



Wanita Usia 41 Tahun dengan Skizofrenia Paranoid Remisi Sempurna di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung

Resti Ramdani, Tendry Septa, Rika Lisiswanti
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Skizofrenia paranoid adalah jenis skizofrenia yang sering dijumpai di negara manapun. Menurut DSM-IV-TR kriteria diagnostik pada skizofrenia paranoid harus ditemukan 2 gejala yaitu adanya delusi dan halusinasi. Di diagnosis skizofrenia apabila keluhan sudah berlangsung selama 6 bulan. Ny. KK, wanita, 41 tahun dengan keluhan marah-marah tanpa sebab yang jelas, sering bicara sendiri, bicara melantur, buang kotoran di celana, gelisah, tidak mau makan dan minum, tidak mengenakan pakaian di dalam rumah dan mondar-mandir tanpa tujuan. Pasien merasa bahwa dia mendengar bisikan-bisikan yang mengatakan bahwa orang-orang tertentu ingin mencuri harta miliknya. Pasien sudah pernah dirawat di Rumah Sakit Jiwa Provinsi Lampung sebelumnya dan dinyatakan sembuh. Namun, keluhan kemudian muncul kembali setelah 2 tahun kemudian. Pasien kemudian didiagnosis Skizofrenia Paranoid Remisi Sempurna dan diberikan terapi berupa psikoterapi, psikoedukasi, dan psikofarmaka.

Kata kunci: paranoid, remisi sempurna, skizofrenia

Woman 41th Years Old with Paranoid Skizofrenia Complete Remission at Psychiatric Hospital of Lampung Province Lampung

Abstract

Paranoid schizophrenia is one types of commonly schizophrenia that can be found in any country. According to the DSM-IV-TR diagnostic paranoid schizophrenia consist with 2 symptoms, they are delusions and hallucinations. Diagnostic schizophrenia if the symptoms had been going on for six months. Ny. KK, female, 41 Years Complaints angry for no apparent reason, often talk alone, speech slurred, defecate in the pants, agitated, anoreksia, and naked at home. The patient feel that he heard the whisper said that wanted to steal his property. Patients already treated at the Psychiatric Hospital Lampung Province and was declared cured. However, the complaint comes back again after 2 years. Patient was diagnosed with Paranoid Skizofrenia Complete Remission therapy was given the form of psychotherapy, psychoeducation, and psikofarmaka.

Keyword : complete remission, paranoid, schizofrenia

Korespondensi: Resti Ramdani, S.Ked., alamat Jl. Imam Bonjol no. 3 Gedong air Bandar Lampung, HP 082185050752, e-mail restiramdani@rocketmail.com

Pendahuluan

Skizofrenia adalah gangguan psikotik yang bersifat kronis atau kambuh ditandai dengan terdapatnya perpecahan (*schism*) antara pikiran, emosi dan perilaku pasien yang terkena.¹ Menurut *World Health Organization* (WHO) potensi seseorang mudah terserang gangguan jiwa memang tinggi, setiap saat 450 juta orang diseluruh dunia terkena dampak permasalahan jiwa, saraf, maupun perilaku. Salah satu bentuk gangguan jiwa yang terdapat diseluruh dunia adalah gangguan jiwa berat yaitu skizofrenia. Berdasarkan DSM-IV-TR, skizofrenia merupakan gangguan yang terjadi dalam durasi paling sedikit selama 6 bulan, dengan 1 bulan fase aktif gejala 9 atau lebih yang diikuti munculnya delusi, halusinasi, pembicaraan yang tidak terorganisir, dan adanya perilaku yang katatonik serta adanya gejala negatif.²

Data WHO jumlah penderita gangguan jiwa di dunia pada tahun 2010 adalah 450 juta jiwa, angka penderita skizofrenia di dunia menunjukkan 1% penderita atau kurang lebih 24 juta. Prevalensi gangguan psikis dengan diagnosis skizofrenia di seluruh dunia sebesar 0,2% hingga 2%. Sedangkan insidensi atau kasus baru yang muncul tiap tahun sekitar 0,01% dan sebesar 75% penderita skizofrenia mulai mengidapnya pada usia 16-25 tahun.³⁻⁴

