

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan mental merupakan isu global yang semakin mendapatkan perhatian dari berbagai organisasi kesehatan dunia, termasuk WHO. Gangguan kesehatan mental mencakup berbagai kondisi seperti depresi, gangguan kecemasan, dan skizofrenia, yang mempengaruhi jutaan orang di seluruh dunia. Di antara berbagai gangguan mental, skizofrenia menonjol sebagai salah satu yang paling umum dan serius, mempengaruhi sekitar 21 juta orang secara global pada tahun 2016 (Restelli et al., 2020). Skizofrenia adalah gangguan mental kronis yang mempengaruhi cara seseorang berpikir, merasakan, dan berperilaku. Ini sering ditandai dengan delusi, halusinasi, dan gangguan fungsi kognitif seperti masalah dengan memori kerja dan fungsi eksekutif (DiPiro et al., 2023) (Xiong et al., 2022). Selain itu, individu yang mengidap skizofrenia memiliki risiko kematian yang lebih tinggi, terutama akibat bunuh diri, dibandingkan dengan populasi umum (Solmi et al., 2024).

Secara global, terdapat sekitar 12.66 juta kasus insiden skizofrenia pada tahun 2017, dengan beban penyakit yang signifikan diukur dalam tahun hidup yang disesuaikan dengan disabilitas (DALYs) (Xiong et al., 2022). Termasuk di dalamnya negara-negara berkembang seperti India, China dan Indonesia memiliki prevalensi skizofrenia dan gangguan mental lainnya cenderung lebih tinggi dibandingkan dengan negara maju. Hal ini disebabkan oleh berbagai faktor seperti keterbatasan akses ke layanan kesehatan mental, stigma sosial, dan kurangnya sumber daya untuk penanganan yang memadai. Di Indonesia, prevalensi gangguan mental mencapai 13.4%, dengan skizofrenia menjadi salah satu gangguan yang paling umum (Zhang & Chen, 2021). Data dari Riskesdas 2018 menunjukkan peningkatan prevalensi gangguan mental dari 1.7% pada 2013 menjadi 7% pada 2018 (Rahmi., 2020). Beberapa provinsi di Indonesia dengan jumlah kasus tertinggi termasuk Yogyakarta, Aceh, Bali, Jawa Tengah, dan Sulawesi (Saputra, 2016). Data yang diperoleh pada Profil Kesehatan Sulawesi Selatan bahwa penderita gangguan jiwa sebanyak 31,381 jiwa yang terdiri dari 41,52% berjenis kelamin perempuan dan 58,52% jiwa yang berjenis kelamin laki-laki, paling banyak ditemukan di Kota Makassar sebanyak 8,856 jiwa, kemudian Kab. Sidrap 3.701 jiwa dan Kabupaten Wajo sebanyak 2,954 jiwa (Sarmila & Ahmad Ridfah, 2022) dari data tersebut dapat menunjukkan bahwa gangguan mental ini perlu menjadi perhatian dan penanganan khusus.

Pada kondisi akut, pasien skizofrenia umumnya memerlukan perawatan rawat inap untuk mencapai stabilisasi gejala. Dalam pelayanan rawat inap, lama rawat inap atau Length of Stay (LOS) menjadi salah satu indikator penting yang mencerminkan respons klinis pasien serta penggunaan sumber daya pelayanan kesehatan (Aung. 2020) (Imani. 2022). Selain itu, biaya rawat inap juga menggambarkan besarnya beban ekonomi yang ditimbulkan selama proses perawatan. Pemilihan regimen antipsikotik diduga dapat memengaruhi luaran rawat inap melalui pengaruhnya terhadap kecepatan stabilisasi gejala, kesiapan pasien untuk dipulangkan, penanganan efek samping, dan kebutuhan pemantauan lanjutan selama masa perawatan. Pengaruh regimen

antipsikotik terhadap luaran rawat inap tersebut menunjukkan adanya keterkaitan antara aspek klinis dan aspek ekonomi pelayanan kesehatan.

