

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Masa dewasa awal, yang berkisar antara 18 hingga 34 tahun, merupakan tahap kehidupan yang krusial, dimana terdapat periode penyesuaian diri terhadap pola kehidupan yang baru dan harapan-harapan sosial baru. Individu dewasa awal diharapkan mulai melepaskan diri dari ketergantungan terhadap orangtua baik dalam aspek ekonomi, sosiologi, dan psikologi. Pada fase perkembangan ini terdapat eksplorasi individu terhadap nilai, ide, dan tujuan hidup yang diadopsi untuk mendefinisikan diri sendiri (Schwartz, 2013). Masa dewasa awal juga sering disebut sebagai *volitional years* yang artinya mencerminkan kepada tuntutan akan pengambilan keputusan ditengah-tengah banyak pilihan dari segi percintaan, performa akademik dan karir, hingga pertemanan (Arnett, 2002). Peran dan tanggung jawab dewasa awal tentu bertambah berat seiring dengan segala upaya guna menjadi orang yang lebih mandiri dan tidak bergantung kepada orang lain. Maka, individu pada fase dewasa awal diharapkan terbebas dari gangguan mental, karena gangguan mental pada usia dewasa awal akan menghambat perkembangan psikologis, sosial, akademik maupun karir (Suvisaari dkk.,2009)

Secara global ditemukan prevalensi angka gangguan mental yang tinggi pada kelompok usia dewasa awal. Terdapat sebesar 52.4% angka prevalensi gangguan mental diderita oleh individu dengan usia 18 hingga 29 tahun, dengan gangguan

kecemasan paling banyak diderita sebesar 30.2%, gangguan *mood* 21.4%, dan gangguan penyalahgunaan zat 16,7%. Sementara di Indonesia, pada penduduk berusia 15 tahun keatas ditemukan peningkatan angka prevalensi gangguan emosional dari 6% di tahun 2013 menjadi 9,8% di 2018, dan gangguan jiwa berat seperti skizofrenia meningkat dari 1,7% di tahun 2013 hingga 7% di tahun 2018 (Riskesdas, 2018). Prevalensi angka yang tinggi ini mengindikasikan bahwa masalah kesehatan mental banyak didominasi oleh kelompok dewasa awal (Kessler dkk.,2005).

Prevalensi gangguan mental yang tinggi pada kelompok usia dewasa awal juga konsisten dengan *onset* usia dini dari sebagian besar gangguan mental (Kim-Cohen dkk, 2003). Dikutip dari NCS-R, tiga perempat dari gangguan mental rata-rata muncul pada usia 24 tahun atau saat fase dewasa awal (Kessler dkk, 2005). Salah satu *onset* gangguan mental yang biasanya terjadi saat dewasa awal adalah gangguan psikotik. Setiap tahunnya terdapat sekitar 32 orang per 100.000 orang dewasa dan dewasa muda mengalami onset gangguan psikotik, dengan rata-rata kemunculan *onset* biasanya terjadi saat kisaran usia 15 hingga 25 tahun (Kirkbride dkk.,2012). Simtom psikotik lebih banyak dialami oleh kelompok usia muda (Rossler dkk.,2007; van Os dan Kapur,2009). Kemunculan simtom psikotik pada kelompok usia muda dikaitkan dengan tugas perkembangan. Yung (1996) mengatakan kecenderungan ini terjadi saat individu sedang mengalami perkembangan kepribadian dan masalah mengenai identitas diri yang masih berusaha untuk diselesaikan. Sementara dari perspektif neuropsikologis, telah dihipotesiskan bahwa masa remaja akhir dan dewasa awal

merupakan tahap perkembangan otak yang mendukung ekspresi klinis simtom psikotik pada penyakit kejiwaan atau neurologis (Verdoux, 1998).

