevalensi gangguan jiwa pada perempuan adalah karena mereka memiliki kecenderungan lebih tinggi terhadap stres, sedangkan laki-laki lebih kecil kemungkinannya mengalami gangguan jiwa karena mereka lebih mampu mengakomodasi situasi kehidupan dibandingkan perempuan (Zahnia, 2016).

2.2.3 Patogenesis

Skizofrenia adalah penyakit yang memiliki penyebab multifaktor. Patofisiologi skizofrenia saat ini secara pasti belum diketahui dan sangat bervariasi seperti halnya etiologi, terdapat beberapa hipotesis yang telah diajukan diantaranya (Kemenkes RI, 2021).

a. Faktor genetik

Orang yang memiliki keluarga dengan riwayat skizofrenia memiliki kemungkinan lebih tinggi untuk mengalami kondisi serupa. Risiko tersebut semakin meningkat pada anak-anak yang orang tuanya menderita skizofrenia, dengan tingkat risiko sekitar 5%. Individu yang memiliki saudara kandung atau kembar dizigot yang juga mengalami skizofrenia memiliki risiko sekitar 10%, sedangkan pada kembar monozigot, risikonya bisa mencapai 40%-50% (Kemenkes RI, 2021).

b. Gangguan neurotransmitter

Dalam teori dopamin, dihipotesiskan bahwa terdapat hiperaktivitas sentral pada dopamin. Peningkatan aktivitas dopamin dalam sistem limbik dikaitkan dengan gejala positif. Antipsikotik yang berfungsi sebagai penghambat reseptor pasca-SDR (D2) efektif dalam mengobati gejala positif

skizofrenia. Teori serotonin menyatakan bahwa konsumsi serotonin yang berlebihan akan menimbulkan gejala positif dan negatif. Neurotransmitter lain yang berhubungan dengan patofisiologi skizofrenia antara lain asetilkolin, glutamat, norepinefrin, GABA dan sebagainya (Kemenkes RI, 2021).

c. Gangguan morfologi dan fungsi otak

Kelainan struktural dan fungsional otak yang sering terjadi pada skizofrenia disebabkan oleh pelebaran ventrikel ke-3 dan lateral, atrofi lobus temporal dan medial, girus hipokampus yang tidak terorganisir, parahippocampus dan amigdala yang terpengaruh. Namun tidak ada penyakit yang khas pada pasien skizofrenia (Kemenkes RI, 2021).

2.2.4 Jenis-jenis skizofrenia

PPDGJ-III (Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III) menggolongkan skizofrenia ke beberapa kelompok berdasarkan dengan manifestasi klinisnya (Rusdi M, 2013).

a. Skizofrenia paranoid (F20.0)

Jenis gangguan ini paling umum terjadi, Skizofrenia paranoid ditandai dengan pikiran yang tidak benar atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada. Pikiran aneh yang sering muncul mencakup rasa dikejar, merasa istimewa, merasa dipengaruhi, dikuasai, dan cemburu. Selain itu, pengalaman melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada, seperti mendengar suara-suara yang memberikan perintah, mencela, atau mengancam. Orang yang mengalami skizofrenia paranoid cenderung merasa tidak aman, sering tidak mau bekerja sama, dan bisa menjadi agresif. Meskipun demikian, perilaku yang tidak teratur jarang terlihat pada pasien ini (Rusdi M, 2013).

b. Skizofrenia disorganisasi/hebefrenik (F20.1)

Orang yang mengalami skizofrenia hebefrenik menunjukkan sikap yang kurang bertanggung jawab, lebih suka menyendiri, dan sering melakukan kegiatan tanpa arah tertentu. Ekspresi emosinya umumnya datar dan terkadang terlihat tidak wajar. Mereka bisa saja tiba-tiba tertawa atau tersenyum sendiri,

serta mengulang-ulang kata-kata. Cara berpikirnya terasa kacau dan pembicaraannya sering kali sulit dipahami (Rusdi M, 2013).

c. Skizofrenia katatonik (F20.2)

Pasien dengan skizofrenia katatonik menunjukkan sejumlah perilaku katatonia yang mencirikan kondisinya.