Secara konseptual, hubungan antara pemilihan regimen antipsikotik dan efisiensi biaya dapat dijelaskan melalui jalur klinis-ekonomi. Regimen yang mampu mempercepat stabilisasi klinis berpotensi memperpendek lama rawat inap dan mengurangi penggunaan sumber daya pelayanan sehingga dapat menurunkan total biaya perawatan. Sebaliknya, regimen yang berkaitan dengan keterlambatan perbaikan klinis, munculnya efek samping, atau kebutuhan monitoring yang lebih intensif dapat memperpanjang rawat inap dan meningkatkan biaya pelayanan. Dengan demikian, efisiensi biaya pada perawatan pasien skizofrenia tidak hanya dipengaruhi oleh harga obat, tetapi juga oleh interaksi antara regimen terapi, lama rawat inap, dan penggunaan keseluruhan sumber daya pelayanan kesehatan. Keterkaitan antara efisiensi klinis dan penggunaan biaya tersebut menjadi semakin relevan dalam sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Permasalahan ini menjadi semakin penting dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan yang menerapkan mekanisme pembayaran berbasis paket kasus terstandar (Lesmana. 2025). Dalam sistem tersebut, rumah sakit menerima pembayaran tetap berdasarkan kelompok diagnosis tertentu, sedangkan biaya aktual pelayanan dapat berbeda tergantung lama rawat inap, penggunaan obat, intensitas terapi, dan kebutuhan pelayanan lainnya. Oleh karena itu, rawat inap yang berkepanjangan atau penggunaan terapi yang kurang efisien dapat menyebabkan ketidaksesuaian antara biaya aktual rumah sakit dengan besaran klaim yang diterima, sehingga berpotensi memengaruhi keberlanjutan finansial rumah sakit. Meskipun demikian, penelitian yang mengkaji hubungan antara pemilihan terapi antipsikotik dan efisiensi pelayanan rawat inap masih terbatas.

Sebagian besar penelitian sebelumnya lebih banyak berfokus pada efektivitas masing-masing antipsikotik, biaya obat, atau analisis cost-effectiveness secara umum (Kusdiana. 2015). Penelitian yang secara khusus mengevaluasi hubungan antara pemilihan regimen antipsikotik dengan lama rawat inap, biaya rawat inap, dan efisiensi biaya pada pelayanan psikiatri rawat inap di dunia nyata masih terbatas, terutama dalam konteks sistem pembayaran berbasis kasus di Indonesia. Selain itu, kontribusi faktor sosiodemografi dibandingkan faktor farmakologis terhadap efisiensi pelayanan juga belum banyak diteliti. Untuk memperoleh gambaran yang lebih sesuai dengan praktik klinis nyata, penelitian ini dilakukan pada rumah sakit rujukan psikiatri dengan jumlah pasien rawat inap yang tinggi.

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Makassar yang merupakan salah satu pusat rujukan psikiatri utama di Sulawesi Selatan dengan volume pasien rawat inap yang tinggi dan keterbatasan kapasitas layanan yang cukup sering terjadi. Kondisi tersebut menjadikan RSKD Dadi Makassar sebagai lokasi yang relevan untuk mengevaluasi efisiensi terapi pada pasien skizofrenia episode pertama dalam praktik klinis nyata. Berdasarkan kondisi dan permasalahan tersebut, diperlukan penelitian yang dapat mengevaluasi hubungan antara pemilihan regimen antipsikotik dan luaran rawat inap pasien.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara pemilihan regimen antipsikotik dengan luaran rawat inap, meliputi lama rawat inap (LOS), biaya rawat inap, dan efisiensi biaya pada pasien skizofrenia episode pertama. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan bukti ilmiah yang spesifik sesuai konteks pelayanan di Indonesia guna mendukung penggunaan farmakoterapi yang rasional serta meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan jiwa rawat inap dalam sistem pembiayaan berbasis kasus.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, maka rumusan masalah penelitian yaitu;

1. Bagaimana pengaruh pemilihan regimen pengobatan antipsikotik terhadap lama rawat inap pasien skizofrenia?
2. Bagaimana pengaruh pemilihan regimen antipsikotik terhadap biaya pengobatan pasien skizofrenia?
3. Bagaimana pengaruh pemilihan regimen antipsikotik terhadap efisiensi pengobatan pasien skizofrenia?

