

Depresi Psikotik yang Dipicu Kehilangan Pasangan pada Pasien dengan Hipertiroid : Laporan Kasus

Bereavement-Associated Psychotic Depression in a Patient with Hyperthyroidism: A Case Report

Kamila Aisyah^{1*}, Era Catur Prasetya²

¹ *Fakultas Kedokteran, Universitas Muhammadiyah Surabaya; kamilasyh@gmail.com ;

² Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa, RS Muhammadiyah Lamongan; eracaturprasetya@um-surabaya.ac.id

*(kamilasyh@gmail.com)

ABSTRACT

Psychotic depression is a severe and complex mood disorder with a high risk of morbidity, particularly when triggered by psychosocial stressors such as bereavement and worsened by medical comorbidities like hyperthyroidism. This study aims to describe clinically the interaction between psychosocial, biological, and medical factors in a case of bereavement-associated psychotic depression. A descriptive case study with a prospective approach was conducted on a 46-year-old female outpatient at the Psychiatric Clinic of Muhammadiyah Lamongan Hospital on September 30, 2025. Data were collected through in-depth interviews, mental status examination, and behavioral observation, and analyzed qualitatively. The patient presented with severe depressive symptoms, mood-congruent auditory hallucinations, bereavement stress, and hyperthyroidism aggravating her emotional instability. The diagnosis was *Major Depressive Disorder* with mood-congruent psychotic features, treated with a combination of antidepressants, antipsychotics, hyperthyroidism management, supportive psychotherapy, and family psychoeducation. In conclusion, this case highlights the importance of a biopsychosocial approach in diagnosing and managing psychotic depression with medical comorbidities. Mental health professionals are encouraged to perform comprehensive screening for biological factors and psychosocial stressors to optimize patient outcomes.

Keywords: Psychotic depression, Bereavement, Hyperthyroidism

ABSTRAK

Depresi dengan gejala psikotik merupakan gangguan mood berat yang kompleks dan berisiko tinggi, terutama bila dipicu oleh stres psikososial seperti kehilangan pasangan hidup serta diperburuk oleh komorbid medis seperti hipertiroidisme. Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan secara klinis hubungan antara faktor psikososial, biologis, dan medis pada kasus depresi psikotik pascakehilangan pasangan. Penelitian menggunakan desain studi kasus deskriptif dengan pendekatan prospektif pada satu pasien perempuan berusia 46 tahun di Poli Psikiatri RS Muhammadiyah Lamongan pada 30 September 2025. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam, pemeriksaan status mental, dan observasi perilaku, kemudian dianalisis secara kualitatif. Hasil menunjukkan pasien mengalami depresi berat dengan halusinasi auditorik kongruen terhadap mood, riwayat kehilangan pasangan, serta hipertiroid yang memperburuk gejala emosional. Diagnosis ditegakkan sebagai *Major Depressive Disorder* dengan fitur psikotik kongruen, dan ditatalaksana dengan kombinasi antidepresan, antipsikotik, pengobatan hipertiroid, psikoterapi suportif, dan psikoedukasi keluarga. Kesimpulannya, kasus ini menegaskan pentingnya pendekatan biopsikososial dalam diagnosis dan penatalaksanaan depresi psikotik dengan komorbid medis. Disarankan agar praktisi kesehatan jiwa melakukan skrining menyeluruh terhadap faktor biologis dan stresor psikososial untuk mengoptimalkan prognosis pasien serupa.

Kata Kunci: Depresi psikotik, Kehilangan pasangan, Hipertiroid

PENDAHULUAN

Salah satu gangguan mental yang paling ditakuti di dunia adalah depresi. Sebuah laporan dari World Health Organization tahun 2023 menunjukkan bahwa sekitar 3,8% orang di seluruh dunia mengalami depresi