- 1) Memiliki stupor atatonik atau mutisme, di mana pasien tampak tidak merespon lingkungan sekitarnya, meskipun menyadari apa yang sedang terjadi di sekitarnya.
- 2) Terdapat rigiditas, di mana pasien menjadi kaku dan kurang fleksibel dalam gerakan tubuhnya.
- 3) Postur katatonik muncul ketika pasien mempertahankan posisi tubuh yang terlihat aneh atau tidak lazim.
- 4) Memiliki negativisme katatonik, di mana pasien menunjukkan perlawanan ketika ada upaya orang lain untuk menggerakkan tubuhnya atau memberikan perintah (Rusdi M, 2013). Ini adalah indikator perilaku yang menggambarkan kompleksitas skizofrenia katatonik pada tingkat individu.

d. Skizofrenia tak terinci (F20.3)

Apabila seorang pasien tidak sesuai dengan kriteria tipe skizofrenia lainnya.

e. Depresi pascaskizofrenia (F20.4)

Selama setahun terakhir, pasien mengalami skizofrenia. Meskipun gejalanya masih ada, mereka tidak lagi mendominasi. Di sisi lain, selama dua minggu terakhir, muncul 32 gejala depresi yang cukup mencolok.

f. Skizofrenia residual (F20.5)

Penderita skizofrenia residual biasanya menunjukkan tanda-tanda negatif, seperti pergerakan lambat, ekspresi emosi yang datar, kurangnya motivasi, aktivitas yang berkurang, komunikasi nonverbal yang memburuk, kurangnya perawatan diri, dan hal-hal sejenis. Gejala-gejala ini telah hadir selama setahun, dan setidaknya ada satu episode psikotik sebelumnya yang sesuai dengan kriteria diagnosis skizofrenia (Rusdi M, 2013).

g. Skizofrenia simpleks (F20.6)

Pasien menunjukkan tanda-tanda negatif seperti yang umumnya terlihat pada skizofrenia residual. Hal ini mencakup perubahan perilaku yang signifikan, seperti kehilangan minat, kekurangan tujuan hidup, serta perilaku menarik diri. Penting untuk dicatat bahwa tidak ada riwayat gejala psikotik sebelumnya pada pasien ini (Rusdi M, 2013)

2.2.5 Gejala skizofrenia

Tanda-tanda skizofrenia bisa dikelompokkan menjadi tiga bagian, yaitu gejala yang menonjol, gejala yang kurang, dan gejala yang terkait pemikiran (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

a. Gejala positif

Ciri-ciri yang muncul pada seseorang yang mengalami episode psikotik akut umumnya tidak dapat ditemui pada individu yang berada dalam keadaan normal. Gejala ini bisa diamati melalui gangguan pemikiran dan perilaku yang mencolok. Beberapa di antaranya mencakup pengalaman mendengar atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada (halusinasi), keyakinan yang salah atau tidak rasional (delusi), serta tingkah laku yang aneh. (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

b. Gejala negative

Gejala-gejala yang mungkin muncul pada orang biasa namun lebih parah pada mereka yang mengalami skizofrenia meliputi ketidakberdayaan, ketiadaan pemikiran, kurangnya semangat, kehilangan kesenangan, dan kurangnya perhatian (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

c. Gejala kognitif

Tanda-tanda kognitif skizofrenia mungkin tidak langsung terlihat, terutama pada tahap awal penyakit. Namun, hal ini sangat mengganggu dan menjadi penyebab utama kecacatan yang terkait dengan gangguan ini. Gejala kognitif mencakup masalah dalam konsentrasi, daya ingat saat bekerja, dan kemampuan eksekutif (Fitrikasari & Kartikasari, 2022).