Data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia masalah kesehatan jiwa di Indonesia mencapai 13% dari penyakit secara keseluruhan dan kemungkinan akan berkembang menjadi 25% di tahun 2030. Skizofrenia di Indonesia mencapai sekitar 2,5% dari total penduduk Indonesia atau sebesar 1.928.663 juta jiwa.³

Berdasarkan ICD-10 dan PPDGJ III, untuk diagnosis skizofrenia harus ada sedikitnya satu gejala berikut ini yang jelas (dan biasanya dua



gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas): *Thought echo* = isi pikiran dirinya sendiri yang bergema dan berulang dalam kepalanya (tidak keras) dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda. *Thought insertion or withdrawal* = isi pikiran asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (*insertion*) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (*withdrawal*). *Thought broadcasting* = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya. *Delusion of control* = waham tentang dirinya dikendalikan oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar. *Delusion of influence* = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh sesuatu kekuatan tertentu dari luar. *Delusion of passivity* = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap kekuatan dari luar. *Delusion of perception* = pengalaman indrawi yang tidak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat. Gejala-gejala lainnya adalah halusinasi auditorik: suara halusinasi yang berkomentar secara terus-menerus tentang perilaku pasien. Jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh. Waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil.⁵⁻⁶

Skizofrenia paranoid adalah jenis skizofrenia yang paling sering dijumpai di negara manapun. Gambaran klinis didominasi oleh waham-waham yang secara relatif stabil, seringkali bersifat paranoid, biasanya disertai oleh halusinasi-halusinasi terutama halusinasi pendengaran dan gangguan persepsi (gejala positif).¹ Halusinasi pendengaran adalah karakter yang paling banyak dari gejala psikotik.⁷ Pada kasus dengan banyak gejala, dilaporkan bahwa halusinasi auditory prevalensinya bisa mencapai 98%.⁸

Skizofrenia paranoid terjadi karena melemahnya neurologis dan kognitif tetapi individu tersebut mempunyai prognosis yang baik. Namun bagaimanapun juga, pada fase aktif dari kelainan ini, penderita mengalami gangguan jiwa berat dan gejala-gejala tersebut dapat membahayakan dirinya atau orang lain. Awitan subtype ini biasanya terjadi lebih belakangan dibandingkan dengan bentuk-bentuk skizofrenia yang lain. Gejala yang terlihat sangat konsisten, sering paranoid, pasien dapat atau tidak bertindak sesuai

dengan wahamnya. Pasien sering tak kooperatif dan sulit untuk mengadakan kerjasama, dan mungkin agresif, marah atau ketakutan, tetapi pasien jarang sekali memperlihatkan perilaku inkoheren atau disorganisasi. Waham dan halusinasi menonjol sedangkan afek dan pembicaraan hampir tidak terpengaruh.¹

Sementara berdasarkan PPDGJ-III untuk mendiagnosis skizofrenia paranoid harus memenuhi kriteria diagnosis skizofrenia dan sebagai tambahannya terdapat halusinasi dan atau waham arus menonjol, suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (*whistling*), mendengung (*humming*) atau bunyi tawa (*laughing*). Halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain, perasaan tubuh, halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol. Waham dapat berupa hampir setiap jenis, tetapi waham dikendalikan (*delusion of control*), dipengaruhi (*delusion of influence*) atau *passivity* (*delusion of passivity*), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam, adalah yang paling khas. Gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata/ tidak menonjol.⁵

Kasus

Ny. KK, wanita, 41 tahun, tanggal lahir 11 Juli 1975, Islam, sudah menikah, ibu rumah tangga, pendidikan terakhir SMP, suku Jawa, tinggal di Tanjung Bintang, Lampung Selatan, masuk rumah sakit pada tanggal 7 Oktober 2016. Dilakukan pemeriksaan pada tanggal 29 Oktober 2016 pada pukul 14.30 WIB.

Pasien datang ke Unit Gawat Darurat Rumah Sakit Jiwa (UGD RSJ) Lampung diantar keluarga dengan keluhan marah-marah tanpa sebab yang jelas, sering bicara sendiri, bicara melantur, buang kotoran di celana, gelisah, tidak mau makan dan minum, tidak mengenakan pakaian di dalam rumah dan mondar-mandir tanpa tujuan. Pasien juga selalu merasa kekayaan lebih dibandingkan dengan orang lain serta pasien merasa kekayaan diambil oleh orang lain sehingga pasien selalu meminta kekayaannya dengan orang yang ditemuinya. Keluarga mengatakan bahwa keluhan tersebut dialami oleh pasien sejak 4 hari sebelum masuk rumah sakit.



