



Membedakan Antara Suasana Berkabung dengan Depresi pada Skizofrenia Paranoid Kemunduran Stabil

Afiyatul Mardiyah,* Annada Sofia,* Afid Brilliana Putra,*
Petrin Redayani Lukman**

*Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia.

**Departemen Psikiatri, Rumah Sakit Umum Pusat Nasional
Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta, Indonesia.

Abstrak

Pendahuluan: Pasien skizofrenia dengan riwayat kehilangan anggota keluarga terdekat dapat memunculkan afek depresif yang sering disalahartikan sebagai episode depresi atau justru skizoafektif.

Laporan kasus: Perempuan 45 tahun merupakan pasien skizofrenia paranoid (F20.02). Selama sebulan terakhir, pasien juga sering merasa lelah dan tidak bersemangat. Ia berpikir tinggal menunggu waktu saja untuk bisa menyusul kedua orang tuanya yang sudah meninggal dunia. Pasien tidak memiliki niat bunuh diri dan tidak pernah melakukan percobaan bunuh diri. Terdapat dua diagnosis banding pada pasien ini, yaitu skizoafektif tipe depresif (F25.1) dan episode depresif berat dengan gejala psikotik (F32.3).

Diskusi: Topik pembicaraan pada gangguan afek pasien ini selalu berkaitan dengan suasana berkabung, yaitu kematian kedua orang tuanya. Respon terhadap kehilangan yang bermakna, misalnya berkabung, sangat mungkin menyerupai episode depresif.

Kesimpulan: Suasana berkabung dapat dibedakan dengan episode depresi dengan melihat beberapa karakteristik gejalanya. Diagnosis yang tepat bertujuan untuk memberikan tatalaksana yang sesuai sehingga dapat membantu pasien mencapai fase terbaiknya.

Kata kunci: Depresi, Skizofrenia, Skizoafektif, Suasana berkabung.

Distinguishing Bereavement from Depression in Stable Decline Paranoid Schizophrenia: a Case Report

Afiyatul Mardiyah,* Annada Sofia,* Afid Brilliana Putra,*
Petrin Redayani Lukman***

*Faculty of Medicine, Universitas Indonesia, Jakarta, Indonesia.

**Department of Psychiatry, Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital, Jakarta, Indonesia.

Abstract

Introduction: Schizophrenic patients with a bereaved history of close family members can develop depressive affect which is often misinterpreted as depressive episodes or even schizoaffective.

Case: A 45-year-old woman was diagnosed as a paranoid schizophrenic (F20.02). During the last month, the patient also often felt tired and unenthusiastic. He thought it was only a matter of time before he could catch up with his parents who had died. The patient had no suicidal intentions and had never attempted suicide. There were two differential diagnoses in this patient, such as schizoaffective depressive type (F25.1) and major depressive episode with psychotic symptoms (F32.3).

Discussion: The topic of conversation in this patient's affective disorder was always related to the mood of mourning: the death of both parents. The response to a significant loss, such as bereavement, might very well resemble a depressive episode.

Conclusion: Bereavement can be distinguished from depressive episodes by looking at some of the characteristic symptoms. The correct diagnosis aims to provide appropriate management so that it can help patients reach their best state.

Keyword: Depression, Schizophrenia, Schizoaffective, Bereavement.

Pendahuluan

Skizofrenia berasal dari bahasa Yunani, *schizein* artinya terpisah dan *phren* artinya jiwa. Skizofrenia adalah gangguan mental kronis dan parah yang ditandai dengan distorsi dalam berpikir, persepsi, emosi, bahasa, rasa diri, dan perilaku. Penyebab dan perjalanan penyakit skizofrenia sangat beragam, dan sejumlah konsekuensi yang bergantung pada keseimbangan pengaruh genetik, fisik, dan budaya.¹⁻³

Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2016, terdapat sekitar 21 juta orang di dunia menderita skizofrenia.⁴ Data Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 di Indonesia terdapat skizofrenia mencapai sekitar 400.000 orang atau sebanyak 1,7 per 1.000 penduduk.⁵ Skizofrenia terbagi dalam beberapa tipe berdasarkan gejala predominan. Skizofrenia paranoid adalah salah satu jenis yang paling umum, karakteristik utamanya adalah kecurigaan dan halusinasi pendengaran, tetapi fungsi kognitif dan afeknya baik.^{3,6}

Gejala umum skizofrenia termasuk halusinasi yang sebagian besar melibatkan halusinasi auditorik atau visual dan delusi yang melibatkan keyakinan tetap dan salah.^{1,3} Klasifikasi gejala skizofrenia terbagi menjadi empat ranah utama, yaitu gejala positif (halusinasi, waham, atau pembicaraan dan perilaku yang kacau), gejala negatif (berkurangnya ekspresi emosi, afek tumpul, avolisi, alogia, anhedonia, dan defisit interaksi sosial), gejala afektif (*mood* depresi atau ansietas), dan gejala kognitif (defisit memori, gangguan atensi, dan gangguan fungsi eksekutif).^{1,3}

Gejala depresi sering terjadi pada orang dengan skizofrenia. Sekitar seperempat orang dengan skizofrenia memenuhi kriteria gangguan depresi pada suatu saat dalam hidup mereka.⁷ Prevalensi gejala depresi pada pasien skizofrenia bervariasi dengan rata-rata diperkirakan 25%.⁸ Gejala depresi pada skizofrenia dapat dikaitkan dengan tekanan yang signifikan, terutama di sekitar tema kehilangan, kesedihan, dan keputusasaan, dan dapat terjadi di semua fase

penyakit, termasuk fase prodromal, episode psikotik akut dan fase pasca-psikotik. Terdapat peningkatan risiko kekambuhan psikotik ketika gejala tersebut bertahan dalam fase kronis skizofrenia.⁹

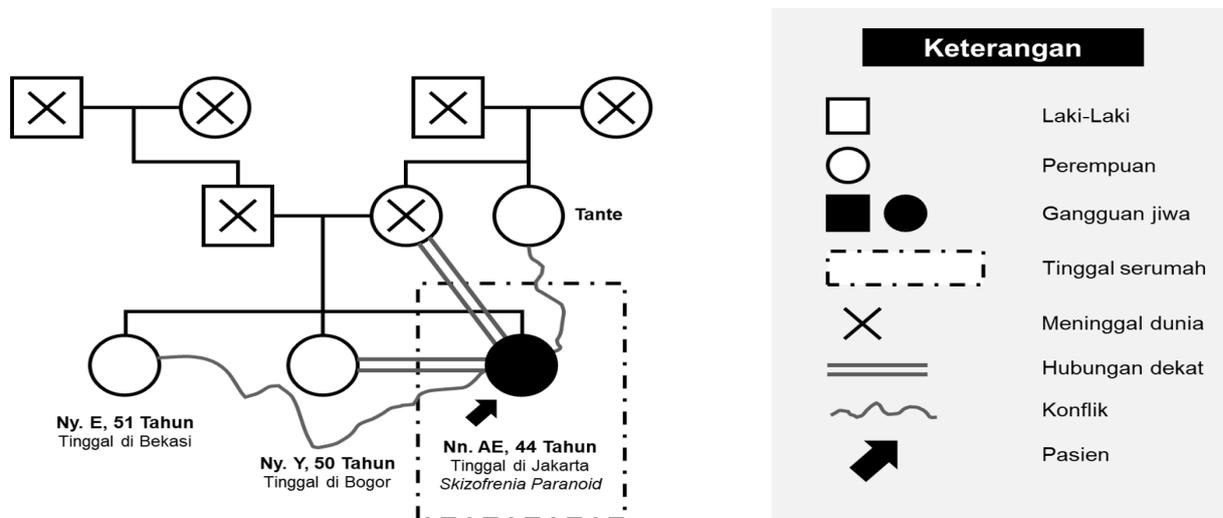
Gejala depresi pada pasien dengan skizofrenia sering terlewatkan atau diabaikan oleh dokter. Hal itu disebabkan karena kesulitan membedakan antara gejala gangguan mood itu sendiri dengan gejala gangguan mood yang bersamaan dengan sindrom skizofrenia, yang dicirikan oleh afek yang terganggu dan kesulitan mengekspresikan emosi internal sebagai gejala negatif utama. Selain itu, perlu juga membedakan skizofrenia dengan gejala depresi yang signifikan dari gangguan skizoafektif dan gangguan depresi mayor dengan ciri psikotik (depresi psikotik).¹⁰ Selain itu, beberapa pasien yang kehilangan anggota keluarga terdekat dapat mengalami suasana berkabung yang justru salah diartikan sebagai episode depresi.

