

**LAPORAN AKHIR TAHUN
PENELITIAN DASAR UNGGULAN PERGURUAN TINGGI
(PDUPT)**



**IDENTIFIKASI FAKTOR RESIKO PENYEBAB
STATUS MENTAL BERESIKO GANGGUAN PSIKOSIS
SEBAGAI DASAR PENGEMBANGAN PROGRAM PREVENTIF
PENINGKATAN KASUS PSIKOSIS DI INDONESIA**

TAHUN KE - 1 DARI RENCANA 3 TAHUN

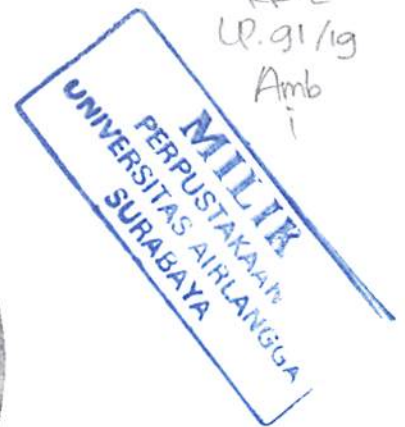
**Tri Kurniati Ambarini, M.Psi., Psikolog
Atika Dian Ariana, S.Psi., M.Sc.
Dr. Nurul Hartini, S.Psi., M.Kes.**

**NIDN 0024048102
NIDN 00040380302
NIDN 00214047107**

**DIBIAYAI OLEH:
DIREKTORAT RISET DAN PENGABDIAN MASYARAKAT
DIREKTORAT JENDERAL PENGUATAN RISET DAN PENGEMBANGAN
KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
SESUAI DENGAN PERJANJIAN PENDANAAN PENELITIAN DAN
PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
NOMOR: 122/SP2H/PTNBH/DRPM/2018**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
NOVEMBER 2018**

**LAPORAN AKHIR TAHUN
PENELITIAN DASAR UNGGULAN PERGURUAN TINGGI
(PDUPT)**



**IDENTIFIKASI FAKTOR RESIKO PENYEBAB
STATUS MENTAL BERESIKO GANGGUAN PSIKOSIS
SEBAGAI DASAR PENGEMBANGAN PROGRAM PREVENTIF
PENINGKATAN KASUS PSIKOSIS DI INDONESIA**

TAHUN KE - 1 DARI RENCANA 3 TAHUN

**Tri Kurniati Ambarini, M.Psi., Psikolog
Atika Dian Ariana, S.Psi., M.Sc.
Dr. Nurul Hartini, S.Psi., M.Kes.**

**NIDN 0024048102
NIDN 00040380302
NIDN 00214047107**

**DIBIYAI OLEH:
DIREKTORAT RISET DAN PENGABDIAN MASYARAKAT
DIREKTORAT JENDERAL PENGUATAN RISET DAN PENGEMBANGAN
KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
SESUAI DENGAN PERJANJIAN PENDANAAN PENELITIAN DAN
PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
NOMOR: 122/SP2H/PTNBH/DRPM/2018**

**UNIVERSITAS AIRLANGGA
NOVEMBER 2018**

Judul : Identifikasi Faktor Resiko Penyebab Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis sebagai Dasar Pengembangan Program Preventif Pencegahan Kasus Psikosis di Indonesia

Peneliti/Pelaksana

Nama Lengkap : TRI KURNIATI AMBARINI, S.Psi, M.Psi
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga
NIDN : 0024048102
Jabatan Fungsional : Lektor
Program Studi : Psikologi
Nomor HP : 081703662863
Alamat surel (e-mail) : tri.ambarini@psikologi.unair.ac.id

Anggota (1)

Nama Lengkap : ATIKA DIAN ARIANA S.Psi, M.Sc.
NIDN : 0004038302
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga

Anggota (2)

Nama Lengkap : Dr NURUL HARTINI S.Psi, M.Kes
NIDN : 0021047107
Perguruan Tinggi : Universitas Airlangga

Institusi Mitra (jika ada)

Nama Institusi Mitra : -
Alamat : -
Penanggung Jawab : -
Tahun Pelaksanaan : Tahun ke 1 dari rencana 3 tahun
Biaya Tahun Berjalan : Rp 100,000,000
Biaya Keseluruhan : Rp 677,560,000



Mengetahui,
Dekan Fakultas Psikologi Universitas Airlangga

Kota Surabaya, 13 - 11 - 2018
Ketua,



(Dr. Nurul Hartini, M.Kes., psikolog.)
NIP/NIK 197104211997022001

(TRI KURNIATI AMBARINI, S.Psi, M.Psi)
NIP/NIK 198101312005012002

Menyetujui,
Ketua Lembaga Penelitian dan Inovasi



(Prof. Drs. Hery Purnobasuki, M.Si., Ph.D)
NIP/NIK 196705071991021001

RINGKASAN

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan identifikasi faktor resiko yang menyebabkan individu memiliki status mental beresiko gangguan psikosis sehingga diperoleh pemahaman yang lebih komprehensif akan dinamika munculnya status mental beresiko gangguan psikosis di Indonesia, khususnya Jawa Timur, Bali dan Yogyakarta. Selain itu dalam penelitian ini juga akan diperoleh data prevalensi individu dengan status mental beresiko gangguan psikosis di Jawa Timur, Bali dan Yogyakarta. Pada tahun ke-4 hasil penelitian tersebut (yang diperoleh pada tahun ke-1 sampai ke-3) akan digunakan sebagai dasar untuk menyusun desain intervensi program preventif yang dapat mencegah terjadinya peningkatan pada kasus psikosis di Indonesia.

Identifikasi awal dan pencegahan terhadap gangguan psikosis akan mendorong meningkatnya kesehatan mental masyarakat Indonesia dan menurunkan resiko munculnya gangguan jiwa. Masyarakat yang sehat jiwa akan lebih produktif dan optimal dalam berkarya. Hal ini sejalan dengan rencana induk penelitian Universitas Airlangga dalam bidang Psikologi dan Budaya yaitu Pembangunan manusia dan daya saing bangsa. Masyarakat yang sehat mental akan meningkatkan daya saing bangsa di antara negara lain. Pencegahan terhadap gangguan mental akan lebih mudah dilakukan jika kita mengetahui faktor resiko yang menyebabkan gangguan tersebut dapat terjadi terutama jika identifikasi tersebut dilakukan jauh sebelum gangguan tersebut didiagnosis.

Populasi yang digunakan di dalam penelitian ini adalah remaja dan dewasa awal yang berusia 15-25 tahun, yang menurut kriteria *Ultra High Risk*, seseorang dapat dikatakan mengalami status mental beresiko ketika seseorang tersebut berusia antara 15-25 tahun (Nelson, 2012).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa konflik merupakan faktor resiko yang paling mempengaruhi status mental beresiko gangguan psikosis, dibandingkan faktor resiko lainnya (permasalahan sekolah, permasalahan dengan orang tua, trauma, bullying, dan persoalan dengan pasangan).



PRAKATA

Puji Syukur kehadiran ALLAH SWT, karena atas perkenanNYA laporan kemajuan penelitian tentang “Identifikasi Faktor Resiko Penyebab Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis Sebagai Dasar Pengembangan Program Preventif Peningkatan Kasus Psikosis Di Indonesia” dapat terselesaikan.

Tujuan dari pembuatan laporan ini adalah untuk memberikan informasi mengenai hasil penelitian yang telah diperoleh sesuai dengan tujuan penelitian ini dilakukan.

Semoga tahapan selanjutnya dapat dijalankan dengan lancar dan sesuai dengan target yang telah ditentukan.

