

ARTIKEL PENELITIAN

PEMETAAN REMAJA DENGAN STATUS MENTAL BERESIKO GANGGUAN PSIKOSIS BERDASARKAN FAKTOR RESIKO GENETIK DAN TRAUMA MASA LALU DI SURABAYA.

Hanan Salsabila & Tri Kurniati Ambarini, M.Psi., Psikolog.

Departemen Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental, Fakultas Psikologi Universitas Airlangga

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk memetakan remaja yang memiliki status mental beresiko gangguan psikosis berdasarkan faktor resiko genetik dan trauma masa lalu yakni kekerasan fisik, seksual, dan *bullying*. Subjek penelitian adalah 328 subjek, yang terdiri dari 77 laki-laki dan 251 perempuan berusia 15-21 tahun. Alat ukur yang digunakan adalah kuisisioner identifikasi status mental beresiko gangguan psikosis yang dikembangkan Ambarini (2016) berdasarkan teori *At-Risk Mental State* milik Yung (1996). Analisis data dilakukan dengan teknik statistik deskriptif dan *crossstab* dengan bantuan program *SPSS 22.0 for Windows*. Hasil dari analisis data penelitian ini menunjukkan subjek paling banyak berada pada golongan status mental beresiko ringan yakni sebanyak 117 subjek. Analisis *cross-tab* menunjukkan faktor resiko terbanyak yang dimiliki oleh sebanyak 50,5% subjek adalah *bullying*. Hasil analisis *cross-tab* secara keseluruhan menunjukkan faktor resiko *bullying*, kekerasan fisik dan *bullying*, dan *bullying* merupakan tiga faktor resiko tertinggi yang dimiliki subjek penelitian.

Kata kunci: Genetik, remaja, status mental beresiko gangguan psikosis, trauma

ABSTRACT

This study aims to account the descriptive study of adolescent who has at-risk mental state of psychosis based on genetic risk factor and past trauma. The subjects on this study are 328 subjects, consisting 77 boys and 251 girls aged 15-21 years old. The measuring instrument that is used were At-Risk Mental State Questionnaire developed by Ambarini (2016) based on At Risk Mental State theory of Yung (1996). Data was analyzed by Descriptive and Cross-tab analysis, with SPSS 22.0 for Windows program. The result of data analysis shows the majority of subject, consisting 117 subject are in mild category of at-risk mental state. The cross-tab analysis shows bullying as the main risk factors in 50,5% subjects. The overall cross-tab analysis shows that bullying, physical abuse and bullying, and physical abuse as three main risk factors that found in this subject study.

Key words: Adolescent, at-risk mental state of psychosis, genetic, trauma

*Alamat korespondensi: Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, Kampus B Universitas Airlangga Jalan Airlangga 4-6 Surabaya 60286. Surel: tri.ambarini@psikologi.unair.ac.id



Naskah ini merupakan naskah dengan akses terbuka dibawah ketentuan the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), sehingga penggunaan, distribusi,

reproduksi dalam media apapun atas artikel ini tidak dibatasi, selama sumber aslinya disitir dengan baik.

PENDAHULUAN

Menurut DSM-V, gangguan psikosis ditandai dengan delusi, halusinasi, disorganisasi dalam berbicara, sikap motorik abnormal, dan berbagai gejala negative (Association, 2013). Skizofrenia merupakan bagian dari gangguan psikosis. Skizofrenia adalah penyakit mental yang serius dan menyebabkan pengidapnya kehilangan kontak dengan realitas (Comer, 2010). Individu dengan skizofrenia kerap kali digambarkan menunjukkan perilaku yang aneh dan disertai dengan distorsi pikiran, disorganisasi persepsi, atau penarikan emosi.

Angka kemunculan gangguan psikosis dari berbagai penelitian menunjukkan angka yang cenderung tetap sama dalam 60 tahun terakhir, yakni empat dari seribu orang tiap tahunnya (Kirkbride, 2012). Pada provinsi Jawa Timur, khususnya kota Surabaya dengan mengacu pada Riskesdas 2007 yang menyatakan terdapat sebanyak 0,2% angka kemunculan gangguan jiwa berat di kota ini (Badan Litbang Kesehatan, 2007), maka dari 2.765.487 jiwa masyarakat Surabaya (Badan Pusat Statistik Kota Surabaya, 2016), setidaknya terdapat 5531 orang yang mengalami gangguan jiwa berat. Apabila dilihat angka tersebut memang tidak terlalu tinggi dan masih terhitung jarang, namun gangguan ini memiliki gejala yang semakin memburuk dari waktu ke waktu (North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS) Group, 2012). Selain itu, biaya perawatan gangguan psikosis memakan biaya yang jauh lebih mahal daripada penyakit kronis fisik lainnya. *World Health Organisation* (WHO) memperhitungkan bahwa beban dan penderitaan keluarga dengan gangguan psikosis hanya dilampaui oleh gangguan demensia dan quadriplegia (WHO, 2002)

