

LAPORAN KASUS

Diagnosis Dini Depresi Pasca Skizofrenia: Studi Kasus di RS Jiwa Provinsi Lampung

Andre Parmonangan Panjaitan¹, Tendry Septa²

¹Program Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas
Lampung

²Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran
Universitas Lampung

ABSTRAK

Depresi adalah gangguan mental yang umum dan salah satu penyebab utama kecacatan di seluruh dunia. Secara global, sekitar 300 juta orang terpengaruh oleh depresi. Wanita lebih banyak terpengaruh daripada pria. Skizofrenia adalah gangguan yang ditandai dengan gejala positif (delusi dan halusinasi), gejala negatif (apatis dan penarikan diri) gejala disorganisasi (pikiran dan tindakan tidak terorganisir) dan gangguan kognitif (memori, perhatian, memori kerja, pemecahan masalah, kecepatan pemrosesan dan kognisi sosial). Seseorang dengan skizofrenia memiliki eksistensi yang terbatas dan terisolasi, di samping tingkat pengangguran yang tinggi, pendapatan rendah dan kesehatan fisik yang buruk. Semua faktor ini berkontribusi terhadap tingginya tingkat depresi pada orang dengan skizofrenia. *Australian Survey of High Impact Psychosis* menyatakan bahwa orang-orang dengan penyakit psikotik memiliki tingkat depresi yang tinggi (79,6% pada suatu waktu dalam kehidupan mereka dan 54,5% pada tahun sebelumnya). Gejala depresi pada skizofrenia berhubungan dengan gangguan yang signifikan terutama dikarenakan kehilangan, kesedihan dan keputusasaan. Pada pasien ini didapatkan perasaan sedih, nafsu makan yang menurun, tidak ada minat untuk melakukan aktivitas, jarang mandi, rasa bersalah, tidak ada harga diri, pasien sulit tidur dan mencoba bunuh diri. Gangguan persepsi dengan adanya halusinasi auditorik dan waham kejaran. Keluhan ini sudah dialami pasien sejak 1 bulan yang lalu dan pasien juga memiliki riwayat skizofrenia dengan putus pengobatan sudah kurang lebih satu tahun. Penatalaksanaan pada pasien ini diberikan psikoterapi dan farmakoterapi.

Kata kunci: Depresi, Skizofrenia, Tatalaksana.

ABSTRACT

Depression is a common mental disorder and one of the leading causes of disability worldwide. Globally, about 300 million people are affected by depression. Women are more affected than men. Schizophrenia is a disorder characterized by positive symptoms (delusions and hallucinations), negative symptoms (apathy and withdrawal) disorganization symptoms (unorganized thoughts and actions) and cognitive impairment (memory, attention, working memory, problem solving, processing speed and social cognition). A person with schizophrenia has a limited and isolated existence, in addition to high unemployment rates, low incomes and poor physical health. All of these factors contribute to high rates of depression in people with schizophrenia. The Australian Survey of High Impact Psychosis states said that people with psychotic have high levels of depression (79.6% at some time in their life and 54.5% in the previous year). The symptoms of depression in schizophrenia are associated with significant disruptions mainly due to loss, sadness and despair. In this case is found feelings of sadness, decreased appetite, no interest to perform activities, rarely bathing, guilt, no self-esteem, having trouble in sleeping and try to kill herself. Disturbance of perception in auditory hallucinations and delusion of persecution. These complaints have been experienced by patients 1 month ago



and the patient also has a history of schizophrenia with one-year loss of treatment. Management of this patient is given psychotherapy and pharmacotherapy.

Keyword: Depression, Management, Schizophrenia.

1. LATAR BELAKANG

Depresi adalah gangguan mental yang umum dan salah satu penyebab utama kecacatan di seluruh dunia. Secara global, sekitar 300 juta orang terpengaruh oleh depresi. Wanita lebih banyak terpengaruh daripada pria. Depresi ditandai dengan kesedihan, kehilangan minat atau kesenangan, perasaan bersalah atau rendah diri, tidur terganggu atau nafsu makan, kelelahan, dan konsentrasi yang buruk. Seseorang dengan depresi mungkin juga memiliki banyak keluhan fisik tanpa penyebab fisik yang jelas. Depresi dapat berlangsung lama atau berulang, secara substansial mengganggu kemampuan orang untuk berfungsi di tempat kerja atau sekolah dan untuk mengatasi kehidupan sehari-hari. Pada saat yang paling berat, depresi dapat menyebabkan bunuh diri.^[1]

