

MANAJEMEN PSIKOFARMAKOLOGI UNTUK KESEHATAN MENTAL

Puput Mulyono^{1*}, Singgih Purnomo²

¹Ilmu Kesehatan, Universitas Duta Bangsa Surakarta

²Hukum dan Bisnis, Universitas Duta Bangsa Surakarta

Article Info

Article History

Submitted: 26th
January 2026

Final Revised: 11th
February 2026

Accepted: 12th
February 2026

Abstract

Background: Treatment of mental illness with pharmacotherapy is closely monitored in clinical centers. While in most developed countries, this practice is well established.. **Objective:** The purpose of this study was to analyze and investigate the handling of mentally ill patients at the Mental Health Center. **Method:** This research methodology uses simple quantitative methods to identify and evaluate prescription quantity and distribution. **Result:** Of the described drug therapies, while disorders were categorized according to the International Classification of Diseases-10R. According to the clinic, there were no significant changes in the route of drug administration ($p > 0.11$). Almost, two-thirds of the prescribed drugs were essential (66.1%). Considering the therapeutic drug classes, more than half were antipsychotics (53.2%), while the percentages of 17.2% and 13.8% were anticholinergic drugs and anxiolytics/hypnotics. These drug classes were 84.2% of the total drugs used **Conclusion:** Conclusions on the use of effective drugs with low safety such as clozapine. The implementation of drug prescribing practices needs to be considered by stakeholders, for future strategies in the selection and provision of psychopharmacology.

Keywords: management, psychology, psychopharmacology



This is an open access article
under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) license

Copyright © 2026 by Author,
Published by Universitas
Muhammadiyah Gresik

Abstrak

Latar Belakang: Pengobatan penyakit mental dengan farmakoterapi dipantau secara ketat di pusat-pusat klinis. Sementara di sebagian besar negara maju, praktik ini sudah mapan. **Tujuan:** Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis dan menyelidiki penanganan pasien gangguan jiwa di Pusat Kesehatan Mental. **Hasil:** Dari terapi obat yang dijelaskan, sementara gangguan dikategorikan menurut Klasifikasi Penyakit Internasional-10R. Menurut klinik, tidak ada perubahan signifikan dalam rute pemberian obat ($p > 0,11$). Hampir, dua pertiga dari obat yang diresepkan adalah esensial (66,1%). Mempertimbangkan kelas obat terapeutik, lebih dari setengahnya adalah antipsikotik (53,2%), sedangkan persentase 17,2% dan 13,8% adalah obat antikolinergik dan ansiolitik/hipnotik. Kelas obat ini adalah 84,2% dari keseluruhan obat yang digunakan. **Kesimpulan:** Kesimpulan penggunaan obat-obatan yang efektif dengan keamanan yang rendah seperti clozapine. Penerapan praktik peresepan obat perlu dipertimbangkan oleh para pemangku kepentingan, untuk strategi masa depan dalam pemilihan dan penyediaan psikofarmakologi.

Kata kunci: manajemen, psikologi, psikofarmakologi

*email : puput_mulyono@udb.ac.id
Program Studi Ilmu Kesehatan
Universitas Duta Bangsa Surakarta

PENDAHULUAN

Psikofarmakologi mengacu pada penggunaan obat dalam mengobati kondisi kesehatan mental. Obat-obatan dapat berperan dalam memperbaiki sebagian besar kondisi kesehatan mental. Beberapa pasien diobati dengan obat saja, sementara yang lain diobati dengan kombinasi terapi atau perawatan lainnya. Secara umum, penelitian menunjukkan bahwa perawatan yang paling efektif untuk sebagian besar kondisi kesehatan mental melibatkan kombinasi obat dan psikoterapi. Beberapa kondisi memerlukan penggunaan beberapa obat. Seorang psikiater harus dilibatkan ketika beberapa obat psikiatri diresepkan atau ketika obat memerlukan pemantauan.

Obat sering kali direkomendasikan ketika gejala sedang hingga parah atau gejala tidak membaik dengan terapi saja. Kadang-kadang, terapis akan merekomendasikan konsultasi dengan psikiater berdasarkan penilaian klinis mereka. Siapa pun yang ingin mengetahui apakah obat dapat membantu dapat bertemu dengan psikiater untuk evaluasi dan diskusi tentang peran apa yang dapat dimainkan oleh obat dalam pengobatan mereka. Obat-obatan psikiatri hanya dapat diresepkan oleh tenaga medis profesional berlisensi seperti psikiater atau praktisi perawat.

Dalam beberapa kasus, obat psikiatri dapat digunakan untuk meredakan gejala jangka pendek. Dalam kasus lain, obat-obatan mungkin terbukti bermanfaat untuk jangka waktu yang lebih lama. Penggunaan obat dapat berkisar dari beberapa minggu atau bulan hingga beberapa tahun, tergantung pada apa yang diyakini oleh psikiater dan pasien sebagai cara yang paling efektif untuk mengobati kondisi kesehatan mental. Keputusan untuk memulai atau menghentikan pengobatan sebaiknya dibuat melalui kerja sama dengan psikiater yang merawat. Pasien dan penyedia layanan kesehatan bekerja sama untuk menimbang manfaat obat terhadap risiko atau efek samping yang mungkin ditimbulkannya.