2.2.6 Penatalaksana

a. Fase akut

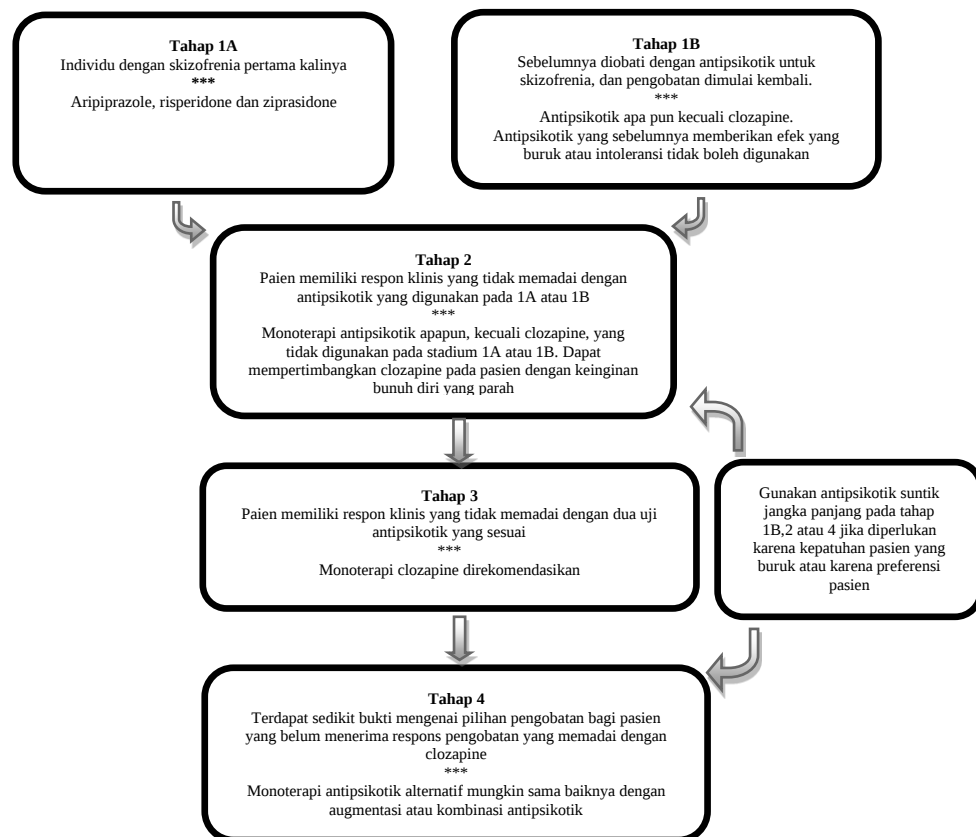
- 1) Pada fase akut, tujuannya adalah untuk mencegah pasien menyakiti diri sendiri atau orang lain, mengendalikan perilaku destruktifnya, menurunkan keparahan gejala psikotik, dan mengurangi kegelisahan, agresi, dan gaduh gelisah (Kemenkes RI, 2015).
- 2) Tujuan intervensi adalah untuk mengurangi rangsangan berlebih, pemicu stres lingkungan, dan peristiwa kehidupan. Menenangkan pasien atau menurunkan kesadarannya.
- 3) Melalui komunikasi yang efektif, pemberian bantuan atau harapan, serta penciptaan lingkungan yang nyaman dan bertoleransi, hal tersebut perlu diwujudkan (Kemenkes RI, 2015)