Skizofrenia adalah gangguan yang ditandai dengan gejala positif (delusi dan halusinasi), gejala negatif (apatis dan penarikan diri) gejala disorganisasi (pikiran dan tindakan tidak terorganisir) dan gangguan kognitif (memori, perhatian, memori kerja, pemecahan, kecepatan pemrosesan, masalah, dan kognisi sosial). Seseorang dengan skizofrenia memiliki eksistensi yang terbatas dan terisolasi, di samping tingkat pengangguran yang tinggi, pendapatan rendah dan kesehatan fisik yang buruk. Semua faktor ini berkontribusi terhadap tingginya tingkat depresi pada orang dengan skizofrenia. Sekitar seperempat dari orang-orang dengan skizofrenia memenuhi kriteria untuk gangguan depresi pada suatu waktu dalam hidup mereka. *Australian Survey of High Impact Psychosis* menyatakan bahwa orang-orang dengan penyakit psikotik memiliki tingkat depresi yang tinggi (79,6% pada suatu waktu dalam kehidupan mereka dan 54,5% pada tahun sebelumnya). Gejala depresi pada skizofrenia berhubungan dengan gangguan yang signifikan terutama dikarenakan kehilangan, kesedihan, dan

keputusasaan. Ada peningkatan risiko kekambuhan psikotik ketika gejala-gejala ini bertahan dalam fase kronis skizofrenia.^[2]

Kejadian bunuh diri dapat terjadi 13 kali lebih mungkin pada orang dengan skizofrenia. Meskipun sifat yang tepat dari hubungan antara bunuh diri dan gejala depresi pada skizofrenia belum terbentuk dengan pasti tetapi depresi tetap menjadi mediator bunuh diri yang paling signifikan pada populasi umum dan hal ini kemungkinan juga berkaitan dengan orang dengan skizofrenia.^[3,4]

2. KASUS

Seorang wanita berusia 29 tahun datang dengan dibawa oleh kedua adik kandung dan adik ipar pasien dengan keluhan mengamuk dikarenakan adanya permasalahan keluarga yang dialami sejak 1 hari terakhir.

Pada awalnya tiga bulan yang lalu pasien memukul kelima anak murid disekolahnya dikarenakan kelima murid ribut dikelas dan pasien tidak dapat mengontrol emosi akibat adanya permasalahan keluarga pasien. Setelah kejadian itu, pasien merasa dibicarakan oleh orang lain dan merasa tertekan, merasa bersalah, malu, minder dengan tetangga sekitar. Sebenarnya pasien sudah mengalami permasalahan keluarga sejak lama tetapi 7 hari SMRS permasalahan semakin memuncak sehingga suami pasien pergi dari rumah dengan membawa ketiga anaknya. Sejak saat itu, pasien merasakan minder, tertekan, takut, malu, rasa bersalah, sedih dan menutup diri dari lingkungan. Tetapi pasien masih mengajar disekolahnya hanya beberapa hari. Pasien merasakan nafsu makan yang menurun, tidak ada minat untuk melakukan aktivitas, jarang mandi dan pasien sulit tidur. Pasien merasa sudah tidak punya harga diri lagi akibat masalah ini. Pasien mencoba untuk bunuh diri dengan menggunakan keris yang ada dirumahnya tetapi pasien sadar bahwa yang ia akan lakukan tidak



menyelesaikan masalah. Kemudian, 2 hari SMRS pasien dijemput oleh keluarganya untuk tinggal bersama di Kotabumi. Selama dirumahnya, pasien mengamuk dan berbicara sendiri. Menurut pasien, ia mendengar bisikan-bisikan yang merendahkan diri pasien.

Riwayat penyakit sebelumnya, pasien pernah dirawat satu tahun yang lalu karena merasakan adanya suara yang memerintah dan merendahkan pasien. Kemudian pasien mengalami kesedihan ketika ditinggal oleh mertuanya yang meninggal. Pasien mengurung diri, melamun, kurang nafsu makan, kurang minat untuk merawat diri, dan pasien ingin bunuh diri dengan meloncat kesumur sampai dua kali.