Oleh karena itu, pada laporan kasus ini akan dibahas lebih jauh mengenai cara membedakan gejala depresi dengan suasana berkabung pada pasien skizofrenia.

membicarakan dirinya, mengejanya dan berniat menyakitinya. Hal-hal itu sering membuat pasien merasa kesal dan marah sehingga memiliki hubungan yang kurang baik dengan keluarga dan orang sekitarnya. Genogram pasien ini ditampilkan pada gambar 1.

Pada tahun 2020, ibu pasien meninggal dunia. Hubungan pasien dengan ibunya sangat dekat. Pasien mengatakan kepergian ibunya sangat membuatnya merasa sedih. Sampai saat ini pasien sering merasa sedih terutama ketika mengingat ibunya. Pasien mengatakan dirinya menjadi kurang semangat menjalankan aktivitas, dan berpikir tinggal menunggu waktu untuk menyusul kedua orangtuanya yang telah meninggal. Namun, meski demikian, pasien tidak memiliki niat untuk bunuh diri. Ia juga merasa bersalah karena tidak dapat mengurus ibunya. Tidak didapatkan adanya gangguan konsentrasi, perubahan pola tidur atau perubahan pola makan.

Sejak ibu pasien meninggal, pasien mengalami gejala halusinasi auditorik dan waham yang semakin berat. Selain mendengar suara-suara yang mengomentarnya, pasien