Secara umum, prevalensi gangguan mental dan perilaku adalah 12%, dengan hanya sebagian kecil pasien yang menerima perawatan yang tepat. Kelompok penyakit ini meliputi gangguan depresi, gangguan afektif, skizofrenia, epilepsi, demensia, gangguan stres pascatrauma, gangguan obsesif-kompulsif, gangguan panik, dan insomnia primer. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) berdasarkan bukti efektivitas perawatan penyakit mental telah menyimpulkan bahwa kombinasi pendekatan psikososial dan farmakologis telah memberikan hasil terbaik (Jhon, 2022).

Dalam skala global, hanya sebagian kecil orang dengan penyakit mental yang berkonsultasi dengan dokter (Kumar, Adhikari, Singh, Tiwari, & Acharya, 2021). Bukti dari kota-kota industri menunjukkan bahwa tidak semua pasien dengan gangguan mental menerima perawatan yang memadai. Sementara di negara-negara berkembang, sistem kesehatan seringkali tidak mampu menyediakan layanan kesehatan mental yang baik (Kapczinsinki, Amaral, Madruga, & Quevedo, 2021).

Obat antipsikotik tidak spesifik untuk jenis psikosis tertentu yang perlu diobati. Obat ini efektif dalam mengobati psikosis akut dengan etiologi yang tidak diketahui, termasuk mania, psikosis idiopatik akut, dan eksaserbasi akut skizofrenia. Mengenai pengobatan skizofrenia tahap akut dan kronis, terdapat banyak hasil penelitian terkontrol (Gilman, 2022).

Antipsikotik meliputi antipsikotik generasi pertama dan antipsikotik generasi kedua, seperti clozapine, risperidone, olanzapine, quetiapine, ziprasidone, dan aripiprazole. Meskipun memiliki khasiat terapeutik, kedua generasi antipsikotik tersebut dapat menimbulkan banyak efek samping (Pikalov, 2022).

Untuk pengobatan gangguan yang disebutkan di atas, obat-obatan harus dipilih dengan cermat, melalui penilaian risiko dan manfaat relatif dari rejimen terapi tertentu, berdasarkan evaluasi kondisi pasien dan kebutuhan spesifik mereka untuk terapi. Penelitian farmakoterapi dengan obat-

obatan psikotropika sangat penting karena fakta bahwa pilihan pengobatan awal sangat penting untuk keberhasilan terapi dan kepatuhan pasien (Lovdahl & Riska, 2020).

Banyak penelitian dengan metode penelitian yang berbeda-beda telah menunjukkan banyaknya kejadian interaksi obat yang seringkali berakibat fatal berkisar antara 2,2% sampai 30% pada pasien rawat inap, masing-masing berkisar antara 9,2% sampai 70%, 3% pada pasien di berbagai komunitas (Walker & Edwards, 2023). Hal ini menyimpulkan perlunya evaluasi yang lebih baik terhadap praktik pemberian resep obat, dalam hal ini di Pusat Kesehatan Mental. Meskipun obat-obatan psikotropika sangat efektif dalam meningkatkan kesehatan mental, efek sampingnya menimbulkan masalah kesehatan, sosial, dan ekonomi yang besar.

Meskipun di sebagian besar negara maju, praktik ini sudah mapan meskipun tidak ada sistem seperti itu, masih diperlukan penyelidikan lebih lanjut dan berkelanjutan dalam konteks ini dengan tujuan untuk memantau terapi dengan lebih baik. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan menyelidiki pengobatan pasien dengan penyakit mental di Pusat Kesehatan Mental.

METODE PENELITIAN

Metodologi penelitian ini menggunakan metode kuantitatif sederhana untuk mengidentifikasi dan mengevaluasi kuantitas resep dan distribusi. Buku pegangan tersebut mencakup ringkasan indikator penggunaan obat untuk beberapa negara berkembang. Hasil indikator dapat digunakan untuk meningkatkan pemantauan program kesehatan mental.

Jenis Obat Psikiatri Antidepresan adalah obat psikiatri yang paling sering diresepkan. Antidepresan bekerja melalui neurotransmitter serotonin dan mungkin juga memiliki efek pada norepinefrin dan dopamin. Ada beberapa jenis antidepresan termasuk SSRI (misalnya, fluoxetine (Prozac®), sertraline (Zoloft®) escitalopram (Lexapro®), citalopram (Celexa®) dan SNRI (misalnya, venlafaxine (Effexor®), duloxetine (Cymbalta®). Obat-obat ini merupakan pilihan lini pertama untuk depresi dan gangguan kecemasan.

Benzodiazepin (misalnya, clonazepam (Klonopin®), alprazolam (Xanax®), lorazepam (Ativan®) diresepkan untuk mengatasi kecemasan berat, serangan panik, dan terkadang insomnia. Obat-obatan ini adalah zat terkontrol yang berpotensi menyebabkan kecanduan, sehingga memerlukan pemantauan yang ketat.

Stimulan (misalnya, garam dekstroamphetamin (Adderall®), metilfenidat (Ritalin®), lisdexamfetamin (Vyvanse®) digunakan terutama untuk mengobati ADHD. Penstabil suasana hati biasanya digunakan untuk mengobati gangguan suasana hati seperti gangguan bipolar dan depresi yang tidak mempan terhadap pengobatan. Beberapa penstabil suasana hati seperti litium dan asam valproat (Depakote®) memerlukan pemantauan kadar darah. Antipsikotik (misalnya aripiprazole (Abilify®), lurasidone (Latuda®), risperidone (Risperdal®), perphenazine (Prolixin®), dan haloperidol (Haldol®) digunakan untuk mengobati penyakit psikotik seperti skizofrenia atau gangguan skizoafektif. Obat-obat ini juga memiliki indikasi FDA untuk pengobatan gangguan bipolar dan dalam beberapa kasus dapat digunakan untuk meningkatkan pengobatan depresi.

