Episode Depresi Berat Dengan Gejala Psikotik Pada Wanita Berusia 17 Tahun: Sebuah Laporan Kasus

Rizki Novtarina¹, High Boy K.H², Risti Graharti³

¹Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Episode depresi berat dengan gejala psikotik merupakan salah satu bentuk gangguan depresi mayor yang ditandai dengan adanya gejala afektif berat disertai waham atau halusinasi. Kondisi ini relatif jarang, namun berhubungan dengan prognosis yang lebih buruk, risiko kekambuhan tinggi, serta peningkatan angka bunuh diri dibandingkan depresi tanpa gejala psikotik. Laporan kasus ini bertujuan untuk menggambarkan manifestasi klinis, proses diagnostik, serta strategi penatalaksanaan pada pasien dengan episode depresi berat disertai gejala psikotik. Pasien datang dengan merasa dirinya tertekan, sedih dan tidak bersemangat menjalani aktivitas kesehariannya sejak 1 tahun dan memberat sejak 4 bulan SMRS, semenjak ditinggal meninggal oleh ibu pasien. Diagnosis ditegakkan berdasarkan wawancara psikiatrik, pemeriksaan status mental, serta kriteria diagnostik dari *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5). Penatalaksanaan yang diberikan berupa kombinasi antidepresan dan antipsikotik, serta dukungan psikososial intensif. Laporan ini menekankan pentingnya deteksi dini, diagnosis yang tepat, serta tatalaksana komprehensif untuk mengurangi risiko komplikasi, memperbaiki kualitas hidup pasien, dan menurunkan angka kekambuhan. Dengan demikian, studi kasus ini diharapkan dapat menjadi referensi tambahan dalam penanganan klinis gangguan depresi berat dengan gejala psikotik.

Kata Kunci: Depresi berat, gejala psikotik, wanita

Episode of Major Depression with Psychotic Symptoms in a 17-Year-Old Female: A Case Report

Abstract

Major depressive episodes with psychotic symptoms are a form of major depressive disorder characterized by severe affective symptoms accompanied by delusions or hallucinations. This condition is relatively rare, but is associated with a poorer prognosis, a high risk of recurrence, and an increased suicide rate compared to depression without psychotic symptoms. This case report aims to describe the clinical manifestations, diagnostic process, and management strategies in patients with major depressive episodes accompanied by psychotic symptoms. The patient presented with feelings of depression, sadness, and lack of enthusiasm in performing daily activities for 1 year, which had worsened for 4 months prior to admission to the hospital, since the death of the patient's mother. The diagnosis was established based on a psychiatric interview, mental status examination, and diagnostic criteria from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Management consisted of a combination of antidepressants and antipsychotics, as well as intensive psychosocial support. This report emphasizes the importance of early detection, accurate diagnosis, and comprehensive management to reduce the risk of complications, improve the patient's quality of life, and reduce the recurrence rate. Thus, this case study is expected to serve as an additional reference in the clinical management of major depressive disorder with psychotic symptoms.

Keywords: Major depression, psychotic symptoms, woman

Korespondensi: Rizki Novtarina, alamat Jl. Prof. Dr. Ir. Sumantri Brojonegoro No.1, Gedong Meneng, Kec. Rajabasa, Kota Bandar Lampung, Lampung 35145, HP 087726869174, e-mail <u>rizkinovtarina97@gmail.com</u>

Pendahuluan

Depresi merupakan salah satu gangguan kesehatan jiwa yang paling banyak ditemukan secara global serta menjadi penyebab utama terjadinya disabilitas pada kelompok usia produktif. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), lebih dari 280 juta orang di dunia menderita depresi dengan angka kejadian yang terus meningkat setiap tahun. Di Indonesia, hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi depresi mencapai 6,1% dari total

populasi, yang menandakan tingginya beban penyakit ini terhadap sistem pelayanan kesehatan.¹