Pasien sudah pernah dirawat satu kali 2 tahun yang lalu (5 Juli 2014) dengan keluhan yang sama dan mendapat pengobatan di RS Jiwa Lampung, selama sekitar 28 hari dan mengalami perbaikan serta diperbolehkan pulang. Selama 2 tahun di rumah, pasien kembali beraktivitas dengan normal dan mulai bekerja dan tidak lagi menunjukkan gejala seperti dahulu.

Menurut pasien, pasien datang secara tidak sadarkan diri dan sadar ketika pasien sudah berada di RSJ diantar oleh suami dan anak tiri pasien. Menurut pasien ia tidak mengingat mengapa pasien bisa tidak sadarkan diri sehingga dibawa ke RSJ. Dalam wawancara, menurut pasien ia dibawa ke RSJ dengan keluhan sering melamun karena merasa khawatir tidak bisa menghidupi kedua anaknya yang masih kecil karena taspem suaminya tidak dapat diambil sedangkan suami pasien sudah sepuh. Pasien juga merasa mudah lelah ketika beraktivitas, mengurung diri, dan tidak mau melakukan kegiatan sehari-hari yaitu membersihkan rumah dan memasak. Menurut pasien, pasien merasa suaminya mudah cemburu terhadap pasien, walaupun pasien sudah berada dirumah saja. Pasien menyangkal mendengarkan adanya suara-suara yang tidak dapat didengar oleh orang lain. Pasien juga menyangkal sering berbicara sendiri. Pasien juga menyangkal adanya hubungan yang buruk dengan lingkungan dan keluarga. Menurut pasien, saat pertama kali dirawat, pasien mendapat 3 obat (risperidon, triheksilpenidil, klorpromazin), dan keadaan pasien membaik.

Pada pemeriksaan fisik, meliputi pemeriksaan tanda vital dan kondisi umum dalam keadaan baik. Pada status psikiatri, secara penampilan, seorang perempuan sesuai usia, berperawakan tinggi dengan tinggi sekitar 160 cm, kesan gizi cukup, terlihat rapi, memakai pakaian seragam RSJ Provinsi Lampung berwarna biru dengan celana training biru, tidak memakai alas kaki, kulit sawo matang, kuku rapi, perawatan diri cukup. Selama wawancara pasien kooperatif, dapat duduk dengan tenang, kontak mata baik, sesekali menggerakkan tangannya ketika menjelaskan sesuatu dan cenderung mempertahankan posisinya selama wawancara. Saat wawancara pembicaraan pasien secara spontan, lancar, intonasi cukup, volume cukup, kualitas cukup, artikulasi jelas,

kuantitas banyak, amplitudo baik, dan menjawab sesuai pertanyaan yang diajukan.

Terdapat halusinasi auditorik dan halusinasi visual. Waham kebesaran dan waham curiga pada isi pikir pasien yang didapatkan secara alloanamnesis pada keluarga. Daya ingat jangka pendek pasien buruk, jangka menengah baik dan jangka panjang baik. Daya nilai sosial pasien buruk. Penilaian terhadap realita pasien buruk. Tilikan 1 (satu) berupa penyangkalan total terhadap penyakitnya.

Berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan psikiatri pada pasien ini disimpulkan dengan diagnosa Skizofrenia paranoid remisi sempurna. Kemudian pada pasien ini ditatalaksana dengan medikamentosa dan non-medikamentosa. Terapi medikamentosa pada pasien ini adalah antipsikotik atipikal risperidon dua kali sehari dengan dosis 2 mg diberikan selama lima hari, dipertimbangkan peningkatan dosis berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan, *chlorpromazine* satu kali sehari dengan dosis 50 mg diberikan selama lima hari, dipertimbangkan peningkatan dosis berdasarkan tanda dan gejala yang ditemukan. Jika ditemukan gejala sindrom ekstrapiramidal, diberikan *trihexyphenidil* dua kali sehari dengan dosis 2 mg. Psikoterapi edukasi dan psikoterapi suportif terhadap pasien dan keluarga, rehabilitasi sesuai bakat dan minat pasien. Prognosis pasien ini baik. Perjalanan klasik skizofrenia adalah suatu eksaserbasi dan remisi. Dan tidak semua pasien mampu menyelesaikan tahap remisi.

