

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 bentuk gangguan depresi mayor yang ditandai gejala afektif berat disertai halusinasi atau waham. Kondisi ini memiliki prognosis lebih buruk, risiko kekambuhan tinggi, serta peningkatan risiko bunuh diri. Laporan kasus ini bertujuan menggambarkan manifestasi klinis, proses diagnosis, dan tatalaksana pada pasien remaja perempuan usia 17 tahun dengan kondisi tersebut. Pasien datang dengan keluhan sedih, tidak bersemangat, menarik diri, dan kehilangan minat selama 1 tahun serta memberat dalam 4 bulan setelah kematian ibu. Pasien juga mengalami halusinasi auditorik berupa bisikan perintah yang muncul hampir setiap hari, serta pernah memiliki keinginan bunuh diri. Pemeriksaan status mental menunjukkan mood depresif, afek sesuai, dan adanya gangguan persepsi tanpa waham. Skor Hamilton Depression Rating Scale sebesar 27 menunjukkan depresi berat. Diagnosis ditegakkan berdasarkan anamnesis, pemeriksaan status mental, serta kriteria DSM-5 dan PPDGJ-III yaitu episode depresi berat dengan gejala psikotik. Penatalaksanaan meliputi farmakoterapi berupa sertraline, aripiprazole, dan trihexyphenidyl, serta intervensi psikososial berupa konseling dan psikoedukasi. Selama perawatan, pasien menunjukkan perbaikan gejala secara bertahap. Kasus ini menegaskan pentingnya deteksi dini, evaluasi menyeluruh, dan tatalaksana komprehensif untuk menurunkan risiko komplikasi, meningkatkan kualitas hidup, serta mencegah kekambuhan pada pasien dengan depresi berat disertai 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 subtype of major depressive disorder characterized by severe affective symptoms accompanied by hallucinations or delusions. This condition is associated with poorer prognosis, higher recurrence rates, and increased suicide risk compared to non-psychotic depression. This case report aims to describe the clinical manifestations, diagnostic process, and management of a 17-year-old female patient with this condition. The patient presented with persistent sadness, loss of interest, social withdrawal, and decreased motivation for one year, which worsened over the last four months following her mother's death. She also experienced daily auditory hallucinations in the form of commanding voices and had a history of suicidal ideation. Mental status examination revealed depressed mood, congruent affect, and perceptual disturbances without delusions. The Hamilton Depression Rating Scale score was 27, indicating severe depression. Diagnosis was established based on clinical interview, mental status examination, and DSM-5 and PPDGJ-III criteria as major depressive episode with psychotic features. Management included pharmacological therapy with sertraline, aripiprazole, and trihexyphenidyl, along with psychosocial interventions such as counseling and psychoeducation. The patient showed gradual clinical improvement during treatment. This case highlights the importance of early detection, comprehensive evaluation, and appropriate management to reduce complications, improve quality of life, and prevent recurrence in patients with severe depression 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 rizkinovtarina97@gmail.com

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 tetangganya 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 menyayat pergelangan tangan, namun pasien mengurungkan 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 pasien dapat dipercaya.

Pada pemeriksaan fisik, tingkat kesadaran pasien *compos mentis* dengan keadaan umum tampak sakit ringan. Status generalis dalam batas normal, dengan tanda-tanda 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

1. 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, serta kemungkinan efek 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 signifikan, mengembangkan 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 juga ditemukan adanya trias kognitif dari depresi berupa persepsi negatif terhadap dirinya, kecenderungan menganggap dunia bermusuhan dengannya dan memiliki 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 fungsi kebiasaan 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 dan bertahan lama sehingga akan menyebabkan perubahan berbagai neurotransmitter dan sistem sinyal interneuron termasuk kehilangan beberapa neuron dan penurunan kontak 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 adanya 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 pasien dapat dilakukan penatalaksanaan secara psikoterapi dan farmakoterapi, remisi penuh akan dialami pasien dalam waktu 4 bulan dengan pengobatan yang adekuat. Pilihan farmakoterapi yang dapat diberikan adalah antidepresan 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 tergantung 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 tinggi, 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, dan tata laksana yang tepat guna meminimalkan komplikasi serta menurunkan angka kekambuhan pada pasien dengan episode depresi berat disertai gejala psikotik.

Daftar Pustaka

1. 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

2. 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)
3. 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
5. 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
6. Ardiansyah, Sandy, Ichlas Tribakti Suprpto, Yunike, Indra Febriani, et al. Kesehatan Mental. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi. 2023
7. 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
9. Ismail RI dan Kristiana S. 2018. Gangguan Depresi : Buku Ajar Psikiatri Ed.3. Jakarta : Badan Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
10. Rosyanti L, Hadi I. Memahami Gangguan Depresi Mayor (Mayor Depressive Disorder). 2018
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. 2015
12. Sadock BJ, Ahmad S, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Pocket handbook of clinical psychiatry. 6th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019

13. Friedman MM. Buku ajar keperawatan keluarga: Riset, teori, dan praktek (Edisi 5). Jakarta: Egc. 2014
14. 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. *Trihexyphenidyl*. Treasure Island [FL] : Statpearls Publishing. 2023.