Episode depresi berat adalah bentuk gangguan depresi mayor yang ditandai dengan adanya gejala-gejala seperti suasana perasaan sedih yang menetap, kehilangan minat, kelelahan, gangguan tidur, hingga munculnya pikiran untuk mengakhiri hidup. Pada beberapa kasus, depresi dapat disertai gejala psikotik berupa waham maupun halusinasi, yang dikenal sebagai episode depresi berat

dengan gejala psikotik. Kondisi ini memerlukan perhatian khusus karena berhubungan dengan risiko bunuh diri yang lebih tinggi, perjalanan penyakit yang lebih kompleks, serta respons terapi yang lebih sulit dibandingkan depresi tanpa gejala psikotik.²

Episode depresi berat dengan gejala psikotik sering kali menimbulkan kesulitan dalam proses diagnosis karena gejalanya dapat menyerupai gangguan psikotik lain, seperti skizofrenia atau gangguan skizoafektif.³ Oleh karena itu, diperlukan evaluasi yang cermat terhadap riwayat penyakit, perjalanan gejala, serta pemeriksaan status mental untuk membedakan diagnosis.⁴ Kesalahan dalam penegakan diagnosis dapat berdampak pada pemilihan terapi yang kurang tepat dan memperburuk prognosis pasien.⁵

Penatalaksanaan episode depresi berat dengan gejala psikotik umumnya melibatkan kombinasi farmakoterapi dan psikoterapi. Terapi farmakologis biasanya menggunakan antidepresan bersama antipsikotik, atau dalam beberapa kasus dapat dipertimbangkan terapi elektrokonvulsif (ECT) sebagai pilihan.⁶ Penanganan yang tepat dan komprehensif sangat penting guna menurunkan risiko kekambuhan, meningkatkan kualitas hidup pasien, serta mengurangi beban sosial maupun ekonomi yang ditimbulkan oleh gangguan ini.⁷

Pelaporan kasus episode depresi berat dengan gejala psikotik penting dilakukan untuk memperkaya literatur klinis, memperdalam pemahaman mengenai manifestasi klinis, serta mendukung pengambilan keputusan dalam penatalaksanaan pasien. Selain itu, laporan kasus dapat memberikan gambaran nyata mengenai tantangan diagnostik dan terapi di lapangan, sehingga bermanfaat bagi praktik kedokteran dan penelitian selanjutnya.

Kasus

Anamnesis

Pasien datang diantar dengan keluarganya ke Rumah Sakit Jiwa Daerah (RSJD) Provinsi Lampung dengan keluhan merasa dirinya tertekan, sedih dan tidak bersemangat menjalani aktivitas kesehariannya sejak 1 tahun dan memberat sejak 4 bulan SMRS, semenjak ditinggal meninggal oleh ibu pasien pada November

2022. Keluhan diakui pasien terutama saat pasien sedang menyendiri dan saat ada tekanan dari keluarganya yaitu tantenya. Pasien juga mengaku dalam satu tahun terakhir pasien sering mendengar bisikan bisikan berupa perintah dan komentar hampir setiap hari, terutama ketika pasien sedang melamun. Akibatnya pasien sering merasa sakit kepala, dan menyendiri di kamar. Pada 3 hari SMRS menurut pasien mendengar bisikan, dan merasa tetangga mengganggu pasien dengan mematikan listrik rumah pasien, sehingga pasien melemparkan besi ke rumah tetangga pasien. Akhirnya pasien dibawa oleh sepupu pasien ke RSJD.

Ketika pasien kelas 10 SMA, pasien merasa dikucilkan oleh teman teman sekolah pasien, dan membicarakan pasien di belakang, dan membuat pasien sedih dan tidak bersemangat untuk sekolah. Sejak satu tahun terakhir pasien mendengar bisikan bisikan berupa perintah dan komentar hampir setiap hari, terutama ketika pasien sedang melamun. Pasien juga pernah mencium bebauan berupa wangi kemenyan pada malam hari, padahal tidak ada sumber bau tersebut. Pasien juga pernah satu kali merasa kamar pasien tiba tiba berubah menjadi studio bola.