Remaja merupakan masa badai dan stres yang dikarakterisasikan dengan perasaan *insecure*, depresi, kecerobohan, dan impulsifitas (Hall, 1904). Pada masa remaja terdapat peningkatan konflik orang tua, perubahan emosional, efek negatif, dan perilaku beresiko (Arnett, 1999). Kessler, Berglund, Demler, Merikangas, dan Walters berpendapat bahwa masa remaja merupakan waktu paling umum bagi kemunculan berbagai penyakit psikiatrik pada individu (Kessler, 2005). Peningkatan resiko kemunculan penyakit psikiatrik pada remaja itu sendiri berhubungan dengan perbedaan perkembangan pada sistem subkortikal emosional dan bagian kontrol kortikal (Casey, 2010). Perbedaan perkembangan ini dapat memicu ketidakseimbangan pada bagian subkortikal terhadap bagian prefrontal yang meningkatkan reaktifitas emosional. Faktor genetik dan lingkungan juga memperparah ketidakseimbangan perkembangan sistem limbik dan bagian kontrol yang menyebabkan masa badai dan stres beberapa individu lebih parah daripada individu lainnya (Casey, 2010).

Resiko gangguan psikosis meningkat seiring dengan interaksi faktor genetik dan lingkungan pada individu (Tsuang, 2001). Faktor genetik meliputi catatan medis gangguan psikosis pada keluarga, sedangkan faktor lingkungan menurut Dean dan Murray merupakan berbagai faktor eksternal yang terjadi dalam tiga tahap kehidupan yakni tahap kehidupan awal, anak-anak, dan lanjut (Dean, 2005). Kelleher dan Cannon selanjutnya menjabarkan hubungan yang luas antara gangguan psikosis dengan faktor genetik, sosial, trauma masa lalu, penggunaan zat, kelahiran, perkembangan, kelainan anatomi neuro, kognisi, bahasa, dan kecerdasan psikopatologis (Kelleher, 2011). Luasnya interaksi yang dimiliki antara gangguan psikosis, faktor genetik, dan lingkungan membuat individu memiliki resikonya masing-masing untuk mengembangkan dan menerima dampak negatif dari gangguan psikosis.

Gangguan psikosis memiliki berbagai dampak negatif pada individu yang mengalaminya. Pertama, individu dengan gangguan psikosis memiliki resiko di atas 10% seumur hidupnya untuk

melakukan percobaan bunuh diri, angka ini 12 kali lebih beresiko daripada populasi pada umumnya (Caldwell, 1990). Caldwell dan Gottesman juga menambahkan bahwa resiko bunuh diri merupakan alasan utama terjadinya kematian dini pada pasien skizofrenia (Caldwell, 1990). Kedua, gangguan psikosis menyebabkan disabilitas sosial, menurut Janca, dkk. pengidap gangguan psikosis mengalami disabilitas sosial seperti kemampuan merawat diri yang menurun, tidak dapat berkerja, penurunan fungsi dalam keluarga, dan fungsi pada konteks yang lebih luas yakni partisipasi sosial (Janca, 1996). Gangguan psikosis mengurangi kemampuan seseorang untuk berpikir logis, merencanakan, dan menyelesaikan masalah (Carrión, 2011), selain itu juga terbukti mengurangi kualitas hidup dan mengganggu fungsi sehari-hari (Green, 1996). Ketiga, gangguan psikosis disertai dengan stigma sosial. Berbagai stigma negatif yang masyarakat berikan di antaranya adalah penggunaan bahasa yang merendahkan, halangan untuk mendapatkan pekerjaan, batasan dalam menggunakan fasilitas publik, berkurangnya kesempatan untuk menikah, dan meningkatnya kesalahan perawatan (Desjarlais, 1995). Dampak negatif keempat adalah beban pada *caregivers* yang oleh WHO, disebutkan sebagai beban ekonomi, perasaan bersalah, ketakutan akan masa depan, stres karena perilaku yang rawan, perubahan pada rutinitas rumah tangga, kesulitan koping terkait penarikan diri individu secara sosial, dan terbatasnya aktivitas sosial (WHO, 1996) Kelima dan yang terakhir, gangguan ini juga berdampak pada tingkat sosial yang lebih luas seperti negara. Besarnya biaya dan kerugian yang dihabiskan terkait gangguan ini oleh negara, mungkin erat hubungannya dengan biaya perawatan gangguan psikosis yang dua kali lebih mahal daripada biaya perawatan penyakit fisik kronis lainnya (McDaid, 2015).