Psikotik merupakan kondisi medis yang terjadi akibat adanya disfungsi dalam otak. Pada dasarnya, istilah psikotik digunakan untuk mendeskripsikan kondisi mental individu ketika tidak terhubung dengan realita. Masalah distorsi realita tersebut disebabkan oleh adanya khayalan dan halusinasi, amotivasi untuk hidup, pikiran dan tata bahasa yang tidak terorganisir, dan perilaku psikomotor yang tidak normal (Association., 2013). Gangguan psikotik terdiri dari beberapa simtom. Simtom atau gejala psikotik umumnya terbagi menjadi dua, yakni simtom positif dan negatif (Stefanis dkk., 2002). Simtom positif psikotik merujuk kepada hal-hal yang tidak seharusnya secara berlebihan dilakukan atau dipikirkan oleh individu normal. Simtom ini dikarakteristikan oleh adanya pengalaman aneh, halusinasi, paranoia, pemikiran magis, dan waham kebesaran. Simtom negatif ditandai oleh adanya dimensi afek datar, penarikan diri dari sosial, dan amotivasi (Jaya, 2017)

Mengacu pada aturan diagnosis DSM-V, individu harus setidaknya memiliki lebih dari satu episode psikotik, bersamaan dengan kemunculan simtom-simtom lainnya selama 6 bulan berturut-turut untuk dikatakan memiliki gangguan psikotik (Association, 2013). Meskipun simtom psikotik sering kali dikaitkan dengan adanya gangguan, menariknya hal ini adalah hal yang umum terjadi di masyarakat. Beberapa penelitian di dunia telah menyoroti fenomena simtom psikotik pada populasi umum. Di Inggris, Johns dkk. (2004) melakukan identifikasi simtom psikotik pada populasi umum, dan melaporkan beberapa informasi penting. Sebesar 55% dari total sampel

mengalami simtom *hypomania* tanpa sebab, 21,2% mengalami simtom paranoia, 9% simtom *thought insertion*, dan 5% mengalami halusinasi. Sebesar 96% dari total sampel mengaku tidak memiliki ketergantungan obat-obatan atau menggunakannya selama beberapa bulan terakhir, tidak ketergantungan alkohol, atau sebelumnya didiagnosis gangguan psikotik sehingga simtom psikotik yang terjadi pada partisipan dipastikan bukan karena pengaruh zat tertentu. Hal ini menunjukkan bahwa simtom psikotik dapat terjadi pada tingkatan yang lebih rendah dari batas klinis. Fenomena ini sering disebut sebagai pengalaman psikotik (Van Os dkk.,2008; Jaya, 2017)

Pengalaman psikotik yang terjadi pada populasi umum dijelaskan melalui paradigma kontinum psikotik oleh Lindscott dan Van Os (2013). Simtom psikotik tidak hanya dialami oleh pasien dengan gangguan psikotik, namun juga tersebar luas pada populasi umum. Selain itu, prevalensi simtom psikotik justru selalu lebih tinggi daripada yang diperkirakan, terutama apabila angkanya dibandingkan dengan jumlah prevalensi gangguan psikotik yang utuh (Linscott & Van Os, 2013; Kelleher dkk., 2012). Dengan demikian, meskipun secara global prevalensi gangguan psikotik cukup rendah, hal tersebut tidak mengindikasikan prevalensi simtom psikotik yang sama rendahnya. Terlebih di Indonesia angka sudah mencapai 7%, maka apabila merujuk pada paradigma kontinum psikotik, pengalaman psikotik di Indonesia lebih dari angka gangguan psikotik yang tercatat.

Di Indonesia, pengalaman psikotik adalah fenomena yang umum terjadi. Menurut hasil penelitian Jaya dan Wulandari (2018) dalam Audinia (2019), baik pengalaman positif dan negatif psikotik ditemukan pada populasi perkotaan dan

nonperkotaan di Indonesia. Berdasarkan hasil penelitian Jaya dkk. (2020) mengenai perbandingan skor pengalaman psikotik negara berkembang dengan negara maju, didapati hasil bahwa Indonesia memiliki skor pengalaman psikotik lebih tinggi daripada negara maju. Beberapa jenis pengalaman psikotik yang skornya tinggi adalah pengalaman positif psikotik dengan dimensi pengalaman aneh dan pengalaman negatif dengan dimensi afek datar paling banyak muncul.