Pasien sempat ingin mengakhiri hidupnya dengan menyanyat pergelangan namun pasien mengurungkan tangan, niatnya karena sadar bahwa hal tersebut tidak boleh dilakukan. Riwayat merokok, penggunaan zat psikotropika disangkal oleh pasien. Dari pengakuan sepupu pasien, pasien sering melamun, jarang bicara, kurang bersemangat dan jarang keluar dari kamar jika pasien pulang kerumah. Pasien masih bisa melakukan aktivitas sehari-hari seperti mandi, makan, menggunakan pakaian, BAK, BAB secara mandiri.

Status Mental

Pada pemeriksaan deskripsi umum, pasien adalah seorang perempuan dengan penampilan sesuai usia, berperawakan kurus, berkulit sawo matang, serta berpenampilan rapi dan sesuai dengan usianya. Selama wawancara, pasien bersikap kooperatif dengan perilaku dan aktivitas psikomotor yang

menunjukkan ekspresi sedih dan murung.

Pada aspek mood dan afek, pasien tampak mengalami hipotimia dengan afek yang luas serta keserasian antara mood dan afek yang serasi. Pemeriksaan pembicaraan menunjukkan bahwa pasien mampu berbicara secara spontan, lancar, dengan intonasi jelas, volume dan kualitas suara cukup, artikulasi baik, kecepatan bicara normal, serta mampu menjawab pertanyaan dengan tepat.

Dalam hal persepsi, tidak ditemukan adanya depersonalisasi, namun terdapat riwayat derealisasi. Pasien juga melaporkan adanya halusinasi auditorik dan riwayat halusinasi olfaktori, sedangkan ilusi tidak ditemukan. Pemeriksaan terhadap proses pikir menunjukkan produktivitas berpikir yang baik, bentuk pikir realistis, arus pikir lancar, dan proses pikir koheren. Isi pikir pasien memperlihatkan adanya preokupasi, namun tidak ditemukan waham, obsesi, erotomania, hipokondria, koprolalia, maupun fobia.

Pada aspek sensorium dan kognisi, tingkat kesadaran pasien berada dalam kondisi compos mentis dengan orientasi waktu, tempat, orang, dan situasi yang baik. Daya ingat jangka segera, pendek, sedang, dan panjang seluruhnya baik. Kemampuan konsentrasi dan perhatian pasien berada dalam batas normal (normovigil), serta kemampuan membaca, menulis, visuospasial, berpikir abstrak, dan tingkat intelegensi juga baik.

Pasien menunjukkan kemampuan pengendalian impuls yang baik, tidak menunjukkan perilaku agresif, tidak berpotensi membahayakan diri sendiri maupun orang lain, dan tetap kooperatif selama wawancara berlangsung. Daya nilai sosial dan hasil uji daya nilai menunjukkan hasil baik, dengan tilikan berada pada derajat tiga. Kemampuan reality testing (RTA) pasien juga baik, dan kesan umum menunjukkan bahwa pasigan dapat dipercaya.

Pada pemeriksaan fisik, tingkat kesadaran pasien compos mentis dengan keadaan umum tampak sakit ringan. Status generalis dalam batas normal, dengan tandatanda vital menunjukkan tekanan darah 120/80 mmHg, frekuensi nadi 80 kali per menit, laju pernapasan 18 kali per menit, dan suhu tubuh 36,7°C. Pemeriksaan internus pada

kepala, mata, THT, leher, paru, jantung, dan abdomen menunjukkan hasil dalam batas normal. Pemeriksaan neurologis pada sistem sensorik dan motorik tidak dilakukan.

Sebagai pemeriksaan penunjang, dilakukan penilaian tingkat depresi menggunakan *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D). Hasil penilaian menunjukkan skor 27 yang mengindikasikan bahwa pasien mengalami depresi berat.