dan lebih umum pada wanita daripada laki-laki.¹ Menurut Riset Kesehatan Dasar tahun 2018, sebanyak 6,1% orang Indonesia di atas 15 tahun mengalami depresi dan 9,8% mengalami gangguan mental emosional.² Meskipun jumlah depresi psikotik belum banyak dilaporkan, kondisi ini sangat penting mengingat beban penyakit mental yang semakin meningkat di Indonesia. Depresi adalah gangguan mood yang sering ditemui di klinik dan dapat secara signifikan memengaruhi kualitas hidup seseorang.³ Pasien harus didiagnosa jika mereka menunjukkan gejala psikotik yang terkait dengan mood, kehilangan minat atau kesenangan, penurunan energi, dan afek depresif yang bertahan lama.⁴ Pada sebagian pasien, gangguan mood ini berkembang menjadi bentuk yang lebih parah, ditandai dengan munculnya gejala psikotik, seperti halusinasi atau waham.⁵ Gejala-gejala ini biasanya memiliki gejala yang lebih kompleks dan membutuhkan terapi khusus.⁵ Dibandingkan dengan depresi non-psikotik, studi longitudinal dan tinjauan klinis menunjukkan bahwa depresi dengan gejala psikotik dikaitkan dengan beban penyakit yang lebih tinggi dan risiko mortalitas yang lebih tinggi.³ Oleh karena itu, diagnosis cepat dan manajemen komprehensif sangat penting.

Salah satu stresor psikososial yang paling kuat adalah kehilangan pasangan, yang dapat memicu reaksi duka normal.⁶ Namun, pada beberapa orang, reaksi duka tersebut dapat berkembang menjadi gangguan depresi mayor, terutama bila gejala menetap, mengganggu fungsi, atau disertai dengan gejala psikotik.⁶ Kasus-kasus pada orang lanjut usia menunjukkan bahwa kehilangan tiba-tiba atau kondisi berduka yang berat dapat menyebabkan episode depresi dengan fitur psikotik pada orang yang rentan.⁶ Selain itu, episode depresif psikotik dapat disebabkan oleh faktor psikologis seperti trauma dari kehilangan pasangan dan faktor sosial seperti tanggung jawab ekonomi dan peran keluarga.⁷

Selain komponen psikososial, kondisi medis tertentu dapat menyebabkan atau memperburuk gejala afektif.⁸ Penyakit tiroid, terutama hipertiroidisme, telah dikaitkan dengan peningkatan gejala depresi dan ansietas.⁸ Meta-analisis dan tinjauan sistematis baru-baru ini menunjukkan hubungan yang signifikan antara penyakit tiroid dan gangguan mood.⁸ Efek langsung hormon tiroid pada neurotransmitter dan jalur neuroendokrin serta efek tidak langsung melalui perubahan somatik yang meningkatkan stres psikologis adalah beberapa mekanisme yang diusulkan.⁹ Oleh karena itu, hipertiroid ditemukan pada pasien yang mengalami depresi psikotik, menambah aspek etiologis yang penting untuk dievaluasi.⁸

Tujuan dari laporan kasus ini adalah untuk mendeskripsikan seorang pasien dengan episode depresif psikotik yang disebabkan oleh kehilangan pasangan dan diperburuk oleh beban sosial keluarga dan hipertiroid sebagai faktor komorbid. Dari sudut pandang klinis, kasus ini menarik karena menekankan hubungan multifaktorial antara stresor psikososial (*bereavement*), faktor biologis (disfungsi tiroid), dan kemungkinan kerentanan keluarga. Melalui laporan ini, penulis ingin menekankan betapa pentingnya mengevaluasi faktor biologis, psikologis, dan sosial dalam diagnosis, penatalaksanaan depresi psikotik dan memberikan wawasan praktis tentang metode terapi yang komprehensif.

METODE

Penelitian ini adalah studi kasus deskriptif yang dilaksanakan di Poli Psikiatri Rumah Sakit Muhammadiyah Lamongan. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 30 September 2025. Subjek penelitian adalah seorang pasien rawat jalan berjenis kelamin perempuan yang didiagnosis menderita depresi. Rancangan kegiatan studi kasus ini dilakukan secara prospektif selama kunjungan pasien rawat jalan di Poli Psikiatri. Prosedur pengambilan data meliputi perolehan persetujuan lisan (*informed consent*) dari subjek untuk penggunaan data klinisnya, dilanjutkan dengan wawancara klinis mendalam (anamnesis), dan Pemeriksaan Status Mental (PSM) yang dilakukan oleh peneliti di bawah supervisi Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Pengumpulan data utama dilakukan melalui dua cara yaitu, wawancara (anamnesis komprehensif langsung pada pasien dan *alloanamnesis* pada keluarga), dan observasi (pengamatan sistematis terhadap perilaku non-verbal, penampilan, dan afek pasien selama sesi klinis). Semua data yang diperoleh dari wawancara dan observasi tersebut merupakan data primer yang didokumentasikan secara langsung oleh

