

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan aspek yang sangat penting bagi kesehatan manusia. Dalam Undang-Undang No.23 Tahun 1992 dijelaskan bahwa kesehatan adalah keadaan hidup sejahtera badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang dapat hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Atas dasar definisi kesehatan tersebut, dapat dikatakan bahwa kesehatan jiwa merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan dan unsur utama dalam terwujudnya kualitas hidup manusia yang utuh.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2013 terdapat 4,6% penduduk Indonesia mengalami gangguan jiwa berat dan 11,6% mengalami gangguan jiwa emosional. Untuk daerah Jawa Tengah terdapat 13,9% yang menderita gangguan emosional dan 16,7% yang mengalami gangguan jiwa berat. Prevalensi gangguan jiwa emosional yang dialami masyarakat yang berada di Kabupaten Klaten berkisar 2,3% dan gangguan jiwa berat 4,7% dari jumlah penduduk 1.266.424 (Depkes RI, 2013).

Masalah gangguan jiwa diseluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang sangat serius. Skizofrenia sendiri berasal dari dua kata yaitu “*Skizo*” yang artinya retak atau pecah (*split*), dan “*Frenia*” yang artinya jiwa. Sehingga dapat disimpulkan seseorang yang menderita gangguan jiwa Skizofrenia adalah orang yang mengalami keretakan jiwa atau keretakan kepribadian (*splitting of personality*) (Sertiadi, 2006).

Gangguan skizofrenia umumnya ditandai oleh distorsi pikiran oleh efek yang tidak serasi atau tumpul (Ibrahim, 2005). Skizofrenia dapat menyerang pada pria dan wanita dengan persentase yang hampir sama. Walaupun biasanya nampak pada masa remaja atau awal kedewasaan, pria lebih terlihat dibanding wanita (Davison *et al.*, 2004).

Prognosis untuk skizofrenia pada umumnya kurang begitu menggembirakan. Sekitar 25 persen pasien dapat pulih dari episode awal dan fungsinya dapat kembali pada tingkat premorbid sebelum munculnya gangguan tersebut. Sekitar 25 persen tidak akan pernah pulih dan perjalanan penyakitnya cenderung memburuk. Serta sekitar 50 persen berada diantaranya, ditandai ada kekambuhan periodik untuk waktu yang singkat. Mortalitas pasien skizofrenia lebih tinggi secara signifikan daripada populasi umum. Sering terjadi bunuh diri, gangguan fisik yang menyertai, masalah penglihatan dan gigi, tekanan darah tinggi dan penyakit yang ditularkan secara seksual (Sertiadi, 2006).

Skizofrenia merupakan penyakit gangguan jiwa berat yang biasanya menyerang pasien dewasa dengan kisaran usia 15-35 tahun (Fahrul, *et al.*, 2014). Komorbiditas merupakan masalah terbesar pasien skizofrenia, terjadi pada 50% pasien (Davison *et al.*, 2004). Sebagian besar pasien akan membutuhkan terapi rumatan selama berbulan-bulan atau bahkan bertahun-tahun (Neal, 2005).

Menurut WHO pengobatan dikatakan rasional apabila pasien menerima obat yang sesuai, untuk periode waktu yang tepat dan dengan harga yang terendah (Modul Pengobatan Obat Rasional, 2011). Pengobatan yang tidak rasional seperti tidak tepat indikasi, tidak tepat obat, tidak tepat dosis dan tidak tepat pasien sering kali dijumpai dalam praktek sehari-hari, baik di pusat kesehatan primer (puskesmas), rumah sakit, maupun praktek swasta. Selain itu kurangnya pemahaman dalam pemilihan obat yang tepat dapat menimbulkan kegagalan terapi serta menimbulkan reaksi obat yang tidak diinginkan (Wibowo dan Ghofir, 2001). Dalam hal ini apoteker mempunyai peran utama dalam upaya meningkatkan keselamatan dan efektifitas penggunaan obat agar tidak terjadi hal atau keadaan yang tidak diinginkan dan menimbulkan kegagalan terapi (Depkes RI, 2008).

