

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Skizofrenia adalah penyakit mental yang berdampak besar pada individu yang terkena, keluarga, dan masyarakat. Individu yang terkena skizofrenia menunjukkan berbagai masalah dengan kemampuan mereka untuk melihat, mendengar, dan memproses informasi dari dunia di sekitar mereka (persepsi). Hubungan sosial sering kali terganggu oleh penarikan diri individu dan ketidakmampuan untuk berkomunikasi, bersama dengan perilaku mengganggu. Karena kelainan ini sangat parah dan umum, skizofrenia sekarang dipandang sebagai masalah kesehatan masyarakat yang utama. (Ming, *et al.*, 2019). Skizofrenia merupakan gangguan psikotik yang paling sering. Kejadian skizofrenia pada pria lebih besar dari pada wanita. Angka kejadian di masyarakat berkisar 1-2% dari seluruh penduduk pernah mengalami skizofrenia dalam hidup mereka (Zahnia dan Sumekar, 2016).

Gangguan skizofrenia adalah gangguan jiwa yang ditandai dengan adanya distorsi realita, disorganisasi, dan kemiskinan psikomotor (PDSKJI, 2011). Gejala yang terjadi pada skizofrenia adalah delusi, halusinasi, ucapan tidak teratur (misalnya, sering keluar jalur atau tidak koheren), perilaku katatonik atau sangat tidak teratur, gejala negatif (yaitu berkurangnya ekspresi emosional atau penghinaan) (DSM-5, 2013). Gejala skizofrenia biasanya muncul pada usia remaja akhir atau dewasa muda. Onset pada laki-laki biasanya antara 15-25 tahun dan pada perempuan antara 25-35 tahun. Prognosis biasanya lebih buruk pada laki-laki bila dibandingkan dengan perempuan. Onset setelah umur 40 tahun jarang terjadi (Zahnia dan Sumekar, 2016). Skizofrenia adalah gangguan yang berlangsung selama minimal 6 bulan dan mencakup setidaknya 1 bulan gejala fase aktif (DSM-5, 2013).

Diperkirakan 7 hingga 8 individu di antara 1.000 orang akan mengalami skizofrenia pada suatu waktu dalam hidupnya (NIMH, 2018).

Menurut *World Health Organization* skizofrenia adalah gangguan mental kronis dan parah yang mempengaruhi 20 juta orang di seluruh dunia, lebih dari 69% orang dengan skizofrenia tidak menerima perawatan yang tepat. Sembilan puluh persen orang dengan skizofrenia yang tidak diobati tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Kurangnya akses ke layanan kesehatan mental merupakan masalah penting. Selain itu, orang dengan skizofrenia cenderung tidak mencari perawatan dibandingkan populasi umum (WHO, 2019) Riset kesehatan dasar 2018 menunjukkan prevalensi orang mengalami skizofrenia di Indonesia sebanyak 6,7 per 1000 rumah tangga dengan penyebaran tertinggi berada di Bali sebanyak 11,1 per 1000 rumah tangga, sementara di Jawa timur sebanyak 6,4 per 1000 rumah tangga (Kemenkes, 2018).

Terdapat beberapa faktor yang dapat menyebabkan kejadian skizofrenia, faktor pertama adalah keturunan bahwa semakin dekat relasi seseorang dengan pasien skizofrenia maka semakin besar risiko seseorang tersebut mengalami skizofrenia, faktor kedua adalah stresor psikososial bahwa setiap keadaan yang menimbulkan perubahan hidup seseorang sehingga memaksa untuk melakukan penyesuaian diri, faktor ketiga adalah pendidikan bahwa tingkat pendidikan yang rendah dapat berakibat pada stres yang dapat menjadi faktor terjadinya skizofrenia. Faktor keempat adalah pekerjaan bahwa masalah pekerjaan dapat merupakan sumber stres yang bila tidak di atasi dapat memicu skizofrenia (Handayani *et al.*, 2015).

Perawatan medis utama untuk skizofrenia adalah psikofarmakologi. Di masa lalu, terapi *electroconvulsive*, dan psikosurgeri digunakan, tetapi sejak penciptaan chlorpromazine (Thorazine) pada tahun 1952, modalitas pengobatan lain telah menjadi usang (Videbek, 2011). Psikofarmakologi

terdiri dari beberapa kategori di antaranya antiansietas, antidepresan, penstabil mood, antipsikotik, antiparkinson, stimulan (Townsend, 2009). Agar penderita tetap dapat berfungsi dan bekerja sederhana maka dapat diberikan pengobatan dan bimbingan. Pengobatan yang digunakan untuk mengendalikan gejala aktif dari gangguan skizofrenia adalah obat antipsikotik (Maramis, 2009). Pemberian terapi antipsikotik yang tepat untuk mengatasi gejala skizofrenia akan berpengaruh terhadap kualitas hidup pasien penderita skizofrenia (Hendra, 2020). Respon terapi pengobatan pasien dengan gangguan skizofrenia hanya dapat dilihat dari perbaikan gejala dan penurunan tingkat keparahan pasien yang dapat diukur melalui diagnosis dokter berdasarkan instrumen pengukuran seperti *The Positive and Negative Syndrome Scale-Excited Component (PANSS-EC)* (Purwandityo *et al.*, 2018).