Skizofrenia merupakan gangguan yang bersifat kronis, pasien secara berangsur-angsur menjadi semakin menarik diri dan tidak berfungsi selama bertahun-tahun. Beberapa penelitian telah menemukan lebih dari periode waktu 5 sampai 10 tahun setelah perawatan psikiatrik pertama kali di rumah sakit jiwa, hanya 10%-20% memiliki hasil yang baik. Lebih dari 50% memiliki hasil buruk dengan perawatan berulang di rumah sakit, eksaserbasi gejala, gangguan mood berat dan ada usaha bunuh diri. Rentang angka pemulihan berkisar 10%-60%, kira-kira 20%-30% dari penderita terus mengalami gejala yang sedang dan 40%-60% dari penderita terus mengalami gangguan secara bermakna seumur hidup.¹⁰



Pembahasan

Pada pasien ini didapatkan adanya gangguan persepsi dan isi pikir yang bermakna serta menimbulkan suatu *distress* (penderitaan) dan *disability* (hendaya) dalam pekerjaan dan kehidupan sosial pasien, sehingga dapat disimpulkan bahwa pasien ini mengalami gangguan jiwa. Berdasarkan data-data yang didapat melalui anamnesis, allonamnesis, pemeriksaan fisik dan rekam medik tidak ditemukan trauma kepala atau kejang sebelumnya, maupun penyakit lain. Tidak ada riwayat penggunaan zat psikoaktif. Hal tersebut di atas dapat menjadi dasar untuk menyingkirkan diagnosis gangguan mental organik (F.0) dan penggunaan zat psikoaktif (F.1).⁴

Pada pasien didapatkan riwayat waham curiga dan waham kebesaran. Pada pasien juga terdapat halusinasi visual dan halusinasi auditorik. Gejala tersebut dialami pasien sejak sekitar 4 bulan yang lalu. Hal ini menjadi dasar untuk mendiagnosis skizofrenia paranoid. Pada skizofrenia paranoid, waham dan atau halusinasi harus menonjol sedangkan afek dan pembicaraan hampir tidak terpengaruh. Pada pasien ini dapat dilihat jika wahamnya sangat menonjol.

Pemahaman keluarga terhadap kondisi pasien masih kurang, hal ini ditandai dengan kurangnya kepatuhan pasien minum obat dan keluarga pasien tidak selalu mengawasi pasien untuk meminum obat. Oleh karena itu didapatkan masalah berkaitan dengan pemahaman keluarga kemungkinan kurang memahami tentang penyakit dan pengobatan pasien.

Salah satu cara agar pasien yang mengalami gangguan jiwa tidak mengalami putus obat adalah dengan adanya Pengawas Minum Obat (PMO). Fungsi dari PMO ini adalah orang memegang obat serta memberikan dan mengawasi pasien saat minum obat. Karena kecil kemungkinan orang dengan gangguan jiwa dengan suka rela minum obat secara mandiri. Untuk gangguan psikiatri skizofrenia akan memakan waktu lama untuk minum obat yaitu minimal 5 tahun bebas gejala. Pasien akan merasa bosan dan lama-lama tidak mau minum obat lagi. Sehingga terjadilah kasus putus obat yang memicu kasus kekambuhan. Oleh karena itu dukungan keluarga dalam hal ini sangat dibutuhkan. Keluarga harus benar-benar mau merawat

pasien hingga sembuh. Serta dibutuhkan juga peran dari pasien agar tetap rutin minum obat.

Pengetahuan keluarga mengenai kesehatan mental merupakan awal usaha dalam memberikan iklim yang kondusif bagi anggota keluarganya. Keluarga selain dapat meningkatkan dan mempertahankan kesehatan mental anggota keluarga, juga dapat menjadi sumber problem bagi anggota keluarga yang mengalami persoalan kejiwaan keluarganya.⁹

Teori psikodinamika skizofrenia berdasarkan perjalanan psikopatologinya adalah gangguan kemampuan untuk berhubungan dengan orang lain. Lingkungan, terutama keluarga memegang peranan penting dalam proses terjadinya skizofrenia. Pernyataan ini juga berlaku sebaliknya, lingkungan, terutama keluarga memegang peranan penting dalam proses penyembuhan skizofrenia. Sebab, dikatakan bahwa skizofrenia merupakan hasil dari kumpulan pengalaman-pengalaman traumatis dalam hubungannya dengan lingkungan selama masa perkembangan individu.¹¹