Status mental didapatkan kesadaran *compos mentis* dengan penampilan terlihat sesuai usianya, berpakaian rapi dengan pakaian seragam pasien, rambut pendek, kulit kuning langsung, kuku pendek dan memakai sandal. Perilaku dan aktivitas psikomotor selama wawancara pasien duduk dengan tenang dan dapat menjawab semua pertanyaan dengan baik. Kontak mata dengan pemeriksa baik. Sikap terhadap pemeriksa kooperatif spontan, lancar, volume cukup, artikulasi jelas, amplitudo sesuai, menjawab sesuai dengan pertanyaan, kualitas cukup dan kuantitas banyak. Mood pasien hipotimia, afek menyempit dengan keserasian serasi. Gangguan persepsi halusinasi didapatkan dengan gangguan isi pikir atau waham rujukan.

Kesadaran dan kognisi pasien dengan orientasi tempat, waktu dan orang baik. Daya ingat segera baik, jangka pendek baik, jangka menengah baik, jangka panjang kurang baik. Konsentrasi dan perhatian cukup. Pasien dapat membaca dan menulis. Kemampuan visuospasial, abstraksi, intelegensi dan menolong diri sendiri masih dalam kategori baik. Pasien dapat mengendalikan emosi selama wawancara. Pasien dapat mengendalikan impuls untuk tetap kooperatif saat wawancara. Uji daya nilai, norma sosial termasuk dalam kategori baik dan penilaian realitas termasuk dalam kategori kurang baik dengan tilikan 1.

Pemeriksaan fisik didapatkan pasien tampak sakit ringan, kesadaran

compos mentis, berat badan 65 kg, tinggi badan 165 cm tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 78x/menit, pernapasan 22x/menit, suhu 36,5°C. Pemeriksaan kepala, mata, tht, leher, paru, jantung, abdomen, ekstremitas dalam batas normal. Sistem sensorik, sistem motorik dan fungsi luhur, dalam batas normal.

3. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Pada pasien dilakukan pemeriksaan darah lengkap dan fungsi hati dengan hasil hemoglobin: 13,2 g/dl, eritrosit: 4,62 juta sel/mm³, leukosit: 11.500 sel/mm³, trombosit: 329.000 sel/mm³, hitung Jenis: basofil 0%, eosinofil 0%, batang: 0%, segmen: 70%, limfosit: 24%, monosit: 6%, hematokrit 36%, SGOT: 42 U/l, SGPT : 26 U/l dan kesan normal.

4. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Berdasarkan autoanamnesis dan pemeriksaan status mental, maka kasus ini termasuk gangguan jiwa karena menimbulkan penderitaan (*distress*) pada pasien serta terdapat hendaya (*disability*) dalam fungsi pekerjaan dan aktivitas sosial.

Berdasarkan data anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang, tidak ditemukan riwayat trauma kepala, demam tinggi atau kejang sebelumnya ataupun kelainan organik lainnya yang dapat menimbulkan disfungsi otak sebelum gangguan jiwa. Hal tersebut dapat menjadi dasar untuk menyingkirkan diagnosis gangguan mental organik (F0). Dari anamnesis diketahui bahwa pasien tidak sedang mengkonsumsi alkohol dan zat psikoaktif lainnya, berdasarkan hal tersebut, pasien bukan termasuk penderita gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan alkohol atau zat psikoaktif lainnya (F1).

Diagnosis dapat ditegakkan berdasarkan anamnesis pasien. Pada pasien ini didapatkan perasaan sedih, nafsu makan yang menurun, tidak ada minat untuk melakukan aktivitas, jarang mandi, rasa bersalah, tidak ada harga diri, pasien sulit tidur dan mencoba bunuh diri. Gangguan persepsi dengan adanya halusinasi auditorik dan waham kejaran. Keluhan ini sudah dialami pasien sejak 1 bulan yang lalu dan



pasien juga memiliki riwayat skizofrenia dengan putus pengobatan sudah kurang lebih satu tahun sehingga didapatkan diagnosis depresi pasca skizofrenia sebagai diagnosis Aksis I. Berdasarkan anamnesis dan pemeriksaan status mental didapatkan fungsi kognitif baik, pengetahuan baik, dan pada pasien tidak ditemukan tanda-tanda gangguan kepribadian sehingga sampai saat ini belum ada diagnosis aksis II dan belum ada diagnosis aksis III.