peneliti. Analisis data dilakukan secara kualitatif, melibatkan reduksi data klinis, penyajian temuan dalam bentuk laporan kasus kronologis, dan penarikan kesimpulan diagnostik serta tatalaksana.

HASIL

Seorang perempuan berusia 46 tahun alamatnya di Lamongan, agama Islam, suku Jawa, status sudah menikah, pendidikan terakhir S1 manajemen dan bekerja sebagai pekerja kantor di bidang pendidikan datang ke Poli RS Muhammadiyah Lamongan dengan keluhan utama berupa rasa cemas yang dirasakan hampir setiap hari selama kurang lebih satu tahun terakhir. Pasien menjelaskan bahwa rasa cemas ini muncul hilang timbul, disertai keluhan jantung berdebar, gemeteran, sesak, sulit konsentrasi dalam melakukan aktivitas, serta beberapa waktu kemudian muncul adanya bisikan yang kadang terdengar di telinga. Pasien menyatakan bahwa keluhan ini pertama kali muncul pada tahun 2010, kemudian sempat mereda, namun kembali muncul pada tahun 2024 setelah suaminya meninggal dunia karena kanker. Sejak saat itu, pasien merasa pikirannya penuh karena harus memikul tanggung jawab merawat anak sekaligus tetap bekerja. Pada tahun 2010 adalah ketika mengetahui bahwa usia suaminya hanya tinggal tiga bulan, pasien mengalami cemas yang sangat berat hingga merasa lemas dan kesulitan berjalan. Rasa cemas pasien semakin berat bila menghadapi beban pikiran, merasa sendiri, atau saat memikirkan tanggung jawab sehari-hari. Bisikan yang dialami pasien berupa suara makian yang menyalahkan pasien dan kadang menyuruhnya mati. Bisikan ini muncul setiap pasien merasa cemas, tidak setiap saat, namun cukup mengganggu. Pasien mengaku pernah terlintas pikiran untuk melukai diri sendiri maupun keluarganya, namun berhasil melawan pikiran tersebut. Pasien juga mengeluhkan kehilangan minat dan kegembiraannya, mudah lelah terhadap aktivitas yang biasa pasien lakukan, sulit memulai tidur dan sering bermimpi bertemu suaminya.

Di tengah rasa sedih yang dialaminya akibat kehilangan pasangan, pasien juga didiagnosis menderita hipertiroid sehingga harus menjalani perawatan inap di rumah sakit. Kondisi medis ini membuat pasien merasa semakin terbebani dan muncul perasaan sedih mendalam, disertai pertanyaan mengapa dirinya harus menghadapi cobaan bertubi-tubi dengan berbagai penyakit yang dialami. Pada saat itu, pasien sempat meluapkan emosinya dengan marah kepada orang-orang di sekitarnya. Namun, setelah menjalani perawatan di rumah sakit, kondisi fisik pasien mulai membaik dan gejala emosionalnya perlahan mereda.

Pada tahun 2024, pasien mengalami peristiwa traumatis ketika mengetahui bahwa suaminya meninggal dunia akibat kanker. Kejadian ini memicu kembali keluhan yang serupa dengan yang pernah dialami pada tahun 2010. Setelah peristiwa tersebut, gejala depresi muncul kembali dengan disertai gejala psikotik berupa bisikan auditorik yang berisi suara makian, menyalahkan pasien, dan kadang menyuruhnya untuk mati. Selain itu, pasien juga mengalami kesulitan tidur, gangguan konsentrasi, rasa cemas yang terus-menerus, perasaan sedih berkepanjangan, hilangnya minat terhadap aktivitas yang biasa dilakukan, serta berkurangnya energi untuk menjalani kegiatan sehari-hari.