Dengan munculnya pengalaman psikotik pada populasi normal yang cukup umum, tentu dampaknya pada aspek kehidupan sehari-hari maupun fisik juga perlu diinvestigasi. Steenkamp dkk. (2020) menyebutkan bahwa pengalaman psikotik diasosikan dengan peningkatan risiko gangguan psikotik maupun nonpsikotik lainnya, serta berbagai kondisi mental negatif dan kualitas hidup yang lebih rendah. Pengalaman psikotik yang dialami individu dinilai berpotensi berdampak pada kehidupan sehari-hari karena kaitannya dengan status kesehatan yang lebih buruk (Nuevo dkk.,2010). Selain dampaknya pada kesehatan fisik, munculnya pengalaman psikotik pada populasi umum dikaitkan juga dengan risiko bunuh diri yang lebih tinggi, kinerja yang lebih buruk pada memori harian dan kelancaran verbal, serta keberfungsian yang berkurang (Jimenez dkk.,2018). Selain itu, umumnya pada pasien dengan gangguan psikotik biasa ditemukan permasalahan perilaku yang dilatarbelakangi oleh ketidakmampuan mereka dalam mengontrol dorongan dalam diri atau *impulse* (Compton dan Kaslow, 2005). Impulsivitas yang tinggi juga muncul pada sampel survey pengalaman psikotik pada populasi umum. Menurut Lee dkk. (2013 dalam Guerrero, 2018), terdapat malfungsi di bagian *anterior cingulate cortex* otak

pada individu yang mengalami pengalaman psikotik sehingga menurunkan kapasitas mereka dalam mengatur impuls, fungsi kognitif, dan memproses konflik.

Melalui paradigma kontinum psikotik diketahui bahwa simtom subklinis psikotik atau pengalaman psikotik dengan gangguan psikotik hanya berbeda dalam frekuensi simtom, tingkat keparahan atau peenderitannya, dan apakah ditemukan komorbid dengan gangguan lain (Jaya, 2017; Johns & van Os, 2001). Baik simtom psikotik subklinis atau pengalaman psikotik dengan gangguan psikotik memiliki faktor risiko yang sama (Linscott & van Os, 2013 dalam Hermanto, Asih, Jaya, 2019). Dalam penelitian psikologi, simtom psikotik erat kaitannya dengan beberapa faktor psikososial seperti pengalaman didiskriminasi (Anglina dkk., 2013), menjadi korban perundungan (Wolke dkk., 2014), tinggal di daerah perkotaan (Kelly dkk., 2010), tinggal sendirian (Morgan dkk., 2008), menjadi imigran, memiliki status sosioekonomi yang rendah, dan jaringan dan dukungan sosial yang rendah (Gayer-Anderson & Morgan, 2013).

Menurut teori *social defeat*, kategori faktor risiko yang disebutkan diatas memiliki satu komponen yang sama, yakni adanya pengalaman negatif dikucilkan dari kelompok mayoritas atau eksklusi sosial yang dapat menyebabkan peningkatan aktivitas dasar dari sistem dopamin mesolimbik dimana hal ini dapat meningkatkan risiko skizofrenia atau psikotik (Selten, van der Ven, Rutten, & Cantor-Graae, 2013). Lebih lanjut lagi, Jaya dkk. (2017) berpendapat bahwa ada kesamaan lain dari kategori faktor *social defeat* yang belum disebutkan di atas, yakni kesepian. Pengalaman ini akan memicu persepsi bahwa mereka adalah individu yang terkucilkan atau diasingkan

dari kelompok mayoritas, persepsi individu bahwa mereka telah terisolasi sosial adalah definisi dari kesepian sehingga perasaan kesepian diekpektasikan untuk muncul sebagai akibat dari kategori *factor social defeat* di atas. Dengan demikian, Jaya dkk. (2017) berpendapat bahwa kesepian dapat menjadi salah satu faktor risiko pengalaman psikotik pada individu.

Kesepian sendiri dilansir menjadi konsekuensi dari gangguan psikotik yang diderita oleh seseorang. Argumen ini didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Stain dkk. (2012), hampir 80% pasien gangguan psikotik melaporkan perasaan kesepian. Di antara pasien dengan gangguan psikotik, kesepian telah menurunkan kepercayaan diri dan *self-efficacy*, hingga menimbulkan perasaan didiskriminasi dan stigma negatif yang lebih besar, sehingga 37,2% dari mereka mengidentifikasi rasa kesepian sebagai tantangan terbesar yang harus dilalui untuk pulih dari gangguan.