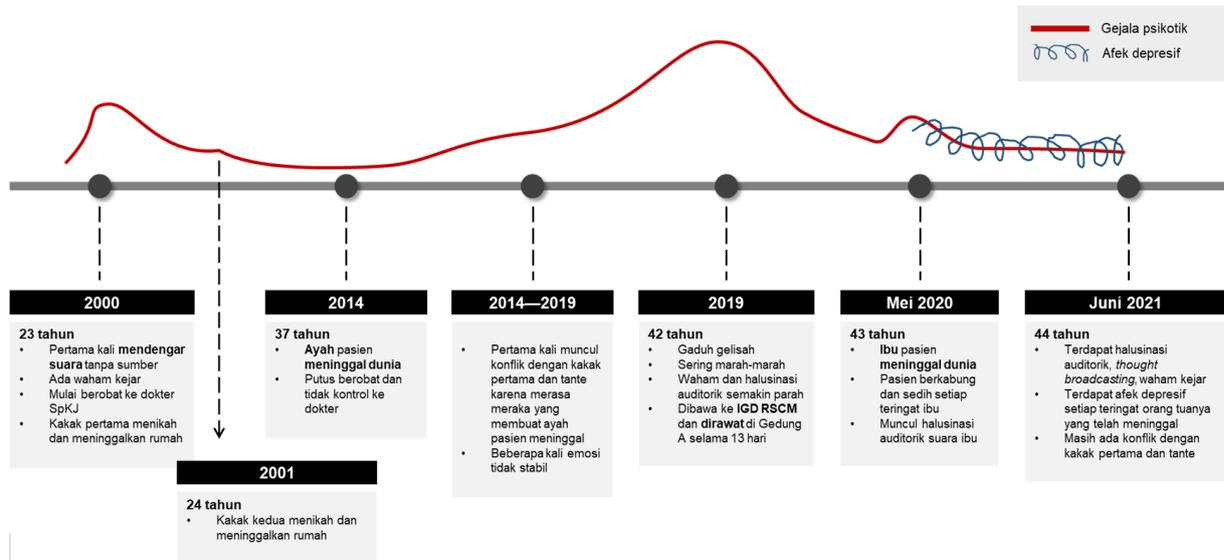


Gambar 1. Genogram Pasien

Ilustrasi Kasus

Perempuan berusia 45 tahun mengalami keluhan mendengar suara-suara tanpa sumber, perubahan suasana perasaan, dan perubahan perilaku yang memberat sejak 2 tahun yang lalu. Pasien telah didiagnosis skizofrenia sejak tahun 2000. Pasien mengatakan dirinya mendengar suara-suara yang diyakini merupakan suara tetangga-tetangga dan sepupunya yang membicarakan pasien, mengomentarnya, dan terkadang berupa pengulangan dari perkataan pasien. Ia juga meyakini bahwa orang lain dapat mengetahui isi hati dan pikirannya,

juga mendengar suara ibu dan bapaknya yang membuat pasien merasa senang. Pasien mengatakan bahwa ibunya sering menyuruh dirinya untuk beribadah. Pasien mengatakan mampu berkomunikasi dengan kedua orangtuanya menggunakan kemampuan supranatural. Pasien meyakini bahwa kakak dan tantenya memiliki niat buruk untuk menyakiti dirinya dan bersekongkol dalam kematian bapak dan ibunya. Ia juga meyakini bahwa mereka memiliki ilmu hitam yang dapat menghidupkan ibunya kembali. Perjalanan gejala dan kejadian yang dialami pasien ditampilkan dalam bentuk lini waktu pada gambar 2.



Gambar 2. Perjalanan Gejala dan Kejadian yang Dialami Pasien

Pasien tidak memiliki riwayat rawat inap selain rawat inap di bangsal psikiatri. Pasien juga tidak memiliki riwayat kejang, trauma pada kepala, nyeri kepala yang hebat dan lama, tumor, gangguan kognitif, gangguan neurologis lain, atau penyakit lainnya yang membutuhkan perawatan rumah sakit. Pasien mengatakan dirinya tidak pernah menggunakan NAPZA, konsumsi alkohol maupun rokok, atau konsumsi obat yang lama.

tenang, mood disforik, afek terbatas serasi, waham rujukan, waham siar, dan proses pikir yang koheren. Pada pasien terdapat riwayat halusinasi auditorik, waham kejar, dan waham *bizarre*. Pada saat pemeriksaan tidak terdapat halusinasi auditorik. Pasien memiliki daya nilai realita yang terganggu, kendali impuls baik, pasien dapat dipercaya, serta tilikan derajat 3/6. Hasil pemeriksaan PANSS dan ESRS ditampilkan pada tabel 1.

Tabel 1. Instrumen Pemeriksaan PANSS dan ESRS

Pemeriksaan	4/05/21	18/05/21	07/06/21	15/06/21
<i>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) - Remisi</i>	P1: 5	P1: 3	P1: 3	P1: 4
	P2: 4	P2: 3	P2: 1	P2: 3
	P3: 4	P3: 4	P3: 4	P3: 4
	N1: 3	N1: 2	N1: 2	N1: 1
	N4: 4	N4: 2	N4: 2	N4: 2
	N6: 2	N6: 2	N6: 2	N6: 1
	G5: 2	G5: 1	G5: 1	G5: 1
	G9: 5	G9: 4	G9: 4	G9: 4
	<i>Extrapyramidal Symptom Rating Scale (ESRS)</i>	-	-	-

Selama proses pengobatan, pasien pernah beberapa kali putus obat. Saat pemeriksaan, tidak didapatkan adanya keluhan efek samping obat, seperti tremor (gemetar), air liur berlebih (*drooling*), kaku pada bagian tubuh, dan pergerakan involunter. Pasien memiliki riwayat pengobatan dengan aripiprazole 1x20 mg, klopazipin 1x100 mg, Depakote® ER 1x250 mg, dan triheksifenidil 1x2 mg.