Berdasarkan anamnesis yang dilakukan terhadap pasien, pasien memiliki masalah terhadap keluarga, namun tidak memiliki masalah lingkungan sosial, pendidikan, pekerjaan, perumahan, ekonomi dan hukum. Oleh karena itu pada aksis IV terdapat masalah terkait lingkungan pendidikan. Penilaian terhadap kemampuan pasien untuk berfungsi dalam kehidupannya menggunakan GAF (*Global Assessment of Functioning Scale*). Menurut PPDGJ III, pada aksis V didapatkan GAF saat ini (*GAF current*) adalah 70-61 yaitu gejala ringan dan disabilitas ringan dalam menjalani aktivitas sosial, kerja, pendidikan, namun secara umum masih baik, dan memiliki hubungan interpersonal yang bermakna. GAF HLPY (*Highest Level Past Year*) adalah 80-71, yaitu gejala sementara dan dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial, pekerjaan, sekolah dan lain-lain.

5. TATALAKSANA

Penatalaksanaan pada pasien ini diberikan psikoterapi dan farmakoterapi. Psikoterapi dengan strategi *coping*. Farmakoterapi yang diberikan berupa Risperidon 2x2 mg dan Fluoxetine 1x20 mg.

6. HASIL DAN FOLLOW UP

Pasien masih dalam masa pengobatan dan sudah mengalami perbaikan secara gejala klinis. Pasien sudah mulai beraktivitas dengan seperti biasa dan dengan dikontrol oleh keluarga. Pasien dianjurkan untuk kontrol kepada dokter mengenai keadaannya setiap bulannya untuk mengevaluasi manajemen yang diberikan kepada pasien.

7. PEMBAHASAN

Depresi pasca skizofrenia akhir-akhir ini mengalami peningkatan. Sebagian besar pasien dengan skizofrenia menunjukkan gejala depresi selama perjalanan penyakit mereka.^[5] Oleh karena itu dihipotesiskan bahwa gejala depresi merupakan bagian penting dari skizofrenia.^[5,6,7] Prevalensi komorbiditas depresi yang dilaporkan di antara pasien skizofrenia adalah 7-75%, dengan tingkat modal 25%.^[5,6,8,9] Meskipun demikian, penting untuk dicatat bahwa gejala depresi seperti itu mungkin hal sekunder akibat gangguan medis komorbid lain, efek samping neuroleptik, atau reaksi psikologis terhadap penyakit.^[10] Dari perspektif klinis, depresi dapat menjadi prodromal akibat kekambuhan psikotik atau episode postpsikotik.^[6] Beberapa penelitian telah mengeksplorasi prevalensi gejala depresi dalam pengobatan jangka panjang pasien skizofrenia yang ditandai dengan masuk rawat inap berulang,^[11-12] keadaan fungsional yang lebih buruk,^[13,14] defisit kognitif,^[13-17] dan kemampuan sosial yang buruk.^[18-20]

Depresi pasca skizofrenia dapat mempengaruhi hubungan sosial mereka, seperti kehilangan orang-orang yang dikasihi dalam hidup dan dapat menjadi pemicu menurunnya keinginan hidup pasien bila tidak ditangani dengan baik. Hal ini menunjukkan pada kita tentang betapa pentingnya mengenali depresi pasca skizofrenia dan penanganannya. Diagnosis depresi pasca skizofrenia dapat ditegakkan berdasarkan PPDGJ III (Pedoman Penggolongan Diagnostik Gangguan Jiwa III) yang berpedoman pada DSM-V. Kriteria penggolongan diatas berdasarkan atas gejala utama dan gejala lain menurut PPDGJ III sebagai berikut:

- Diagnosis harus ditegakkan hanya kalau:
 - a. Pasien telah menderita skizofrenia (yang memenuhi kriteria umum skizofrenia) selama 12 bulan terakhir ini.
 - b. Beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya).



- c. Gejala-gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-) dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu.
- Apabila pasien tidak lagi menunjukkan gejala skizofrenia diagnosis menjadi episode depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtype skizofrenia yang sesuai (F20.0- F20.3).^[21]

Penatalaksanaan pada pasien ini dapat dilihat pada bagan 1 yang diberikan psikoterapi dan farmakoterapi. Psikoterapi dengan strategi *coping* dan farmakoterapi dengan Risperidon 2x2 mg dan Fluoxetine 1x20 mg.