Hasil survei yang sama juga ditemukan dalam penelitian Chrostek dkk. (2016) kesepian adalah konsekuensi yang dirasakan akibat gejala maupun gangguan psikotik yang dimiliki. Kesepian juga menciptakan hambatan bagi pemulihan dan kesejahteraan individu dengan gangguan psikotik. Penelitian-penelitian sebelumnya telah melaporkan bahwa kesepian secara konsisten berhubungan dengan pengalaman maupun simptom psikotik namun kebanyakan penelitian masih membahas uji korelasi. Hal tersebut berarti bisa saja tingginya tingkat kesepian seseorang diakibatkan oleh pengalaman psikotik yang dialaminya. Sehingga peneliti tertarik untuk mengetahui peran kesepian terhadap kemunculan simptom dan pengalaman psikotik.

Menurut hipotesis Sundermann (2013), kesepian tidak hanya muncul sebagai konsekuensi dari gangguan psikotik, namun juga dapat berperan sebagai penyebab kemunculan simptom psikotik pada individu. Hal yang sama diutarakan pula oleh hipotesis Badcock (2020) yakni kesepian adalah faktor risiko dalam memunculkan simptom maupun pengalaman psikotik. Terdapat pula argument yang mengatakan bahwa kesepian ditemukan muncul sebelum *onset* psikotik dalam artikel Gayer-Anderson & Morgan (2013). Meskipun begitu, penelitian kausal kesepian terhadap simptom psikotik masih sangat jarang diteliti.

Kesepian adalah kondisi yang dapat dirasakan hampir semua orang, tetapi terdapat kumpulan bukti penelitian bahwa usia dewasa awal adalah kelompok usia yang sangat rentan mengalami kesepian (Mental Health Foundation, 2010; Office for National Statistics, 2018; Luhmann, 2016). Fenomena kesepian pada dewasa awal juga memiliki keunikan tersendiri dibandingkan kesepian pada lanjut usia. Menurut Diehl (2014) usia dewasa awal yang mengalami kesepian utamanya berasal dari satu tema yang sama yakni transisi dari kehidupan remaja akhir menuju kehidupan dewasa. Pada umumnya mereka yang memasuki usia dewasa awal adalah individu yang baru menyelesaikan SMA, perpindahan lingkungan dari SMA menuju perguruan tinggi, atau bekerja. Sering kali pada masa ini individu harus berpindah atau merantau jauh dari keluarga. Kondisi ketika individu harus tinggal jauh dari keluarga juga merupakan penyebab kesepian (Hidayati, 2015). Tidak semua dewasa awal mengalami kesepian namun, usia dewasa awal memiliki kerentanan yang tinggi terhadap kesepian. Selain karena tema transisi pola kehidupan yang menyebabkan kesepian, faktor lain yang

memicu kesepian pada usia dewasa awal adalah adanya trauma masa lalu yang baru termanifestasi atau muncul biasanya pada saat dewasa awal (Segrin, 2012).

Berangkat dari pemaparan data-data di atas, peneliti tertarik untuk menguji apakah kesepian adalah salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pengalaman psikotik pada usia dewasa awal. Penelitian ini akan menguji hipotesis bahwa kesepian adalah salah satu faktor risiko pengalaman psikotik. Penelitian ini juga akan dilakukan pada sampel populasi umum. Hal ini mempertimbangkan paradigma kontinum psikotik yang menjelaskan gejala psikotik tidak hanya terjadi pada individu dengan diagnosis gangguan klinis, namun dapat dialami individu nonklinis di bawah ambang batas klinis atau dinamakan pengalaman psikotik. Populasi umum yang dimaksud adalah individu dewasa awal yang berusia 18—25 tahun,

1.2 Identifikasi Masalah

Usia dewasa awal merupakan periode dimana pembentukan identitas sangat penting untuk perkembangan psikososial suatu individu. Dewasa awal adalah fase peralihan dari remaja akhir menuju dewasa. Pada fase perkembangan ini terdapat eksplorasi individu terhadap nilai, ide, dan tujuan hidup yang diadopsi untuk mendefinisikan diri sendiri. Kelompok usia dewasa awal adalah usia kerentanan bagi individu untuk mengalami simptom psikotik untuk pertama kalinya, dimana hal ini didukung oleh beberapa teori yang seperti Verdoux (1998); Yung dkk. (2005); Hoffman (2007) yang mengatakan bahwa puncak usia kerentanan individu mengalami simptom psikotik untuk pertama kali adalah saat dewasa awal.