Formulasi Diagnosis

Pasien tidak memiliki riwayat terjatuh, trauma kepala, kejang, ataupun keluhan pada penyakit sistem saraf pusat lainnya. Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit, oleh karena itu gangguan mental organik (F00) dapat disingkirkan.

Pasien tidak memiliki riwayat konsumsi narkotika, psikotropika dan zat adiktif serta alkohol sehingga gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan zat psikotik (F10) dapat disingkirkan.

Pada pemeriksaan status mental pasien. Pasien juga tidak mengalami waham sehingga diagnosis skizofrenia, gangguan skizotipal, dan gangguan waham (F20) dapat disingkirkan.

Aksis I:

- F32.3 Episode Depresif Berat dengan gejala Psikotik
- F32.8 Episode Depresif lainnya
- F33.3 Gangguan depresif berulang, episode kini berat dengan gejala psikotik

Aksis II:

• F60.6 Gangguan Kepribadian Cemas (Menghindar)

Aksis III: Tidak ada diagnosis

Aksis IV: Masalah family support yaitu hubungan pasien dengan orang tua tidak dekat, dan ibu pasien sudah meninggal

Aksis V: GAF current 50-41.

Tatalaksana

- Farmakologi
 Sertraline 1 x 25 mg
 Aripiprazole 1 x 4 mg
 Trihexiphenidyl 1x0,5 mg
- 2. Nonfarmakologi Psikoterapi:

1.Konseling

Memberikan pengertian kepada pasien dan anggota keluarga pasien atau teman pasien yang dapat pasien percaya tentang penyakit pasien dan memahami kondisinya lebih baik serta menganjurkan untuk berobat teratur.

2.Psikoedukasi

Pemberian edukasi kepada pasien serta keluarga atau orang terdekat yang dipercaya pasien merupakan langkah penting dalam penatalaksanaan. Edukasi tersebut mencakup pemahaman mengenai penyakit, faktor risiko, terapi yang dijalani, kemungkinan efek serta samping pengobatan. Penjelasan yang memadai tentang manfaat antidepresan sangat krusial bagi keberhasilan terapi, dengan menekankan bahwa gangguan depresi berat merupakan kondisi multifaktorial yang melibatkan aspek biologis dan psikologis, sehingga kedua aspek tersebut memerlukan penanganan secara bersamaan. Pasien juga perlu diyakinkan bahwa penggunaan antidepresan tidak menimbulkan ketergantungan, karena obat tidak memberikan rasa puas, dan dosis akan diturunkan secara bertahap sesuai evaluasi klinis terhadap gejala. Selain itu, intervensi psikososial diperlukan untuk membantu pasien menghadapi tantangan hidup yang mengembangkan signifikan, sumber dukungan personal maupun sosial, serta meningkatkan keterampilan coping dalam menghadapi kesulitan.

Pembahasan

Pada Nn. A dilakukan wawancara psikiatri sebagai wadah utama pemeriksaan psikiatridan didapatkan gejala depresi berat dengan gejala psikotik.8 Pasien dalam keadaan mood depresi dimana pasien memperlihatkan kehilangan energi dan minat, sulit berkonsentrasi, mengalami hilangnya nafsu makan, dan memiliki keinginan untuk mati dan bunuh diri. Pada pasien juga ditemukan penurunan fungsi vegetatif berupa gangguan tidur karena pasien mengaku sehingga kualitas dan kuantitas tidur pasien terganggu.9

Menurut Ismail RI dan Kristiana S (2018) Perempuan memiliki kemungkinan dua kali lipat mengalami depresi dibandingkan laki-laki karena adanya perbedaan hormon dan perbedaan stressor dan setelah ditanyakan pada pasien hal yang menjadi pencetus pasien mengalami gejala-gejala tersebut adalah karena adanya tekanan dari tantenya yang tidak dapat diterima oleh pasien, pasien juga baru kehilangan ibunya dan pasien tidak merasa dekat dengan keluarganya dan tidak memiliki banyak teman sehingga ini menjadi faktor psikososial dan psikodinamik pasien mengalami depresi. Pada pasien ditemukan adanya trias kognitif dari depresi berupa presepsi negatif terhadap dirinya, kecendrungan menganggap dunia bermusuhan dengannya dan memilki bayangan penderitaan dan kegagalan pada masa depan.⁹