Pada pemeriksaan fisis, didapatkan kesadaran *compos mentis* dan indeks massa tubuh tergolong *overweight*. Pada pemeriksaan status mental, didapatkan pasien memiliki sikap kooperatif, pembicaraan spontan, psikomotor

Diskusi

Skizofrenia merupakan gangguan kesehatan jiwa yang kompleks dan kronis, ditandai dengan spektrum gejala. Spektrum gejala skizofrenia terbagi menjadi empat, yaitu gejala positif (halusinasi, waham, atau pembicaraan dan perilaku yang kacau), gejala negatif (berkurangnya ekspresi emosi, afek tumpul, avolisi, alogia, anhedonia, dan defisit interaksi sosial), gejala afektif (mood depresi atau ansietas), dan gejala kognitif (defisit memori, gangguan atensi, dan gangguan fungsi eksekutif).^{1,2}

Pasien memenuhi kriteria diagnostik umum skizofrenia berdasarkan PPDGJ III, yaitu terdapat waham siar dan halusinasi auditorik yang sangat jelas, telah berlangsung menetap lebih dari satu bulan, serta terdapat perubahan yang bermakna dalam kualitas hidup pasien. Waham jenis lain juga dialami oleh pasien, yaitu waham rujukan, waham kejar dan waham *bizarre*. Halusinasi auditorik dan waham merupakan gejala yang paling menonjol dalam perjalanan penyakit pasien sejak tahun 2000. Skizofrenia dengan gejala predominan halusinasi dan waham dikategorikan sebagai skizofrenia paranoid. Jika ditinjau berdasarkan kriteria diagnostik skizofrenia DSM 5, pasien

langsung menetap hingga periode 6 bulan. Pola perjalanan penyakit pasien ini dapat dilihat dari skor PANSS. Skor PANSS pada Juni 2021 tidak jauh berbeda dengan skor pada bulan sebelumnya dan masih terdapat komponen dengan skor di atas 3. Hal itu menunjukkan episode ketika kambuh memiliki gejala yang sama dengan episode sebelumnya. Pada PPDGJ III, kondisi tersebut termasuk dalam klasifikasi skizofrenia episodik dengan kemunduran stabil. Oleh karena itu, diagnosis pasien ini berdasarkan PPDGJ III adalah skizofrenia paranoid episodik dengan kemunduran stabil (F20.02).^{1,3,4,6}

Meskipun diagnosis pasien ini adalah skizofrenia paranoid episodik dengan kemu-

Tabel 2. Perbedaan Kehilangan dengan Episode Depresi Mayor.^{4,5}

Karakteristik	Suasana Kehilangan	Episode Depresi Mayor
Pola	Rasa sedih muncul terkait dengan pikiran atau ingatan tentang mendiang, yang biasanya semakin berkurang dari waktu ke waktu.	Emosi negatif dirasakan terus menerus sepanjang waktu.
Afek predominan	Predominan rasa kosong dan kehilangan, tetapi kadang disertai adanya emosi yang menyenangkan.	Predominan rasa tertekan yang mendalam dan ketidakmampuan untuk mengantisipasi rasa Bahagia atau senang.
Self-esteem	Tetap ada rasa menghargai diri. Namun, rasa menyalahkan diri dapat muncul jika terdapat situasi atau hubungan kurang baik dengan mendiang. Misal, jarang mengunjungi mendiang semasa hidupnya, atau tidak pernah mengungkapkan rasa sayang dengan cukup kepada mendiang.	Kritis terhadap diri sendiri, merasa tidak berharga, dan membeci diri sendiri
Kemampuan sosial	Masih menjaga hubungan dengan keluarga dan teman yang berusaha memberikan hiburan.	Menarik diri dari orang lain baik fisik maupun emosional, serta sulit untuk dihibur
Isi pikir	Preokupasi dengan pikiran dan kenangan tentang mendiang, serta cenderung merasa penuh harap.	Sering mengkritik diri atau berpikir pesimis, sehingga rentan kehilangan harapan
Suicidal thought	Pikiran untuk mengakhiri hidup berhubungan dengan mendiang dan kemungkinan ingin menyusul agar bisa bersama mendiang.	Pikiran untuk bunuh diri diungkapkan eksplisit sehubungan dengan rasa tidak berharga, keyakinan tidak layak hidup, atau adanya perasaan tidak mampu lagi menahan perihnya depresi.
Pemicu	Mood depresi dipicu oleh pikiran atau ingatan tentang mendiang.	Mood depresi tidak terikat kepada pikiran ataupun preokupasi tertentu.