Surabaya, 14 Nopember 2018

Ketua Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	2
RINGKASAN	3
PRAKATA	4
DAFTAR ISI	5
DAFTAR GAMBAR	6
DAFTAR TABEL	7
DAFTAR LAMPIRAN	8
BAB 1. PENDAHULUAN	9
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	13
BAB 3. TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN	17
BAB 4. METODE PENELITIAN	18
BAB 5. HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI	20
BAB 6. RENCANA TAHUN BERIKUTNYA	27
BAB 7. KESIMPULAN DAN SARAN	28
DAFTAR PUSTAKA	29
LAMPIRAN	30



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Prevalensi Gangguan Jiwa Berat berdasarkan Provinsi	9
Gambar 2. Perkembangan Psikosis Dari Waktu ke Waktu	13

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Prevalensi Gangguan Jiwa Berat berdasarkan Provinsi	9
Gambar 2. Perkembangan Psikosis Dari Waktu ke Waktu	13

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Tabel Prevalensi Status Mental Beresiko	22
Tabel 3.2. Prevalensi Status Mental beresiko berdasarkan Jenis Kelamin	22
Tabel 3.3. Deskripsi Faktor Resiko	23
Tabel 3.4. Status Mental Beresiko dan Masalah dengan Orangtua	23
Tabel 3.5. Analisis Korelasi Faktor Resiko	24
Tabel. 3.6. Analisis Pengaruh Faktor Resiko	25



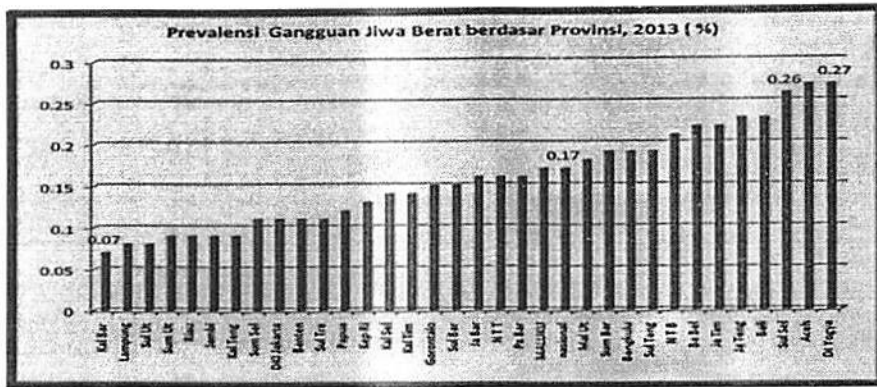
BAB 1

PENDAHULUAN

Kesehatan mental menurut WHO (2001) adalah kondisi sejahtera ketika individu dapat merealisasikan kecakapannya, dapat melakukan coping terhadap tekanan hidup yang normal, bekerja dengan produktif, dan memiliki kontribusi dalam kehidupan di komunitasnya. Menurut WHO (2001), prevalensi masalah kesehatan jiwa saat ini cukup tinggi, 25% dari penduduk dunia pernah menderita masalah kesehatan jiwa, 1% diantaranya adalah gangguan jiwa berat. Potensi seseorang mudah terserang gangguan jiwa memang tinggi, setiap saat 450 juta orang di seluruh dunia terkena dampak permasalahan jiwa, saraf, maupun perilaku.

Jumlah penderita gangguan jiwa berat atau psikosis meningkat di Indonesia. Salah satu gangguan psikosis adalah skizofrenia yang merupakan gangguan mental yang cukup luas di Indonesia, dimana sekitar 99 % pasien Rumah Sakit Jiwa di Indonesia adalah penderita skizofrenia. Menurut ahli jiwa, Darnadi Sosrosুমiharjo dari Kedokteran Jiwa FKUI/RSCM, prevalensi gangguan skizofrenia di Indonesia adalah 0,3-1 persen. Gangguan ini mulai timbul pada individu dengan usia 18-45 tahun meskipun terdapat pula individu yang berusia 11-12 tahun. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa maka diperkirakan sekitar 2 juta jiwa yang menderita skizofrenia (Minimnya sarana rumah sakit, 2006).

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, Jawa Tengah, Jawa timur, Bangka Belitung dan Sulawesi Selatan. Proporsi RT yang pernah memasung ART gangguan jiwa berat 14,3 persen dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Dari 1655 keluarga yang ada di Indonesia memiliki sebanyak 1728 anggota keluarganya menderita gangguan psikosis (Risikesdas, 2013).



Gambar 1. Prevalensi Gangguan Jiwa Berat berdasarkan Provinsi

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Salsabila dan Ambarini (2017) pada populasi remaja menunjukkan bahwa dari 328 subyek penelitian teridentifikasi sebanyak 117 subyek berada pada golongan status mental beresiko ringan, 76 pada golongan sedang, 73 subyek pada golongan dipertanyakan (*questionable*), 42 subyek pada golongan agak berat, 18 subyek pada golongan berat dan 2 subyek tidak berada dalam status mental beresiko. Pada penelitian ini juga diperoleh data bahwa pada sebanyak 50,5 % subyek merupakan korban bullying, 30,7 % pernah mengalami kekerasan fisik, 20,7 % memiliki keluarga dengan penderita psikosis, dan 14,9 % pernah mengalami kekerasan seksual.

Selain itu, pada penelitian yang dilakukan oleh Raharjo dan Ambarini (2017) menunjukkan adanya hubungan antara persepsi pola asuh authoritarian dengan status mental beresiko gangguan psikosis pada remaja. Pola asuh tersebut disinyalir menjadi salah satu penyebab terjadinya status mental beresiko.

Pada Fase awal terjadinya gangguan psikosis disebut sebagai status mental beresiko gangguan psikosis (SMBGP), yaitu kondisi dimana seseorang mengalami episode gangguan psikosis untuk pertama kali. Pada fase ini, sebagian besar orang tidak dapat menjelaskan apa yang terjadi pada mereka sehingga seringkali kondisi ini tidak dilaporkan dan bahkan dihubungkan dengan kejadian mistis juga anggapan *stereotype* (Tanskanen, 2011). Padahal studi menunjukkan bahwa seseorang dengan gangguan psikosis fase awal, dalam lima tahun pertama akan memiliki kemungkinan untuk muncul kembali sebesar 80% walaupun sudah terdeteksi dini (Alvarez-Jimenez, 2009).

Identifikasi individu dengan SMBGP akan memberikan data mengenai kondisi mental individu yang diperkirakan dapat menderita gangguan psikosis di

masa yang akan datang. Identifikasi dilakukan pada populasi remaja, karena mereka adalah individu yang rentan akan menderita gangguan jiwa. Perubahan fisik dan psikologis yang dialami remaja menjadi tantangan tersendiri bagi mereka sehingga meningkatkan resiko memiliki SMBGP. Identifikasi sedini mungkin memberikan kesempatan kita mencegah berkembangnya status mental beresiko menjadi gangguan mental berat atau psikosis di masa yang akan datang. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa mungkin untuk mendeteksi individu yang akan menderita psikosis, individu yang teridentifikasi memiliki SMBGP merupakan orang-orang yang memiliki resiko lebih tinggi menderita psikosis dan intervensi yang efektif dapat mengurangi resiko yang dapat terjadi (Miller dkk., 2001).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mackie, dkk (2010) menunjukkan bahwa status mental beresiko dan skizofrenia memiliki faktor resiko yang saling terkait satu sama lain. Terdapat hubungan antara gangguan psikosis dengan factor genetic, status sosial, pengalaman masa lalu, penggunaan zat, kondisi kelahiran, proses perkembangan, kelainan anatomi neuro, kognisis, bahasa dan kecerdasan psikopatologis. Faktor resiko yang menyebabkan SMBGP menjadi penting untuk diidentifikasi agar dapat diketahui aspek apa saja yang dapat memperparah kondisi mental mereka. Informasi mengenai faktor resiko yang ada, membuat kita dapat dirancang program preventif untuk mencegah meningkatnya kasus psikosis di Indonesia.

Identifikasi awal dan pencegahan terhadap gangguan psikosis akan mendorong meningkatnya kesehatan mental masyarakat Indonesia dan menurunkan resiko munculnya gangguan jiwa. Masyarakat yang sehat jiwa akan lebih produktif dan optimal dalam berkarya. Hal ini sejalan dengan rencana induk penelitian Universitas Airlangga dalam bidang Psikologi dan Budaya yaitu Pembangunan manusia dan daya saing bangsa. Masyarakat yang sehat mental akan meningkatkan daya saing bangsa di antara negara lain. Pencegahan terhadap gangguan mental akan lebih mudah dilakukan jika kita mengetahui faktor resiko yang menyebabkan gangguan tersebut dapat terjadi terutama jika identifikasi tersebut dilakukan jauh sebelum gangguan tersebut didiagnosis. Hasil temuan ini akan mendukung pembuatan program preventif yang dapat mencegah peningkatan kasus psikosis di Indonesia.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

3.1. Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis (SMBGP)

3.1.1. Definisi Status mental beresiko gangguan psikosis

Definisi atau mental beresiko gangguan psikosis adalah kondisi awal, atau tanda-tanda munculnya gejala-gejala dari gangguan psikosis (Yung, 1996). *At risk mental state* juga dapat diartikan menjadi status mental beresiko. Prodromal merupakan istilah yang awalnya digunakan oleh para profesional di bidang kesehatan dalam menggambarkan simptom awal atau tanda-tanda dari suatu penyakit sebelum penyakit tersebut berkembang dengan sempurna. Sama halnya dengan gangguan psikosis, menurut Yung (1996), pada dasarnya istilah status mental beresiko gangguan psikosis mengacu pada periode pra gangguan psikosis, mewakili penyimpangan dari perilaku seseorang.

Menurut Yung (1996), status mental beresiko gangguan psikosis biasanya muncul pada seseorang pada tahap remaja maupun dewasa awal. Pada tahap tersebut mereka masih mengalami perkembangan kepribadian dan menghadapi kebingungan identitas diri. Status mental beresiko gangguan psikosis (SMBGP) adalah istilah yang digunakan oleh para profesional kesehatan untuk menggambarkan orang-orang muda, yang berusia 14 - 35 tahun, yang mengalami perubahan persepsi yang pada intensitas rendah yang mungkin merupakan tanda-tanda psikosis. Simptom tersebut ada yang muncul pada minggu awal atau bulan sebelumnya.