1.3 Tujuan Penelitian

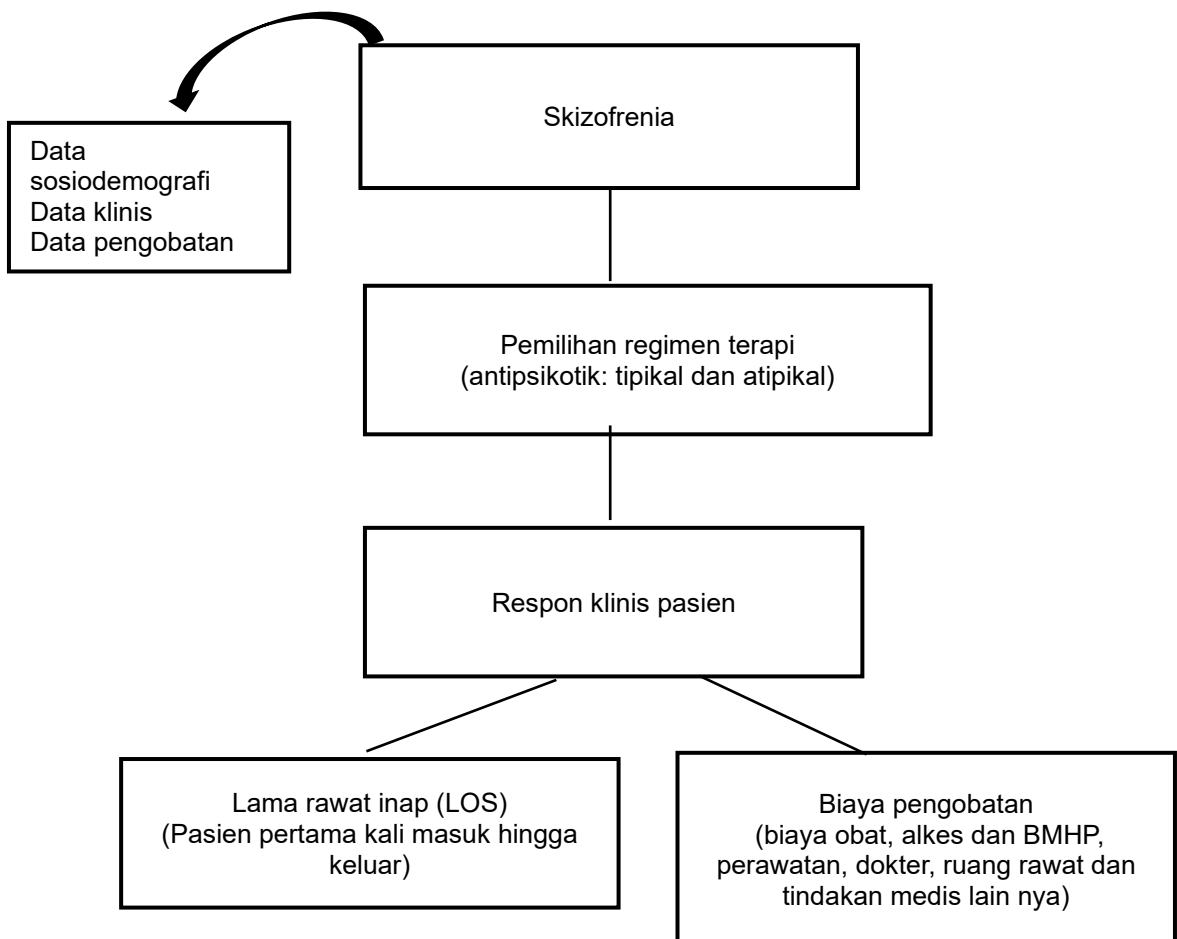
Tujuan dari penelitian ini yaitu:

1. Untuk menganalisis pengaruh pemilihan regimen pengobatan antipsikotik terhadap lama rawat inap pasien skizofrenia.
2. Untuk menganalisis pengaruh pemilihan regimen antipsikotik terhadap biaya pengobatan pasien skizofrenia.
3. Untuk menganalisis pemilihan regimen antipsikotik terhadap efisiensi pengobatan pasien skizofrenia

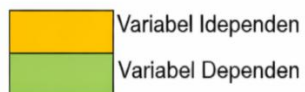
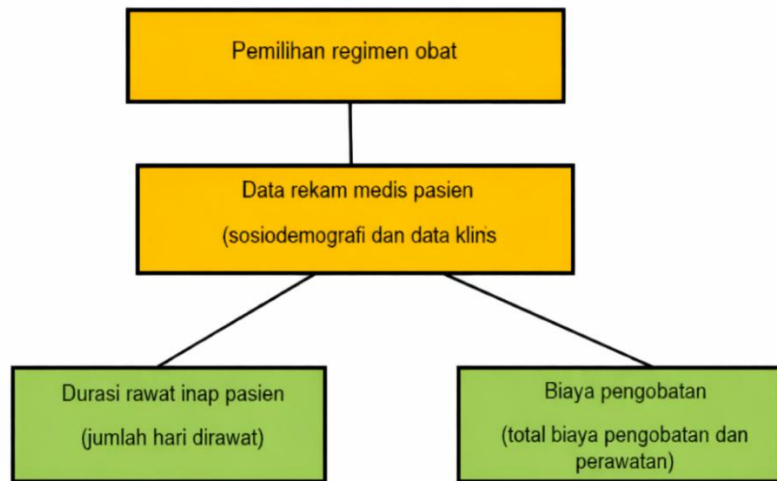
1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini bermanfaat untuk memberikan informasi kepada tenaga medis dan pengambil kebijakan di rumah sakit, khususnya di Makassar, tentang pengaruh pemilihan regimen pengobatan terhadap luaran rawat inap, meliputi lama rawat inap (LOS), biaya rawat inap, dan efisiensi biaya pada pasien skizofrenia episode pertama. Hasilnya diharapkan dapat membantu menentukan terapi yang lebih efisien, mengurangi biaya pengobatan, serta mempercepat pemulihan pasien. Selain itu, penelitian ini juga memberikan wawasan bagi pasien dan keluarga dalam memilih pengobatan yang sesuai dengan kondisi medis dan finansial mereka.

1.5 Kerangka Teori



1.6 Kerangka Konsep



BAB II

METODE PENELITIAN

2.1. Rancangan Penelitian

Penelitian cross-sectional retrospektif ini meneliti hubungan antara regimen terapi antipsikotik dan luaran rawat inap pada pasien dengan episode pertama skizofrenia

2.2. Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Khusus Daerah (RSKD) Dadi Makassar. Pusat rujukan utama psikiatri untuk Provinsi Sulawesi Selatan dan Sulawesi Barat, Indonesia. Rekam medis yang diambil dari periode Januari sampai Juni 2025.

2.3. Populasi Dan Sampel

Populasi penelitian terdiri dari seluruh pasien dewasa dengan diagnosis primer skizofrenia berdasarkan Klasifikasi Penyakit Internasional (ICD-10: F20.x).

2.3.1 Kriteria Inklusi

Pasien dimasukkan dalam penelitian apabila memenuhi kriteria berikut:

- (1) rawat inap psikiatri pertama atau tidak memiliki rawat inap psikiatri sebelumnya yang terdokumentasi dalam sistem rekam medis elektronik rumah sakit sejak sistem tersebut diberlakukan
- (2) usia 18 tahun atau lebih saat masuk;
- (3) menerima farmakoterapi antipsikotik selama rawat inap; dan
- (4) rekam medis lengkap dengan seluruh dokumentasi esensial tersedia untuk ditinjau.