Penelitian terkait dengan penggunaan antipsikotik pada pasien skizofrenia telah dilakukan sebelumnya oleh Fahrul dkk (2014) di Rumah Sakit Daerah Madani Provinsi Sulawesi Tengah Periode Januari-April 2014 yang menyebutkan bahwa penggunaan obat antipsikotik pada pasien skizofrenia di rumah sakit tersebut didapatkan hasil 100% memenuhi parameter tepat indikasi, 90,4%

memenuhi parameter tepat obat, 87,8% memenuhi parameter tepat pasien, dan 81,6% memenuhi parameter tepat dosis. Dari hasil penelitian terhadap 74 pasien skizofrenia menunjukkan antipsikotik yang paling banyak digunakan di rumah sakit tersebut adalah Haloperidol (43,4%).

Penelitian dilakukan di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah karena rumah sakit tersebut merupakan satu-satunya rumah sakit jiwa di Klaten sehingga menjadi rujukan untuk pasien gangguan kejiwaan. Kasus pasien skizofrenia termasuk kasus terbanyak di rumah sakit tersebut dan semakin meningkat setiap tahunnya, oleh karena itu peneliti berkeinginan untuk melakukan evaluasi tentang penggunaan obat antipsikotik di RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut, maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana gambaran terapi pengobatan antipsikotik pada pasien skizofrenia di instalasi rawat inap RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016?
2. Bagaimana gambaran interaksi obat antipsikotik dengan obat lain di instalasi rawat inap RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016?
3. Apakah terapi pengobatan antipsikotik pada pasien skizofrenia di instalasi rawat inap RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016 sudah tepat indikasi, tepat pasien, tepat obat, dan tepat dosis?

C. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk:

1. Mengetahui gambaran pengobatan antipsikotik yang digunakan pada pasien skizofrenia di instalasi rawat inap RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016.
2. Mengetahui gambaran interaksi obat antipsikotik dengan obat lain di instalasi rawat inap RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016.

3. Mengetahui ketepatan penggunaan obat antipsikotik pada pasien skizofrenia di instalasi rawat inap RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016 ditinjau dari aspek tepat indikasi, tepat obat, tepat pasien, dan tepat dosis.

D. Tinjauan Pustaka

1. Skizofrenia

a. Definisi

Skizofrenia adalah suatu gangguan jiwa berat yang ditandai dengan penurunan atau ketidakmampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi), efek tidak wajar atau tumpul, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) serta mengalami kesukaran melakukan aktifitas sehari-hari (Keliat Anna *et al.*, 2011).

b. Etiologi

Skizofrenia tidak disebabkan oleh penyebab yang tunggal, tetapi dari berbagai faktor. Sebagian besar ilmuwan meyakini bahwa skizofrenia adalah penyakit biologis yang disebabkan oleh faktor-faktor genetik, ketidakseimbangan kimiawi di otak, abnormalitas struktur otak, atau abnormalitas dalam lingkungan prenatal. Berbagai peristiwa stress dalam hidup dapat memberikan kontribusi pada perkembangan skizofrenia pada mereka yang telah memiliki predisposisi pada penyakit ini (Sertiadi, 2006).

Keturunan dapat dipastikan menjadi faktor yang menentukan timbulnya skizofrenia. Hal ini dibuktikan dengan penelitian tentang keluarga penderita skizofrenia dan terutama pada anak-anak kembar satu sel telur (Maramis, 2004).

c. Patofisiologi

Beberapa teori yang menjadi hipotesis patofisiologi skizofrenia adalah perubahan struktural dan fungsional dari system saraf pusat. Perubahan yang bersifat fungsional meliputi kelainan regulasi serotonin, dopamin, dan glutamat. Walaupun teori penggunaan dopamin yang berlebih merupakan salah satu teori lama yang saat ini mulai ditinggalkan,

tetapi dengan penggunaan obat antipsikotik yang menghambat dopamin dapat menurunkan gejala psikis (Higgins and George, 2007).

Berdasarkan penelitian pada struktur dari otak pasien skizofrenia ditemukan adanya beberapa kesamaan pada subjek penelitian, yakni adanya pembesaran ventrikel, penurunan masa abu-abu pada otak, dan pengecilan lobus temporal. Secara fungsional hal ini dapat mempengaruhi patofisiologi dari skizofrenia (Higgins and George, 2007).

d. Gejala

Gejala-gejala skizofrenia adalah sebagai berikut (Keliat Anna, *et al.*, 2011):

1) Gejala positif

a. Waham

Waham adalah keyakinan yang salah, tidak sesuai dengan kenyataan, dipertahankan dan disampaikan berulang-ulang (waham kejar, yaitu percaya bahwa dirinya selalu dikejar-kejar orang; waham curiga, yaitu rasa curiga yang berlebihan; waham kebesaran, yaitu kepercayaan bahwa dirinya adalah orang penting).

b. Halusinasi

Halusinasi adalah gangguan penerimaan pancaindra tanpa ada stimulus eksternal (halusinasi pendengaran, penglihatan, pengecap, penciuman, dan perabaan).

c. Perubahan arus pikir :

(1) Arus pikir terputus: dalam pembicaraan tiba-tiba tidak dapat melanjutkan isi pembicaraan.