ini memenuhi minimal dua dari lima gejala dalam satu bulan, yaitu waham, halusinasi dan gejala negatif seperti ekspresi emosional yang berkurang. Gejala tersebut secara signifikan berpengaruh terhadap relasi interpersonalnya. Pada pasien tidak didapatkan adanya episode gangguan mood yang dimulai bersamaan dengan gangguan psikotik pasien. Gejala juga ber-

nduran stabil (F20.02), pasien memiliki gangguan afek yang harus dipertimbangkan keterlibatannya. Pasien mengalami gejala depresif pada beberapa bulan terakhir. Adanya gejala depresif tersebut mengarahkan pada diagnosis banding skizoafektif tipe depresif (F25.1). Pedoman diagnostik gangguan skizoafektif dalam PPDGJ III menyatakan gejala definitif

skizofrenia dan gangguan afektif menonjol pada saat yang bersamaan (atau berjarak beberapa hari) dalam episode penyakit yang sama. Selain itu, untuk menegakkan skizoafektif tipe depresif harus disertai sedikitnya dua gejala depresif yang khas atau kelainan perilaku terkait episode depresif (F32.-). Kriteria diagnosis episode depresif menurut PPDGJ III adalah harus memenuhi tiga gejala khas (afek depresif, anhedonia, serta anergia) dan minimal 4 gejala lainnya (konsentrasi berkurang, harga diri dan kepercayaan diri berkurang, gagasan tentang perasaan bersalah dan tidak berguna, pandangan masa depan suram dan pesimistis, gagasan atau perbuatan bunuh diri, tidur terganggu, dan nafsu makan berkurang) yang dialami minimal selama 2 minggu.^{1,3}

Pada DSM 5, terdapat 4 kriteria pada skizoafektif: (A) Selama periode penyakit (tidak terputus-putus), pada suatu saat, episode gangguan suasana perasaan terdapat bersamaan dengan gejala yang memenuhi kriteria A skizofrenia, (B) Selama periode penyakit, waham atau halusinasi paling sedikit dua minggu tanpa adanya gangguan suasana perasaan yang menonjol, (C) Dari total durasi periode aktif dan residual penyakit, gejala memenuhi kriteria episode *mood* mempunyai porsi durasi yang relatif cukup lama (*substantial portion of time*), (D) Gangguan bukan akibat langsung pengaruh fisiologi zat (penyalahgunaan zat atau medikasi) atau kondisi medik umum. Istilah *substantial portion of time*, yaitu durasi gejala gangguan suasana perasaan sekitar 15-30% dari total durasi lamanya penyakit. Bila gejala gangguan suasana perasaan hanya muncul dalam periode yang sangat pendek, diagnosis-nya adalah skizofrenia. Pada skizoafektif tipe depresif, episode gangguan suasana perasaan yang dimaksud adalah terjadi episode depresif mayor. Diagnosis gangguan depresif mayor dapat ditegakkan apabila memenuhi 5 dari 9 kriteria yang berlangsung selama sedikitnya 2 minggu. Kriteria tersebut terdiri atas: (1) *Mood* depresif, (2) Anhedonia, (3) Perubahan nafsu dan pola makan, (4) Perubahan pola tidur, (5) Agitasi psikomotor atau retardasi, (6) Anergia, (7) Rasa bersalah atau merasa tidak berguna, (8) Gangguan konsentrasi, (9) Pemikiran menyakiti diri atau mengakhiri hidup.²⁻⁴