3.1.2. Karakteristik Individu dengan Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis

Menurut Nelson (2012) dalam *The Melbourne Ultra-High-Risk (UHR) Criteria* terdapat beberapa karakteristik individu yang dapat dikatakan mengalami status mental beresiko gangguan psikosis, yaitu:

Seseorang tersebut harus memiliki karakteristik:

1. Berusia antara 15-25 tahun
2. Pernah mengalami penurunan fungsi pada kehidupan sehari-hari minimal satu bulan pada setahun terakhir atau memiliki fungsi rendah yang berkelanjutan
3. Memiliki kriteria paling tidak satu atau lebih dari tiga kelompok di bawah

Kelompok 1: *Attenuated Psychotic Symptoms (APS)*

- a. Munculnya minimal satu dari gejala berikut: ide-ide yang bermakna khusus, keyakinan aneh atau pemikiran magis, gangguan persepsi, paranoid, berpikir serta berbicara secara aneh, berperilaku serta berpenampilan yang aneh.
- b. Frekuensi gejala : setidaknya terjadi beberapa kali seminggu
- c. Keterkinian gejala : setidaknya terjadi dalam satu tahun terakhir
- d. Durasi gejala : terjadi selama minimal 1 minggu dan tidak lebih dari 5 tahun

Kelompok 2: *Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms (BLIPS)*

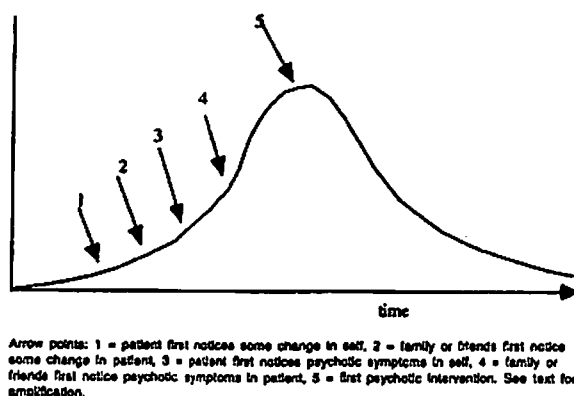
- a. Munculnya gejala psikosis sementara
- b. Munculnya minimal salah satu dari berikut: ide-ide yang bermakna khusus, pemikiran magis, gangguan persepsi, paranoid, berpikir serta berbicara aneh.
- c. Gejala menghilang secara spontan atau tiba-tiba
- d. Durasi gejala : kurang dari 1 minggu
- e. Frekuensi gejala : setidaknya terjadi beberapa kali seminggu
- f. Keterkinian gejala : setidaknya terjadi dalam satu tahun terakhir

Kelompok 3: *Trait Vulnerability Group*

Individu yang teridentifikasi mengalami gangguan kepribadian skizotipal atau memiliki kerabat dengan gangguan psikosis tingkat pertama

3.1.3. Status Mental Beresiko dan Perkembangan Psikosis

Menurut Yung dan McGorry (1996), gangguan mental dapat digambarkan mulai dari terjadinya episode pertama dari gejala gangguan mental sampai berkembang menjadi gangguan mental maupun psikosis, seperti pada gambar di bawah ini.



Gambar 2. Perkembangan Psikosis Dari Waktu ke Waktu

Gambar perkembangan psikosis milik Yung dan McGorry (1996) dapat menjelaskan bagaimana dinamika terjadinya gangguan mental pada seseorang dari awal terjadinya gejala pada dirinya hingga berkembang menjadi gangguan mental maupun psikosis.

1. Panah pertama menunjukkan titik ketika seorang individu pertama kali merasakan terjadinya perubahan pada diri sendiri namun belum sampai menunjukkan gejala psikosis.
2. Panah kedua menunjukkan titik ketika keluarga, teman, kerabat, dan orang-orang disekitar individu menyadari ada perubahan yang terjadi pada diri inidividu tersebut namun bukan perubahan yang menunjukkan gejala psikosis.
3. Panah ketiga menunjukkan titik ketika seorang individu pertama kali merasakan gejala psikosis yang muncul dari dalam dirinya. SMBGP ditandai pada periode yang menunjuk angka 3 karena pada titik tersebut karakteristik dari status mental beresiko gangguan psikosis terjadi.
4. Panah keempat menunjukkan titik ketika keluarga, teman, kerabat, atau orang-orang di sekitar individu menyadari terjadinya gejala psikosis yang muncul pada diri individu tersebut.
5. Panah kelima menunjukkan titik ketika seorang individu pertama kali mendapatkan intervensi yang diberikan oleh psikiatri maupun psikolog seperti pemberian obat-obatan, terapi perilaku, terapi untuk menghilangkan waham, dan terapi-terapi yang lainnya.

3.2. Faktor Resiko Terjadinya SMBGP

Tidak ada satu penyebab tunggal munculnya SMBGP. Umumnya individu menjadi berisiko psikosis karena campuran faktor stres dan kerentanan. Seperti banyak masalah kesehatan mental ada pengaruh biologis (genetik, bahan kimia di otak), pengaruh sosial (hubungan, keluarga) dan faktor psikologis (keyakinan tentang diri dan orang lain). Saat ini, penelitian menunjukkan bahwa sekitar 1 dari 3 orang yang berisiko mungkin menjadi lebih sehat di masa depan dan mengalami episode pertama psikosis. Faktor penyebab lain meliputi : (a) Tingginya tingkat stress, (b) Perasaan khawatir atau cemas, (c) Peristiwa kehidupan Major misalkan mengubah sekolah, mulai kuliah, putus hubungan, masalah keluarga, berkabung, (d) Menggunakan zat mis ganja, ekstasi, LSD, MCAT, amfetamin, kokain.

Terdapat beberapa etiologi yang mendasari terjadinya gangguan psikotik, yaitu:

1. Genetik

Meliputi sindrom genetik, kesalahan metabolisme bawaan, kelainan otak, penyakit ibu (termasuk penyakit plasenta), dan pengaruh lingkungan pada saat prenatal (misalnya, alkohol, obat-obatan lain, racun, teratogen). Kesukaran parental seperti, stress, infeksi, mal nutrisi, diabetes maternal dan kondisi medik lainnya (APA, 2013).

2. Lingkungan.

Insiden skizofrenia dan gangguan terkait tinggi terjadinya kepada anak yang sedang tumbuh di lingkungan urban dan beberapa grup minoritas. Hal ini dapat dijelaskan dengan *selection-drift hypothesis* yaitu pemicu skizofrenia dapat dicegah dengan mencapai kelas sosial yang lebih tinggi (APA, 2013). Pola interaksi dalam keluarga seperti komunikasi yang tidak jelas, kurangnya afektif dalam keluarga, perasaan benci bisa menjadi penyebab muncul kembalinya gejala schizophrenia walaupun kasus yang melibatkan ini terbatas (Miklowitz, 1994 dalam WHO, 1996).

3.3. Penelitian terdahulu

1. Penelitian yang dilakukan oleh Ambarini (2016) mengenai Pola ekspresi emosi (EE) orang tua dengan remaja status mental beresiko gangguan psikosis (SMBGP) di Surabaya, menunjukkan hasil terdapat hubungan antara Persepsi terhadap EE dengan SMBGP. Semakin negatif persepsi terhadap EE maka akan semakin tinggi status SMBGP.
2. Penelitian yang dilakukan oleh Raharjo dan Ambarini (2017) mengenai Hubungan persepsi pola asuh orang tua dengan status mental beresiko gangguan psikosis pada remaja, menunjukkan hasil adanya hubungan antara persepsi pola asuh authoritarian dengan status mental beresiko gangguan psikosis pada remaja. Pola asuh tersebut disinyalir menjadi salah satu penyebab terjadinya status mental beresiko.
3. Penelitian yang dilakukan oleh Salsabila dan Ambarini (2017) mengenai Pemetaan Remaja dengan SMBGP berdasarkan factor resiko genetic dan trauma masa lalu di Surabaya menunjukkan bahwa dari 328 subyek penelitian teridentifikasi sebanyak 117 subyek berada pada golongan status mental beresiko ringan, 76 pada golongan sedang, 73 subyek pada golongan dipertanyakan

(questionable), 42 subyek pada golongan agak berat, 18 subyek pada golongan berat dan 2 subyek tidak berada dalam status mental beresiko. Pada penelitian ini juga diperoleh data bahwa pada sebanyak 50.5 % subyek merupakan korban bullying, 30,7 % pernah mengalami kekerasan fisik, 20,7 % memiliki keluarga dengan penderita psikosis, dan 14,9 % pernah mengalami kekerasan seksual.