2.3.2 Kriteria Eksklusi

Pasien dikeluarkan apabila memiliki:

- (1) rekam medis tidak lengkap atau elemen data penting yang hilang;
- (2) komorbiditas medis signifikan yang memerlukan perawatan non-psikiatri khusus yang dapat secara independen mempengaruhi lama rawat inap atau biaya pengobatan;
- (3) komorbiditas psikiatri bersamaan yang memerlukan protokol pengobatan berbeda, seperti gangguan penggunaan zat atau gangguan mood mayor;
- (4) status kehamilan atau laktasi saat masuk;
- (5) rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain yang menunjukkan kemungkinan presentasi yang lebih kompleks; atau
- (6) masuk melalui lembaga pelayanan sosial atau prosedur komitmen paksa, yang mungkin melibatkan proses pemulangan yang berbeda.

2.4. Pengumpulan Data

Data penelitian diperoleh melalui tinjauan sistematis terhadap rekam medis elektronik pasien yang dirawat selama periode Januari hingga Juni 2025. Pemilihan periode

penelitian selama enam bulan dilakukan untuk memastikan jumlah sampel yang memadai, sekaligus menjaga kualitas serta konsistensi data yang dikumpulkan. Seluruh prosedur penelitian telah mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etik Penelitian Fakultas Farmasi, Universitas Hasanuddin dengan nomor persetujuan 771/UN4.17.8/KP.06.05/2025. Selain itu, izin administrasi untuk mengakses rekam medis diperoleh dari Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi (RSKD Dadi) Makassar (nomor persetujuan: 000.9.2/38/P. DLK/III/RSKD DADI; tanggal 18 Maret 2025). Semua data pasien dinonimkan sebelum analisis untuk memastikan kerahasiaan. Studi ini menggunakan data sekunder yang diekstraksi dari rekam medis dan tidak melibatkan kontak langsung dengan pasien. Informasi yang diekstraksi meliputi karakteristik sosiodemografis (usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status pekerjaan, dan status perkawinan), informasi klinis (diagnosis primer dan riwayat medis yang relevan), data farmakoterapi (jenis agen antipsikotik, nama generik, dosis, rute pemberian, frekuensi, dan durasi terapi), dan hasil rawat inap, termasuk tanggal masuk dan pulang, lama rawat inap, dan total biaya rawat inap.

Setiap rekam medis dievaluasi berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan sebelumnya. Diperoleh data awal sebanyak 937 rekam medis. Selanjutnya data disaring sehingga memperoleh 307 data rekam medis yang memenuhi seluruh kriteria kelayakan dan selanjutnya dimasukkan dalam analisis akhir.

2.4.1 Perhitungan Sampel

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

Keterangan:

n = total sampel

N = Populasi

E = margin error 5% (0.05)

$$n = \frac{937}{1 + 937(0,05)^2}$$

$$n = \frac{937}{1 + 937(0,0025)}$$

$$n = \frac{937}{1 + 2,3425}$$

$$n = \frac{937}{3,3425}$$

$$n = 280,32$$

Ukuran sampel minimum yang diperlukan dihitung menggunakan rumus Slovin untuk populasi terbatas dengan margin kesalahan 5% adalah 280 pasien, sehingga dari total sampel akhir yang diperoleh yaitu 307 sampel telah memenuhi ukuran sampel (Putra IM. 2023).

2.5. Analisis data

Seluruh proses analisis data dilakukan menggunakan perangkat lunak IBM SPSS versi 26.0. Analisis data dilakukan secara bertahap yang meliputi analisis deskriptif, bivariat, dan multivariat.