HASIL

Dalam studi saat ini, total 209 pasien dengan penyakit mental yang dirawat dianalisis, yang mana 118 (56,5%) pasien adalah laki-laki. Menurut data, distribusi pasien yang serupa berdasarkan jenis kelamin ditemukan (Chi-square = 35, $p > 0,24$). Tidak termasuk MH-Centers di Gjilan dan

Prizren di mana persentase pasien perempuan sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan laki-laki (masing-masing 55,2% dan 53,3%) dan di Mitrovica di mana distribusi pasien perempuan dan laki-laki tidak memiliki perbedaan. Usia rata-rata pasien yang terdaftar dalam studi ini adalah 38 tahun ($38,0 \pm 11,9$ tahun). Usia rata-rata pasien antara pusat-pusat, mereka dirawat tidak memiliki perubahan yang signifikan (uji $F = 1,49, p > 0,18$). Rata-rata usia pasien terendah ditemukan di Ferizaj ($35,2 \pm 10,8$ tahun), sedangkan rata-rata usia tertinggi ditemukan di Gjilan ($43 \pm 9,9$ tahun) (Tabel 1).

Dari analisis morbiditas pasien yang diikutsertakan dalam penelitian, kami menemukan bahwa sebagian besar pasien (155/209, atau 74,2%) menderita skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan delusi. Berdasarkan ICD, Revisi - 10, gangguan ini termasuk dalam kategori F20–F29.

Pasien dengan skizofrenia berjumlah 137 orang, mewakili 65,6% sedangkan dengan gangguan neurotik, gangguan stres, dan gangguan dengan manifestasi tubuh (F40–F48) berjumlah 22 (10,5%) dan 14 (6,7%). Yang lainnya memiliki gangguan afektif, dengan manifestasi depresi non-psikotik, dan dengan kekambuhan gangguan yang sering. Dengan keterbelakangan mental terdapat 11 (5,3%) pasien, sepuluh di antaranya memiliki keterbelakangan tingkat ringan. Dalam jumlah yang jauh lebih sedikit terdapat pasien dengan gangguan perilaku dan emosional (4/209, atau 1,9%) (Tabel 2).

Tabel 1. Karakteristik demografi pasien dengan penyakit mental yang dirawat di pusat kesehatan mental sesuai dengan kondisinya

Tabel 1: Karakteristik demografi pasien dengan penyakit mental yang dirawat di pusat kesehatan mental sesuai dengan kondisinya

Indicator	Mental Health Centers							Total
	X	Y	Z	O	P	Q	R	
Number of patients	30	30	29	30	30	30	30	209
Sex* (male), n (%)	17 (56.7)	19 (63.3)	13 (44.8)	15 (50.0)	18 (60.0)	22 (73.3)	14 (46.7)	118 (56.5)
Average age** - mean \pm SD	35.2 \pm 10.8	37.4 \pm 10.5	43.0 \pm 9.9	39.0 \pm 13.0	38.6 \pm 12.3	38.0 \pm 11.6	35.2 \pm 13.8	38.0 \pm 11.9

*Chi-square test = 35, $p > 0.24$, ** F -test = 1.49, $p > 0.18$ (S). SD: Standard deviation, S: Significant.

Obat-obatan sebagian besar diberikan secara oral (82,4%) sementara 17,6% kasus diberikan secara parenteral. Terapi parenteral paling sering digunakan di Pusat Kesehatan Mental (masing-masing 41,7%, 35%, 31,9%), sementara lebih jarang digunakan di Mitrovica (12,1%). Secara umum, menurut pusat-pusat tersebut, tidak ditemukan perbedaan signifikan dalam hal cara pemberian obat (uji Chi-square = 28, $p > 0,11$).

Menurut kelompok terapi, lebih dari separuh obat yang diresepkan termasuk dalam kelompok antipsikotik (53,2%), sedangkan antikolinergik dan ansiolitik/hipnotik masing-masing mewakili 17,2% dan 13,8% dari obat yang diresepkan. Obat-obatan dari kelompok ini mencakup 84,2% dari semua obat yang digunakan.

Tabel 2. Pasien dibagi berdasarkan jenis gangguan (n = 209)

The disorders code	Code (IDC-Rev-10)	Disorders	n (%)
F20 – F29	F20	Schizophrenia	137
Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	F21	Schizotypal disorder	2 (1.0)
	F23	Acute and transient psychotic disorders	8 (3.8)
	F23.1	Acute psychotic disorder with symptoms of schizophrenia	6 (2.9)
	F25	Schizoaffective disorder	2 (1.0)
	Subtotal		155 (74.2)
F30 - F39	F32.2/33.2	Severe depressive disorder episode/recurrent	14 (6.7)
Affective disorders	Subtotal		14 (6.7)
F40 - F48	F40	Phobic anxiety disorders	1 (0.5)
Neurotic, stress-related and somatoform disorders	F41	Other anxiety disorders	10 (4.8)
	F43.1	Posttraumatic stress disorder	2 (1.0)
	F44	Dissociative (conversion) disorder	4 (1.9)
	F45	Somatoform disorders	2 (1.0)
	F48	Other neurotic disorders	3 (1.4)
	Subtotal		22 (10.5)
F51	F51	Nonorganic sleep disorder	1 (0.5)
Nonorganic sleep disorders	Subtotal		1 (0.5)
F70 - F79	F70	Mild mental retardation	10 (4.8)
Mental retardation	F71	Moderate mental retardation	1 (0.5)
	Subtotal		11 (5.3)
F90 - F99	F92	Mixed disorders of conduct and emotions	4 (1.9)
Behavioral and emotional disorders with early onset	Subtotal		4 (1.9)
G40	G40	Epilepsia	2 (1.0)
Epilepsy	Subtotal		2 (1.0)
Total			209 (100.0)