Berdasarkan berbagai dampak negatif yang telah diuraikan di atas, sejak dulu para peneliti telah berusaha untuk mengidentifikasi gejala awal psikosis sebelum gejala utama timbul (Sullivan, 1927). Seiring dengan berjalannya waktu, istilah “prodromal” diperkenalkan oleh Mayer-Gross (Mayer-Gross, 1932). Prodromal merupakan istilah yang merujuk pada periode awal gangguan psikosis dimana individu mengalami perubahan perasaan, pikiran, persepsi, dan perilaku, namun, gejala-gejala psikosis seperti halusinasi, delusi, atau disfungsi dalam berpikir belum timbul dengan jelas. Prodromal merupakan istilah yang digunakan untuk mengacu pada periode awal gejala psikosis, sehingga seorang individu yang mengalaminya secara 100% akan mengembangkan gejala psikosis lebih lanjut. Peneliti ingin menggunakan istilah baru untuk menggambarkan gejala awal psikosis pada individu yang belum tentu akan berkembang lebih lanjut di kemudian hari, namun, gejala tersebut dianggap memperbesar resiko individu untuk mengalami gangguan psikosis.

Status mental beresiko merupakan istilah untuk menggambarkan gejala awal psikosis yang belum tentu akan berkembang menjadi gangguan yang lebih serius (McGorry, 1995). Status mental beresiko gangguan psikosis diukur melalui kriteria *Ultra High Risk* (UHR) yang meliputi karakter yang telah diketahui dan faktor resiko seperti sejarah keluarga dengan gangguan psikosis dan kemunduran fungsi, gejala *attenuated positive psychotic*, dan gejala *brief-self limiting psychotic* (Yung, 2003). Penelitian Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, dan Rabbendam menemukan status mental beresiko memiliki tingkat prevalensi sebesar 5% dan tingkat kejadian sebesar 3% di populasi pada umumnya (Van Os, 2009). Bukti menunjukkan walaupun sebanyak 75-90% perkembangan pengalaman psikosis terjadi sementara (Dominguez, 2011), individu yang sering mengalami berbagai gejala seperti psikosis yang kuat, lebih mungkin didiagnosis dengan gangguan psikosis empat tahun kemudian (Hanssen, 2003).

Semakin lama durasi gejala psikosis yang dibiarkan begitu saja akan semakin memperburuk fungsi individu baik yang terkait dengan gejala yang lebih parah, menurunnya kualitas hidup, dan menurunnya keberhasilan dari obat-obatan antipsikotik yang diberikan (Marshall, 2005). Menurut review meta analisis dan naratif dari hasil berbagai penelitian secara *randomized* dan quasi-eksperimental, intervensi dini psikosis dapat memperbaiki gejala dan mengembalikan fungsi adaptif

secara lebih unggul daripada perawatan biasa (Bird, 2010). Apabila intervensi dini berhasil dilakukan, hal ini juga dapat menurunkan resiko bunuh diri dan berbagai perilaku kekerasan. Identifikasi dini maka dari itu menjadi hal yang penting sebagai bagian dari intervensi dini.

Intervensi dini gangguan psikosis merupakan pendekatan inovatif pada perawatan kesehatan mental yang menarik minat dunia (Ontario, 2004). Individu yang mendapatkan intervensi dini lebih responsif terhadap pengobatan dan hanya memerlukan dosis obat-obatan anti psikosis yang lebih rendah daripada individu yang mendapatkan intervensi pada tahap lebih lanjut (Malla, 1998). Berangkat dari urgensi tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi remaja dengan status mental beresiko gangguan psikosis berdasarkan faktor resiko genetik dan trauma masa lalu di Surabaya.

Individu dengan faktor resiko genetik atau catatan keluarga dengan gangguan psikosis memiliki tingkat gangguan psikiatris yang lebih tinggi (Fish, 1992). Penelitian lebih lanjut menemukan bahwa subjek yang memiliki ibu dengan gangguan skizofrenia memiliki kecenderungan sebesar 12% lebih tinggi untuk mengembangkan skizofrenia (American Psychiatric Association, 1987), sedangkan yang memiliki kedua ibu dan ayah dengan spektrum skizofrenia memiliki kemungkinan sebesar 25% lebih tinggi untuk mengembangkan gangguan psikosis. Lebih lanjut, penelitian longitudinal Goodman pada anak dari lahir hingga usia lima tahun, mengetahui anak yang memiliki ibu dengan gangguan skizofrenia akan memberikan lingkungan yang lebih buruk dan dikarakteristikkan dengan stimulasi bermain, pengalaman belajar, keterlibatan emosional dan verbal yang lebih depresi daripada ibu yang depresi maupun ibu yang baik-baik saja (Goodman, 1987).

Terakhir, faktor lingkungan merupakan segala faktor yang ada di lingkungan sehari-hari yang dapat berinteraksi dengan faktor genetik dan memperbesar kemungkinan seseorang mengembangkan gangguan psikosis. Trauma masa lalu merupakan salah satu faktor resiko dari lingkungan. Trauma masa lalu berdasarkan review penelitian meta-analisis Varese, Barkuss, & Bentall yang meliputi kekerasan seksual, fisik, emosional, penelantaran, dan *bullying* ternyata secara signifikan meningkatkan resiko gangguan psikosis pada individu. Saat faktor ini dihapuskan pada populasi penelitian dengan asumsi bahwa faktor resiko lainnya tidak berubah, diketahui bahwa trauma masa lalu secara umum meningkatkan resiko gangguan psikosis, namun tidak ditemukan bukti spesifik trauma mana yang lebih mempengaruhi daripada trauma lainnya (Varese, 2012). Trauma masa lalu yang dipilih dalam penelitian ini adalah kekerasan fisik, kekerasan seksual, dan *bullying*.