b. Fase stabilisasi

- 1) Fokus utama dalam tahap stabilisasi adalah menjaga agar gejala tetap dalam kondisi baik, mengurangi kemungkinan kambuh, serta meningkatkan fungsi dan proses pemulihan. Setelah menemukan dosis yang tepat, dosis tersebut dipertahankan selama sekitar 8-10 minggu sebelum memasuki periode pemeliharaan. Pada tahap ini, juga melibatkan penggunaan obat antipsikotik injeksi jangka panjang yang diberikan secara berkala setiap 2-4 minggu (Kemenkes RI, 2015)
- 2) Tujuan intervensi adalah untuk meningkatkan kemampuan individu penderita skizofrenia dan keluarganya dalam menghadapi gejalanya. Memungkinkan pasien untuk mengenali gejalanya, memberikan instruksi kepada mereka tentang cara mengatur gejala, mengawasi mereka, dan meningkatkan kepatuhan mereka terhadap pengobatan. Metode intervensi perilaku bermanfaat selama fase ini (Kemenkes RI, 2015).

c. Fase rumatan

- 1) Terapi farmasi dosis dikurangi seiring berjalannya waktu hingga tercapai dosis minimum yang masih mencegah kekambuhan. Jika kondisinya akut, pengobatan pertama kali diberikan hingga dua tahun. Jika sudah menjadi kronis dengan kekambuhan berulang, pengobatan diberikan hingga lima tahun atau bahkan seumur hidup (Kemenkes RI, 2015).
- 2) Psikoedukasi bertujuan memberikan pemahaman kepada pasien mengenai proses kembali ke kehidupan masyarakat. Tindakan intervensi ini melibatkan berbagai metode rehabilitasi seperti remediasi kognitif, pelatihan keterampilan sosial, dan terapi okupasi yang secara efektif dilakukan pada tahap ini. Selama fase ini, pasien dan keluarganya juga diajar untuk mengidentifikasi serta mengelola gejala awal kekambuhan guna mencegah terjadinya kambuhnya penyakit (Kemenkes RI, 2015)



Gambar 2. 1 Algoritma Skizofrenia
(Dipiro *et al.*, 2020)

Tabel 2.1 Daftar obat antipsikotik, dosis dan sediannya
(Kemenkes RI, 2015)

Obat Antipsikotik	Rentang Dosis Anjuran (mg/hari)	Bentuk Sediaan
Antipsikotika Generasi I (APG-I)		
Klorpromazin	300 – 1000	tablet (25 mg, 100 mg)
Perfenazin	16 – 64	tablet (4 mg)
Trifluoperazin	15 – 50	tablet (1 mg, 5 mg)
Haloperidol	5 – 20	tablet (0.5, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 5 mg) injeksi short acting (5 mg/mL), tetes (2 mg/5 mL), long acting (50 mg/mL)
Antipsikotik Generasi II (APG-II)		
Aripiprazol	10 – 30	tablet (5 mg, 10 mg, 15 mg), tetes (1 mg/mL), discmelt (10 mg, 15 mg), injeksi (9.75 mg/mL)
Klozapin	150 – 600	tablet (25 mg, 100 mg)
Olanzapin	10 – 30	tablet (5 mg, 10 mg), zydis (5 mg, 10 mg), injeksi (10 mg/mL)
Quetiapin	300 – 800	tablet IR (25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg), tablet XR (50 mg, 300 mg, 400 mg)
Risperidon	2 – 8	tablet (1 mg, 2 mg, 3 mg), tetes (1 mg/mL),

		injeksi Long Acting (25 mg, 37.5 mg, 50 mg)
Paliperidon	3 – 9	tablet (3 mg, 6 mg, 9 mg)
Zotepin	75-150	tablet (25 mg, 50 mg)