Depresi termasuk dalam kelompok gangguan suasana perasaan (mood disorder). Gangguan suasana perasaan dipandang sebagai suatu sindrom yang terdiri atas kumpulan tanda dan gejala yang berlangsung selama beberapa minggu hingga bulan, yang mencerminkan adanya penyimpangan bermakna terhadap kebiasaan fungsi seseorang serta memiliki kecenderungan untuk kambuh, sering kali dalam bentuk periodik atau siklik. Individu dengan suasana perasaan terdepresi umumnya mengalami penurunan energi dan minat, munculnya rasa bersalah, kesulitan berkonsentrasi, penurunan nafsu makan, serta muncul pikiran mengenai kematian atau bunuh diri. Menurut World Health Organization (WHO), depresi merupakan gangguan mental yang ditandai oleh gejala berupa penurunan suasana perasaan, hilangnya minat terhadap aktivitas, perasaan bersalah, gangguan tidur atau pola makan, kehilangan energi, serta penurunan konsentrasi. 10

Menurut Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), depresi dikategorikan sebagai Major Depressive Disorder (MDD) atau dalam bahasa Indonesia disebut Gangguan Depresi Mayor (GDM). Diagnosis ditegakkan apabila seseorang mengalami lima atau lebih gejala berikut yang muncul secara bersamaan dalam kurun waktu minimal dua minggu, serta disertai perubahan fungsi dibandingkan kondisi sebelumnya. Salah satu dari gejala utama yang harus ada adalah (1) suasana

perasaan depresi atau (2) kehilangan minat atau kesenangan terhadap aktivitas yang biasanya dinikmati. 11 12 13

Pasien mengaku mengalami kehilangan energi dan minat, dan cenderung menyendiri sudah sejak sekitar 1 tahun yang lalu karena adanya tekanan sosial dimana gangguan mood adalah suatu gangguan yang berlangsung lama dan cenderung kambuh dan lebih sering ditemukan adanya stressor kehidupan atau psikososial di episode awal kehidupan. Stress akan menyebabkan perubahan biologi otak lama dan bertahan sehingga akan perubahan menyebabkan berbagai neurotransmitter dan sistem sinyal interneuron termasuk kehilangan beberapa neuron dan penurunan kontaks sinaps sehingga menimbulkan risiko besar untuk timbulnya episode berikutnya. Hormon yang berpengaruh pada depresi adalah penurunan kadar norepinefrin, dopamin dan serotonin.⁹

Berdasarkan PPDGJ-III gejala utama yang ditemukan pada pasien adalah afek depresif, kehilangan minat dan kegembiraan serta berkurangnya energi sehingga menyebabkan mudah lelah dan penurunan aktivitas. Gejala lain yang ditemukan pada pasien kepercayaan diri berkurang, merasa tidak berguna, pernah melakukan upaya bunuh diri, gangguan tidur. Pada pasien juga ditemukan adanya halusinasi auditorik dimana saat pasien sendiri merasa bisikan berupa perintah. Pada pasien dilakukan penilaian menggunakan Hamilton Depression Rating Scale dan didapatkan skor 27 yang diinterpretasikan sebagai depresi berat. Berdasarkan anamnesis, pasien terdapat tiga gejala utama, semua gejala lain dan didapatkan adanva halusinasi auditorik sehingga memenuhi pedoman diagnostik dan didapatkan aksis I Episode depresif berat dengan gejala psikotik (F32.3).14

Perlu dilakukan evaluasi lebih lanjut pada pasien karena pasien mengaku mendengar bisikan dan mencium bau yang tidak ada sumbernya, serta merasa derealisasi. Sehingga diagnosis banding pasien ini Episode Depresi lainnya (F32.8) dan Gangguan depresif berulang, episode kini berat dengan gejala psikotik (F33.3).¹⁵