METODE

Tipe penelitian ini adalah penelitian deskriptif berjenis kuantitatif dengan metode pengumpulan data berupa survei yang dibagikan secara *online* maupun langsung. Variabel dalam penelitian ini hanyalah satu yaitu status mental beresiko gangguan psikosis. Metode analisis data yang digunakan adalah statistik deskriptif dan *cross-tab* dengan menggunakan *SPSS 22.0 for windows*.

Instrumen Penelitian

Pengukuran variabel status mental beresiko gangguan psikosis menggunakan skala identifikasi status mental beresiko gangguan psikosis yang dikembangkan Ambarini (Ambarini, 2016) berdasarkan teori Yung & McGorry (Yung A. M., 1996) dan kriteria *Ultra High Risk* (UHR) oleh Yung (Yung, 2003).

Alat ukur status mental beresiko terdiri dari 56 aitem yang disusun berdasarkan lima dimensi status mental beresiko yakni *Unusual Thought Content* (UTC), *Non-Bizarre Ideas* (NBI), *Perceptual Abnormalities* (PA), *Disorganized Speech* (DS), dan *Aggressive/Dangerous Behavior*. Skala

berjenis *Likert* dengan tujuh pilihan jawaban mulai dari tidak pernah (0), sangat jarang (1), jarang (2), kadang-kadang (3), cukup sering (4), sering (5), dan sangat sering (6). Angka reabilitas alat ukur ini sebesar 0.959.

Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini merupakan remaja di Surabaya yang berusia 15-21 tahun. Teknik pengumpulan sampel dalam penelitian ini teknik *non-probability purposive sampling*. *Purposive sampling* merupakan penarikan sampel dengan menentukan kriteria khusus terhadap sampel (Prasetyo, 2005). Adapun jumlah subjek pada penelitian ini yaitu sebanyak 328 subjek.

HASIL PENELITIAN

Uji Deskriptif

Penelitian ini menggunakan bantuan program SPSS 22.0 *for Windows* untuk melakukan analisis deskriptif variabel status mental beresiko gangguan psikosis sebagai berikut:

Tabel 1 Hasil Analisis Deskriptif Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis (N = 328)

	N	Range	Min	Max	Sum	Mean	Std. Deviation
Total	328	262.00	.00	262.00	33858.00	103.2256	60.24977
Valid N	328						

Tabel 1 menunjukkan dari 328 subjek penelitian tidak ada data yang menghilang (*missing*). Analisis tendensi sentral yang dapat dilihat melalui mean, median, dan mode menunjukkan bahwa mean dari status mental beresiko gangguan psikosis memiliki nilai 103,2256.

Tabel 2 Hasil Analisis Deskriptif Golongan Status Mental Bersiko Gangguan Psikosis (N=328)

Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<i>Never, absent</i>	2	0,6%	0,6%	0,6%
	<i>Questionable</i>	73	22,3%	22,3%	22,9%
	<i>Mild</i>	117	35,7%	35,7%	58,5%

<i>Moderate</i>	76	23,2%	23,2%	81,7%
<i>Moderately severe</i>	42	12,8%	12,8%	94,5%
<i>Severe</i>	18	5,5%	5,5%	100%
Total	328	100%	100%	

Tabel 2 di atas menunjukkan dari 328 subjek, terdapat 2 subjek yang ada di golongan tidak memiliki status mental beresiko dengan presentase 0,6%, 73 subjek pada golongan dipertanyakan dengan presentase 22,3%, 117 subjek pada golongan ringan dengan presentase 35,7%, 76 subjek pada golongan sedang dengan presentase 23,2%, 42 subjek pada golongan agak berat dengan presentase 12,8%, dan 18 subjek pada golongan berat dengan presentase 5,5%. Berdasarkan penjabaran tersebut diketahui kebanyakan subjek berada pada golongan ringan dan paling sedikit pada golongan tidak memiliki status mental beresiko.

Uji *Cross-Tab*

Analisis *cross tabulation* memberikan gambaran data berbentuk tabulasi silang antara kedua variabel (Priyatno, 2011). Pada analisis kali ini tabulasi data dibuat antara variabel faktor resiko genetik, kekerasan fisik, kekerasan seksual, dan *bullying* terhadap status mental beresiko gangguan psikosis.