Pasien memiliki tiga anak; anak pertama dan kedua sedang kuliah, dan anak ketiga masih duduk di kelas 6 SD. Saat ini pasien rutin kontrol setiap bulan ke poli psikiatri dan masih tetap merasa sedih dan cemas setiap hari namun tetap berusaha beraktivitas seperti biasa, bekerja dari pagi hingga sore sambil mengurus anak tetapi juga sulit berkonsentrasi terhadap pekerjaannya. Untuk mengurangi rasa cemas, pasien membuat jadwal aktivitas dan menyibukkan diri. Meskipun mengaku sering merasa malas beribadah, pasien tetap memaksakan diri untuk beribadah. Riwayat masa kanak-kanak menunjukkan bahwa pada saat SD pasien sering diejek teman-teman karena kondisi ekonomi keluarga. Saat SD pasien pernah dirawat inap karena tifus dan DBD. Pada masa SMP hingga SMA tidak ada masalah berarti. Riwayat keluarga menunjukkan bahwa dari pihak ayah pasien, beberapa saudara seperti tante dan om pernah mengeluhkan keluhan serupa berupa rasa putus asa dan mendengar bisikan. Pasien sendiri memiliki riwayat medis hipertiroid dan pernah dirawat inap di rumah sakit. Pasien tidak memiliki riwayat hipertensi maupun diabetes. Saat ini pasien rutin kontrol ke rumah sakit, ke poli psikiatri. Pasien menyatakan harapannya untuk bisa kembali beraktivitas normal dan tidak sering cemas. Saat ini pasien mengaku sering merasa waswas dan

cemas yang lebih berat dibandingkan sebelumnya sejak kematian suaminya. Dukungan sosial pasien berasal dari ibu dan saudara-saudaranya yang memberikan *support*.

Ibu pasien memberikan heteroanamnesis. Keluarga menyatakan bahwa pasien mulai mengalami keluhan psikologis yang signifikan sejak tahun 2010, ketika mendapatkan informasi medis bahwa suaminya hanya memiliki sisa harapan hidup tiga bulan akibat kanker. Pada saat ini, pasien tampak sangat tertekan dan sering menangis, disertai dengan rasa cemas berlebihan hingga menjadi lemas, sulit berjalan, dan kesulitan berkonsentrasi dan juga mendengar bisikan. Selain itu, pasien mengalami penurunan keinginan untuk melakukan aktivitas sehari-hari, penurunan energi untuk beraktivitas, dan gangguan tidur seperti insomnia dan mimpi buruk yang berulang. Tidak lama kemudian, pasien juga didiagnosis menderita hipertiroid dan harus dirawat di rumah sakit. Kondisi fisik yang memburuk memperburuk kondisi emosional pasien; pasien pernah menjadi marah kepada orang-orang di sekitarnya, tetapi gejala emosionalnya kemudian mereda dengan pengobatan. Setelah suami pasien meninggal, gejala depresi pasien semakin parah. Sejak saat itu, pasien semakin sering menunjukkan gejala seperti depresi, kehilangan minat, kesulitan berkonsentrasi, dan kesulitan tidur hampir setiap malam dan mendengar bisikan. Ketakutan juga menetap, yang ditandai dengan rasa berdebar-debar yang sering. Menurut ibu pasien, sebelum sakit, pasien dikenal sebagai orang yang ceria dan aktif yang memiliki peran penting dalam keluarga dan lingkungan sosialnya.