(2) Inkoheren: berbicara tidak selaras dengan lawan bicara (bicara kacau).

(3) Neologisme: menggunakan kata-kata yang hanya dimengerti oleh diri sendiri, tetapi tidak dimengerti oleh orang lain.

2) Gejala Negatif

a. Sikap merasa bodoh (*apatis*)

b. Pembicaraan terhenti tiba-tiba (*blocking*)

- c. Menarik diri dari pergaulan sosial (isolasi sosial)
- d. Menurunnya kinerja atau aktivitas sosial sehari-hari

e. Klasifikasi

Skizofrenia diklasifikasikan (Katona *et al.*, 2012):

- 1) Skizofrenia Paranoid
Merupakan skizofrenia paling umum, dimana waham dan halusinasi auditorik jelas terlihat.
- 2) Skizofrenia Katatonik
Gangguan psikomotor yang terlihat menonjol sehingga seringkali muncul bergantian antara imobilitas motorik (contohnya stupor) dan aktivitas berlebihan (kegembiraan), menirukan pembicaraan, serta menirukan gerakan. Biasanya lebih jarang ditemui.
- 3) Skizofrenia Hebefrenik (Tak Terorganisasi)
Onsetnya dini dan memiliki progress yang buruk. Perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tidak dapat ditebak, mood yang tidak stabil, dan efek tidak wajar.
- 4) Skizofrenia Residual (Kronis)
Akibat adanya penyakit skizofrenia sebelumnya, namun ada penyakit sekarang yang didominasi gejala negatif dan seringkali kognitif.
- 5) Skizofrenia Tak Terinci (Simpleks)
Tidak umum dijumpai. Gejala negatif berkembang tanpa didahului gejala psikotik yang jelas.

2. Penatalaksanaan Skizofrenia

Tujuan utama dari terapi skizofrenia adalah mengembalikan fungsi normal pasien dan mencegah kekambuhan penyakitnya. Tidak ada pengobatan yang spesifik untuk masing-masing subtype skizofrenia. Pengobatan hanya dibedakan berdasarkan gejala apa yang menonjol pada pasien. Terapi yang bisa dilakukan pada penderita skizofrenia meliputi terapi farmakologi dan non farmakologi.

a. Terapi Farmakologi

Ada tiga fase pengobatan dan pemulihan skizofrenia (Ikawati, 2011):

1) Terapi fase akut

Pada fase ini pasien menunjukkan gejala psikotik yang intensif. Biasanya pada fase ini ditandai dengan munculnya gejala positif dan negatif. Pengobatan pada fase ini bertujuan untuk mengendalikan gejala psikotik sehingga tidak membahayakan terhadap diri sendiri maupun orang lain. Terapi utamanya adalah dengan menggunakan obat dan biasanya dibutuhkan rawat inap. Pemilihan antipsikotik yang benar dan dosis yang tepat dapat mengurangi gejala psikotik dalam waktu enam minggu.

2) Terapi fase stabilisasi

Pada fase ini pasien masih mengalami gejala psikotik dengan intensitas yang lebih ringan. Pada fase ini pasien masih memiliki kemungkinan yang besar untuk kambuh sehingga butuh pengobatan yang rutin untuk menuju ke tahap pemulihan yang lebih stabil.

3) Terapi fase pemeliharaan

Pada fase ini dilakukan terapi jangka panjang dengan harapan dapat mempertahankan kesembuhan, mengontrol gejala, mengurangi risiko kekambuhan, mengurangi durasi rawat inap, dan mengajarkan keterampilan untuk hidup mandiri. Terapinya meliputi obat-obatan, terapi suportif, pendidikan keluarga dan konseling, serta rehabilitasi pekerjaan dan sosial.