Gejala depresif yang didapatkan pada pasien adalah afek depresif (sedih), anhedonia, anergia, rasa bersalah (pasien mengatakan merasa bersalah karena tidak merawat ibunya dengan baik), dan pesimistis (pasien mengatakan tinggal menunggu giliran menyusul kedua orang tuanya yang sudah meninggal). Pasien tidak memiliki perubahan pola makan dan

pola tidur, penurunan berat badan, gangguan konsentrasi, perasaan bersalah, keputusan maupun pikiran bunuh diri. Pasien masih dapat melakukan aktivitas sehari-hari di rumah. Gejala depresif yang dialami tidak menetap dan hanya muncul ketika teringat orang tuanya yang telah meninggal. Pasien memenuhi tiga gejala khas dan satu gejala lainnya pada kriteria episode depresif PPDGJ III. Tetapi, durasi gejala depresif pasien belum memenuhi kriteria waktu dari episode depresif yang harus bertahan selama kurang lebih 2 minggu. Kondisi pasien juga tidak memenuhi kriteria *Major Depressive Disorder* pada DSM 5 yang membutuhkan 5 gejala dari 9 kriteria.

Hal yang menjadi perhatian pada pasien ini adalah topik pembicaraan pada gangguan afek selalu terkait dengan kematian kedua orang tuanya. Salah satu bentuk respons terhadap peristiwa kehilangan yang bermakna adalah berkabung. Kondisi berkabung tersebut disebutkan dalam bagian catatan di DSM 5. Berkabung adalah perasaan disforik yang mendalam setelah kehilangan atau trauma berat dan dapat menimbulkan sindrom depresi tetapi dengan berjalannya waktu, gejala-gejala depresi dapat hilang. Proses itu dapat berlangsung berminggu-minggu. Akibat adanya suatu kehilangan dapat timbul ketidakpercayaan, kemarahan, kesedihan yang berlebihan, dan setelah sekian lama baru membaik. Pada kondisi berkabung tersebut, dapat ditemukan gejala-gejala dalam kriteria *Major Depressive Disorder*. Gejala-gejala pada kondisi berkabung tersebut dapat dipahami sebagai respons normal dengan mempertimbangkan norma budaya berkaitan dengan ekspresi penderitaan setelah kehilangan yang bermakna. Namun, pada beberapa individu kondisi berkabung dapat berkembang menjadi gangguan depresi berat apabila berlangsung misalnya lebih dari dua bulan.^{1,3-5}

Pada DSM 4 *text revision*, seseorang yang sedang dalam suasana berkabung tidak akan didiagnosis sebagai *major depressive disorder*, kecuali gejala depresinya berlangsung lebih dari dua bulan, terdapat hendaya, ide bunuh diri, gejala psikotik, atau retardasi psikomotor. Tetapi, pada DSM 5 kriteria eksklusif tersebut dihilangkan dan digantikan dalam bentuk catatan kaki. Alasannya adalah untuk menghilangkan anggapan bahwa suasana berkabung hanya maksimal dua bulan. Pada pasien ini suasana berkabung terus berlangsung hingga lebih dari setahun. Terdapat beberapa parameter yang dapat digunakan untuk membedakan antara suasana berkabung dan *major depressive disorder* seperti pada tabel 2.^{4,5}

Pada pasien ini, afek yang menonjol adalah perasaan hampa dan kehilangan. Intensitas afek pada pasien juga berfluktuasi, tergantung pemicu yang membuat ia teringat kepada kedua orang tuanya. Berdasarkan data yang ada, kondisi gejala depresi pada pasien lebih mengarah pada kehilangan atau berkabung. Hal itu diperkuat dengan *mood* depresif yang muncul saat pasien teringat orang tuanya, preokupasi pikiran terkait orang tuanya, dan pikiran tentang kematian mengarah kepada keinginan menyusul kedua orang tuanya atau ingin bersama kembali. Oleh karena itu, diagnosis pada pasien ini dipertimbangkan bukanlah episode depresif.