Pada pemeriksaan status mental, pasien adalah seorang perempuan dengan penampilan umum sesuai usia, berbusana rapi, dan menunjukkan perawatan diri yang baik. Sikap pasien terhadap pemeriksa kooperatif dan tenang. Saat evaluasi berlangsung, tidak ditemukan tanda perilaku membahayakan diri sendiri maupun orang lain. Pola bicara pasien lancar, dengan intonasi suara yang cenderung pelan. Kesadaran pasien jernih dalam keadaan *compos mentis* dengan skor Glasgow Coma Scale 4/5. Orientasi terhadap waktu, tempat, orang, dan diri sendiri dalam batas normal; pasien dapat menyebutkan lokasi pemeriksaan, mengenali orang di sekitarnya, serta mengetahui hari, bulan, dan tahun saat ini. Konsentrasi dinilai sedikit terganggu, pasien kurang mampu memusatkan dan mempertahankan perhatian. Fungsi memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang, masih terjaga; pasien dapat mengingat kejadian yang baru saja dialami maupun peristiwa yang terjadi beberapa tahun sebelumnya. Intelektual dipandang memadai, dengan kemampuan berpikir yang sesuai dengan tingkat pendidikan dan latar belakang sosial pasien. Keadaan emosional pasien menunjukkan mood hipotimik, dengan pernyataan subjektif merasa sedih dan cemas. Afek yang ditampilkan adalah depresif, dengan keserasian yang sesuai antara mood, afek, dan konteks pembicaraan. Bentuk pikir pasien nonrealistik, alur pikir koheren, dan tidak dijumpai adanya isi pikir waham. Aktivitas psikomotor dalam batas normal dengan gerakan yang selaras terhadap situasi. Pada aspek persepsi, ditemukan adanya halusinasi auditorik dengan skor 4, yang muncul secara intermiten. Halusinasi ini menimbulkan sedikit gangguan, namun pasien masih mampu menjalankan aktivitas sehari-hari. Tilikan berada pada derajat enam, yang menunjukkan pasien menyadari sepenuhnya kondisi yang dialami disertai motivasi untuk mencapai perbaikan. Fungsi global dinilai cukup terganggu, dengan skor Global Assessment of Functioning (GAF) berada pada rentang 50-41. Hal ini mencerminkan adanya gejala serius seperti halusinasi, serta hambatan bermakna dalam fungsi sosial, pekerjaan, maupun hubungan interpersonal.

Menurut *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision*, pasien memenuhi kriteria *Major Depressive Disorder* (MDD) yaitu moderat, dengan gejala psikotik, dan mood kongruen.⁴ Hasil klinis seperti mood depresif yang konsisten, hilangnya minat, penurunan energi, gangguan tidur, dan kesulitan konsentrasi mendorong diagnosis.⁴ Selain gejala inti tersebut, pasien juga mengalami insomnia awal dan berulang, serta pikiran untuk mati, yang semuanya dapat dilawan. Adanya halusinasi auditorik, termasuk bisikan yang memaki, menyalahkan, dan bahkan memerintahkan pasien untuk mati, adalah temuan yang signifikan. Halusinasi ini muncul secara berkala dan menyebabkan kecemasan yang signifikan, tetapi pasien tetap dapat melakukan aktivitas sehari-hari.

Karena pasien kehilangan pasangan hidupnya akibat kanker satu tahun sebelumnya, faktor psikososial sangat penting dalam kasus ini. Salah satu faktor stres psikososial paling berpengaruh adalah

kehilangan pasangan, yang dapat menyebabkan episode depresi berat dan bahkan gejala psikotik, terutama pada orang dengan kerentanan biologis atau kondisi medis penyerta.⁶ Pasien ini juga memiliki hipertiroid sebelumnya, yang dapat memperburuk gejala psikiatri seperti ansietas, insomnia, dan depresi. Menurut tinjauan literatur terbaru, gangguan tiroid, khususnya hipertiroidisme, dikaitkan dengan peningkatan risiko gangguan mood dan gangguan psikotik.⁸ Oleh karena itu, berbagai faktor biologis, psikososial, dan medis berkontribusi pada diagnosis pasien.¹⁰ Menurut hasil penilaian tilikan, pasien berada pada derajat enam, yang menunjukkan bahwa dia benar-benar menyadari kondisinya dan bersemangat untuk sembuh. Fungsi pasien di seluruh dunia dinilai sangat terganggu. Dengan skor *Global Assessment of Functioning* (GAF) 50-41, mereka menunjukkan gejala yang serius, seperti halusinasi dan ide bunuh diri, serta kesulitan untuk berfungsi secara sosial, di pekerjaan, dan dengan orang lain.