Pada aksis II Berdasarkan hasil autoanamnesis pasien mengatakan tidak cukup percaya diri, karena sering di bully oleh teman-teman semasa sekolah dan merasa dirinya tidak menarik atau lebih rendah dari orang lain, hal ini membuat pasien kerap menghindari hubungan interpersonal dengan teman-temannya. Pada saat berada dirumah pasien kerap kali dimarahi oleh tante pasien dan sering diteriaki oleh tante pasien, sehingga membuat pasien lebih suka menyendiri, maka aksis II didapatkan Gangguan Kepribadian Cemas (Menghindar) (F60.6).

Pada aksis III, berdasarkan anamnesis pasien tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya. Pada aksis IV berdasarkan anamnesis pasien memiliki masalah family support yaitu hubungan pasien dengan orang tua tidak begitu dekat serta ibu pasien meninggal. Untuk aksis V didapatkan GAF 50-41 karena pasien memiliki keinginan untuk bunuh diri dan memiliki gangguan pada fungsi sosial dan perkuliahan, pasien mengaku tidak dekat dengan keluarga dan teman-temannya.

Pada dilakukan pasien dapat psikoterapi penatalaksanaan secara dan farmakoterapi, remisi penuh akan dialami pasien dalam waktu 4 bulan pengobatan adekuat. Pilihan yang farmakoterapi yang dapat diberikan adalah antidepressan SSRI (Selective Serotonine Reuptake Inhibitor) seperti sertraline. Pada gangguan mood dua neurotransmitter yang paling terlibat adalah norepinefrin dan serotonin. Sertraline adalah antidepresan dengan efek penghambatan utama pada reuptake serotonin presinaptik. Penghambatan reuptake serotonin ini menghasilkan akumulasi serotonin.16 Serotonin dalam sistem saraf pusat berperan dalam mengatur suasana hati, kepribadian, dan terjaga, itulah sebabnya memblokir pengambilan kembali serotonin bermanfaat dalam gangguan seperti depresi berat. Adapun untuk sertraline dosis yang digunakan yaitu 25-50mg sehari sekali dengan maksimum dosis per hari 200 mg.¹⁷

Pemberian antipsikotik pada pasien diindikasikan karena terdapat halusinasi auditorik, pada pasien dapat diberikan obat aripiprazole, serta dapat ditambahkan Trihexiphenidyl. Aripiprazole merupakan antipsikotik atypical yang disetujui oleh FDA (Food and Drug Administration) untuk

manajemen gejala psikosis pada depresi dengan dosis 5-10 mg/hari dan dosis maksimum 15 mg/hari. Aripiprazole merupakan agonis dopamine parsial dan diklasifikasikan menjadi stabilizer sistem dopamin, aripiprazole dapat bertindak sebagai antagonis atau agonis fungsional dopamin.^{18 19}

Trihexyphenidyl merupakan antikolinergik yang dapat diberikan pada pasien yang mengkonsumsi antipsikosis untuk mencegah terjadinya *extrapyramidal side effects* (EPS).²⁰ Psikoterapi merupakan terapi yang bermakna untuk pasien depresi, jenis terapi tegantung pada kondisi pasien dapat diberikan psikoterapi suportif, reedukatif, rekonstruktif.⁹

Simpulan

Episode depresi berat dengan gejala psikotik merupakan kondisi psikiatri serius yang membutuhkan perhatian khusus karena berhubungan dengan risiko bunuh diri yang perjalanan penyakit yang lebih kompleks, serta respons terapi yang tidak selalu optimal. Diagnosis yang akurat memerlukan evaluasi komprehensif terhadap gejala afektif dan psikotik untuk membedakan dari gangguan jiwa lain yang serupa. Penatalaksanaan dengan kombinasi farmakoterapi dan dukungan psikososial terbukti dapat memberikan perbaikan gejala secara bertahap serta meningkatkan kualitas hidup pasien. Laporan kasus ini menegaskan pentingnya deteksi dini, pendekatan holistik, tata laksana yang tepat meminimalkan komplikasi serta menurunkan angka kekambuhan pada pasien dengan episode depresi berat disertai gejala psikotik.