BAB 3

TUJUAN DAN MANFAAT PENELITIAN

Penelitian ini memiliki tujuan untuk :

- 1. Menyusun alat ukur yang valid dan reliabel untuk mengukur status mental beresiko gangguan psikosis**
- 2. Melakukan identifikasi faktor resiko penyebab status mental beresiko gangguan psikosis**
- 3. Mendesain intervensi yang tepat untuk menangani individu dengan status mental beresiko gangguan psikosis**

Manfaat yang dapat diberikan oleh penelitian ini adalah :

- 1. Tersusun sebuah alat ukur standar untuk mengidentifikasi status mental beresiko gangguan psikosis**
- 2. Diperoleh data mengenai prevalensi individu dengan status mental beresiko gangguan psikosis**
- 3. Ditemukan faktor resiko yang dapat menyebabkan status mental beresiko gangguan psikosis**
- 4. Adanya intervensi yang dapat diaplikasikan untuk menangani individu dengan status mental beresiko gangguan psikosis**

BAB 4

METODE PENELITIAN

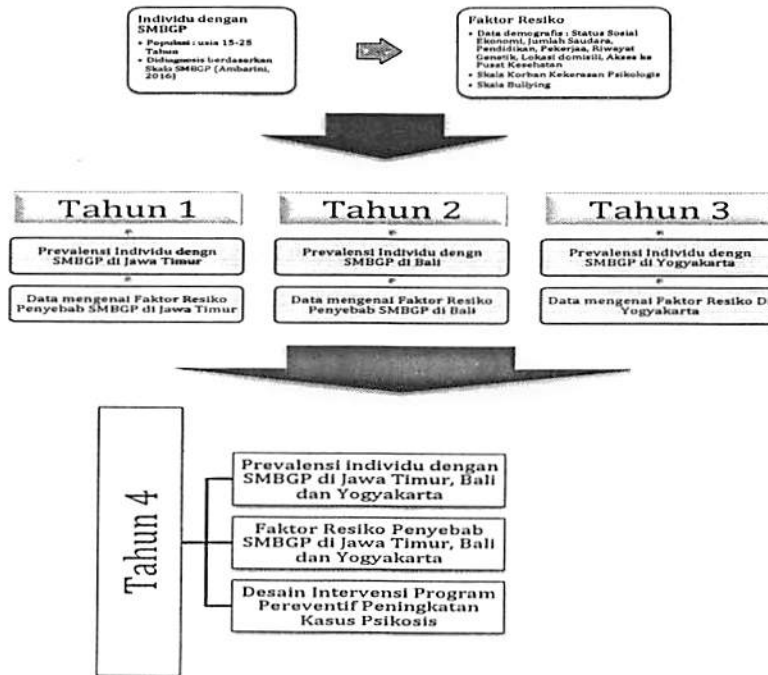
Penelitian ini merupakan penelitian survey yang akan mengumpulkan data mengenai faktor-faktor resiko pada individu dengan status mental beresiko gangguan psikosis. Populasi yang digunakan di dalam penelitian ini adalah remaja dan dewasa awal yang berusia 15-25 tahun, yang menurut kriteria *Ultra High Risk*, seseorang dapat dikatakan mengalami status mental beresiko ketika seseorang tersebut berusia antara 15-25 tahun (Nelson, 2012).

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuisioner yaitu dengan menggunakan :

1. Skala Identifikasi Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis (Ambarini, 2016),
2. Comprehensive Assesment Of At Risk Mental State (CAARMS) (Yung, 2015)
3. Identifikasi data demografis terkait faktor resiko yang dapat menyebabkan SMBGP



Gambar 2. Bagan Alir Penelitian



BAB 5

HASIL DAN LUARAN YANG DICAPAI

Berikut adalah tahapan pengambilan data yang telah dilakukan :

1. Tahap Persiapan alat ukur

Penelitian ini menggunakan 5 alat ukur yaitu Skala Identifikasi Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis (Ambarini, 2016), Comprehensive Assesment Of At Risk Mental State (CAARMS) (Yung, 2015), Identifikasi data demografis terkait faktor resiko yang dapat menyebabkan SMBGP, Skala Sosial Evaluation Axiety dan Skala Penyesuaian Diri.

Sebelum dapat digunakan alat ukur tersebut peneliti perlu melakukan beberapa hal, yaitu :

- a. Melakukan translasi panduan interview CAARMS dan melakukan ujicoba hasil translasi. Selanjutnya melakukan revisi terhadap hasil translasi dan revisi format CAARMS agar lebih mudah digunakan
- b. Menyusun panduan isian untuk identifikasi faktor resiko
- c. Melakukan translasi Skala Sosial Evaluation Axiety
- d. Melakukan translasi Skala Penyesuaian Diri.
- e. Meminta penilaian ahli untuk melakukan rater terhadap skala social evaluation anxiety dan Skala Penyesuaian Diri

Setelah semua alat ukur siap, maka tahap selanjutnya adalah melakukan pengandaan alat ukur untuk dilakukan ujicoba sehingga diperoleh norma. Uji coba dilakukan terhadap 250 subyek dan setelah uji coba dilakukan maka alat ukur siap digunakan pada subyek penelitian sebenarnya.

2. Tahap Uji Coba Alat Ukur

Setelah semua alat ukur siap, maka tahap selanjutnya adalah melakukan pengandaan alat ukur untuk dilakukan ujicoba sehingga diperoleh norma. Uji coba dilakukan terhadap 250 subyek dan setelah uji coba dilakukan maka alat ukur siap digunakan pada subyek penelitian sebenarnya. Ujicoba alat ukur dilakukan di sekolah SMU di Surabaya dan dilakukan kepada mahasiswa baru Fakultas Psikologi Unair angkatan 2018.

Sebelum dilakukan ujicoba, peneliti mengurus perijinan ke SMU di Surabaya. Setiap wilayah bagian Surabaya di wakili oleh 1 sekolah. Setelah ijin diperoleh dilakukan pengambilan data. Waktu yang diperlukan untuk mengambil data di sekolah adalah 1 bulan. Selanjutnya pengambilan data dilakukan kepada mahasiswa baru di Laboratorium Fakultas Psikologi.

Secara bergantian subyek di wawancara dengan CAARMS dan melakukan self report melalui skala lainnya. Saat ini telah dilakukan ujicoba alat ukur terhadap 250 subyek.

3. Hasil Penelitian

3.1. Deskripsi hasil penelitian

3.1.1. Prevalensi Individu dengan status mental beresiko gangguan psikosis

Jumlah subyek dalam penelitian ini adalah 265 orang dengan rentang usia 17 tahun sampai dengan 21 tahun. Berikut data prevalensi status mental beresiko gangguan psikosis :

Tabel 3.1. Tabel Prevalensi Status Mental Beresiko

Kategori Status Mental Beresiko	Frekuensi	Prosentase
Tidak ada simptom	37	21%
Meragukan	1	1%
Resiko Ringan	81	45%
Resiko Sedang	46	26%
Resiko Tinggi	15	8%
	180	

Dari 180 subyek terdapat 8 % yang memiliki resiko tinggi dan sebanyak 26 % memiliki resiko sedang memiliki gangguan psikosis. Sebanyak 45% subyek masuk pada kategori Resiko Ringan dan 21 % subyek tidak memiliki simptom psikosis. Berikut deskripsi subyek berdasarkan status resiko dan jenis kelamin :

Tabel 3.2. Prevalensi Status Mental beresiko berdasarkan Jenis Kelamin

	Jenis Kelamin		Total	
	Perempuan	Laki-laki		
Kategori	Tidak ada simptom	34	3	37
	Meragukan	1	0	1
	Resiko Ringan	67	14	81

	Resiko Sedang	42	4	46
	Resiko Tinggi	10	5	15
Total		154	26	180

3.1.2. Faktor Resiko penyebab status mental beresiko gangguan Psikosis

Faktor resiko yang diduga menyebabkan status mental beresiko gangguan psikosis adalah persoalan dengan orang tua, pengalaman trauma, pengalaman bullying, pengalaman konflik dan persoalan dengan pasangan. Berikut faktor resiko yang diidentifikasi pada subyek penelitian :

Tabel 3.3. Deskripsi Faktor Resiko

Faktor Resiko	Jumlah Subyek	Prosentase
Memiliki Masalah dengan Orangtua	97	54%
Mengalami Trauma	20	11%
Mengalami Bullying	27	15%
Memiliki Konflik	7	4%
Memiliki Masalah dengan pasangan	10	6%
Memiliki masalah di dekolah	22	12%

Dari faktor resiko yang diperkirakan menyebabkan status mental beresiko, sebanyak 54% mengalami masalah dengan orangtua, 15 % subyek pernah mengalami bullying dan 11 orang subyek pernah mengalami trauma.