Pasien ini menerima perawatan multidisipliner yang mencakup intervensi farmakoterapi dan psikososial. Pasien menerima farmakoterapi, termasuk escitalopram, yang merupakan antidepresan golongan SSRI, untuk meredakan gejala depresif, risperidone, yang merupakan antipsikotik alternatif untuk mengobati halusinasi auditorik, dan trifluoperazine, yang merupakan antipsikotik biasa untuk mengontrol gejala psikotik.¹¹ Selain itu, pasien menerima dosis rendah clozapine untuk mengobati gejala psikotik residu yang tidak sepenuhnya responsif terhadap lini pertama pengobatan.¹¹ Pasien juga menerima propranolol dan thiamazole sebagai bagian dari pengobatan hipertiroid dan untuk membantu mengendalikan gejala somatik ansietas.¹² Pasien juga menerima psikoterapi suportif dan psikoedukasi keluarga, yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan koping, pengendalian emosi, dan dukungan sosial.¹³ Rekomendasi literatur menyatakan bahwa pengobatan kombinasi depresi psikotik membutuhkan kombinasi antidepresan dan antipsikotik serta dukungan psikososial untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan fungsi sosial pasien.¹⁴

PEMBAHASAN

Menurut WHO tahun 2023, depresi adalah gangguan perasaan yang kompleks yang ditandai oleh perasaan sedih yang menetap, hilangnya minat, penurunan energi, dan gangguan fungsi kognitif dan sosial.¹⁵ Pada beberapa pasien, depresi dapat berkembang menjadi bentuk yang lebih berat dengan munculnya gejala psikotik, seperti halusinasi atau waham, yang biasanya terkait dengan mood.⁴ Secara neurobiologis, depresi psikotik terkait dengan disfungsi sumbu hipotalamus-hipofisis-adrenal (HPA) dan disregulasi sistem neurotransmiter monoamin, terutama serotonin, norepinefrin, dan dopamin.⁸ Aktivasi sistem HPA yang berlebihan meningkatkan kadar kortisol, yang menyebabkan gangguan neuroplastisitas dan meningkatkan kerentanan terhadap gejala depresif dan psikotik.⁸

Gejala utama pasien dalam laporan kasus ini termasuk suasana hati depresif, kehilangan minat, penurunan energi, dan gangguan tidur. Selain itu, gejala psikotik mulai muncul, termasuk halusinasi auditorik yang bernuansa menyalahkan dan menyuruh untuk mati. Gejala psikotik ini perlu dianalisis secara menyeluruh untuk menentukan apakah berasal dari episode depresif itu sendiri, gangguan kepribadian yang terkait dengannya, atau kondisi medis yang mendasari, seperti hipertiroid. Secara klinis, diagnosis yang paling sesuai adalah depresi dengan gejala psikotik kongruen mood. Ini karena halusinasi auditorik pasien terkait dengan suasana hati depresif, seperti hinaan, makian, dan perintah untuk mati.⁴ Hal ini sesuai dengan DSM-5-TR, yang menyatakan bahwa gejala psikotik yang sebanding dengan fitur psikotik sering muncul dalam episode depresi berat atau sedang.⁴

Namun demikian, kemungkinan lain juga perlu dipertimbangkan. Pertama, adanya riwayat keluarga dengan keluhan serupa (putus asa, mendengar bisikan) dapat mengindikasikan kerentanan genetik terhadap gangguan afektif atau psikosis.¹⁶ Kedua, beberapa ciri kepribadian pasien seperti perasaan mudah putus asa, sensitivitas interpersonal, dan kecenderungan menyalahkan diri dapat menyerupai fitur *Borderline Personality Disorder* (BPD), di mana gejala psikotik sementara (*transient psychotic symptoms*) dapat muncul pada kondisi stres berat, misalnya setelah kehilangan pasangan.¹⁷ Meskipun demikian, pasien tidak

memperlihatkan instabilitas emosi ekstrem, impulsivitas berulang, maupun pola hubungan interpersonal yang khas BPD, sehingga kemungkinan psikotik terutama dari gangguan kepribadian masih lemah.¹⁷ Faktor medis juga relevan karena pasien sebelumnya memiliki hipertiroid, yang diketahui dapat menyebabkan gangguan mental seperti ansietas, iritabilitas, insomnia, bahkan psikosis.¹⁸ Namun, dalam kasus ini, halusinasi auditorik jelas muncul setelah kehilangan pasangan dan terkait dengan mood depresif, sementara gejala hipertiroid lebih banyak berupa keluhan somatik, seperti berdebar, tremor, dan sulit tidur. Oleh karena itu, lebih tepat dikaitkan dengan psikotik pada pasien ini dengan episode depresif daripada hipertiroid.