Secara umum, terapi penderita skizofrenia dibagi menjadi tiga tahap yakni terapi akut, terapi stabilisasi dan terapi pemeliharaan. Terapi akut dilakukan pada tujuh hari pertama dengan tujuan mengurangi agitasi, agresi, ansietas, dan lain-lain. Benzodiazepin biasanya digunakan dalam terapi akut. Penggunaan benzodiazepin akan mengurangi dosis penggunaan obat antipsikotik. Terapi stabilisasi dimulai pada minggu kedua atau ketiga. Terapi stabilisasi bertujuan

untuk meningkatkan sosialisasi serta perbaikan kebiasaan dan perasaan. Pengobatan pada tahap ini dilakukan dengan obat-obat antipsikotik. Terapi pemeliharaan bertujuan untuk mencegah kekambuhan. Dosis pada terapi pemeliharaan dapat diberikan setengah dosis akut. Klorzapin merupakan antipsikotik yang hanya digunakan apabila pasien mengalami resistensi terhadap antipsikotik yang lain (Dipiro, 2008).

Antipsikotik dapat dibedakan menjadi 2, yaitu :

a. Antipsikotik tipikal (FGA)

Antipsikotik tipikal merupakan antipsikotik generasi lama yang mempunyai aksi untuk mengeblok reseptor dopamin D2. Antipsikotik jenis ini lebih efektif untuk mengatasi gejala positif yang muncul. Efek samping ekstrapiramidal banyak ditemukan pada penggunaan antipsikotik tipikal sehingga muncul antipsikotik atipikal yang lebih aman. Contoh obat-obatan yang termasuk dalam antipsikotik tipikal diantaranya adalah klorpromazin, tiorizadin, flufenazin, haloperidol, loxapin, dan perfenazin (Ikawati, 2011).

b. Antipsikotik atipikal (SGA)

Antipsikotik atipikal adalah generasi baru yang banyak muncul pada tahun 1990an. Aksi obat ini yaitu menghambat reseptor 5-HT₂ dan memiliki efek blokade pada reseptor dopamin yang rendah. Antipsikotik atipikal merupakan pilihan pertama dalam terapi skizofrenia karena efek sampingnya yang cenderung lebih kecil jika dibandingkan dengan antipsikotik tipikal. Antipsikotik atipikal menunjukkan penurunan dari munculnya efek samping karena penggunaan obat Universitas Sumatera Utara dan masih efektif diberikan untuk pasien yang telah resisten terhadap pengobatan. Antipsikotik ini efektif untuk mengatasi gejala baik positif maupun negatif. Contoh obat yang termasuk antipsikotik atipikal adalah klorzapin, risperidon, olanzapin, ziprasidon, dan quetiapin (Ikawati, 2011).

Penatalaksanaan Skizofrenia menurut Panduan Praktis Klinis Bagi Dokter Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer Tahun 2014