Indikasi pemberian obat antipsikotik pada skizofrenia adalah yang pertama untuk mengendalikan gejala aktif dan kedua mencegah kekambuhan (Maramis, 2009). Obat antipsikotik dapat didefinisikan sebagai obat yang efektif dalam perawatan gangguan psikiatrik terutama skizofrenia. Klasifikasi obat antipsikotik berbasis properti yang paling banyak digunakan membagi mereka menjadi obat tipikal dan atipikal. Definisi tersempit yang membedakan obat tipikal dari obat atipikal berkaitan dengan kemampuannya untuk menginduksi efek samping ekstrapiramidal. Semua obat sebelumnya, seperti chlorpromazine, fluphenazin, thiothixene, dan haloperidol, ditemukan memiliki kecenderungan kuat untuk menghasilkan efek samping ekstrapiramidal, yang menyebabkan obat-obat tersebut disebut sebagai neuroleptik (Michael, 2000). Sindrom ekstrapiramidal menyebabkan penurunan kognitif terutama dalam berkonsentrasi dan memproses atau mengolah informasi (Tanaka *et al.*, 2012). Obat antipsikotik tipikal memiliki reputasi yang baik sehubungan dengan kemanjurannya dalam mengobati gejala 'positif' skizofrenia (misalnya delusi dan halusinasi) (Saha *et al.*, 2016).

Namun, gejala negatif seperti gangguan kognitif, penarikan diri dari sosial, dan sikap apatis emosional kurang dipengaruhi oleh obat-obatan neuroleptik (Neal, 2016). Penggunaan jangka panjang dari obat antipsikotik tipikal dapat mengarah pada kondisi yang disebut diskinesia tardif (*tardive dyskinesia* - TD). TD dapat menyebabkan gerakan-gerakan otot yang tidak dapat dikendalikan oleh orang yang mengalaminya. Gerakan-gerakan itu pada umumnya terjadi di area sekitar mulut (NIMH, 2018). Obat antipsikotik atipikal seperti risperidon dan clozapin bisa menjadi pengobatan lini pertama pada pasien skizofrenia, karena obat tersebut memiliki efek samping lebih ringan pada gangguan ekstrapiramidal, hiperprolaktinemia dan disfungsi seksual. Namun, pada pemakaian antipsikotik atipikal yang merupakan antagonis dari reseptor 5-HT_{2C} dan histamin H₁ akan menginduksi sindroma metabolik seperti kenaikan berat badan, obesitas sentral, hipertensi dan hiperglikemia (Chaula & Mamfaluti, 2017).

Chlorpromazine adalah fenotiazine pertama yang digunakan dalam skizofrenia (Neal, 2016). Chlorpromazine berhasil digunakan dalam pengobatan psikosis oleh Delay dan Deniker pada tahun 1952 sehingga mengubah wajah skizofrenia selamanya. Dengan pengobatan chlorpromazine, pasien yang dilembagakan secara kronis kemudian dapat mencapai pemulihan yang cukup untuk menerima pengobatan rawat jalan dan hidup dalam komunitas. Dengan demikian, chlorpromazine membuka jalan bagi gerakan deinstitutionalisasi (Rothschild, 2010). Chlorpromazine termasuk dalam kategori antipsikotik atau neuroleptik khas, juga dikenal sebagai antipsikotik generasi pertama (FGA). Chlorpromazine menghasilkan efek antipsikotiknya dari blokade pasca-sinaptik di reseptor D₂ di jalur mesolimbik (Sukhmanjeet, 2020). Dengan memblokir reseptor D₂ itu juga dapat menyebabkan efek samping ekstrapiramidal (EPS). Efek samping lainnya termasuk mulut kering, penglihatan kabur, kegelisahan, sedasi,

sindrom neuroleptik maligna (Saha *et al.*, 2016). Untuk mengatasi EPS dapat diberikan obat antikolinergik, misalnya sulfas atropin, triheksifenidil, dan difenhidramin. Antikolinergik adalah sekelompok obat yang menghambat kerja neurotransmitter asetilkolin terutama reseptor-reseptor muskarin yang terdapat di SSP dan organ perifer (Zulkifli dan Febriyana, 2017). Untuk memperkuat khasiat antipsikotik dalam mengatasi gejala positif dan efek sedatif chlorpromazine dapat dikombinasikan dengan antipsikotik lain seperti chlorpromazine + haloperidol (Maylani *et al.*, 2018).

Berdasarkan latar belakang ini maka peneliti tertarik untuk mengetahui penggunaan chlorpromazine pada pasien skizofrenia, terutama dalam hal dosis pemakaian, frekuensi pemberian, durasi pengobatan yang dihasilkan pada penggunaan antipsikotik chlorpromazine pasien skizofrenia melalui review jurnal.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah di atas, dapat diajukan permasalahan sebagai berikut: Bagaimana pola penggunaan antipsikotik chlorpromazine pada pasien skizofrenia?

1.3 Tujuan Penelitian

1. Mengetahui pola penggunaan chlorpromazine pada kasus pasien skizofrenia berdasarkan kesesuaian dosis, frekuensi pemberian, dan durasi pengobatan.

1.4 Manfaat penelitian

1. Hasil penelitian yang dihasilkan dapat digunakan untuk pertimbangan penggunaan terapi obat chlorpromazine berikutnya

2. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi bagi praktisi lain serta bisa digunakan acuan untuk pengembangan penelitian chlorpromazine selanjutnya.