Analisis klinis menunjukkan bahwa gejala psikotik pasien paling sering dikaitkan dengan depresi dengan fitur psikotik kongruen mood. Trauma psikologis kehilangan pasangan menyebabkan gejala ini diperburuk oleh faktor biologis seperti hipertiroid dan diperkuat oleh faktor kerentanan keluarga.¹⁹ Ini menunjukkan bahwa pemeriksaan pasien memerlukan pendekatan multidisiplin untuk membedakan psikotik primer yang disebabkan oleh gangguan mood, psikotik sekunder yang disebabkan oleh kondisi medis, dan psikotik transient yang disebabkan oleh gangguan kepribadian.

Farmakoterapi dan psikososial digunakan untuk menangani pasien ini. Farmakoterapi mencakup penggunaan escitalopram sebagai antidepresan SSRI untuk mengatasi gejala depresif dan pengontrol gejala psikotik dengan risperidone dan trifluoperazine.¹⁴ Selain itu, pasien menerima dosis rendah clozapine untuk mengobati gejala psikotik residu, serta propranolol dan thiamazole untuk mengendalikan hipertiroid.¹² Dengan bukti klinis yang menunjukkan bahwa kombinasi antidepresan dan antipsikotik membantu memperbaiki gejala dan mencegah kekambuhan, kombinasi ini telah direkomendasikan sebagai pengobatan standar untuk depresi psikotik.¹⁴

Pasien juga dijadwalkan untuk menjalani psikoterapi suportif dan psikoedukasi keluarga. Tujuan intervensi ini adalah untuk meningkatkan keterampilan coping, meningkatkan kontrol emosi, dan mendorong dukungan sosial. Metode biopsikososial ini telah terbukti memperbaiki prognosis pasien dengan depresi dan gejala psikotik yang parah, terutama ketika ada stresor lingkungan yang signifikan.²⁰

Secara keseluruhan, kasus ini menunjukkan betapa pentingnya memahami hubungan multifaktorial antara faktor psikososial (misalnya, kehilangan pasangan), biologis (misalnya, hipertiroid dan kerendahan keluarga), dan neurobiologis dalam munculnya depresi psikotik. Untuk mencapai perbaikan klinis jangka panjang, pendekatan multidisiplin yang menggabungkan farmakoterapi, pengendalian penyakit medis komorbid, dan intervensi psikososial adalah yang terbaik.

SIMPULAN DAN SARAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pasien perempuan berusia 46 tahun mengalami depresi berat dengan gejala psikotik kongruen terhadap mood, yang dipicu oleh stres kehilangan pasangan dan diperburuk oleh komorbiditas hipertiroidisme. Gejala yang muncul meliputi perasaan sedih mendalam, kecemasan berlebihan, kehilangan minat, gangguan tidur, kesulitan konsentrasi, serta halusinasi auditorik berupa suara yang menyalahkan dan memerintahkan untuk mati. Pemeriksaan status mental menunjukkan tilikan derajat enam dan skor GAF 50–41, yang menandakan gangguan fungsi sosial dan emosional yang signifikan. Diagnosis ditegakkan sebagai Major Depressive Disorder dengan fitur psikotik kongruen, dan pasien berhasil ditangani melalui kombinasi farmakoterapi (escitalopram, risperidone, trifluoperazine, clozapine, thiamazole, propranolol) serta intervensi psikososial berupa psikoterapi suportif dan psikoedukasi keluarga. Penanganan komprehensif dengan pendekatan biopsikososial terbukti efektif membantu perbaikan kondisi pasien dan menegaskan pentingnya deteksi dini faktor biologis, psikologis, dan sosial pada kasus depresi psikotik dengan penyakit medis penyerta. Kesimpulannya, kasus ini menegaskan pentingnya pendekatan biopsikososial dalam diagnosis dan penatalaksanaan depresi psikotik dengan komorbid medis. Disarankan agar praktisi kesehatan jiwa melakukan skrining menyeluruh terhadap faktor biologis dan stresor psikososial untuk mengoptimalkan prognosis pasien serupa.