a. Diberikan obat antipsikotik

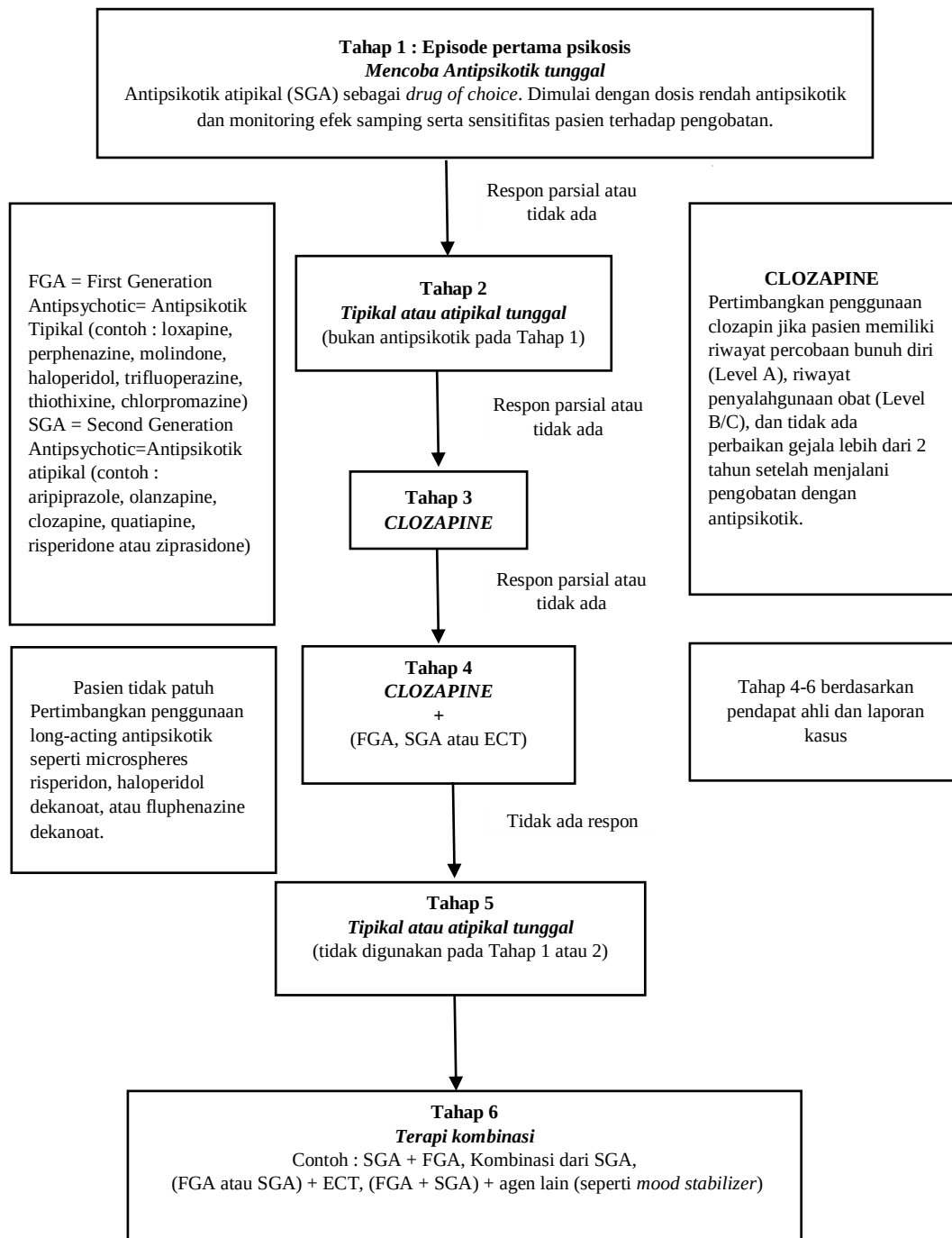
Haloperidol 2-3 x 2-5mg/hari atau Risperidon 2 x 1-3mg/hari atau Klorpromazin 2-3 x 100-200 mg/hari.

Untuk mengurangi agitasi dan memberikan efek sedasi dapat digabungkan dengan benzodiazepin (contoh: diazepam 2-3 x 5 mg/hari, lorazepam 1-3 x 1-2 mg/hari).

b. Intervensi sementara untuk gaduh gelisah dapat diberikan injeksi haloperidol 5mg, dapat diulangi dalam 30 menit – 1 jam. Dosis maksimal injeksi haloperidol 30 mg/hari. Atau dapat juga diberikan injeksi klorpromazin 2-3 x 50 mg/hari. Untuk pemberian haloperidol dapat diberikan tambahan injeksi diazepam untuk mengurangi dosis antipsikotiknya dan menambah efektifitas terapi.

c. Untuk pasien psikotik kronis yang tidak taat berobat, dapat dipertimbangkan untuk pemberian injeksi depo (jangka panjang) antipsikotik seperti haloperidol deonas 50 mg atau fluphenazine deonas 25 mg. Berikan injeksi I.M ½ ampul terlebih dahulu untuk 2 minggu, selanjutnya injeksi 1 ampul untuk 1 bulan. Obat oral jangan diberhentikan dahulu selama 1-2 bulan, sambil dimonitor efek samping, lalu obat oral dapat diturunkan perlahan.

d. Jika timbul efek samping ekstrapiramidal seperti tremor, kekakuan, akinesia, dapat diberikan triheksifenidyl 2-4 x 2 mg. Jika timbul distonia akut berikan injeksi diazepam atau difenhidramin, jika timbul akatisia (gelisah, mondar-mandir tak bisa berhenti bukan akibat gejala) turunkan dosis antipsikotik dan berikan *beta-blocker*, propranolol 2-3 x 10-20mg.