Berdasarkan penelitian dari bahan *National Mental Health Assosiation* (NHMA), diperoleh bahwa banyak kesalahpahaman keluarga mengenai gangguan jiwa, keluarga menganggap bahwa seseorang yang mengalami gangguan jiwa tidak akan pernah sembuh lagi. Namun faktanya, NHMA mengemukakan bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa dapat sembuh dan dapat mulai kembali melakukan aktivitasnya.¹⁰

National Mental Health Assosiation (NHMA), mengemukakan hal-hal yang perlu diketahui oleh keluarga agar dapat menyikapi dan mengontrol emosi dalam menghadapi anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa, yaitu : Membangun harapan yang realistis dalam keluarga dan kepada penderita gangguan jiwa sehingga keluarga memiliki kesabaran dan tetap mendukung anggota keluarganya yang mengalami gangguan jiwa. Pendekatan secara spiritual membantu keluarga dalam menghadapi penderita gangguan jiwa. Mencari bantuan dari petugas kesehatan ataupun sumber media lainnya dalam mendapatkan informasi yang benar tentang gangguan jiwa. Komunikasi sangat penting untuk membangun kepercayaan antara keluarga dengan penderita gangguan jiwa. Komunikasi yang baik secara tidak



langsung dapat membuat penderita gangguan jiwa dapat mengungkapkan perasaan yang dirasakannya dan keluarga diharapkan mengerti bahwa kondisi yang mereka alami.¹²

Pada pasien dengan gangguan jiwa maka peran keluarga sangat penting demi keberhasilan pengobatannya. Dukungan keluarga dan pengertian dari keluarga dan orang-orang sekitar juga dibutuhkan dalam pengobatan pasien dengan gangguan jiwa secara psikologis.¹¹

Terapi farmakologi masih merupakan pilihan utama pada skizofrenia. Pilihan terapi pada skizofrenia dipilih berdasarkan target gejala pada pasien skizofrenia.¹³ Tujuan pengobatan adalah untuk mencegah bahaya pada pasien, mengontrol perilaku pasien, dan untuk mengurangi gejala psikotik pada pasien seperti agitasi, agresif, negatif simptom, positif simptom, serta gejala afek.^{14,15}

Rencana terapi yang diberikan adalah antipsikosis atipikal golongan benzixosazole yaitu risperidon. Risperidon merupakan antipsikosis atipikal atau antipsikosis golongan II. Antipsikosis golongan II merupakan golongan obat yang memiliki efek untuk mengurangi gejala negatif maupun positif. Jika dibandingkan dengan antipsikosis golongan I, risperidon mempunyai efektivitas yang lebih baik dalam mengontrol gejala negatif dan positif. Obat ini mempunyai afinitas tinggi terhadap reseptor serotonin (5HT₂) dan aktivitas menengah terhadap reseptor dopamin (D₂), α ₁ dan α ₂ adrenergik, serta histamin. Sindrom psikosis berkaitan dengan aktivitas neurotransmitter Dopamine yang mengikat (hiperreaktivitas sistem dopaminergik sentral), obat ini dapat memblokir Dopamine pada reseptor pasca-sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (dopamine D₂ receptor antagonis).¹⁵ Dengan demikian obat ini efektif baik untuk gejala positif (halusinasi, gangguan proses pikir) maupun gejala negatif (upaya pasien yang menarik diri dari lingkungan). Risperidon dimetabolisme di hati dan diekskresi di urin. Dengan demikian perlu diadakan pengawasan terhadap fungsi hati. Secara umum risperidon ditoleransi dengan baik. Efek samping sedasi, otonomik, dan ekstrapiramidal sangat minimal dibandingkan obat antipsikosis tipikal. Dosis anjurannya adalah 2-6 mg/hari.¹³

Prognosis pada pasien adalah dubia ad bonam karena dari hasil anamnesis, gejala yang dialami pasien lebih mengarah ke prognosis baik.