Daftar Pustaka

- Suryaningsih, Pujiyanto. Hubungan Jenis Kelamin Dan Status Pernikahan Dengan Indikasi Masalah Kesehatan Jiwa Pada Pegawai Pemerintah Kota Depok Tahun 2025. Jurnal Kesehatan Afinitas. 2025;7(5):37-48
- Husaini K. Studi Kasus Klien Dengan Gangguan Depresi Mayor Di Rs X: Tinjauan Berdasarkan Teori Kognitif Beck. Jurnal Psikologi dan Bimbingan Konseling. 2025;15(1)

- Mardiyah A, Sofia A, Putra AB, Lukman PR. Membedakan Antara Suasana Berkabung dengan Depresi pada Skizofrenia Paranoid Kemunduran Stabil. J Indon Med Assoc.2024;74(2):91-98
- 4. Kartikadewi A. Buku Ajar Psikiatri. 2015
- Nabilah QW. Hubungan Antara Durasi Psikosis Tanpa Terap Dengan Gejala Positif Menggunakan Instrumen Modifikasi SAPS Pada Pasien Skizofrenia Di Rumah Sakit Saiful Anwar Malang. 2018
- Ardiansyah, Sandy, Ichlas Tribakti Suprapto, Yunike, Indra Febriani, et al. Kesehatan Mental. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi. 2023
- Pratama A, Hikmah N, Novita T. Kolaborasi Tatalaksana Antara Dokter Dan Psikolog Dalam Penanganan Gangguan Mental Emosional (Gme) Depresi Unipolar Di Puskesmas Kecamatan Tanah Abang. Prepotif : Jurnal Kesehatan Masyarakat.2025;9(1):2787-2798
- 8. Redayani PLS. 2018. Wawancara dan Pemeriksaan Psikiatrik : Buku Ajar Psikiatri Ed.3. Jakarta : Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Ismail RI dan Kristiana S. 2018. Gangguan Depresi : Buku Ajar Psikiatri Ed.3. Jakarta : Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Rosyanti L, Hadi I. Memahami Gangguan Depresi Mayor (Mayor Depressive Disoreder). 2018
- American Psychiatric Association.
 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. 2015
- Sadock BJ, Ahmad S, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Pocket handbook of clnical psychiatry. 6th ed. Phladelphia: Wolters Kluwer; 2019
- 13. Friedman MM. Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori, dan praktek (Edisi 5). Jakarta: Egc. 2014
- Maslim R. Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas dari PPDGJ-III, DSM-5, ICD-11. Jakarta: FK-Unika Atmajaya. 2018
- 15. Amir N. Bipolar dan Gangguan Terkait: Buku Ajar Psikiatri Ed.3. Jakarta: Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. 2018.

- 16. Santarsieri D, Schwartz TL. Antidepressant efficacy and side-effect burden: a quick guide for clinicians. Drugs Context. 2015;4:212290.
- 17. DiPiro CV, Wells BG, Schwinghammer TL. Pharmacotherapy Handbook Ninth Edition. McGraw-Hill Education. 2015
- 18. Aprilya TN dan Irma MP. Review Artikel: Adverse Drug Events Aripiprazole Pada Pasien dengan Gejala Psikosis. Farmaka. 2023;2(1):50-60.
- 19. Kikuchi T. Review Article: Discovery Research and Development History of the Dopamine D2 Receptor Partial Agonists, Aripiprazole and Brexpiprazole. Neuropsychopharmacology Reports 2021;41(2):134-143
- 20. Jilani TN, Sarah S, Sandeep S. Trihexypenidyl. Treasure Island [FL] : Statpearls Publishing. 2023.