Gambar 1. Algoritma terapi Skizofrenia (Dipiro, 2008)

b. Terapi Non Farmakologi

Terapi non farmakologi pada penderita skizofrenia meliputi pendekatan psikososial dan ECT (*Electro Convulsive Therapy*). Peningkatan kualitas hidup dan kesembuhan pasien skizofrenia akan lebih baik jika diberikan juga terapi non farmakologi disamping terapi obat. Kombinasi kedua terapi ini akan mampu memberikan manfaat yang banyak bagi pasien. Pendekatan psikososial bertujuan untuk memberikan dukungan emosional kepada pasien sehingga pasien mampu meningkatkan fungsi sosial dan pekerjaannya dengan lebih baik. Ada beberapa jenis pendekatan psikososial yang biasa dilakukan pada pasien skizofrenia, diantaranya yaitu *Program for Assertive Community Treatment (PACT)*, intervensi keluarga, terapi perilaku kognitif (*cognitive behavioural therapy*), dan pelatihan keterampilan sosial (Ikawati, 2011).

Selain pendekatan psikososial, ada juga terapi non farmakologi menggunakan ECT (*Electro Convulsive Therapy*). Penggunaan ECT yang dikombinasi dengan obat-obatan antipsikotik bisa dijadikan pilihan terapi bagi pasien yang menginginkan perbaikan umum dan pengurangan gejala dengan cara yang cepat (Tharyan, 2005).

3. Interaksi Obat

Interaksi obat adalah modifikasi efek suatu obat akibat obat lain yang diberikan bersamaan sehingga keefektifan atau toksisitas satu obat atau lebih dapat berubah. Tetapi interaksi bisa saja terjadi antara obat dengan makanan, obat dengan mikronutrien, dan obat injeksi dengan kandungan infus (Stockley, 2008).

a. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Interaksi Obat

Efek keparahan interaksi obat dapat sangat bervariasi antara pasien yang satu dengan pasien yang lainnya. Berbagai faktor dapat mempengaruhi kerentanan pasien terhadap interaksi obat antara lain:

1) Faktor Usia

Saat usia kita bertambah tubuh kita akan memberikan reaksi yang berbeda terhadap obat-obatan. Distribusi obat-obatan yang larut

dalam lipid (obat-obatan yang larut dalam lemak) mengalami perubahan yang jelas, dimana wanita usia lanjut memiliki jaringan lemak 33% lebih banyak dibandingkan wanita yang lebih muda, sehingga terjadi akumulasi obat. Usia juga mempengaruhi metabolisme dan klirens obat akibat perubahan yang terjadi pada hati dan ginjal. Saat tubuh semakin tua maka aliran darah melalui hati berkurang dan klirens beberapa obat dapat terhambat sekitar 30-40%. Sehingga memastikan terapi obat pada pasien usia lanjut merupakan hal terpenting (Syamsudin, 2011).

2) Faktor Polifarmasi

Dewasa ini upaya pengobatan dengan menggunakan lebih dari satu macam obat (polifarmasi) sering dijumpai. Tujuan dari polifarmasi ini tidak lain adalah untuk mencapai efek terapi yang optimum mengurangi efek samping, menghambat timbulnya resistensi, dan mencegah kemungkinan adanya efek toksik yang disebabkan oleh substansi zat.

Istilah ini mengandung konotasi yang berlebihan tidak diperlukan dan sebagian besar dapat dihilangkan tanpa mempengaruhi *outcome* penderita dalam hasil pengobatannya. Bila semua obat memang dibutuhkan hal ini tidak digolongkan polifarmasi walaupun berbeda antara memakai banyak obat bersamaan (*multiple medication*) dan polifarmasi tidak selalu jelas (Syamsudin, 2011).

3) Faktor Penyakit

Kadang-kadang obat-obatan yang bermanfaat untuk satu penyakit bisa berbahaya untuk penyakit lain misalnya beta-bloker yang digunakan untuk penyakit jantung atau hipertensi, tetapi dapat memperburuk pasien asma dan mempersulit penderita diabetes untuk mengetahui ketika gula darah mereka terlalu rendah (Syamsudin, 2011).

4) Faktor Genetik

Perbedaan faktor genetik (turunan) individu, mempengaruhi apa yang dilakukan tubuh terhadap suatu obat dan apa yang dilakukan obat terhadap tubuh. Karena faktor genetika sebagian orang memproses (metabolisme) obat secara lambat akibatnya suatu obat bisa berakumulasi lama di dalam tubuh sehingga menyebabkan toksisitas. Sebaliknya sebagian individu memetabolisme obat begitu cepat sehingga setelah subyek menggunakan obat seperti biasa kadar obat di dalam darah tidak pernah mencapai angka yang cukup sampai obat dapat bekerja secara efektif (Syamsudin, 2011).

b. Level Signifikansi Interaksi Obat

Saat mengevaluasi penilaian interaksi obat, perhatian utama terletak pada relevansi klinis dan signifikansi interaksi. Signifikansi berkaitan dengan tipe dan besarnya efek dan kebutuhan monitoring pada pasien atau pencegahannya. Berikut adalah level signifikansi obat (Stockley I.H, 2008):

1) Minor

Interaksi dikatakan minor apabila kemungkinan potensial interaksi yang terjadi kecil dan efek samping dari interaksi tersebut tidak menimbulkan perubahan status klinis pada pasien.