2.3 Farmakoekonomi

2.3.1 Definisi

Farmakoekonomi merupakan ilmu yang berguna dalam pengukuran biaya dan hasil yang didapat lalu dihubungkan dengan pemakaian obat pada perawatan kesehatan. Pembahasan mengenai farmakoekonomi biasanya memakai pertimbangan dua sisi, yaitu biaya (*cost*) dan hasil pengobatan (*outcome*). Faktanya, penelitian yang menyelidiki aspek keuangan suatu obat/pengobatan biasanya mengaitkan biaya pengobatan dengan efektivitas, kegunaan, atau profitabilitas (nilai). Efektivitas adalah kapasitas suatu obat untuk menghasilkan peningkatan kesehatan (*outcome*) dalam kehidupan sehari-hari pasien (penggunaan di dunia nyata, bukan dalam kondisi ideal). Dengan mengaitkannya dengan aspek ekonomi, yaitu biaya, studi farmakoekonomi dapat memberikan ukuran efektivitas biaya yang menunjukkan nilai moneter (biaya dolar per unit indikator terkait kesehatan) dari setiap komponen klinis atau non-klinis dari sistem kesehatan. Semakin kecil nilai moneter yang diperlukan untuk mencapai satuan indikator kesehatan yang diinginkan (klinis atau non-klinis), semakin hemat biaya suatu (Kemenkes RI, 2013)

2.3.2 Jenis-jenis farmakoekonomi

Terdapat beberapa jenis farmakoekonomi sebagai berikut ini (Khoiriyah & Lestari, 2018)

a. *Cost Effectiveness Analysis (CEA)*

Cost Effectiveness Analysis (CEA) merupakan biaya yang diukur dalam bentuk nilai uang (rupiah). Dampak dari suatu pengobatan atau program

kesehatan dapat lebih besar dibandingkan dengan yang lain. Hasil dari pengobatan diungkapkan menggunakan satuan ilmiah atau indikator kesehatan lainnya. Kekurangan yaitu Pengobatan atau program kesehatan yang dibandingkan seharusnya menghasilkan efek yang serupa atau memiliki keterkaitan dan perbandingan antara pengobatan atau program kesehatan dapat diukur dengan menggunakan satuan kesehatan yang serupa. Kelebihan dampak pengobatan tidak berbentuk nilai moneter

b. *Cost Minimization Analysis (CMA)*

Cost Minimization Analysis (CMA) adalah biaya yang diukur dalam bentuk nilai uang, yaitu dalam rupiah. Dalam konteks pengobatan atau program kesehatan, efeknya dibandingkan untuk menilai kesamaannya atau dianggap setara. Kekurangannya jika asumsi mengenai hasil yang diharapkan ternyata menghasilkan hasil yang berbeda, hal ini dapat menyebabkan analisis yang kurang tepat dan kurang bermakna. Kenaikan harga obat, penurunan kemampuan beli pasien, tidak mempertimbangkan adanya diskon dapat menjadi faktor-faktor yang terlewatkan dalam analisis tersebut. Kelebihan teknik yang paling sederhana adalah farmakoekonomi

c. *Cost Utility Analysis (CUA)*

Cost Utility Analysis (CUA) adalah biaya yang diungkapkan dalam bentuk nilai uang (rupiah). Dampak dari suatu perawatan perawatan atau program kesehatan dikatakan lebih tinggi dari pada perawatan atau program kesehatan lainnya. Dampak perawatan diukur dalam *quality adjusted life years* (QALY). Kekurangan ketidakadaan standar bisa bikin data jadi terlihat nggak konsisten dalam penyajiannya. Kelebihan hanya ada satu pendekatan farmakoekonomi yang memperhitungkan kualitas hidup dalam analisisnya.

d. *Cost Benefit Analysis (CBA)*

Cost Benefit Analysis (CBA) adalah biaya diukur dalam bentuk nilai uang (rupiah). Salah satu pengobatan atau program kesehatan memiliki dampak finansial yang lebih besar dibandingkan dengan yang lain. Dampak dari pengobatan diungkapkan dalam bentuk nilai uang dalam mata uang rupiah.

Kekurangannya memahami nilai ekonomi dari sebuah pengobatan bisa jadi rumit dan menentukan nilai kesehatan dan kualitas hidup manusia bisa jadi sulit, dan hal ini sering menimbulkan kontroversi sehingga jarang dilakukan. Kelebihan bisa dipakai buat membandingkan cara pengobatan yang nggak terkait satu sama lain dan hasilnya berbeda-beda.