Tabel 3

Stage of therapy	n (%)
1	5 (2.40)
2	28 (13.46)
3	6 (2.88)
4	16 (7.69)
5	2 (0.96)
5a	29 (13.94)
5b	106 (50.96)
Ineffective therapy**	4 (1.92)
Without therapy***	12 (5.77)

Antidepresan mencakup 5,9% dari semua obat resep, yang secara struktur memiliki biaya yang sama dengan obat lain, sedangkan analgesik diresepkan lebih jarang (0,9%). Dari analisis kuantitatif tahap terapi yang digunakan untuk pengobatan gangguan subjek, kami telah memastikan sejumlah besar pasien yang telah menerapkan terapi tahap 5b (106/208, atau 50,96%). Pada 29 pasien (13,94%), tidak ada terapi tahap 5a yang diterapkan, sedangkan pada 28 pasien (13,46%), tidak ada terapi tahap 2 yang diterapkan. Empat (1,92%) diobati dengan terapi yang tidak efektif, sementara 12 (5,77%) tidak menjalani terapi. Tabel 3 menunjukkan analisis kuantitatif terapi.

Lebih dari separuh pasien (112/208, atau 53,85%) diobati dengan terapi tingkat ketiga, hampir sepertiga pasien (65/208, atau 31,25%) diobati dengan terapi tingkat kedua, dan hanya 15 (7,21%) pasien yang diobati dengan terapi tingkat pertama. Tabel 3 menunjukkan analisis kuantitatif. Terapi Dari antipsikotik konvensional, antipsikotik dengan potensi aksi tinggi (156/258, atau 60,5%) adalah yang paling sering digunakan, sedangkan antipsikotik dengan potensi aksi sedang tidak digunakan untuk terapi. Tabel 3 menunjukkan analisis kuantitatif terapi.

Antipsikotik atipikal antagonis serotonin-dopamin (SDA) telah digunakan pada 39 pasien, dengan penggunaan klozapin yang lebih sering (33/39, atau 84,62%), sedangkan risperidon dan olanzapin hanya digunakan pada (12,82%), masing-masing dalam satu (2,58%) kasus. Menunjukkan analisis kuantitatif terapi. Penggunaan antipsikotik konvensional (CT) menurut potensinya (n = 258).

Metode penelitian kualitatif dan kuantitatif memungkinkan identifikasi sejauh mana masalah yang berkaitan dengan terapi rasional dan identifikasi kemungkinan penyebabnya. Ada banyak variasi dalam deskripsi obat-obatan psikotropika antara berbagai negara di dunia, yang karenanya tidak ada penjelasan yang jelas. Penggunaan obat yang tidak rasional dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain kurangnya pengetahuan tentang resep dan penggunaan obat, dampak faktor ekonomi di semua tingkatan, kurangnya peraturan perundang-undangan, dampak budaya, buruknya komunikasi antara dokter dan pasien, dan kurangnya informasi objektif pasien tentang obat. Pada gangguan mental kesalahan dalam deskripsi obat-obatan termasuk penggunaan obat-obatan psikotropika esensial yang tidak tepat dan resep obat-obatan non-psikotropika untuk pengobatan gangguan mental. Kesalahan dalam deskripsi obat-obatan tersebut terjadi di negara-negara maju dan berkembang.

PEMBAHASAN

Pertengahan tahun 1950-an menandai dimulainya pengobatan gangguan kejiwaan dengan metode yang terbukti efektif. Obat-obatan. Hingga saat ini, sekitar 10–15% obat yang diresepkan di AS berasal dari kelompok obat yang berfungsi untuk mencegah gangguan mental: untuk tujuan menenangkan, menstimulasi, atau mengubah suasana hati, pikiran, dan perilaku.

Metode penelitian kualitatif dan kuantitatif memungkinkan identifikasi sejauh mana masalah yang terkait dengan terapi rasional dan identifikasi kemungkinan penyebabnya. Ada banyak variasi dalam deskripsi obat-obatan psikotropika antara berbagai negara di dunia, yang tidak ada penjelasan yang jelas. Penggunaan obat-obatan yang tidak rasional dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk kurangnya pengetahuan tentang resep dan penggunaan obat-obatan, dampak faktor ekonomi di semua tingkatan, kurangnya undang-undang, dampak budaya, komunikasi yang buruk antara dokter dan pasien, dan kurangnya informasi objektif pasien tentang obat tersebut. Dalam gangguan mental, kesalahan dalam deskripsi termasuk penggunaan obat-obatan psikotropika esensial yang tidak tepat dan resep obat-obatan non-psikotropika untuk pengobatan gangguan mental. Kesalahan dalam deskripsi obat-obatan tersebut terjadi di negara-negara maju dan berkembang.

Penggunaan obat yang memadai berarti pasien mengonsumsi obat tersebut sesuai dengan kebutuhan klinis yang memadai, dalam dosis yang memenuhi kebutuhan masing-masing, dalam durasi yang memadai, dan dengan biaya serendah mungkin bagi pasien dan masyarakat. Pengaturan obat esensial tidak menjamin penggunaan obat yang rasional. Obat apa pun, termasuk obat esensial, dapat digunakan secara tidak rasional, baik di negara berkembang maupun di negara industri, seperti sektor swasta, publik, atau domestik. Semua keuntungan dari pemilihan, pengadaan, dan distribusi yang efisien dapat hilang karena praktik pasien yang buruk dan kurangnya kepatuhan (Grossman, Prata, Jones, Laser, & Ganatra, 2023).