Periode dewasa awal dikatakan sebagai *vulnerable period for schizophrenia* dikarenakan dewasa awal merupakan tahap perkembangan otak yang mendukung ekspresi klinis simptom psikotik pada penyakit kejiwaan atau neurologis. Selain itu, terdapat proses pematangan fisiologis otak yang membuat usia remaja dan dewasa awal adalah masa yang kritis dalam memunculkan simptom psikotik (Galdos & van Os., 1995). Kemunculan gejala psikotik yang dirasakan oleh kelompok usia dewasa awal dapat berisiko mengalihkan fokus individu dari tugas perkembangan ke arah pengalaman psikotik yang dirasakan sehingga mengganggu perkembangan identitas individu dewasa awal (Schwartz dkk.,2013).

Baik simptom psikotik subklinis atau pengalaman psikotik dengan gangguan psikotik memiliki faktor risiko yang sama (Linscott & van Os, 2013 dalam Hermanto, Asih, Jaya, 2019). Kemunculan simptom dan pengalaman psikotik dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor risiko seperti faktor genetik dan biologis, lingkungan, dan sosial. Beberapa faktor sosial yang dapat mempengaruhi kemunculan simptom psikotik adalah seperti pengalaman didiskriminasi (Angela, 2013), korban perundungan (Wolke, Copeland, Angold, & Costello, 2013), tinggal di daerah perkotaan (Kelly, 2010), tinggal sendirian (Morgan, 2008), menjadi migran (Cantor-Graae, 2005), memiliki status ekonomi yang rendah (Boydell, 2013), dan jaringan dan dukungan sosial yang rendah (Gayer-Anderson & Morgan, 2013). Teori *social defeat* mengatakan terdapat komponen yang sama yakni pengalaman dikucilkan dari kelompok mayoritas atau eksklusi sosial yang dapat menyebabkan peningkatan aktivitas dasar dari sistem

dopamin mesolimbik dan dengan demikian meningkatkan risiko skizofrenia atau psikotik (Selten, van der Ven, Rutten, & Cantor-Graae, 2013).

Lebih lanjut, Jaya dkk. (2016) berpendapat bahwa terdapat komponen yang sama yang melatarbelakangi kemunculan simptom psikotik pada individu, yakni kesepian. Pengalaman ini akan mengakibatkan perasaan diasingkan pada individu yang terkucilkan dari kelompok mayoritas sehingga perasaan kesepian diekpektasikan untuk muncul sebagai akibat dari faktor di atas. Dengan demikian, kesepian dapat menjadi mekanisme yang logis atau salah satu faktor risiko dalam menyebabkan pengalaman psikotik pada individu. Selain itu, diantara faktor yang disebutkan diatas, kesepian adalah fenomena yang dapat dialami oleh siapa saja dari individu yang sehat hingga yang terdiagnosis memiliki gangguan mental (Lim dkk.,2018).

Konstruk ‘kesepian’ memiliki makna yang sama dengan *perceived social isolation*, dan bukan pada *objective social isolation* (Hawkley&Cacioppo, 2010). Definisi ini merujuk kepada perasaan yang muncul akibat adanya persepsi kebutuhan sosial individu yang tidak terpenuhi baik dari segi kuantitas maupun kualitas. Persepsi mengenai isolasi sosial berbeda dari aspek objektif dari hubungan sosial. Tinggal sendirian dan tidak memiliki koneksi sosial yang luas bisa memunculkan perasaan kesepian. Namun, individu yang tinggal sendiri dan memiliki koneksi yang tidak luas pun belum tentu merasa kesepian, karena persepsi atas dukungan sosial yang tinggi belum tentu dibuktikan dengan koneksi yang lebih luas (Lim dkk.,2018). Sama halnya dengan individu dengan koneksi yang besar juga memiliki kesempatan yang sama untuk mengalami kesepian.

Adanya persepsi isolasi sosial yang dimiliki oleh individu kesepian dapat memberikan beban dan ancaman berlebih sehingga memunculkan persepsi bahwa dunia sosial sebagai hal yang mengancam sehingga individu tersebut membangun ingatan yang buruk terhadap dunia luar dan adanya ancaman berlebih akan cenderung membuat individu memfokuskan perhatian lebih pada impresi sosial yang bersifat negatif dan mengingat kejadian sosial adalah sesuatu yang dihindari (Hawkley & Cacioppo, 2010; Leary, 1990). Tanpa disadari, terdapat bias kognitif yang memengaruhi proses informasi individu tersebut mengenai dunia luar. Kesepian akan mengakibatkan disfungsi kognitif dan menimbulkan persepsi yang buruk mengenai hubungan sosial. Individu yang kesepian akan terus mempertahankan rasa kesepiannya karena terdapat proses informasi sosial yang bias dan menghasilkan persepsi negative terhadap hubungan sosial.