Analisis deskriptif dilakukan untuk memberikan gambaran umum mengenai karakteristik pasien, yang meliputi aspek sosiodemografi, lama rawat inap (length of stay/LOS), biaya pengobatan, serta jenis obat antipsikotik yang digunakan. Variabel kategorik disajikan dalam bentuk frekuensi (n) dan persentase (%), sedangkan variabel kontinu terlebih dahulu diuji normalitasnya menggunakan uji Kolmogorov–Smirnov.

Analisis bivariat dilakukan untuk menilai hubungan antara variabel independen, yaitu regimen antipsikotik dan karakteristik sosiodemografi, dengan variabel luaran yang meliputi LOS, biaya pengobatan, dan efisiensi kombinasi LOS-cost. Uji yang digunakan adalah uji chi-square Pearson. Variabel dengan nilai $p < 0,25$ pada analisis bivariat dipertimbangkan untuk dimasukkan ke dalam analisis multivariat guna meminimalkan potensi perancu residual. Namun demikian, variabel dengan nilai $p \geq 0,25$ tetap dapat dimasukkan ke dalam model multivariat apabila dinilai memiliki kepentingan klinis atau substantif.

Analisis multivariat dilakukan menggunakan regresi logistik biner untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan luaran penelitian, dengan mengendalikan variabel perancu sosiodemografi. Model regresi dilakukan secara terpisah untuk masing-masing luaran, yaitu: (1) lama rawat inap (LOS: pendek vs panjang); (2) biaya pengobatan (rendah vs tinggi); dan (3) efisiensi pengobatan (efisien vs tidak efisien). Kualitas model dievaluasi menggunakan uji multikolinearitas melalui Variance Inflation Factor (VIF), dengan nilai $VIF < 5$ menunjukkan tidak adanya multikolinearitas yang bermakna. Hasil analisis disajikan dalam bentuk odds ratio (OR) beserta interval kepercayaan 95% (95% CI). Tingkat signifikansi statistik ditetapkan pada $p < 0,05$ (dua arah), dengan nilai p dilaporkan secara tepat untuk $p \geq 0,001$.

2.6. Definisi operasional

Tabel 1. Definisi operasional

NO	Variabel	Definisi Operasional	Keterangan
1	Regimen terapi antipsikotik	Jenis terapi antipsikotik yang diberikan pada pasien (tipikal, atipikal, atau kombinasi), dosis, bentuk sediaan dan lama pemerian.	Tercatat dalam rekam medis.
2	Kombinasi dua obat antipsikotik	Pemberian dua obat antipsikotik yang berbeda secara bersamaan. Kategori ini mencakup tiga kemungkinan kombinasi: dua obat antipsikotik tipikal, dua obat antipsikotik atipikal, atau satu obat antipsikotik tipikal dikombinasikan dengan satu obat antipsikotik atipikal.	Tercatat dalam rekam medis pasien yang dikategorikan sesuai jenis terapi yang diterima selama mayoritas (>50%) masa rawat inap.
3	Kombinasi lebih dari dua obat antipsikotik	Pemberian tiga obat antipsikotik yang berbeda secara bersamaan dalam kombinasi apa pun dari kelas tipikal dan atipikal. Ini termasuk kombinasi seperti tiga obat atipikal, tiga obat tipikal, dua obat tipikal dengan satu obat atipikal, atau dua obat atipikal dengan satu obat tipikal.	Tercatat dalam rekam medis pasien yang dikategorikan sesuai jenis terapi yang diterima selama mayoritas (>50%) masa rawat inap.
4	Lama rawat inap atau LOS (Length of Stay) (Dependen)	Total lama perawatan pasien secara kontinu dalam satuan hari kalender, dihitung sejak tanggal dan waktu masuk hingga keluar rumah sakit. Penetapan ambang batas 21 hari didasarkan pada beberapa pertimbangan, yaitu kesesuaian dengan pedoman klinis di RS Dadi untuk perawatan skizofrenia tanpa komplikasi, cakupan standar dalam sistem	LOS dikategorikan menjadi dua kelompok, yaitu: LOS pendek (<21 hari) LOS panjang (>21 hari).