Ansiolitik, hipnotik, dan antidepresan merupakan kelompok obat yang paling banyak diresepkan, masing-masing mewakili sekitar 20% dari total. Antipsikotik, analgesik, tonik, dan obat herbal masing-masing diresepkan dalam 5%–10% kasus. Hasil penelitian menunjukkan deskripsi sejumlah besar obat untuk gangguan mental. Sekitar 80% obat yang digunakan tidak memiliki kemanjuran klinis yang terbukti. Obat herbal, tonik, analgesik, atau obat nonspesifik lainnya mencakup 35,6% resep, sedangkan obat penenang siang dan malam mencakup 41,3%. Dalam penelitian kami, kami menemukan bahwa 53,2% pasien diobati dengan antipsikotik, 13,8% dengan ansiolitik, 5,9% dengan terapi antidepresan, 17,2% pasien diobati dengan terapi antikolinergik, dan 5,9% dari mereka diobati dengan terapi lain, yang bertentangan dengan hasil dalam penelitian lain di mana penggunaan ansiolitik, antidepresan, dan hipnotik mencapai 20%, untuk masing-masing dari mereka. Penggunaan antipsikotik dan antikolinergik yang paling sering ditemukan dalam penelitian kami dapat dijelaskan oleh fakta bahwa sebagian besar pasien yang dirawat di Pusat Kesehatan Mental didiagnosis dengan skizofrenia kronis dan psikosis lainnya. Berdasarkan Strategi Nasional MH 2008–2013, reintegrasi dalam komunitas pasien penyakit mental yang berat, khususnya dengan skizofrenia kronis adalah tujuan dari strategi ini, dan pusat MH sebagai penyedia layanan utama di masyarakat. Selain itu, penggunaan terapi antikolinergik yang berlebihan dapat dijelaskan oleh fakta bahwa obat-obatan penting yang tercantum untuk pengobatan skizofrenia selama bertahun-tahun adalah antipsikotik lini kedua, dan sebagai hasilnya (Alidema, Isjanovski, Hasani, Hailaj, & Beqirraq, 2022).

Penyakit skizofrenia berkembang melalui tiga fase: fase akut, fase stabilisasi, dan fase stabil. Tujuan terapi untuk pengobatan skizofrenia pada fase akut adalah pengendalian perilaku yang tidak teratur, pengurangan intensitas psikosis, dan gejala yang menyertainya, misalnya, agitasi, agresi terhadap orang lain dan dirinya sendiri, gejala negatif, gejala afektif, pencegahan cedera, kembalinya fungsi normal, dan pengembalian yang memadai dari orang sakit ke masyarakat. Pada fase stabilisasi, tujuan terapi adalah untuk mengurangi stres, mengurangi tingkat keandalan untuk kambuhnya penyakit, menyesuaikan pasien untuk hidup di masyarakat, mempercepat pengurangan gejala permanen dan konsolidasi remisi, dan meningkatkan proses penyembuhan. Jika kondisi pasien membaik setelah rejimen terapi tertentu, dianjurkan untuk melanjutkan dan memantau pengobatan dengan rejimen yang sama selama 6 bulan lagi. Pengurangan dosis prematur, atau penghentian terapi, dapat menyebabkan kambuhnya gejala dan kambuhnya penyakit. Tujuan pengobatan pada fase stabil adalah untuk mencapai remisi, atau mengendalikan gejala, mempertahankan atau meningkatkan fungsi dan kualitas hidup pasien, dan terus memantau efek samping obat-obatan. Antipsikotik atipikal (SDA), kecuali clozapine dan sertindole, karena efek sampingnya, merupakan obat lini pertama untuk pengobatan skizofrenia.

Terapi ini direkomendasikan dalam banyak panduan praktik dan menurut beberapa pedoman, SDA dianggap sebagai obat pada tiga tahap pertama pengobatan karena efek antipsikotiknya yang kuat, terutama pada gejala yang merugikan, timbulnya jarang, atau tidak ada efek samping ekstrapiramidal, tidak adanya diskinesia tardif, dan hiperprolaktinemia.

Dalam kasus respons yang buruk terhadap ketiga SDA, dianjurkan untuk menggunakan antipsikotik tipikal (tahap 4 pengobatan). Uji klinis acak telah menunjukkan keunggulan klozapin dibandingkan antipsikotik lain terkait penanganan skizofrenia yang resistan terhadap pengobatan. Klozapin, sebagai antipsikotik atipikal, dengan aktivitas agonis pada sejumlah besar reseptor (dopamin, serotonin, muskarinik, alfa 1 dan alfa 2-adrenergik, dan histamin H1) dibedakan dari

antipsikotik lain karena efikasinya yang lebih tinggi dalam mengobati gejala positif pada pasien dengan penyakit yang resistan terhadap pengobatan dan kurangnya efek samping ekstrapiramidal. Namun, klozapin menyebabkan efek samping yang serius dan berpotensi fatal, termasuk agranulositosis pada 0,5–1% pasien, kejang pada 2% pasien, dan kejadian miokarditis dan kardiomiopati yang jarang terjadi. Karena alasan ini, penggunaan klozapin dikurangi untuk pasien yang tidak menunjukkan respons yang memadai terhadap dua antipsikotik sebelumnya. Karena risiko timbulnya hipotensi ortostatik, clozapine biasanya dititrasasi lebih lambat daripada antipsikotik atipikal lainnya (Marazuela, Terres, Giner, & Jimenez, 2020).