2.4 Cost Effectiveness Analysis

Analisis ini menghitung biaya dan manfaat, pengguna dapat menentukan bentuk layanan kesehatan paling efektif yang memerlukan biaya terendah untuk hasil pengobatan yang diinginkan. Dengan kata lain, AEB (Analisis efektivitas biaya) dapat digunakan untuk memilih inisiatif kesehatan yang mempunyai manfaat terbesar dengan sumber daya terbatas. Saat menggunakan metode AEB (Analisis efektivitas biaya), penting untuk menghitung biaya rata-rata rasio dan rasio biaya tambahan efektivitas ($RIEB = \text{rasio biaya tambahan efektivitas/ICER}$). Dengan RIEB (Rasio Intervensi Ekonomi Biaya), biaya tambahan yang terkait dengan setiap perubahan dapat dihitung dalam satu unit efektivitas biaya. Selain itu, dalam penelitian yang menggunakan metode AEB (Analisis efektivitas biaya), dapat digunakan tabel efektivitas biaya (Kemenkes RI, 2013).

1. Posisi teratas pada Kolom G (juga pada Kolom D dan H) disebut posisi dominan.

Jika suatu intervensi kesehatan memiliki efektivitas yang lebih tinggi namun juga lebih hemat biaya (Kolom H), atau lebih hemat biaya namun juga memiliki efektivitas yang lebih tinggi (Kolom D), dan jika intervensi tersebut dipilih untuk dilaksanakan tanpa memerlukan AEB (Analisis efektivitas biaya) (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

2. Dikumpulkan di sekitar Kolom C (juga Kolom B dan F)

Sebaliknya, jika suatu intervensi kesehatan memiliki efektivitas yang lebih rendah namun tetap hemat biaya (Kolom B), atau jika intervensi tersebut hemat biaya namun juga memiliki efektivitas yang lebih tinggi (Kolom F), maka intervensi tersebut tidak boleh dianggap sebagai alternatif perhitungan AEB (Analisis efektivitas biaya) (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

3. Posisi Seimbang Kolom E

Sebuah langkah kesehatan yang menjanjikan hasil yang setara namun dengan biaya yang sama (lihat Kolom E) bisa jadi pilihan yang lebih mudah jika lebih praktis didapatkan atau lebih nyaman untuk diikuti oleh pasien. Misalnya, tablet lepas lambat yang hanya perlu diminum sekali sehari bisa lebih praktis dibandingkan dengan tablet yang harus diminum tiga kali sehari. Oleh karena itu, di dalam kategori ini, terdapat pertimbangan tambahan selain biaya dan efektivitas pengobatan, seperti kebijakan, ketersediaan, aksesibilitas, dan hal-hal lainnya (Kemenkes RI, 2013).

4. Posisi yang memerlukan pertimbangan efektivitas biaya Kolom A dan I

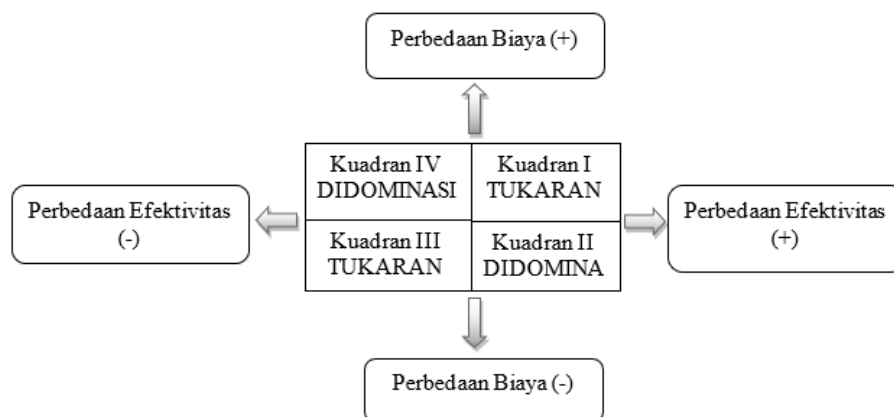
Dalam memilih suatu intervensi kesehatan, kita perlu mempertimbangkan apakah efektivitasnya lebih rendah dengan biaya yang lebih murah (di Kolom A) atau sebaliknya, apakah efektivitasnya lebih tinggi dengan biaya yang lebih tinggi. Pemilihan ini harus memperhitungkan RIEB (Rasio Intervensi Ekonomi Biaya) seperti yang disarankan oleh Kementerian Kesehatan RI pada tahun 2013.