Berikut deskripsi subyek yang memiliki persoalan dengan orang tua dan status mental beresiko yang dimiliki :

Tabel 3.4. Status Mental Beresiko dan Masalah dengan Orangtua

Kategori Status Mental Beresiko	Masalah dengan orang tua		Total
	Tidak Memiliki	Memiliki	
Tidak ada simptom	15	22	37
Meragukan	1	0	1
Resiko Ringan	35	46	81
Resiko Sedang	24	22	46
Resiko Tinggi	8	7	15
TOTAL	83	97	180

Sebanyak 97 orang subyek penelitian memiliki persoalan dengan orang tua. Bentuk persoalan yang dialami berbagai macam, yaitu berbeda pendapat, orangtua

yang mengabaikan, ayah yang pergi meninggalkan keluarga, atau persoalan KDRT di dalam keluarga serta persoalan lainnya. sebanyak 47 % orang subyek dengan Resiko Ringan yang memiliki masalah dengan orang tua. Sedangkan terdapat 23 % orang subyek dengan Resiko Sedang pada Individu dengan status mental beresiko gangguan psikosis yang memiliki masalah dengan orang tua

Hasil analisis korelasi faktor resiko dengan status mental beresiko :

Tabel 3.5. Analisis Korelasi Faktor Resiko

		Correlations						
		Status Resiko	Masalah sekolah	Masalah dgn ortu	Trauma	Bullying	Konflik	Masalah dgn psgn
Pearson Correlation	Status Resiko	1.000	-.090	-.080	.043	.063	.144	.060
	Masalah sekolah	-.090	1.000	.146	-.002	.047	.039	-.043
	Masalah dgn ortu	-.080	.146	1.000	.256	.357	.186	.176
	Trauma	.043	-.002	.256	1.000	.297	.295	.223
	Bullying	.063	.047	.357	.297	1.000	.237	.034
	Konflik	.144	.039	.186	.295	.237	1.000	-.049
	Masalah dgn psgn	.060	-.043	.176	.223	.034	-.049	1.000
Sig. (1-tailed)	Masalah sekolah	.	.115	.143	.284	.199	.027	.212
	Masalah dgn ortu	.115	.	.026	.491	.267	.302	.282
	Trauma	.143	.026	.	.000	.000	.006	.009
	Bullying	.284	.491	.000	.	.000	.000	.001
	Konflik	.199	.267	.000	.000	.	.001	.325
	Masalah dgn psgn	.027	.302	.006	.000	.001	.	.258
	Masalah sekolah	.212	.282	.009	.001	.325	.258	.
N	Masalah sekolah	180	180	180	180	180	180	180
	Masalah dgn ortu	180	180	180	180	180	180	180
	Trauma	180	180	180	180	180	180	180
	Bullying	180	180	180	180	180	180	180
	Konflik	180	180	180	180	180	180	180
	Masalah	180	180	180	180	180	180	180

dgn psgn							
Masalah sekolah	180	180	180	180	180	180	180

Korelasi antara faktor resiko dengan status mental beresiko dapat dilihat dari tabel 3.4., yaitu Masalah sekolah dan masalah dengan orangtua memiliki hubungan yang cenderung lemah dengan arah negatif. Sedang trauma dan masalah dengan pasangan memiliki hubungan yang cenderung lemah dengan arah hubungan positif. Konflik merupakan faktor resiko yang memiliki hubungan kuat dan memiliki arah positif.

Tabel. 3.6. Analisis Pengaruh Faktor Resiko

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.836	.672		1.243	.215
	Masalah sekolah	-.078	.077	-.076	-1.008	.315
	Masalah dengan orgtua	-.334	.197	-.140	-1.694	.092
	Trauma	-.048	.314	-.013	-.152	.879
	Bullying	.264	.274	.079	.961	.338
	Konflik	.998	.489	.162	2.041	.043
	Masalah dengan pasangan	.464	.403	.089	1.151	.251

Dari hasil analisis korelasi, dapat dilihat faktor resiko yang memiliki pengaruh kuat pada status mental beresiko adalah pernah tidaknya mengalami konflik di dalam hidup. Selanjutnya faktor resiko yang memiliki pengaruh sedang adalah masalah dengan orang tua. Faktor resiko masalah sekolah, trauma, bullying, konflik dan masalah dengan pasangan memiliki pengaruh yang lemah.

3.2. Diskusi

Sebanyak 71 % subyek penelitian memiliki status beresiko pada kategori ringan dan sedang. Subyek penelitian yang memiliki usia remaja yaitu 17-21 tahun merupakan golongan usia yang rentan mengalami persoalan psikologis. Status mental beresiko gangguan psikosis didiagnosis mulai usia remaja sampai pada usia dewasa. Pada kondisi status mental beresiko sedang dan ringan, seseorang akan menunjukkan

beberapa simptom psikosis yang lemah atau disebut sebagai fase prodromal. Fase Prodromal adalah fase dari awal perubahan psikis pertama dan / atau gejala negatif ke onset umum gejala psikotik positif (misalnya halusinasi atau delusi). Durasi fase ini rata-rata sekitar dua hingga lima tahun (What phases of a psychosis are there?, 2015). Selain subyek yang memiliki resiko rendah dan sedang, terdapat 8 % subyek yang memiliki resiko tinggi. Subyek pada kategori ini, sebenarnya memerlukan observasi lebih lanjut terkait simptom agar dapat diprediksi perkembangan symptom psikosis.

Beberapa faktor resiko yang diidentifikasi memiliki pengaruh meningkatkan status mental beresiko adalah permasalahan dengan orangtua, permasalahan sekolah, permasalahan dengan pasangan, memiliki konflik, pengalaman trauma dan pengalaman bullying. Pada penelitian ini, ditemukan bahwa konflik merupakan faktor resiko yang memiliki hubungan kuat dan positif di banding faktor resiko lain. Konflik juga memiliki pengaruh pada status mental beresiko dalam kategori sedang.

Konflik yang dimaksud disini adalah persoalan hidup sehari-hari yang dialami oleh subyek penelitian dalam intensitas yang sedang sampai tinggi. Konflik dalam kehidupan sehari-hari dapat juga disebut sebagai stresor. Stresor merupakan salah satu faktor yang paling banyak menyebabkan gangguan psikologis, terutama jika individu tidak mampu mengelola stresor dengan tepat. Selain itu, stresor disinyalir menjadi faktor yang menyebabkan terjadinya relaps pada orang dengan gangguan psikosis.

Selain mempengaruhi terjadinya gangguan psikologis dan relaps pada penderita, stresor pun merupakan faktor yang penting pada kualitas hidup. Pendekatan distress/protektif memiliki postulat bahwa kualitas hidup merupakan hasil interaksi antara faktor-faktor klinis dan faktor pelindung dari stress (faktor protektif). Kualitas hidup akan menurun jika faktoror distress memberatkan faktor protektif dan sebaliknya. Faktor distress meliputi berbagai macam simptom psikopatologis, efek samping dari pengobatan dan distress emosional. Faktor kepribadian, cara coping, konstruk diri dan dukungan sosial merupakan faktor protektif (psikososial) (Ritsner & Kurs, 2003).

Faktor resiko lain memiliki pengaruh yang cenderung lemah pada status mental beresiko dengan arah korelasi yang berbeda. Persoalan sekolah dan persoalan dengan orang tua memiliki arah hubungan yang negatif. Sedangkan bullying dan trauma memiliki hubungan yang lemah dengan arah positif. Hal ini artinya semakin

berat trauma yang terjadi dan semakin sering mengalami bullying, maka individu semaik beresiko mengalami psikosis.

BAB 6

RENCANA SELANJUTNYA

Tahapan penelitian selanjutnya adalah menambah subyek penelitian dan melakukan penggalian data mengenai faktor resiko. Hal ini dilakukan karena dari 265 subyek penelitian, hanya 180 orang saja yang datanya valid sehingga peneliti merasa masih perlu menambah subyek penelitian. Selanjutnya, penelitian akan dilakukan pada wilayah Bali dengan menggunakan alat ukur yang telah di uji coba untuk mendapatkan data mengenai faktor resiko yang menyebabkan status mental beresiko gangguan psikosis di wilayah Bali.

Bali merupakan salah satu daerah di Indonesia yang memiliki penderita gangguan jiwa dalam jumlah besar, termasuk pula penderita dengan gangguan jiwa berat (Risksedas, 2013). Dengan melakukan pengambilan data di daerah Bali di harapkan akan memberikan gambaran lebih akurat mengenai faktor resiko.

Pengambilan data di daerah Bali akan dilakukan secara langsung dan bekerjasama dengan LSM, dinas kesehatan dan sekolah. Pengambilan data secara langsung diharapkan dapat memberikan data kualitatif lain yang dapat menambah informasi akan subyek penelitian.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

Faktor resiko yang meningkatkan resiko seseorang memiliki status mental beresiko gangguan psikosis adalah konflik yang terjadi pada kehidupan seseorang. Konflik merupakan persoalan sehari-hari yang dihadapi oleh seseorang dan jika tidak diselesaikan dengan tepat akan memunculkan persoalan psikologis bahkan resiko mengalami gangguan jiwa berat.