Dari hasil yang diperoleh dari penelitian ini, kami menemukan sebagian besar pasien diobati dengan lini ketiga (antipsikotik atipikal) seperti resep clozapine pada 84,62% kasus dari kelompok dalam terapi sebagai antipsikotik lini pertama, yang dianggap sebagai obat yang efektif, tetapi dengan profil keamanan yang rendah. Frekuensi aplikasi clozapine yang begitu tinggi untuk pengobatan skizofrenia kronis tidak dapat berkorelasi dengan frekuensi kasus yang diobati yang resisten terhadap antipsikotik lain. Selain itu, obat yang tidak efektif digunakan pada 1,92%, penggunaan obat yang belum menguntungkan untuk diagnosis tertentu dengan pengobatan obat. Ketidapatuhan terhadap pengobatan dan indikasi pengobatan obat ditemukan pada 5,77% kasus (Awad, 2024).

Semua panduan penggunaan sediaan depot dalam kasus. Di mana pasien tidak mematuhi terapi oral yang diresepkan. Sebelum memulai penggunaan sediaan depot, harus dipastikan apakah ketidakcocokan pasien merupakan konsekuensi dari efek samping. Jika ketidakcocokan merupakan konsekuensi dari munculnya efek samping, sebelum menerapkan antipsikotik dalam bentuk sediaan depot, penggunaan obat dengan profil efek samping yang lebih baik dipertimbangkan. Motivasi pasien tetap menjadi faktor terpenting dalam meningkatkan kepatuhan dan kepatuhan pasien. Konversi dari terapi oral ke terapi depot paling berhasil pada pasien yang sebelumnya distabilkan dengan terapi oral, dengan agen yang sama, atau setelah pengobatan singkat (3–7 hari). Untuk menentukan toleransi pengobatan oleh pasien tanpa efek samping yang signifikan. Metode konversi tertentu berlaku untuk ini.

Keuntungan obat suntik kerja panjang telah dibuktikan dalam studi yang dilakukan oleh Johnson, yang dilakukan dalam kondisi yang sama dengan klinik komunitas (Sirunyan, 2020). Obat suntik kerja panjang khususnya bermanfaat dalam fase stabilisasi dan fase stabil. Janicak dkk. mengevaluasi enam studi, yang membandingkan risiko relaps psikosis pada pasien acak dalam kelompok terapi oral, atau depot. Meta-analisis dari enam studi menunjukkan tingkat relaps yang secara signifikan lebih rendah pada pasien dalam kelompok obat suntik kerja panjang $p < 0,0002$. Prevalensi peresepan antipsikotik dalam bentuk sediaan depot menunjukkan variabilitas yang besar menurut berbagai pusat. Hal ini juga disimpulkan dari hasil Sim dkk., yang menganalisis deskripsi prevalensi sediaan depot di Asia Timur. Prevalensi peresepan antipsikotik dalam bentuk sediaan depot adalah 15,3%, yang mirip dengan studi kami di mana kami menemukan obat sediaan depot diberikan secara parenteral dalam 17,6% kasus. Preparat suntik antipsikotik kerja panjang tipikal terutama terwakili dalam kandungan fluphenazine decanoate dan haloperidol decanoate. Meskipun prevalensi resep depot tersebut konsisten dengan prevalensi resep di Asia Timur, variasi prevalensi ini menunjukkan bahwa deskripsi mereka tidak didasarkan pada prinsip-prinsip yang ditetapkan dengan jelas dan lebih ditentukan oleh tradisi dan budaya deskripsi lokal [26], sementara berdasarkan temuan kami, itu juga tergantung pada biaya mahal, dengan mempertimbangkan bahwa sediaan depot lini kedua (generasi pertama atau antipsikotik tipikal) lebih murah daripada sediaan depot lini pertama

(generasi kedua atau antipsikotik atipikal) seperti Risperdal Consta depo (Bruins, Pijnenborg, & Jorg, 2020).

Ada banyak saran yang membenarkan penggunaan terapi peningkatan, untuk memperkuat aksi clozapine, antipsikotik atipikal lainnya, atau penerapan terapi kombinasi dengan antipsikotik. Terapi pemberdayaan melibatkan penambahan obat nonantipsikotik kepada pasien dengan respons yang buruk terhadap terapi SDA, sedangkan terapi kombinasi melibatkan penggunaan dua antipsikotik secara bersamaan. Secara teoritis, potensiasi didasarkan pada mekanisme kerja agen penguat, yang berinteraksi secara sinergis dengan dopaminolitik untuk mencapai kemanjuran (Zito & Safer, 2020). Mengenai pemberdayaan terapi, banyak pedoman menunjukkan bahwa:

(1) Terapi pemberdayaan harus digunakan pada pasien dengan respons yang tidak memadai; (2) agen fortifikasi jarang efektif bila digunakan sendiri; (3) respons positif terhadap obat tonik sangat cepat, dan (4) jika terapi tonik tidak memperbaiki simtomatologi, agen tonik harus dihentikan. Jumlah rata-rata obat yang diberikan secara bersamaan bervariasi dari satu negara ke negara lain. Dalam studi farmakoepidemiologi tentang praktik peresepan antipsikotik di Prancis, untuk tahun 1995 dan 1998, jumlah rata-rata antipsikotik yang diberikan secara bersamaan menurun dari 1,74 ($\pm 0,02$), seperti pada tahun 1995, menjadi 1,69 ($\pm 0,04$), pada tahun 1998 ($p < 0,005$). Di Austria, studi telah menunjukkan bahwa jumlah rata-rata psikotropika yang dijelaskan lebih tinggi daripada di Prancis, dan berkisar antara 2,2 hingga 2,9, masing-masing, struktur pasien yang diobati dengan ≥ 3 psikotropika telah meningkat dari 27,5% menjadi 49,7% [30]. Dalam sebuah studi yang dilakukan di Jepang, jumlah rata-rata semua obat psikotropika adalah 4,0, sedangkan jumlah obat neuroleptik saja adalah 1,8, dengan durasi pengobatan rata-rata 5,9 minggu.