DAFTAR PUSTAKA

1. World Health Organization. Depression. *World Health Organization* (2023).
2. Riskesdas Kementrian Kesehatan RI. Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. *Lembaga Penerbit Balitbangkes* Preprint at (2018).
3. Paljärvi, T. et al. Mortality in psychotic depression: 18-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 222, 37–43 (2023).
4. *DSM-5-TR Update: Supplement to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision.* (2022).
5. Williams, O. C. A. et al. Management of Psychosis Associated with Graves' Disease: A Rare Case Report. *Genet Res (Camb)* 2022, (2022).
6. Eichenberger, A. R., Carlew, A. R., Kelley, B. J. & Camp, M. E. Psychotic depression in older adults following the sudden loss of a spouse during the COVID-19 pandemic: a case series. *Journal of Gerontology and Geriatrics* 70, 297–299 (2022).
7. Buur, C., Zachariae, R., Mareello, M. M. & O'Connor, M. Risk factors for depression, anxiety, and PTSS after loss: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* vol. 119 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2025.102589> (2025).
8. Bode, H. et al. Hyperthyroidism and clinical depression: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry* vol. 12 Preprint at <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02121-7> (2022).
9. Song, Y. et al. Graves' disease as a driver of depression: a mechanistic insight. *Frontiers in Endocrinology* vol. 14 Preprint at <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1162445> (2023).
10. Tian, H., Hu, Z., Xu, J. & Wang, C. The molecular pathophysiology of depression and the new therapeutics. *MedComm (Beijing)* 3, e156 (2022).
11. Wijkstra, J. et al. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* vol. 2015 Preprint at <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004044.pub4> (2015).
12. Moideen Sheriff, S., Singh, G., Chukwunye, N. K., Ezeafulukwe, C. J. & Hassan, O. A. Hyperthyroidism Masquerading as an Anxiety Disorder: A Report on a Misdiagnosed Case. *Cureus* <https://doi.org/10.7759/cureus.44071> (2023) doi:10.7759/cureus.44071.
13. Kruizinga, J. et al. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* vol. 2021 Preprint at <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004044.pub5> (2021).
14. Wijkstra, J., Lijmer, J., Burger, H., Geddes, J. & Nolen, W. A. Pharmacological treatment for psychotic depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* vol. 2013 Preprint at <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004044.pub3> (2013).
15. World Health Organization (WHO). Depression fact sheet. (2023).
16. Legge, S. E. et al. Association of Genetic Liability to Psychotic Experiences with Neuropsychotic Disorders and Traits. *JAMA Psychiatry* 76, 1256–1265 (2019).
17. Minarikova, K. B. et al. Hallucinations and Other Psychotic Symptoms in Patients with Borderline Personality Disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* vol. 18 787–799 Preprint at <https://doi.org/10.2147/NDT.S360013> (2022).
18. Asif, H., Nwachukwu, I., Khan, A., Rodriguez, G. & Bahtiyar, G. Hyperthyroidism Presenting With Mania and Psychosis: A Case Report. *Cureus* <https://doi.org/10.7759/cureus.22322> (2022) doi:10.7759/cureus.22322.
19. Wong, V., Chin, K. & Leontieva, L. Multifactorial Causes of Paranoid Schizophrenia With Auditory-Visual Hallucinations in a 31-Year-Old Male With History of Traumatic Brain Injury and Substance Abuse. *Cureus* <https://doi.org/10.7759/cureus.25488> (2022) doi:10.7759/cureus.25488.
20. Buntrock, C. et al. Psychological Interventions to Prevent the Onset of Major Depression in Adults: A Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis. www.thelancet.com/psychiatry (2024).