Untuk dapat menyelesaikan konflik dengan tepat, seseorang memerlukan kemampuan koping stres. Koping stress yang tepat akan mengurangi dampak negatif dari persoalan yang dihadapi. Fase remaja merupakan fase yang dengan banyak perubahan baik secara psikologis dan biologis, sehingga kemungkinan terjadinya konflik dalam kehidupan mereka sangat tinggi. Di samping itu kemungkinan terjadinya gangguan psikologis juga tinggi ketika konflik tersebut tidak diselesaikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Álvarez-Jiménez, M., Parker, A. G., Hetrick, S. E., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2011). Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 619-630.
- Ambarini, T. K. (2016). *Skala Identifikasi Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis*. Surabaya: Psikologi Universitas Airlangga
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Miller P, Lawrie SM, Hodges A, dkk.2001.Genetic liability, illicit drug use, life stress and psychotic symptoms: preliminary findings from the Edinburgh study of people at high risk for schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* ;36:338–342.
- Minimnya Sarana di Rumah Sakit Jiwa.Artikel pada *Harian Republika* 27 Maret 2000, Diakses 4 Juni 2006
- Nelson, B., Thompson, A., & Yung, A. R. (2012). Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis “prodromal” population. *Schizophrenia bulletin*, 38(6), 1277-1287.
- Raharjo dan Ambarini.2017. Hubungan Persepsi Pola Asuh Orang Tua Dengan Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis Pada Remaja. *Skripsi*. FAKultas Psikologi Universitas Airlangga.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).(2013).*Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Salsabila dan Ambarini.(2017). Identifikasi Remaja dengan Status mental beresiko Ditinjau dari Faktor Resiko Riwayat Kekerasan dan Korban Bullying. *Skripsi*. Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.
- World Health Organization.(1996). *Schizophrenia and Public Health*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.
- Yung AR, McGorry PD, McFarlane C, dkk.(1996). Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 1996;22:283–303.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Alat Ukur Penelitian

A. Skala Identifikasi Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis

Skala Identifikasi Status Mental Beresiko **PETUNJUK PENGISIAN**

1. Berikut ini terdapat 51 butir aitem-aitem pernyataan mengenai status mental beresiko.
2. Baca dan pahami setiap pertanyaan di bawah ini dengan seksama.
3. Di samping kanan setiap pernyataan terdapat 7 (tujuh) pilihan jawaban atas respon Anda. Angka 0 (nol) berarti tidak pernah, angka 1 (satu) berarti sangat jarang, angka 2 (dua) berarti jarang, angka 3 (tiga) berarti kadang-kadang, angka 4 (empat) berarti cukup sering, angka 5 (lima) berarti sering, dan angka 6 (enam) berarti sangat sering. Berikan tanda silang (X) pada setiap jawaban atas pertanyaan yang paling sesuai dengan keadaan Anda.
4. Apabila ingin mengganti jawaban dan membetulkannya, coret tanda silang (X) yang telah dibuat, lalu beri tanda silang (X) yang baru pada jawaban yang menurut Anda lebih sesuai.
5. Jangan sampai ada pernyataan yang terlewat.
6. Hasil kuisioner ini hanya akan diketahui oleh peneliti dan tidak disebarluaskan ke pihak lain.
7. Kejujuran serta kesungguhan Anda dalam berpartisipasi sangat kami hargai.

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4	5	6
		Tidak pernah	Sangat jarang	Jarang	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sangat sering
1	Pernahkah Anda merasa sedang mengalami kejadian yang aneh, namun tidak dapat menjelaskan pengalaman tersebut? Bagaimana rasanya?							
2	Apakah Anda merasa kebingungan karena sesuatu hal ?							
3	Apakah lingkungan sekitar yang Anda kenal terasa berbeda/tidak seperti biasanya?							
4	Apakah Anda merasa bahwa diri Anda berubah dengan cara tertentu?							
5	Apakah Anda merasa bahwa orang lain dan dunia berubah dengan cara tertentu?							
6	Pernahkah Anda merasa bahwa seseorang atau sesuatu di luar diri Anda telah mengontrol pikiran, perasaan, tindakan, dan keinginan Anda?							
7	Pernahkah Anda memiliki perasaan atau dorongan yang sepertinya tidak berasal dari dalam diri Anda?							
8	Apakah Anda merasakan sensasi aneh/asing pada tubuh Anda?							
9	Apakah sensasi aneh yang Anda rasakan tersebut berasal dari orang lain atau kekuatan di luar diri Anda?							
10	Pernahkah Anda merasa terdapat ide atau pikiran yang sebenarnya bukan milik Anda telah ditempatkan di kepala Anda?							
11	Pernahkah Anda merasa terdapat ide atau pikiran yang hilang dari kepala Anda?							

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4	5	6
		Tidak pernah	Sangat jarang	Jarang	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sangat sering
12	Apakah Anda merasa bahwa pikiran Anda dapat didengarkan oleh orang lain?							
13	Dapatkah orang lain membaca pikiran Anda?							
14	Apakah Anda merasa berbagai hal yang terjadi di sekitar Anda memiliki makna khusus, atau Anda merasa orang-orang berusaha memberikan pesan kepada Anda?							
15	Pernahkah siapapun berusaha untuk memberikan Anda kesulitan atau menyakiti Anda?							
16	Apakah Anda merasa orang-orang membicarakan, menertawakan, atau mengamati Anda?							
17	Apakah Anda merasa bahwa Anda pantas untuk dihukum karena kesalahan apapun yang telah Anda lakukan?							
18	Pernahkan Anda merasa sesuatu yang aneh dan tidak dapat dijelaskan sedang terjadi pada tubuh Anda?							
19	Apa Anda merasa bahwa tubuh Anda telah berubah dengan cara tertentu, atau ada yang salah dengan bentuk tubuh Anda?							
20	Pernahkan Anda merasa terdapat bagian dari diri Anda yang telah mati? Pernahkah Anda merasa bahwa dunia ini tidak nyata?							
21	Apakah Anda merasa bahwa Anda orang yang penting, atau memiliki kekuatan khusus yang orang biasa tidak dapat lakukan?							
22	Apakah Anda khawatir mengenai relasi yang dimiliki pasangan (teman dekat/pacar) Anda dengan orang lain?							

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4	5	6
		Tidak pernah	Sangat jarang	Jarang	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sangat sering
23	Apakah terjadi perubahan pada cara anda melihat berbagai hal di sekitar anda?							
24	Apakah sekitar Anda terlihat berbeda atau tidak normal?							
25	Apakah ada perubahan warna atau tingkat kecerahan dari suatu benda (sesuatu warnanya terlihat lebih terang, atau terlihat lebih kusam)?							
26	Apakah ada perubahan ukuran dan bentuk dari suatu benda? Apakah benda-benda terlihat seperti bergerak?							
27	Apakah Anda memiliki penglihatan, atau melihat sesuatu yang mungkin sebenarnya tidak ada?							
28	Apakah Anda pernah melihat sesuatu yang orang lain tidak dapat melihatnya?							
29	Apakah ada perubahan dalam pendengaran Anda terhadap berbagai hal di sekitar anda?							
30	Apakah anda pernah merasakan suara di sekitar terdengar berbeda, atau tidak normal?							
31	Apakah Anda merasa pendengaran Anda lebih tajam atau lebih sensitif?							
32	Apakah Anda pernah mendengar sesuatu yang mungkin sebenarnya tidak ada?							
33	Apakah Anda pernah mendengar sesuatu yang orang lain tidak dapat mendengarnya?							
34	Apakah anda menyadari suara yang anda dengar tidak nyata?							

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4	5	6
		Tidak pernah	Sangat jarang	Jarang	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sangat sering
35	Apakah Anda merasakan indera penciuman Anda tampak berbeda, seperti lebih atau kurang kuat daripada biasanya?							
36	Apakah Anda pernah mencium sesuatu yang terasa nyata namun tidak disadari oleh orang lain ?							
37	Apakah Anda pernah merasakan perasaan yang aneh di dalam tubuh Anda? (contohnya: merasa bahwa bagian tubuh Anda berubah dalam beberapa hal, atau tubuh Anda bekerja secara berbeda)							
38	Apa Anda merasa atau berfikir bahwa ada masalah pada beberapa atau seluruh bagian tubuh Anda? (seperti terlihat berbeda dari tubuh orang lain)							
39	Apakah Anda pernah menyadari perubahan sensasi pada tubuh Anda, seperti bertambah atau berkurangnya kekuatan, atau sensasi tubuh yang tidak biasa seperti perasaan tertarik, kesakitan, kepanasan, mati rasa, getaran?							
40	Apakah Anda pernah menyadari adanya kesulitan pada cara berbicara, atau kemampuan berkomunikasi dengan orang lain?							
41	Apakah anda memiliki kesulitan untuk mencari kata yang tepat pada waktu berbicara ?							
42	Apakah anda sering menggunakan kata yang tidak cukup benar atau tidak sesuai?							
43	Apakah anda pernah mendapati diri anda berbicara berputar-putar dan tidak langsung pada topiknya?							