2) Signifikan (Moderate)

Interaksi dikatakan signifikan apabila efek samping dari interaksi tersebut dapat menyebabkan perubahan status klinis pada pasien.

3) Serius (Major)

Interaksi dikatakan serius apabila probabilitas kejadian potensial interaksi tinggi dan efek samping interaksi yang terjadi dapat membahayakan pasien.

c. Interaksi Obat Antipsikotik

Pemberian obat antipsikotik secara bersamaan baik dengan sesama obat antipsikotik atau obat lainnya akan berpotensi menyebabkan

interaksi. Interaksi yang terjadi sangatlah kompleks, karena cenderung mempunyai interaksi yang lebih merugikan dari obat lain. Interaksi berbahaya secara signifikan dapat terjadi bila suatu antipsikotik golongan atipikal diberikan bersamaan dengan suatu antikolinergik (Sun *et al.*, 2013). Haloperidol dan clozapin adalah contoh antipsikotik golongan tipikal dan atipikal yang sering digunakan untuk mengidentifikasi adanya interaksi obat. Penggunaan keduanya dapat menyebabkan *neuroleptic malignant syndrome* (Miyamoto *et al.*, 2005).

Peningkatan pemberian jumlah obat antipsikotik pada skizofrenia akan berdampak negatif dimana onset sindrom serotonin akan mengalami peningkatan, yang akan menyebabkan memburuknya gejala skizofrenia (Miyamoto *et al.*, 2005).

Sindrom Serotonin yang juga dikenal sebagai hyperserotonemia atau sindrom serotoninergik, merupakan kondisi yang berpotensi mengancam jiwa dimana terdapat kelebihan serotonin dalam sistem saraf pusat. Sindrom serotonin dapat disebabkan oleh penggunaan serotoninergik dosis tinggi, dan kombinasi lebih dari satu obat serotoninergik. Gejalanya dapat berupa seperti: efek kognitif (kebingungan mental, agitasi, sakit kepala); efek otonom (menggigil, berkeringat, demam, hipertensi, takikardia, mual, diare); efek somatik (*myoclonus/clonus*, hiperrefleksia, tremor). Akibatnya pada kondisi yang buruk sindrom serotonin dapat menyebabkan penderitanya mengalami koma dan penurunan kesadaran. Pencegahan yang dapat dilakukan dengan penghentian penggunaan obat yang bersifat antagonis (Walsh, 2010).

E. Landasan Teori

Penelitian Yulia dkk (2013) di Rumah Sakit Prof. Dr. V. L Ratumbuang Manado periode Januari 2013-Maret 2013 didapatkan bahwa kategori pengobatan yang paling banyak digunakan adalah pengobatan antipsikotik tipikal (41,5%). Terapi tunggal antipsikotik yang paling banyak digunakan adalah risperidon (21,1%) dan terapi kombinasi yang paling banyak digunakan adalah haloperidol dan klopromazin (23,2%).

Penelitian tentang penggunaan antipsikotik juga dilakukan oleh Fahrul dkk (2014) di Instalasi rawat inap jiwa RSD Madani Provinsi Sulawesi Tengah periode Januari 2014-April 2014. Hasil dari penelitian terhadap 74 pasien skizofrenia didapatkan gambaran penggunaan antipsikotik 100% memenuhi parameter tepat indikasi, 90,4% memenuhi parameter tepat obat, 87,8% memenuhi parameter tepat pasien, dan 81,6% memenuhi parameter tepat dosis. Dengan kategori pengobatan yang paling banyak digunakan adalah pengobatan antipsikotik tipikal (78%).

F. Keterangan Empiris

Dari penelitian ini diharapkan dapat memperoleh data penggunaan antipsikotik yang tepat dalam penatalaksanaan skizofrenia di instalasi rawat inap RSJD Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah Tahun 2016.