Prognosis berdasarkan Kaplan sebagai berikut.¹¹

Tabel 1. Penilaian Prognosis

Prognosis baik	Nilai	Prognosis buruk	Nilai
Awitan lambat		Awitan muda	√
Ada faktor presipitasi yang jelas	√	Tidak ada faktor presipitasi	
Awitan akut	√	Awitan kronis	
Riwayat sosial, seksual, dan pekerjaan pramorbid baik	√	Riwayat sosial, seksual, dan pekerjaan pramorbid buruk	
Gejala gangguan mood		Perilaku autistik, menarik diri	
Menikah	√	Lajang, cerai, duda	
Riwayat keluarga dengan gangguan mood		Riwayat keluarga skizofrenia	
Sistem pendukung baik		Sistem pendukung buruk	√
Gejala positif	√	Gejala negatif	√

Berdasarkan tabel prognosis diatas pada pasien masih disebut dubia ad bonam. Gambaran klinis yang dikaitkan dengan prognosis baik:¹⁰

- Awitan gejala-gejala psikotik aktif terjadi dengan secara mendadak
- Awitan terjadi setelah umur 30 tahun, terutama pada perempuan
- Fungsi pekerjaan dan sosial premorbid (sebelum sakit) baik. Performa sebelumnya tetap merupakan prediktor terbaik untuk meramalkan performa dimasa datang
- Kebingungan sangat jelas dan gambaran emosi menonjol, selama episode akut (simptom positif);
- Kemungkinan adanya stressor yang mempresipitasi psikosis akut dan tidak ada bukti gangguan susunan saraf pusat (SSP)



f) Tidak ada riwayat keluarga menderita skizofrenia.

Prognosis menjadi lebih buruk bila pasien menyalah gunakan zat atau hidup dalam keluarga yang tidak harmonis.

Simpulan

Pada pasien ini di diagnosis Skizofrenia Paranoid Remisi Sempurna dengan adanya putus obat dan dengan prognosis yang baik.

Daftar Pustaka

1. Benjamin JS, Virgini AS, Pedro R, editors. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences clinical psychiatry. Edisi ke-10. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. American Psychiatric Association. Diagnosis dan statistical manual of mental disorders: DSM IV TR [internet]. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000 [diakses tanggal 2 Maret 2017]. hlm. 13-26. Tersedia dari: <http://www.psychiatryonline.com/DSMPi v.pdf>.
3. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan RI. Riset kesehatan dasar [internet]. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2013 [diakses tanggal 14 April 2017]. Tersedia dari <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf>.
4. Maramis WF. Catatan ilmu kedokteran jiwa. Surabaya: Airlangga University Press; 2009. hlm. 356-60.
5. Maslim R. Diagnosis gangguan jiwa rujukan ringkas dari PPDGJ-III. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya; 2001.
6. Abidi S. Psychosis in children and youth: focus on early-onset schizophrenia. *Pediatr Rev.* 2013; 34(7):296-305.
7. Benjamin JS, Virginia AS, Pedro R, editors. Kaplan and Saddock's comprehensive textbook of psychiatry. Edisi ke-7. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2004.
8. Djatmiko P. Rekap: grafik 10 penyakit terbanyak rawat jalandan rawat inap RSJ Dr. Soeharto Heerdjan tahun 2009. Jakarta: RSJ Dr. Soeharto Heerdjan; 2010.
9. Notosoedirdjo, Latipun. Kesehatan mental, konsep dan penerapan. Malang: UMM Press; 2005.
10. National Mental Health Assosiation. A literature review report [internet]. Washington DC: National Mental Health Assosiation; 2001 [diakses tanggal 2 maret 2017]. Tersedia dari: <http://www.nhma.org>.
11. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Kaplan dan Sadock sinopsis psikiatri ilmu pengetahuan perilaku psikiatri klinis jilid 1. Edisi ke-7. Jakarta: Binarupa Aksara; 2010.
12. Amir N. Buku ajar psikiatri. Edisi ke-2. Jakarta: FKUI; 2013.
13. Perhimpunan Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa. Pedoman nasional pelayanan kedokteran (PNPK) jiwa/psikiatri. Jakarta: PP PDSKJI; 2012. hlm. 35.
14. Leucht. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple treatments meta-analysis. *Lancet.* 2013; 382(9896):951-62.
15. Keefe RSE, Fenton WS. How should DSM-V criteria for schizophrenia include cognitive impairment?. *Schizophr Bull.* 2007; 33(4):912-20.