Risperidon merupakan golongan anti psikotik atipikal (APG-II) dengan mekanisme kerja adalah memblokir dopamin pada reseptor pasca sinaptik neuron di otak, khususnya di sistem limbik dan sistem ekstrapiramidal (*Dopamine D2 receptor antagonists*) dan juga berafinitas terhadap "*Serotonin 5 HT2 Receptors*" (*Serotonin-dopamine antagonists*), sehingga efektif untuk gejala positif maupun negatif. Efek samping yang terjadi dapat berupa sedasi dan inhibisi psikomotor (rasa mengantuk, kewaspadaan berkurang, kinerja psikomotor menurun, kemampuan kognitif menurun), dan gangguan otonomik (hipotensi, antikolinergik atau parasimpatolitik, mulut kering, kesulitan miksi dan defekasi, hidung tersumbat, mata kabur, tekanan intraokuler meningkat, gangguan irama jantung), gangguan ekstrapiramidal (*dystonia* akut, *akathisia*, sindrom Parkinson seperti tremor, *brd kinesia*, *rigiditas*), gangguan endokrin, hematologi biasanya pada pemakaian jangka panjang. Kekuatan antagonis D2 dari risperidone lebih rendah bila dibandingkan dengan haloperidol, sehingga efek samping ekstrapiramidal juga lebih rendah. Sediaan risperidone tersedia dalam bentuk tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg; ada juga dalam bentuk depo (*long acting*) yang digunakan setiap 2 minggu secara IM. Dengan rentang dosis 2-6 mg/hari. Pada

pasien ini, diberikan risperidon dengan dosis 2x2 mg.^[22,23]

Fluoksetin merupakan obat antidepresan yang bekerja dengan cara meningkatkan aktivitas dan sirkulasi suatu zat kimia di dalam otak yang disebut dengan serotonin. Dengan meningkatnya kadar serotonin, maka keseimbangan kimia di dalam otak berubah dan gejala ketiga gangguan psikologi tersebut dapat teratasi. Indikasi terapi yaitu gangguan depresi major, bulimia nervosa, panik, premenstrual disporik, gangguan bipolar, obesitas, katapleksi, ketergantungan alcohol. Fluoksetin sediaan 10 mg dan 20 mg.^[23]

Pemilihan antipsikotika yang terlampir pada tabel 1 sering ditentukan oleh pengalaman pasien sebelumnya dengan antipsikotika misalnya, respons gejala terhadap antipsikotika, profil efek samping, kenyamanan terhadap obat tertentu terkait cara pemberiannya. Pada fase akut, obat segera diberikan segera setelah diagnosis ditegakkan dan dosis dimulai dari dosis anjuran dinaikkan perlahan-lahan secara bertahap dalam waktu 1-3 minggu, sampai dosis optimal yang dapat mengendalikan gejala.^[24]

Pasien dengan depresi pasca skizofrenia diberikan psikoterapi untuk membantu pasien mengembangkan strategi *coping* yang lebih baik dalam mengatasi stresor kehidupan sehari-hari. Jenis psikoterapi yang diberikan tergantung pada kondisi pasien dan preferensi terapis atau dokternya. Pasien dapat diberikan psikoterapi suportif atau reedukatif seperti psikoterapi kognitif, atau terapi perilaku atau psikoterapi rekonstruktif.^[25]

8. KESIMPULAN

Depresi pasca skizofrenia seringkali menjadi penyakit yang terlewatkan dalam ilmu kesehatan jiwa karena kompleksitas dari gejala yang ditimbulkan sehingga insiden dari penyakit ini meningkat setiap tahunnya. Oleh karena itu, penegakan diagnosis yang tepat dan akurat dibutuhkan untuk tatalaksana yang sesuai agar dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