Akibatnya penilaian kognitif individu yang negatif cenderung memunculkan tingkah laku menarik diri dari sosial sehingga membatasi kesempatan individu untuk merasakan pengalaman positif dari interaksi hubungan sosial (Qualter, 2015). Tingkah laku menarik diri sosial merupakan bagian dari simtom negatif psikotik, dan persepsi konsisten mengenai dunia dan orang lain yang mengancam adalah paranoid yakni bagian dari simtom positif psikotik. Penjelasan ini sejalan dengan teori *cognitive model of psychosis*: persepsi yang konsisten mengenai orang lain akan selalu mengancam dirinya, dan tentang dunia luar adalah tempat yang berbahaya, akan meningkatkan simtom psikotik (Garety dkk.,2001).

Selanjutnya, menurut Weiss (1983) dalam Audinia (2019), kesepian akibat kurangnya kontak sosial dengan orang lain memicu kebosanan dan kekosongan. Mengingat bahwa individu yang kesepian melihat dunia sosial sebagai hal yang mengancam, individu mengkompensasi kekosongan tersebut dengan membuat stimulus internal. Proses stimulasi dari dalam diri ini dijelaskan lebih lanjut oleh teori *social deafferentation* milik Hoffman (2007). Teori *social deafferentation* menjelaskan bahwa delusi dan halusinasi merupakan akibat dari aktivitas jaringan pada *social brain* yang hiperaktif yang dipicu oleh adanya isolasi sosial yang berkepanjangan pada individu yang memiliki faktor kerentanan. *Social brain* yang dimaksud adalah domain pada otak manusia yang berfungsi untuk memahami percakapan, aspek emosi, niat, intensi, dan kondisi pikiran orang lain pada saat interaksi sosial berlangsung.

Ketika individu akhirnya membatasi interaksi sosial dalam waktu yang cukup lama, maka *social brain* tersebut akan kekurangan masukan dari pengalaman sosial yang sebenarnya, ketika ini terjadi maka bagian otak tersebut akan cenderung membuat kontak sosial sendiri dalam bentuk halusinasi dan delusi (Jaya dkk.,2016). Dalam jurnalnya Jaya dkk. (2016) menjelaskan teori yang dijelaskan ini mirip dengan sindrom *phantom limb*, ketika individu masih merasakan sensasi pada tangan yang telah diamputasi. Fenomena ini terjadi karena otak masih menerima pesan dari syaraf yang dulu terkoneksi dengan tangan yang hilang. Hal yang sama terjadi pada otak manusia ketika kekurangan input sosial, otak akan memunculkan kontak sosial dari dalam diri sendiri dalam bentuk halusinasi dan delusi.

Kesepian merupakan isu yang relevan dalam topik psikosis. Kesepian dapat memengaruhi kemunculan gejala psikotik khususnya pada gejala halusinasi dan kepercayaan atas persekusi (*persecutory beliefs*). Menurut Freeman dkk. (2005) gejala paranoia berasal dari kekhawatiran terhadap evaluasi sosial. Baik gejala paranoid maupun halusinasi timbul dari kurangnya input sosial yang bermakna atau input sosial yang justru memaksa memperbaiki diri secara terus-menerus.

Beberapa penelitian menemukan hubungan yang berkorelasi positif antara kesepian dengan gejala psikotik. Berdasarkan hasil penelitian Sundermann dkk. (2014) pada 38 subjek pasien *first-episode of psychosis* menemukan makin tinggi kesepian yang dimiliki, makin sering individu tersebut mengalami gejala psikotik. Tidak hanya dilakukan pada sampel pasien. Kesepian berkorelasi positif dengan pengalaman psikotik pada 195 sampel nonklinis di dalam penelitian Narita dkk. (2020). Selain itu, terdapat penelitian eksperimen pada 60 subjek nonklinis, hasilnya menunjukkan bahwa kesepian memiliki pengaruh pada kemunculan pengalaman paranoia. Pengaruh yang signifikan ditemukan terutama pada individu yang memiliki faktor kerentanan psikotik (Lamster, Nittel, Rief, Mehl, & Lincoln, 2017).