		pembiayaan BPJS Kesehatan untuk rawat inap psikiatri, serta penggunaannya sebagai titik potong yang bermakna dalam penelitian sebelumnya di Indonesia (Rachmawaty et al., 2023).	
5	Biaya Pengobatan (Dependen)	Biaya pengobatan total didefinisikan sebagai seluruh biaya medis langsung selama masa rawat inap, dinyatakan dalam Rupiah (IDR), yang mencakup biaya obat (antipsikotik dan terapi tambahan), bahan habis pakai, akomodasi rumah sakit, jasa tenaga kesehatan, prosedur diagnostik, serta layanan penunjang lainnya. Penetapan ambang batas ini mengacu pada tarif paket BPJS Kesehatan untuk rawat inap skizofrenia dalam sistem INA-CBGs sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021, di mana biaya pada atau di bawah ambang batas mencerminkan penggantian yang memadai, sedangkan biaya di atas ambang batas menunjukkan potensi defisit yang harus ditanggung rumah sakit.	Rincian biaya diambil dari bagian farmasi, keuangan, dan kasir RS Biaya perawatan dikategorikan menjadi: biaya rendah & biaya tinggi Biaya rendah yaitu: Lebih kecil dari tarif BPJS ($\leq$ IDR 6.093.100) Biaya tinggi yaitu: Lebih tinggi dari tarif BPJS ($>$ IDR 6.093.100).
6	Sosiodemografi	Data pasien yang terdapat di rekam medis meliputi: usia, jenis kelamin, pencapaian pendidikan, status pekerjaan, dan status perkawinan. Usia dikategorikan sebagai dewasa (<60 tahun) dan lansia (≥ 60 tahun). Jenis kelamin diklasifikasikan sebagai laki-laki atau perempuan. Pencapaian pendidikan dikelompokkan menjadi tiga tingkatan: Rendah (tidak ada pendidikan formal, taman kanak-kanak, sekolah dasar, atau sekolah menengah pertama); Sedang (sekolah menengah atas), dan menengah (diploma, sarjana, atau magister).	Data tercatat dalam rekam medis

		Status pekerjaan dikategorikan sebagai bekerja dan tidak bekerja. Tidak bekerja termasuk kedalam nya: Ibu rumah tangga, bapak rumah tangga, pelajar ataupun pengangguran. Status perkawinan diklasifikasikan sebagai lajang, menikah, atau bercerai.	
7	(ICD-10: F20.x).	Kode diagnosis yang digunakan secara internasional untuk menyatakan bahwa seseorang mengalami skizofrenia beserta jenisnya.	Diagnosa awal yang diberikan oleh dokter yang tercatat dalam rekam medis
8	Efisiensi pengobatan (Los – Cost)	Sebuah indikator gabungan disusun untuk menilai efisiensi biaya rawat inap dengan menggabungkan lama rawat inap (LOS) dan biaya rawat inap, yang mencakup dimensi klinis dan ekonomi dari perawatan rawat inap. LOS dan biaya perawatan umumnya digunakan sebagai indikator pengganti efisiensi rumah sakit (Imani. 2022), karena keduanya mencerminkan intensitas pemanfaatan sumber daya layanan kesehatan selama rawat inap (Rachmawaty et al., 2023). Ukuran gabungan ini digunakan untuk mengidentifikasi kasus-kasus di mana rawat inap yang lebih singkat dan pemanfaatan sumber daya yang lebih rendah terjadi secara bersamaan, yang mencerminkan perawatan rawat inap yang lebih efisien.	Efisiensi pengobatan dibagi ke dalam dua kategori berdasarkan ambang batas yang telah ditentukan sebelumnya untuk LOS dan biaya. Efisien yaitu : LOS yang singkat (≤ 21 hari) dikombinasikan dengan biaya rawat inap yang lebih rendah ($\leq \text{IDR } 6.093.100$); Tidak efisien yaitu : LOS yang lama (> 21 hari) dan/atau biaya rawat inap yang lebih tinggi ($> \text{USD } 393$).