Tabel 3 Uji *Cross-Tab* Faktor Resiko Genetik dan Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis

	Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis						Total
	Tidak ada	Dipertanyakan	Ringan	Sedang	Agak Berat	Berat	
Ya	0	10	30	11	12	5	68
Tidak	2	63	87	65	30	13	260
Total	2	73	117	76	42	18	328

Tabel 3 menunjukkan terdapat 68 subjek yang memiliki keluarga dengan gangguan jiwa. Berdasarkan tabel di atas juga dapat diketahui bahwa golongan ringan merupakan golongan yang paling banyak memiliki faktor resiko genetik karena 30 subjek menyatakan memiliki keluarga dengan gangguan jiwa.

Tabel 4 Uji *Cross-Tab* Faktor Resiko Kekerasan Fisik dan Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis.

	Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis						Total
	Tidak ada	Dipertanyakan	Ringan	Sedang	Agak Berat	Berat	
Ya	0	15	31	24	22	8	100
Tidak	2	58	86	52	20	10	228
Total	2	73	117	76	42	18	328

Tabel 4 menunjukkan terdapat 100 subjek yang pernah mengalami kekerasan fisik. Berdasarkan tabel di atas juga dapat diketahui bahwa golongan ringan merupakan golongan yang paling banyak memiliki faktor resiko kekerasan fisik karena 31 subjek menyatakan pernah mengalami kekerasan fisik.

Tabel 5 Uji *Cross-Tab* Faktor Resiko Kekerasan Seksual dan Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis.

	Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis						Total
	Tidak ada	Dipertanyakan	Ringan	Sedang	Agak Berat	Berat	
Ya	0	3	17	16	10	3	49
Tidak	2	70	100	60	32	15	279
Total	2	73	117	76	42	18	328

Tabel 5 menunjukkan terdapat 49 subjek yang pernah mengalami kekerasan seksual. Berdasarkan tabel di atas juga dapat diketahui bahwa golongan ringan merupakan golongan yang paling banyak memiliki faktor resiko kekerasan seksual karena 17 subjek menyatakan pernah mengalami kekerasan seksual. Tetapi angka ini tidak jauh beda dengan golongan sedang dimana terdapat 16 subjek yang mengaku pernah mengalami kekerasan seksual.

Tabel 6 Uji *Cross-Tab* Faktor Resiko *Bullying* dan Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis.

	Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis						Total
	Tidak ada	Dipertanyakan	Ringan	Sedang	Agak Berat	Berat	
Ya	0	25	56	47	25	13	166
Tidak	2	48	61	29	17	5	162

Total	2	73	117	76	42	18	328
-------	---	----	-----	----	----	----	-----

Tabel 6 menunjukkan terdapat 166 subjek yang pernah mengalami *bullying*. Berdasarkan tabel di atas juga dapat diketahui bahwa golongan ringan merupakan golongan yang paling banyak memiliki faktor resiko *bullying* karena 56 subjek menyatakan pernah mengalami *bullying*.

Tabel 7 Analisis *Cross-Tab* Keseluruhan.

Faktor	Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis						Total
	Tidak ada	Dipertanyakan	Ringan	Sedang	Agak Berat	Berat	
Tidak Ada	1	25	25	23	18	5	97
Genetik	0	3	5	8	3	1	20
<i>Bullying</i>	0	8	32	12	9	5	66
Kekerasan Seksual	0	4	5	3	0	1	13
Kekerasan Fisik	0	2	6	10	3	2	23
Genetik dan <i>Bullying</i>	0	4	2	4	2	0	12
Genetik dan Seksual	0	2	2	1	0	0	5
Genetik dan Fisik	0	0	4	0	0	0	4
Fisik dan <i>Bullying</i>	1	12	19	7	3	2	44
Seksual dan <i>Bullying</i>	0	4	3	1	1	0	9
Fisik, seksual, dan <i>bullying</i>	0	0	3	2	1	1	7
Genetik, seksual, dan <i>bullying</i>	0	3	3	2	0	1	9
Genetik, Fisik, dan <i>bullying</i>	0	2	5	3	1	0	11
Genetik, fisik, dan seksual	0	0	0	0	1	0	1

Genetik, fisik, seksual, dan <i>bullying</i>	0	4	3	0	0	0	7
Total	2	73	117	76	42	18	328

Tabel 7 menunjukkan bahwa tiga faktor resiko tertinggi yang dimiliki oleh subjek penelitian ini adalah pertama *bullying* dengan 66 subjek atau 20,12%, kedua kekerasan fisik dan *bullying* dengan 44 subjek atau 13,41%, dan yang ketiga adalah kekerasan fisik dengan 23 subjek atau 7,01%. Apabila dilihat dari hasil tabel di atas diketahui bahwa subjek dengan status mental golongan rendah hingga berat paling banyak memiliki faktor resiko trauma berbentuk *bullying*, sedangkan golongan dipertanyakan paling banyak memiliki trauma terkait kekerasan fisik dan *bullying*.