Hal lain yang juga perlu dipertimbangkan adalah kejadian depresi yang sering terjadi pada skizofrenia. Prevalensi gejala depresi pada pasien skizofrenia bervariasi dengan rata-rata diperkirakan 25%. Terdapat kebingungan klinis mengenai apakah gejala depresi tersebut disebabkan oleh gejala skizofrenia atau efek samping yang disebabkan oleh pengobatan. Oleh karenanya, diagnosis depresi pada skizofrenia dapat sangat kompleks dan memerlukan berbagai pertimbangan.⁷

Berdasarkan berbagai informasi dan pertimbangan tersebut, penulis masih menjadikan skizoafektif tipe depresif sebagai diagnosis banding dengan pertimbangan kemungkinan perkembangan kondisi berkabung menjadi episode depresif mayor. Pada kondisi pasien ini, dibutuhkan penelusuran gejala dan durasi terjadinya gangguan suasana perasaan secara lebih lanjut.

Pasien saat ini berada pada pengobatan fase stabilisasi. Atas pertimbangan kepatuhan berobat yang kurang baik, pasien diberikan kombinasi obat oral ditambah dengan injeksi jangka panjang. Kombinasi obat yang diberikan adalah injeksi Sikzonoat (flufenazin dekanat) 50 mg per bulan dan obat oral *Seroquel*[®] XR (*quetiapine*) 1 x 400 mg. Pasien juga mendapatkan antidepresan, yaitu Sertraline 1 x 25 mg. Pasien juga mendapat psikoterapi suportif yang terdiri dari: validasi empati pasien terkait kesedihannya saat mengingat kedua orang tuanya yang sudah meninggal; *praise* terkait upayanya untuk menahan emosi dan rasa ingin marah saat mendengar suara-suara tanpa sumber, mau kontrol rutin ke poli, dan patuh minum obat; serta *reassurance* bahwa keadaannya dapat pulih asalkan pasien patuh melaksanakan protokol pengobatan.

Kesimpulan

Suasana berkabung dapat dibedakan dengan episode depresi dengan melihat beberapa karakteristik gejalanya. Suasana berkabung seringkali diabaikan sebagai pencetus afek depresif yang dialami pasien sehingga sering salah diartikan sebagai episode depresi atau justru skizoafektif tipe depresi. Sehingga anamnesis dan pemeriksaan status mental yang mendalam dan berkelanjutan dibutuhkan untuk menelusuri perkembangan gejala yang dialami pasien. Diagnosis yang tepat bertujuan untuk memberikan tatalaksana yang sesuai sehingga dapat membantu pasien mencapai fase terbaiknya.

Persetujuan Etik

Studi ini telah mendapatkan lolos kaji etik dari Komite Etik Penelitian Kesehatan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo – Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia Nomor KET-724/UN2.F1/ETIK/PPM.00.02/2023 dengan nomor protokol 23-05-0814.

Daftar Pustaka

1. Pedoman penggolongan dan diagnosis gangguan jiwa di Indonesia III (PPDGJ III). Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia; 1993.
2. Elvira SD, Hadisukanto G. Buku ajar psikiatri. 3rd ed. Jakarta: Badan Penerbit FKUI; 2018.
3. Picchioni MM, Murray RM. Schizophrenia. *BMJ*. 2007 Jul 14;335(7610):91–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17626963/>
4. World Health Organization. *Schizophrenia Fact Sheet* [Internet]. Geneva: WHO; July 2018 [cited 10 October 2023]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
5. Depkes RI. Riset Kesehatan Dasar 2018. Jakarta. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Republik Indonesia; 2019.
6. Keefe RSE, Fenton WS. How Should DSM-V Criteria for Schizophrenia Include Cognitive Impairment?. *Schizophr Bull*. 2007 Jun;33(4):912-20.
7. Siris SG. Depression in schizophrenia: perspective in the era of “Atypical” antipsychotic agents. *Am J Psychiatry*. 2000;157(9):1379–89.
8. Mao YM, Zhang MD. Augmentation with antidepressants in schizophrenia treatment: benefit or risk. *Neuropsychiatr Dis Treat*.

- 2015 Mar 16; 11:701-13.
9. Lako IM, Taxis K, Bruggeman R, Knegtering H, Burger H, Wiersma D, et al. The course of depressive symptoms and prescribing patterns of antidepressants in schizophrenia in a one-year follow-up study. *Eur Psychiatry*. 2012 May;27(4):240-4.
 10. Mulholland C, Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000 May;6(3):169-77.