Tabel 2. 2 Kelompok Alternatif Berdasarkan Efektivitas Biaya
(Kemenkes RI, 2013)

Efektivitas-biaya	Biaya lebih rendah	Biaya sama	Biaya lebih tinggi
Efektivitas lebih rendah	A (Perlu perhitungan RIEB)	B	C (Didominasi)
Efektivitas sama	D	E	F
Efektivitas lebih tinggi	G (Didominasi)	H	I (Perlu perhitungan RIEB)

a. Diagram efektivitas biaya

Pada alternatif intervensi kesehatan, seperti obat, perlu dilakukan perbandingan dengan intervensi (obat) standar



Gambar 2. 2 Diagram Efektivitas Biaya (Kemenkes RI, 2013)

1) Kuadran I

Jika intervensi kesehatan lebih efektif, namun juga lebih mahal dibandingkan intervensi standar lainnya. Pemilihan intervensi Kuadran I bergantung pada sumber daya yang tersedia, terutama dana, dan harus dipertimbangkan jika sumber daya tersebut mencukupi (Kemenkes RI, 2013)

2) Kuadran II

Jika intervensi terkait kesehatan lebih efektif dan lebih murah dibandingkan intervensi terkait lainnya, maka intervensi tersebut akan dianggap sebagai strategi dominan dan akan diutamakan. Sebaliknya, intervensi kesehatan yang efektivitasnya lebih rendah namun biayanya lebih tinggi dibandingkan intervensi standar dianggap tidak bermanfaat (Kemenkes RI, 2013)

3) Kuadran III

Sebuah upaya kesehatan yang dianggap memiliki efektivitas lebih rendah namun biaya yang lebih terjangkau dibandingkan dengan metode standar juga dapat digolongkan sebagai tindakan tukar, meskipun berada di Kuadran III. Ketika memilih intervensi alternatif di Kuadran III, perlu mempertimbangkan

ketersediaan sumber daya, terutama jika anggaran terbatas (Kemenkes RI, 2013).

4) Kuadran IV

Inisiatif layanan kesehatan yang efektivitasnya lebih rendah dan biayanya lebih tinggi dibandingkan inisiatif standar tidak dapat diterapkan. Strategi alternatif ini merupakan bagian dari kuadran (Kemenkes RI, 2013).

2.5 Panss- Ec

Panss-ec (*Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component*) terdiri dari 5 pertanyaan yang dinilai dengan skala 1-7 tergantung pada berat atau ringannya gejala. Jika skor PANSS-EC (*Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component*) pasien dari awal hingga akhir pengobatan terus menurun maka terapi tersebut dapat dikatakan berhasil (Bruijnzeel et al., 2014)

Sistem penilaian PANSS-EC (*Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component*) menggunakan skala dari 1 (tidak ada) hingga 7 (sangat parah), dengan rentang skor antara 5 hingga 35. Ketika nilai rata-rata mencapai ≥ 20 , ini menunjukkan adanya agitasi akut secara klinis. Jika total skor pengukuran PANSS-EC (*Positive and Negative Syndrome Scale - Excited Component*) menunjukkan rentang 25-35, pasien dapat dianggap memerlukan perawatan di rumah sakit (Yulianti, 2015).