Obat-obatan psikotropika esensial adalah “obat-obatan yang memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan mental masyarakat, dipilih berdasarkan kebutuhan kesehatan masyarakat, sebagai hasil dari efikasi yang terbukti dan perbandingan antara keamanan dan efektivitas biaya”. Obat-obatan tersebut harus selalu tersedia, dalam konteks berfungsinya sistem perlindungan MH, dalam sistem distribusi, obat-obatan tersebut harus disediakan dalam jumlah yang sesuai, dalam bentuk farmasi yang sesuai, dengan kualitas yang aman, informasi yang memadai, dan dengan harga yang terjangkau oleh individu dan masyarakat”. Obat-obatan psikotropika esensial memungkinkan pengobatan gejala-gejala gangguan mental, memperpendek durasi banyak gangguan, mengurangi kecacatan dan mencegah kekambuhan penyakit [4]. Sejumlah besar perawatan tersedia untuk manajemen farmakologis gangguan mental. Banyak dari perawatan ini efektif dalam tahap akut dan kambuhan penyakit; namun, masih banyak ketidakpastian mengenai efektivitas perawatan jangka panjang dan manajemen gangguan mental sehari-hari [2]. Ini tidak berarti bahwa obat-obatan yang “efektif” selalu “esensial.” Hal ini dapat diperjelas jika faktor-faktor seperti efektivitas aplikasi jangka panjang, keuntungan dari alternatif yang lebih murah, dan efektivitas biaya dipahami dengan lebih baik. Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun obat-obatan psikotropika yang lebih baru memiliki lebih sedikit efek samping, obat-obatan tersebut tidak jauh lebih efektif dan, biasanya, memiliki biaya yang lebih tinggi [4]. Meskipun terkadang, obat-obatan baru memiliki lebih sedikit efek samping, obat-obatan tersebut dapat membantu dalam penggunaan obat dan mengurangi kebutuhan untuk perawatan dan pengobatan lebih lanjut. Pemilihan obat-obatan psikotropika yang penting secara cermat merupakan prasyarat untuk pengembangan sistem pasokan psikotropika yang berkelanjutan.

Pemilihan obat-obatan psikotropika esensial dalam jumlah terbatas bersifat ekonomis dan memiliki risiko duplikasi, kebingungan, dan kesalahan yang lebih rendah. WHO memiliki daftar obat-

obatan esensial, termasuk psikotropika. Obat-obatan ditentukan berdasarkan nama internasional yang tidak dilindungi, atau nama generik, tanpa mengacu pada nama dagang atau perusahaan farmasi tertentu.

Para peresep, distributor, dan konsumen merasa lebih mudah mengingat efek terapeutik dan efek samping serta tidak perlu berurusan dengan berbagai rejimen dosis dan tata nama yang membingungkan. Lebih jauh lagi, pemilihan yang cermat mempercepat pembelian dan pengelolaan obat yang lebih mudah (penyimpanan dan distribusi). Hal ini juga memungkinkan pendekatan yang lebih rasional dan efisien terhadap proses pelatihan untuk meresepkan dan mendistribusikan obat-obatan. Karena dampak yang signifikan pada kualitas perawatan dan biaya pengobatan, pemilihan obat yang cermat merupakan isu yang paling penting dan hemat biaya untuk meningkatkan layanan kesehatan mental. Misalnya, data menunjukkan bahwa psikotropika muda mungkin memiliki beberapa keuntungan, tetapi tidak selalu lebih efektif dan biasanya lebih mahal, sedangkan obat-obatan esensial harus dipilih berdasarkan konsensus di antara para ahli mengenai jenis obat yang harus tersedia bagi sistem layanan kesehatan dengan mempertimbangkan juga penelitian berbasis bukti mengenai pedoman psikotropika spesifik untuk pengobatan dan pemilihan psikotropika esensial harus diubah secara berkala (setiap 2–3 tahun) dan disertai dengan pedoman regulasi yang jelas untuk pengadaan, distribusi, dan penggunaan (Meraya, Alwhabi, & Syeed, 2020).

Meskipun ada anggapan umum bahwa clozapine kurang dimanfaatkan, sedikit penelitian telah dilakukan untuk mengetahui sejauh mana masalah ini dan indikasi utama untuk obat ini menurut pedoman adalah skizofrenia yang resistan terhadap pengobatan, sementara dalam penelitian kami, ini adalah pertama kalinya kami mengetahui bahwa clozapine digunakan secara berlebihan, dan tidak ada kasus yang dilaporkan hingga saat ini untuk efek samping apa pun. Ini dapat menjadi rekomendasi untuk penelitian lebih lanjut untuk pengobatan yang resistan terhadap skizofrenia, karena hingga saat ini, penelitian ini langka secara global.