Berdasarkan uraian diatas, ditemukan permasalahan bahwa masa dewasa awal sering dikatakan sebagai periode puncak kerentanan bagi individu untuk mengekspresikan simtom psikotik dan menurut paradigma kontinum psikotik simtom psikotik banyak terjadi di bawah ambang batas klinis atau istilah ini dirujuk sebagai pengalaman psikotik. Kesepian disinyalir sebagai salah satu faktor risiko yang berpotensi memunculkan tidak hanya pengalaman psikotik namun juga simtom

psikotik, namun penelitian psikotik masih banyak memfokuskan jumlah koneksi yang dimiliki, dibandingkan dengan segi kualitatif suatu hubungan yang lebih fungsional seperti kepuasan terhadap hubungan, ada atau tidaknya orang lain yang dipercaya, atau kesepian (Gayer-Anderson dkk., 2013 dalam Da Rocha, 2018).

Beberapa dari penelitian mengenai faktor risiko kesepian dengan pengalaman psikotik masih membahas uji korelasi. Uji korelasi berarti belum diketahui variabel mana yang berperan memengaruhi variabel lain sehingga bisa saja tingginya tingkat kesepian seseorang diakibatkan oleh pengalaman psikotik yang dirasakan. Sehingga peneliti tertarik untuk menguji pengaruh kesepian sebagai salah satu faktor yang dapat memengaruhi pengalaman psikotik pada dewasa awal.

1.3 Batasan Masalah

1.3.1 Pengalaman Psikotik

Pengalaman psikotik adalah simptom psikotik yang dialami oleh individu pada tingkat subklinis (dibawah batas klinis diagnosis gangguan) atau simptom psikotik yang dialami individu tanpa diagnosis gangguan psikotik (Jaya, 2017). Penelitian ini menitikberatkan pada jumlah keseluruhan simptom yang menjadi bagian dari pengalaman psikotik yang dialami oleh individu dan tidak merujuk pada penetapan apakah individu terdiagnosa gangguan psikotik atau tidak.

1.3.2 Kesepian

Kesepian adalah perasaan yang mengikuti persepsi isolasi sosial individu yang muncul akibat adanya kesenjangan antara hubungan dan

interaksi sosial yang diharapkan dengan yang dimiliki dari segi kuantitas maupun kualitas (Hawkley & Cacioppo, 2010).

1.3.3 Usia Dewasa Awal

Fokus penelitian ini adalah individu dengan usia dewasa awal dengan rentang umur 18—25 tahun. Usia dewasa awal merupakan masa transisi dari remaja menuju dewasa ditandai dengan karakteristik eksplorasi identitas, dan ketidakstabilan (Arnett. J, 2000). Sementara menurut Santrock (2006) usia dewasa awal berkaitan dengan tugas perkembangan *intimacy vs isolation* dimana jika tugas perkembangan berhasil dilakukan maka individu akan mengalami kesepian. Usia dewasa awal menurut Yung dkk. (2005) merupakan puncak usia kerentanan individu mengalami gangguan psikotik dan mengalami gejala psikotik untuk pertama kalinya. Sama halnya dengan Yung, Hoffman (2007) menyebut usia dewasa awal sebagai *vulnerable period for schizophrenia*.

1.4 Rumusan Masalah

Apakah kesepian berpengaruh sebagai salah satu faktor risiko pengalaman psikotik pada usia dewasa awal.

1.5 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh kesepian terhadap simtom psikotik pada usia dewasa awal.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1 Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi dalam pengembangan penelitian selanjutnya mengenai pengalaman psikotik, dan kesepian pada usia dewasa awal.
2. Dapat memberikan ilmu pengetahuan mengenai mekanisme faktor-faktor risiko sosial terhadap kemunculan pengalaman psikotik
3. Dapat memberikan wawasan mengenai efek kesepian sebagai faktor risiko terhadap pengalaman psikotik.

1.6.2 Manfaat Praktis

1. Hasil penelitian diharapkan dapat berguna bagi praktisi kesehatan mental dalam menyusun rancangan intervensi pada masalah psikotik untuk khususnya memperhatikan aspek kesepian sebagai target intervensi pada individu yang memiliki keluhan gejala psikotik.