No	Pertanyaan	0	1	2	3	4	5	6
		Tidak pernah	Sangat jarang	Jarang	Kadang-kadang	Cukup Sering	Sering	Sangat sering
44	Apakah anda menyadari bahwa anda berbicara tentang sesuatu yang menyimpang atau diluar jalur?							
45	Apakah orang lain terlihat mengalami kesulitan untuk memahami apa yang anda coba untuk ucapkan/ memiliki masalah untuk mendapatkan pesan dari anda?							
46	Apakah anda pernah mendapati dirimu sedang mengulangi kata yang diucapkan oleh orang lain?							
47	Apakah terkadang anda kehilangan kata-kata?							
48	Apakah anda mudah marah atau mudah sensitif akhir-akhir ini?							
49	Apakah anda merasa sangat senfitif pada hal-hal kecil?							
50	Apakah akhir-akhir ini anda lebih sering berdebat dengan orang lain?							
51	Apakah akhir-akhir ini anda sering melakukan hal-hal yang beresiko lebih dari biasanya?							

B. Comprehensive Assessment Of At Risk Mental State (CAARMS) Tranlasi

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF AT RISK MENTAL STATES (CAARMS)

BRIEF VERSION FOR USE IN EDIT

A. Yung, L. Phillips, M.B. Simmons, J. Ward, K. Thompson, P. French, P. McGorry

Overview

Tujuan:

- Untuk menentukan apakah seseorang memenuhi kriteria kondisi mental beresiko
- Untuk mengesampingkan, atau mengkonfirmasi kriteria psikosis akut
- Untuk memetakan berbagai fungsi faktor psikopatologi seiring waktu pada orang muda dengan risiko psikosis sangat tinggi

- Riwayat keluarga psikosis di hubungan keluarga tingkat pertama?

Ya Tidak

- Jika iya, sebutkan siapa

- Penggunaan obat (sekarang atau dulu) ?

Struktur CAARMS:

- Rating dilakukan pada rentang substansi yang menargetkan area yang berbeda dari psikopatologi dan fungsinya. Dari rating ini dimungkinkan untuk memperoleh informasi yang berkaitan dengan tujuan di atas.
- Ringkasan perjalanan sejak awal – petakan pada *timeline*

Gambaran Umum Gejala dan Fungsi:

- Perubahan longitudinal:
 - Pada wawancara pertama (bukan wawancara lanjutan), CAARMS bertujuan untuk mendapatkan gambaran umum tentang sejarah perubahan dari keadaan premorbid pada responden. Semua informasi yang tersedia harus digunakan
 - Catat waktu perubahan pertama yang disadari - tanggal dan usia responden dalam tabel

Tanggal :

Usia :

- Perhatikan gejala atau tanda awal:
-

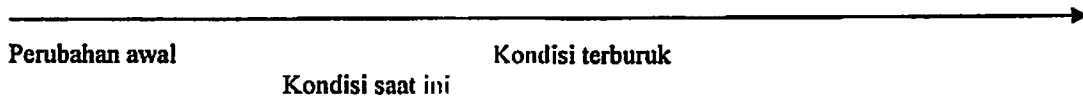
Catatan: Untuk grup BLIPS, tanggal ONSET dan OFFSET perlu dicatat untuk setiap episode (bukan tanggal onset pertama dimulai dan tanggal offset terakhir), untuk memenuhi kriteria BLIPS, gejala tidak dapat bertahan lebih dari seminggu pada satu waktu.

Pertanyaan prompt yang membantu:

- Seberapa sering hal itu terjadi?
- Kapan terakhir kali terjadi?
- Apakah hal itu membuat anda berhenti melakukan sesuatu?
- Kapan kondisi terburuk terjadi?
- Bagaimana rasanya saat kondisi terburuk itu terjadi?
- Apa yang teman dan keluarga anda katakan tentang hal itu?
- Seberapa tertekannya anda?
- Berapa lama hal tersebut terjadi?

- Apakah orang lain melihatnya dengan cara yang sama?
- Dapatkah anda memberikan contoh spesifik tentang kondisi itu?
- Apakah hal itu mengubah perilaku anda dengan cara lain?

Timeline saat ini



Pikiran Ilusi (TIDAK terkait dengan gagasan mencurigakan dan penganiayaan)

- **Pikiran ilusi: Pernahkah anda merasa bahwa hal-hal yang terjadi di sekitar anda memiliki arti khusus, atau bahwa orang-orang mencoba memberi anda pesan? Seperti apa itu? Bagaimana itu dimulai?**

Unusual Thought Content – Global Rating Scale

0 Tidak Pernah	1 Diragukan	2 Ringan	3 Sedang	4 Cukup Parah	5 Parah	6 Psikotik dan Parah
Tidak ada konten pikiran yang aneh	Elaborasi ringan dari keyakinan konvensional yang dimiliki oleh sebagian orang pada umumnya (populasi)	Samar – samar merasakan bahwa ada sesuatu yang berbeda, atau tidak cukup benar dengan dunia, sebuah perasaan bahwa segala sesuatu telah berubah namun tidak dapat diartikan dengan jelas. <i>Subjek tidak khawatir dengan pengalaman ini.</i>	Perasaan bingung. Rasa ketidakpastian yang lebih kuat mengenai pikiran dibandingkan skor 2	Pikiran ilusi bahwa kejadian, objek, atau orang memiliki signifikansi tertentu dan tidak biasa. Merasa bahwa pengalaman mungkin datang dari luar diri. Keyakinan tidak dipegang dengan kuat, bisa dipertanyakan. <i>Tidak mengakibatkan perubahan perilaku.</i> <i>Mungkin terkait dengan kesulitan ringan.</i>	Pikiran tidak biasa dimana kontennya original dari subjek dan sangat mustahil. Subjek dapat meragukan (bukan karena keyakinan delusional), atau subjek tidak percaya sepanjang waktu. <i>Dapat mengakibatkan beberapa perubahan dalam perilaku, tapi kecil.</i> <i>Mungkin menakutkan atau terkait dengan beberapa masalah.</i>	Pikiran mustahil yang mengandung materi asli dan sangat tidak mungkin dimiliki dengan keyakinan delusional (tidak diragukan lagi). <i>Mungkin ditandai dengan perubahan perilaku.</i> <i>Mungkin sangat mengganggu</i>

Dasar penilaian?

Tanggal onset:

Tanggal

offset:

Frekuensi dan Durasi:

0	1	2	3	4	5	6
Tidak ada	Kurang dari satu dalam sebulan	Sekali sebulan hingga dua kali seminggu, dan kurang dari satu jam per kesempatan	Sekali sebulan hingga 2 kali seminggu dan lebih dari satu jam per kesempatan ATAU 3 sampai 6 kali seminggu – kurang dari satu jam per kesempatan	3 sampai 6 kali seminggu – lebih dari satu jam per kesempatan ATAU setiap hari – kurang dari satu jam per kejadian.	Setiap hari – lebih dari satu jam per kejadian. ATAU beberapa kali sehari	Terus menerus muncul

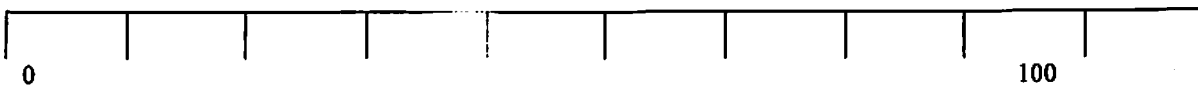
Apakah anda menggunakan alkohol? Y / N

Apakah anda menggunakan narkoba? Y / N

Pola simptom?