Dalam penelitian ini, struktur peresepan obat esensial sejalan dengan daftar esensial, sementara peresepan nama generik obat psikofarmakologis rendah.

Di klinik, kecenderungan untuk meresepkan obat penenang, antidepresan, dan obat-obatan lainnya meningkat. Hasil penelitian menegaskan bahwa perawatan medis secara umum, dan peresepan obat secara khusus, tidak hanya bergantung pada variabel medis atau farmakologis, tetapi juga pada faktor psikologis, sosial, dan budaya. Faktor non-klinis seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, status keluarga, atau status pekerjaan memiliki dampak yang signifikan terhadap penggunaan obat.

Sebagai keterbatasan studi ini mempertimbangkan ketidakmungkinan evaluasi kritis terhadap faktor-faktor yang telah memengaruhi praktik ini, karena keterbatasan penelitian dalam hal faktor nonklinis relevan lainnya.

Kesenjangan penting dalam studi kami adalah kurangnya data tentang resep obat di lembaga perawatan kesehatan mental lainnya. Kesenjangan ini dapat menjadi tujuan untuk penelitian lebih lanjut di bidang ini, untuk menjelaskan situasi aktual mengenai resep obat dan pengobatan psikofarmakologis pasien dengan gangguan mental dan juga untuk membahas strategi baru untuk daftar penting berdasarkan temuan studi kami dan penelitian berbasis bukti terkini mengenai efektivitas dan profil keamanan obat yang digunakan dalam pengobatan gangguan kesehatan mental.

KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa di Pusat Kesehatan Mental di Provinsi X, obat-obatan sebagian besar diberikan secara oral (PO), obat-obatan yang diresepkan biasanya adalah obat-obatan esensial, kelompok yang paling umum adalah antipsikotik generasi pertama (atipikal) dan antikolinergik untuk mengatasi efek samping, sementara sediaan depot yang diberikan secara parenteral juga merupakan obat lini kedua generasi pertama, karena efektivitas biaya.

Lebih jauh, studi ini menunjukkan bahwa pasien diobati dengan terapi lini ketiga Clozapine sebagai pilihan pertama dan penggunaan obat yang efektif ini dengan profil keamanan yang lebih rendah adalah yang tertinggi dibandingkan dengan antipsikotik atipikal lainnya.

Hasil ini menunjukkan penerapan praktik peresepan obat dengan daftar esensial tanpa mempertimbangkan data dari penelitian berbasis bukti baru untuk pengobatan pasien gangguan mental, meskipun memiliki efek biaya, masalah ini harus dipertimbangkan oleh para pemangku kepentingan dan pembuat kebijakan di Kementerian Kesehatan untuk strategi masa depan dalam pemilihan dan penyediaan daftar esensial dalam psikofarmakologi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alidema, F., Isjanovski, V., Hasani, A., Hailaj, B. V., & Beqirag, M. A. (2022). Pharmacotherapy of mental illness in the mental health centers in kosovo during 2021. *Journal Scientific SPIROSKI*, 1249-1256. doi.org/10.3889/oamjms.2022.10395
- Awad, A. G. (2024). Drug Therapy in Schizophrenia Variability of Outcome and Prediction of Response. *The Canadian Journal*, 1-10.
- Bruins, J., Pijnenborg, M., & Jorg, F. (2020). Cannabis use in people with severe mental illness: The association with physical and mental health – a cohort study. A Pharmacotherapy Monitoring and Outcome Survey study. *Journal of Psychopharmacology*, 1-10.
- Gilman, G. (2022). *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. California: McGraw-Hill Medical Publishing.
- Grossman, A., Prata, N., Jones, S., Laser, L., & Ganatra, B. (2023). A descriptive summary of the WHO availability assessments of medical abortion medicines in eight African countries. *Reproductive Health Journal*, 195-210.
- Jhon, S. (2022). The World Health Report 2021: New Understanding, New Hope. *PubMed Central Journal*, 20-28.
- Kapczinsinki, F., Amaral, O. B., Madruga, M., & Quevedo, J. (2021). Use and misuse of benzodiazepines in Brazil: A review. *SUBSTANCE USE & MISUSE Journal*, 1053-1069.
- Kumar, N., Adhikari, T., Singh, J. K., Tiwari, N., & Acharya, A. S. (2021). Health data from diaries used in low-income communities. *Europe PMC Journal*, 446-454.
- Lovdahl, U., & Riska, E. (2020). The Construction of Gender and Mental Health in Nordic Psychotropic-Drug Advertising. *Sage Journals*, 387-406.
- Marazuela, R., Terres, C. R., Giner, J., & Jimenez, F. J. (2020). Pharmacoeconomic analysis of the treatment of schizophrenia with quetiapine, olanzapine, risperidone or haloperidol in Spain. *Journal of Medical Economics*, 1-20.

- Meraya, A. K., Alwhabi, M., & Syeed, M. H. (2020). Utilization of Psychotropic Medications and Polypharmacy Among Adults. *Indonesian Journal of Pharmacy*, 1-12.
- Pikalov, A. (2022). The Value of Referring to Recently Introduced Antipsychotics. *American Journal of Psychiatry*, 1531-1552.
- Sirunyan, J. (2020). Observation of long-range, near-side angular correlations in proton-proton collisions at the LHC. *Jornal of High Energy Physics*, 1-18.
- Walker, R., & Edwards, C. (2023). Clinical Pharmacy and Therapeutics. *Journal Pharmacy and Pharmacology*, 1709-1719.
- Zito, J. M., & Safer, D. J. (2020). Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. *Journal BioMed*, 1-9.