REFERENSI

1. "Mental Disorders". *WHO Int Fact*. 2018. 25 Juni 2018. <<http://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/mental-disorders>>.
2. Lako IM, Taxis K, Bruggeman R, et al. The course of depressive symptoms and prescribing patterns of antidepressants in schizophrenia in a one-year follow-up study. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 240-244.
3. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 1123-1131.
4. Hayes RD, Chang CK, Fernandes A, et al. Associations between symptoms and all-cause mortality in individuals with serious mental illness. *J Psychosom Res* 2012; 72: 114-119.
5. Siris SG, Bench C. *Depression and schizophrenia*. In: Hirsch SR, Weinberger D, editors. *Schizophrenia*. 2nd ed. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2003.
6. Dan A, Kumar S, Avasthi A, Grover S. A comparative study on quality of life of patients of schizophrenia with and without depression. *Psychiatry Res* 2011; 189:185-189.
7. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009; 35:383-402.
8. Chemerinski E, Bowie C, Anderson H, Harvey PD. Depression in schizophrenia: methodological artifact or distinct feature of the illness. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2009; 20:431-440.
9. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Kinon BJ. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2007; 90:186-197.
10. Siris SG. Depression in schizophrenia: perspective in the era of 'atypical' antipsychotic agents. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1379-1389.
11. Schennach-Wolff R, Obermeier M, Seemuller F, Jager M, Messer T, Laux G, et al. Evaluating depressive symptoms and their impact on outcome in schizophrenia applying the Calgary Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 123:228-238.
12. Jin H, Zisook S, Palmer BW, Patterson TL, Heaton RK, Jeste D. Association of depressive symptoms with worse functioning in schizophrenia: a study in older outpatients. *J Clin Psychiatry* 2001; 62:797-803.
13. Sands JR, Harrow J. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999; 25:157-171.
14. Brebion G, Smith MJ, Amador X, Malaspina D, Gorman JM. Clinical correlates of memory in schizophrenia: differential links between depression, positive and negative symptoms, and two types of memory impairment. *Am J Psychiatry* 1997; 154:1538-1543.
15. Brebion G, Amador X, Smith M, Malaspina D, Sharif Z, Gorman JM. Depression, psychomotor retardation, negative symptoms and memory in schizophrenia. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2000; 158:758-764.
16. Brebion G, Gorman JM, Malaspina D, Sharif Z, Amador X. Clinical and cognitive factors association with verbal memory task performance in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001; 158:758-764.
17. Burt DB, Zembar MJ, Niederehe G. Depression and memory impairment: a meta-analysis of the association, its pattern and specificity. *Psychol Bull* 1995; 117:285-305.
18. Moser C, Krieg J, Zihl J, Lautenbacher S. Attention and memory deficits in schizophrenia. *Cogn Behav Neurol* 2006; 19:150-156.
19. Smith MJ, Brebion G, Banquet JP, Allilaire JF. Experimental evidence for twodimensions of cognitive disorders in depressives. *J Psychiatr Res* 1994; 28:401-411.



20. Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Am J Psychiatry* 2006; 163:418–425.
21. Maslim R. *Diagnosis Gangguan jiwa Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-5*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa Fakultas Kedokteran Unika Atmajaya, 2013.
22. Katzung BG. *Farmakologi dasar dan klinik*. Jakarta: EGC, 2010.
23. Maslim, Rusdi. *Panduan Praktis, Penggunaan Klinis Obat Psikotropik*. Jakarta: Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atmajaya, 2007.
24. PDSKJI. *Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Ilmu Psikiatri*. Jakarta; PDSKJI, 2012.
25. Maramis WF. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa. Edisi II*. Surabaya: FK Unair, 2010.
26. Hausmann A & Fleischhacker. Depression in Patients with Schizophrenia. *CNS Drugs* 2000; 14(4):289-299.



LAMPIRAN

Tabel 1. Psikofarma^[24]

Obat Antipsikotika	Dosis Anjuran (mg/hari)	Bentuk Sediaan
Antipsikotika Generasi I (APG-I)		
Klopromazin	300-1000	Tablet (25mg, 100mg)
Perfenazin	16-64	Tablet (4mg)
Trifluoperazin	15-50	Tablet (1mg, 5mg)
Haloperidol	5-20	Tablet (0,5, 1mg, 1,5mg, 2mg, 5 mg) Injeksi <i>short acting</i> (5mg/ml) Tetes (2mg/5mL) <i>Long acting</i> (50mg/mL) Long acting (25mg/mL)
Fluphenazine decanoate	12,5-25	Long acting (25mg/mL)
Antipsikotika Generasi II (APG-II)		
Aripiprazol	10-30	Tablet (5mg, 10mg, 15mg) Tetes (1mg/ml) <i>Discmelt</i> (10mg, 15mg) Injeksi (9,75 mg/mL)
Klozapin	150-600	Tablet (25mg, 100mg)
Olanzapin	10-30	Tablet (5mg, 10mg) Zydis (5mg, 10mg) Injeksi(10mg/mL)
Quetiapin	300-800	Tablet IR (25mg, 100mg, 200mg, 300mg) Tablet XR (50mg, 300mg, 400mg)
Risperidon	2-8	Tablet (1mg, 2mg, 3mg) Tetes (1mg/mL) Injeksi long acting (25mg, 37,5mg, 50mg)
Paliperidon	3-9	Tablet (3mg, 6mg, 9mg)
Zotepin	75-150	Tablet (25mg, 50mg)

Bagan 1. Alur Penatalaksanaan Depresi pasca Skizofrenia^[26]