DISKUSI

Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi remaja dengan status mental beresiko gangguan psikosis berdasarkan faktor resiko genetik dan trauma masa lalu di Surabaya. Penelitian dilakukan pada 328 subjek berusia 15 hingga 21 tahun yang berdomisili di kota Surabaya. Melalui hasil analisis deskriptif diketahui mayoritas dari 328 subjek berada pada golongan status mental beresiko ringan, yakni sebanyak 117 subjek dengan presentase 35,7%.

Pemetaan pertama dilakukan berdasarkan faktor resiko genetik. Sejarah keluarga yang mengidap skizofrenia dan sejarah bunuh diri meningkatkan kemungkinan seseorang mengalami skizofrenia (Pedersen, 2009). Penelitian ini didukung oleh hasil temuan wawancara pada keluarga pengidap gangguan psikosis terkait gejala positif dan negatif gangguan psikosis, dimana ditemukan dimensi gejala nonklinis yang sama antara keluarga pengidap gangguan psikosis dan pengidap gangguan psikosis itu sendiri. Kesimpulannya gangguan psikosis memiliki fenotipe yang berkelanjutan (Fanous, 2001).

Penelitian mengenai keluarga dengan pengidap gangguan psikosis penting digunakan untuk melihat perkembangan psikopatologis pada seseorang, namun tidak mewakili kerentanan psikosis. Sham menunjukkan bahwa hanya terdapat 20% pengidap

skizofrenia yang memiliki keluarga tingkat pertama yang juga mengidap gangguan yang sama, sedangkan 80% sisanya tidak begitu (Sham, 1994). Penelitian ini sendiri menemukan terdapat 58 subjek atau 22,9% dengan resiko rendah hingga tinggi yang memiliki keluarga dengan gangguan jiwa diantaranya yaitu saudara sepupu, paman, bibi, ayah, ibu, keponakan, kakek, nenek, saudara laki-laki, saudara perempuan, om, dan tante.

Faktor resiko kedua merupakan trauma masa lalu. Trauma masa lalu berdasarkan review penelitian meta-analisis yang meliputi kekerasan seksual, fisik, emosional, penelantaran, dan *bullying* ternyata secara signifikan meningkatkan resiko gangguan psikosis pada individu berubah, diketahui bahwa trauma masa lalu secara umum meningkatkan resiko gangguan psikosis, namun tidak ditemukan bukti spesifik trauma mana yang lebih mempengaruhi daripada trauma lainnya (Varese, 2012). Kessler, dkk. menambahkan prediktor untuk gangguan psikosis terkait trauma masa lalu yang paling kuat merupakan orang tua dengan penyakit mental, kekerasan saat kecil, dan penelantaran (Kessler R. M., 2010).

Trauma masa kecil ternyata dapat menyebabkan permasalahan (Varese, 2012). Saat faktor ini dihapuskan pada populasi penelitian dengan asumsi bahwa faktor resiko lainnya tidak mental dan fisik pada masa dewasa melalui kerusakan yang terjadi secara kumulatif atau kelainan psikologis yang merugikan pada saat periode perkembangan yang sensitif yang membutuhkan bertahun-bertahun hingga akhirnya muncul di masa dewasa (Shonkoff, 2009). Trauma masa lalu dapat menyebabkan penderitaan berkepanjangan dan meningkatkan pengalaman *distress* bagi individu yang mengembangkan penyakit mental psikosis di masa dewasa serta dampak yang lebih buruk (Morgan, 2007).

Pada penelitian ini angka trauma masa lalu kekerasan fisik dilaporkan oleh sebanyak 100 subjek dengan presentase 30,7%. Seratus subjek tersebut mengaku pernah mengalami kekerasan fisik diantaranya dipukul, dilempari barang, *dibully*, diseret dan dicambuk. Trauma masa lalu yang kedua adalah kekerasan seksual, dari 328 subjek sebanyak 49 subjek dengan presentase sebesar 14,9% mengaku pernah mengalami kekerasan seksual. Kekerasan seksual yang diterima berdasarkan jawaban kualitatif berbentuk hubungan

seksual dan sentuhan pada area pribadi dan dilakukan oleh tetangga, orang asing, teman, kakek, mantan pacar, adik, guru dan ayah.

Trauma masa lalu yang terakhir adalah *bullying*, trauma ini paling banyak dimiliki oleh subjek penelitian. Pada subjek dengan resiko ringan hingga berat terdapat 141 subjek atau 55,7% yang mengaku pernah di *bully*. Penelitian terkait *bullying* dan gangguan psikosis menunjukkan bahwa gejala seperti psikosis lebih banyak timbul pada individu yang melakukan *bullying* daripada yang menjadi korban. Pelaku *bullying* lebih mungkin mengalami gejala psikosis sebesar 10 kali lebih tinggi, sedangkan korban *bullying* hanya 1 kali lebih tinggi pada populasi umum. Tetapi ternyata dalam penelitian meta-analisis ini individu yang diidentifikasi sebagai pelaku *bullying* juga merupakan korban *bullying* dan bila diukur lebih memenuhi definisi sebagai korban (Kelleher I. H., 2008). Penelitian lain maka dari itu menyelidiki faktor yang berhubungan dengan status pelaku dan korban *bullying* hasilnya dibandingkan dengan individu yang hanya menjadi korban *bullying*, individu yang menjadi pelaku dan korban *bullying* memiliki gejala psikologis yang lebih parah (Arseneault, 2007). Hal ini disinyalir terjadi karena pelaku atau korban *bullying* biasanya datang dari keluarga dimana orang tua kurang terlibat atau malahan bermusuhan dan menolak (Bowers, 1994). Hasil analisis *cross-tab* terakhir menunjukkan tiga faktor resiko yang paling tinggi ditemukan pada subjek penelitian adalah *bullying*, kekerasan fisik dan *bullying*, serta kekerasan fisik. Jika dispesifikan pada golongan status mental beresiko rendah hingga berat paling banyak memiliki resiko trauma terkait *bullying*.

KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan mayoritas subjek berada pada golongan ringan status mental beresiko gangguan psikosis. Subjek penelitian paling banyak memiliki faktor resiko *bullying*, disusul dengan kekerasan fisik, genetik, dan kekerasan seksual. Melalui analisis keseluruhan, tiga faktor resiko tertinggi yang ditemukan pada subjek adalah (1) *bullying* (2) kekerasan fisik dan *bullying* (3) kekerasan fisik. Jika dispesifikan pada subjek dengan status mental beresiko rendah hingga berat trauma jenis *bullying* lah yang paling

banyak dialami, sedangkan pada golongan dipertanyakan paling banyak ditemukan trauma kekerasan fisik dan *bullying*.

Saran untuk penelitian selanjutnya (1) Penelitian selanjutnya dapat fokus pada satu jenjang usia yang lebih spesifik, misalnya, remaja madya. Tujuannya agar dapat menggali data terkait gambaran atau karakteristik secara lebih khusus. (2) Untuk mengukur faktor resiko menggunakan instrumen yang terstandarisasi, teruji realibilitas dan validitasnya agar dapat mengukur kuat-rendahnya variabel faktor resiko yang berguna untuk memberikan data lebih lengkap. Saran untuk orang tua (1) Orang tua sebaiknya lebih peka dalam menyadari perubahan perilaku yang terjadi pada anaknya, karena bisa jadi anak sedang menjadi korban *bullying* yang dapat mempengaruhi psikologis serta kerentanannya dalam mengembangkan gangguan psikosis. Saran untuk remaja (1) Remaja lebih peka dalam merasakan perubahan psikologis dan perilaku yang terjadi dalam dirinya dan melakukan komunikasi terbuka terhadap orang tua atau orang terdekat mengenai hal ini.

PUSTAKA ACUAN

- Ambarini, T. K. (2016). *Skala Identifikasi Status Mental Beresiko*. Surabaya: Universitas Airlangga.
- American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed., revised*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Edition "DSM-5"*. Washinton, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arnett, J. (1999). *Adolescent storm and stress, reconsoidered*. *Am Psychol*, 54(5):317-26.
- Arseneault, L., Walsh, E., Trzesniewski, K., Newcombe, R., Caspi, A., Moffitt, T.E. Bullying victimization uniquely contributes to adjustment problems in young children: a nationally representative cohort study. *Pediatrics*, 118: 130–8.
- Badan Litbang Kesehatan. (2008, Desember). Riset Kesehatan Dasar 2007. Diunduh dari <https://www.k4health.org/sites/default/files/laporanNasional%20Risesdas%202007.pdf> pada tanggal 15 Maret 2017.
- Badan Pusat Statistik Kota Surabaya. (2016). *Surabaya Dalam Angka*. Surabaya: Badan Pusat Statistik Kota Surabaya.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavior therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 197, 350-356.

- Bowers, L., Smith, P.K., Binney, V. (1994). Perceived family relationships of bullies, victims and bully/victims in middle childhood. *J Soc Pers Relat*, 11: 215–32.
- Caldwell, C.B., Gottesman, I.I. (1990). Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull*, 16(4):571-89
- Carrión, R.E., Goldberg, T.E., McLaughlin, D., Auther, A.M., Correll, C.U., Cornblatt, B.A. Impact of neurocognition on social and role functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *Am J Psychiatry*, 806-13.
- Casey, B.J., Jones, R.M., Levita, L., Libby, V., Pattwell, S.S., Ruberry, E.J., Soliman, F., Somerville, L.H. (2010). The storm and stress of adolescence: insights from human imaging and mouse genetics. *Dev Psychobiol*, 52 (3):225-35.
- Comer, R.J. (2010). *Abnormal Psychology*. New York: Worth Publisher.
- Dean, K., Murray, R.M. (2005). Environmental risk factors of psychosis. *Dialogues Clin Neurosci*; 7(1): 69–80.
- Desjarlais, R. (1995). *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-income Countries*. Newyork: Oxford University Press.
- Dominguez, M.D., Wichers, M., Lieb, R., Wittchen, H.U., van Os, J. Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: an 8-year cohort study. *Schizophrenia bulletin*, 84-93.
- Fanous, A., Gardner, C., Walsh, D., Kendler, K.S. (2001). Relationship between positive and negative symptoms of schizophrenia and schizotypal symptoms in nonpsychotic relatives. *Arch Gen Psychiatry*, 58(7):669-73
- Fish, B., Marcus, J., Hans, S.L., Auerbach, J.G., Perdue, S. (1992). Infants at risk for schizophrenia: Sequelae of a genetik neurointegrative defect. *Archives of General Psychiatry*, 49:221-235, 1992.
- Goodman, S.H. (1987). Emory University Project on Children of Disturbed Parents. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3):411-423.
- Green, M. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*, 321-330.
- Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its Psychology and Its Relation to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education*. New York: D. Appleton.
- Hanssen, M., Peeters, F, Krabbendam, L., Radstake, S., Verdoux, H., van Os, J. (2003). How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 149–154.
- Janca A., Kastrup M., Katschnig H., Lopez Ibor jr. J.J., Mezzich J.E., Sartorius N. (1996). The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a

- tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31: 349-354.
- Kelleher, I., Cannon, M. (2011). Psychotic-like experiences in the general population: characterizing a high-risk group for psychosis. *Psychol Med*, 41(1):1-6
- Kelleher, I., Harley, M., Lynch, F., Arseneault, L., Fitzpatrick, C., Cannon, M. (2008). Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 378–382.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (7):768
- Kessler, R.C., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., ... Williams, D.R. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry* 197, 378–385.
- Kirkbride, J.B., Errazuriz, A., Croudace, T.J., Morgan, C., Jackson, D., Boydell, J., ... Jones, P.B. (2012). Incidence of schizophrenia and other psychoses in England, 1950–2009: a systematic review and meta analyses. *PLoS One*, 7(3):e31660.
- Malla, A. K. (1998), An integrated medical and psychosocial treatment program for psychotic disorders: patient characteristics and outcome. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(7), 698-705.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode outcome patients: a systematic review. *Arch. Gen. Psychiatry*, 62:975–983.
- Mayer-Gross, W. (1932). *Die Klinik der Schizophrenie*. Dalam Bunke O, editor. *Handbuch der Geisteskrankheiten*. IX. Berlin, Germany: Springer.
- McDaid, D., Park, A.L. (2015). Counting all the costs: the economic impact of comorbidity. *Comorbidity of Mental and Physical Disorders Sartorius N, Holt R, Maj M (eds)*, 179; 23–32
- McGorry, P.D., Singh, BS. Schizophrenia: Risk and possibility. Dalam Raphael, B., Burrows, G.D. (1995). *Handbook of Preventive Psychiatry*. New York, NY: Elsevier.
- Morgan, C., Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophr Bull* 33(1):3-10.
- North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS) Group. (2012). Neuropsychology of prodrome to psychosis in the NAPLS consortium: relationship to the family history and conversion to psychosis. *Arch Gen psychiatry*, 578-588.
- Schizophrenia Society of Ontario. (2004). Early Intervention of Psychosis. Diakses pada tanggal 2 Februari 2017 dari <http://www.schizophrenia.on.ca/getattachment/Policy->

[and-Advocacy/Papers-Submissions-Letters/Early-Intervention-in-Psychosis-position-paper-april-2004.pdf.aspx](#)

- Pedersen, C.B., Mortensen, P.B. (2001). Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: a replication and reanalysis. *Br J Psychiatry* 179:46–52
- Prasetyo, B., Jannah, L.M. (2005). *Metode Penelitian Kuantitatif:Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Penerbit PT.Raja Grafindo Persada.
- Sham, P.C. (1994). A typological model of schizophrenia based on age at onset, sex, and familial morbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135-141.
- Shonkoff, J.P., Boyce, W.T., McEwen, B.S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, 301 (21):2252-9.
- Sullivan, H.S. (1927). The onset of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 151 (Suppl. 6):135–139.
- Tsuang, M.T., Stone, W.S., Faraone, S.V. (2001). Genes, environment and schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*, 40:18–24.
- Van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., Rabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine* 39, 179–195.
- Varese, F., Barkus, E., Bentall, R.P. (2012). Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Pschol Med*, 1025-36.
- World Health Organization (WHO). (1996). *Schizophrenia and Mental Health*. Diakses pada tanggal 3 Maret 2017 dari http://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf
- World Health Organization (WHO). (2002). *World Health Report 2001, Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.
- Yung, A.R., McGorry P.D., McFarlane, C.A., Jackson, H.J., Patton, G.C., Patton, G.C., Rakkar, A. (1996). Monitoring and Care of 2 Young People at Incipient Risk of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin, Schizophr Bull*, 22(2):283-303
- Yung, A.R., Phillips, L.J., Yuen, H.P. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophrenia Research*; 60:21–32.