0	1	2
Tidak ada kaitannya dengan penggunaan zat	Terganggu dalam kaitannya dengan penggunaan zat dan pada waktu lain juga	Tercatat hanya dalam kaitannya dengan penggunaan narkoba

Level Distres



1.2 Non-Bizarre Ideas

- Pikiran yang tidak asing (*Crystallized Ideas*): Kecurigaan, pikiran tentang penganiayaan (mungkin termasuk ilusi jika terkait langsung): Adakah seseorang yang memberi anda waktu yang sulit atau mencoba
 - Pikiran somatis: Pernahkah anda merasa bahwa ada sesuatu yang aneh dengan tubuh anda yang tidak dapat dijelaskan? Seperti apa itu?
 - Apakah anda merasa bahwa tubuh anda mengalami beberapa perubahan, atau ada masalah dengan bentuk tubuh Anda?
 - Pikiran tentang kekosongan: Pernahkah anda merasa bahwa anda, atau sebagian dari diri anda tidak ada, atau sudah mati?
 - Apakah anda pernah merasa bahwa dunia tidak ada?
 - Pikiran tentang religiusitas: Apakah anda sangat religius?
- menyakiti anda? Apakah anda merasa seperti ada orang-orang yang membicarakan,
 - Pikiran mengenai perasaan bersalah: Apakah anda merasa pantas dihukum karena kesalahan apa pun yang anda lakukan?
 - Apakah anda pernah mengalami pengalaman religius?
 - Pikiran yang muluk: Apakah anda merasa bahwa anda sangat penting dalam beberapa hal, atau merasa bahwa anda memiliki kekuatan untuk melakukan hal-hal yang tidak dapat dilakukan oleh orang lain?
 - Gagasan erotomanik: Apakah ada yang jatuh cinta pada anda? Siapa? Bagaimana anda tahu ini? Apakah anda membalas perasaannya?
 - Pikiran cemburu: Apakah anda orang yang cemburu? Apakah anda khawatir tentang hubungan yang dimiliki oleh pasangan atau pacar anda dengan orang lain

Non-Bizarre Ideas - Global Rating Scale

0 Tidak Pernah	1 Diragukan	2 Ringan	3 Sedang	4 Cukup Parah	5 Parah	6 Psikotik dan Parah
Tidak ada konten pikiran yang tidak asing	Perubahan halus yang bisa berdasarkan kenyataan. <i>Misalnya. Sangat sadar</i>	Peningkatan kesadaran diri atau perasaan peningkatan kepentingan diri. Subjek dapat mempertanyakan hal ini. <i>Misalnya. Merasa bahwa orang lain melihat pada subjek, atau berbicara tentang subjek.</i>	Pikiran aneh atau tidak biasa tetapi yang isinya tidak sepenuhnya tidak masuk akal mungkin sebagian merupakan bukti logis. <i>Bukti logis lebih dari rating 4.</i> <i>Tidak selalu distress atau tidak menimbulkan perubahan perilaku.</i> <i>Pikiran yang tidak masuk akal yaitu delirium, halusinasi, mania.</i>	Keyakinan yang jelas tentang idiosinkratik, yang meskipun kemungkinan telah muncul tanpa bukti yang logis. <i>Bukti kurang dari penilaian 3.</i> <i>Misalnya. Pikiran bahwa orang lain ingin subjek yang dirugikan, yang dapat dengan mudah diberhentikan.</i> <i>Pikiran memiliki kekuatan yang istimewa, yang dapat dengan mudah diberhentikan.</i> <i>Dapat dikaitkan dengan distress ringan.</i>	Pikiran yang tidak biasa tentang beberapa keraguan (bukan karena keyakinan delusional), atau subjek tidak percaya sepanjang waktu. <i>Dapat menghasilkan beberapa perubahan dalam perilaku, tetapi kecil. Mungkin menakutkan atau terkait dengan beberapa kesulitan atau distress</i>	Pikiran yang tidak biasa yang mengandung materi asli dan sangat tidak mungkin karena keyakinan delusional (tidak diragukan lagi). <i>Mungkin dikaitkan dengan ditandai adanya perubahan perilaku.</i> <i>Mungkin sangat menekan (distres berat)</i>

Dasar penilaian?

Tanggal onset:

Tanggal

offset:

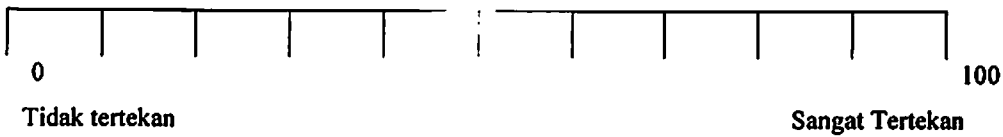
Frekuensi dan Durasi:

0	1	2	3	4	5	6
Tidak ada	Kurang dari satu dalam sebulan	Sekali sebulan hingga dua kali seminggu, dan kurang dari satu jam per kesempatan	Lebih dari dua kali seminggu dan lebih dari satu jam per kesempatan ATAU 3 sampai 6 kali seminggu - kurang dari satu jam per kesempatan	3 sampai 6 kali seminggu - lebih dari satu jam per kesempatan ATAU setiap hari - kurang dari satu jam per kejadian.	Setiap hari - lebih dari satu jam per kejadian. ATAU beberapa kali sehari	Terus menerus muncul

Pola simptom?

0	1	2
Tidak ada kaitannya dengan penggunaan zat	Terdapat dalam kaitannya dengan penggunaan zat dan pada waktu lain juga	Tercatat hanya dalam kaitannya dengan penggunaan narkoba

Level Distres



Perceptual Abnormalities - Global Rating Scale

0 Tidak Pernah	1 Dipertanyakan	2 Ringan	3 Sedang	4 Cukup Berat	5 Berat	6 Psikotik dan Berat
Tidak ada pengalaman persepsi yang abnormal.	Perubahan persepsi dipertanyakan	Persepsi yang meningkat, atau tumpul, distorsi, ilusi (misalnya cahaya atau bayangan). <i>Tidak ada distres. hypnagogic atau hypnopompic</i>	Pengalaman yang lebih membingungkan: distorsi atau ilusi yang lebih intens atau hidup, bisikan tidak jelas, dll. Subjek tidak yakin tentang sifat dari pengalaman. <i>Mampu untuk mengherikan</i> <i>Tidak terlalu terganggu dengan halusinasi atau depersonalisasi</i>	Pengalaman yang lebih jelas dari skor 3 seperti nama yang dipanggil, pendengaran telepon berdering dll, tetapi mungkin sekilas atau sementara. Mampu memberikan penjelasan yang masuk akal untuk pengalaman tersebut. <i>Dapat ditoleransi dengan distres ringan.</i>	Halusinasi yang sesungguhnya yaitu mendengar suara atau percakapan, merasakan sesuatu yang menyentuh tubuh. Subjek dapat mempertanyakan pengalaman dengan usaha. <i>Mungkin menakutkan atau terkait dengan beberapa distres</i> <i>Dapat menghasilkan beberapa perubahan dalam perilaku, namun kecil..</i>	Halusinasi sebenarnya yang dipercayai subjek adalah benar pada saat, dan setelah, mengalaminya. <i>Mungkin sangat mengganggu</i> <i>Mungkin berdampak nyata pada perilaku.</i>

Dasar penilaian?

Tanggal onset:

Tanggal

offset:

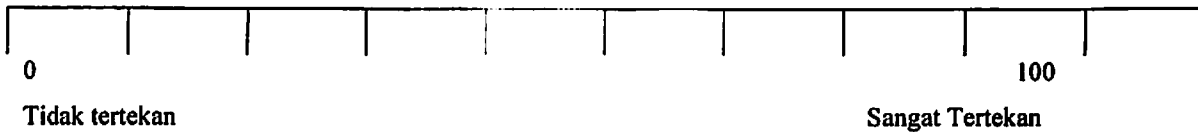
Frekuensi dan Durasi:

0	1	2	3	4	5	6
Tidak ada	Kurang dari satu dalam sebulan	Sekali sebulan hingga dua kali seminggu, dan kurang dari satu jam per kesempatan	Sekali sebulan hingga 2 kali seminggu dan lebih dari satu jam per kesempatan ATAU 3 sampai 6 kali seminggu – kurang dari satu jam per kesempatan	3 sampai 6 kali seminggu – lebih dari satu jam per kesempatan ATAU setiap hari – kurang dari satu jam per kejadian.	Setiap hari – lebih dari satu jam per kejadian. ATAU beberapa kali sehari	Terus menerus muncul

Pola simptom?

0	1	2
Tidak ada kaitannya dengan penggunaan zat	Terjadi dalam kaitannya dengan penggunaan zat dan pada waktu lain juga	Tercatat hanya dalam kaitannya dengan penggunaan narkoba

Level Distres



Disorganised Speech – Global Rating Scale

0 Tidak Pernah	1 Dipertanyakan	2 Ringan	3 Sedang	4 Cukup Berat	5 Berat	6 Psikotik dan Berat
Cara bicara logis normal, tidak ada disorganisasi, tidak ada masalah komunikasi atau dipahami ..	Perubahan cara bicara dipertanyakan	Sedikit masalah subyektif misalnya masalah menyampaikan pesan. <i>Tidak terlihat oleh orang lain</i>	Agak tidak jelas, beberapa bukti ketidakstabilan atau tidak relevan dalam berbicara. <i>Merasa tidak dimengerti.</i>	Bukti yang jelas dari pembicaraan dan pola pikir yang terputus. Hubungan antara ide agak tangensial. <i>Peningkatan rasa frustrasi dalam percakapan.</i>	Kecenderungan berputar, atau tangensialitas dalam berbicara, tetapi merespon pada penataan dalam wawancara. <i>Mungkin harus menggunakan gesture, atau gerakan untuk berkomunikasi</i>	Kurang koheren, cara bicara yang tidak dapat dimengerti, kesulitan yang signifikan mengikuti alur pemikiran. <i>Cara bicara tidak menyatu</i>

Dasar penilaian?

Tanggal onset:

Tanggal offset:

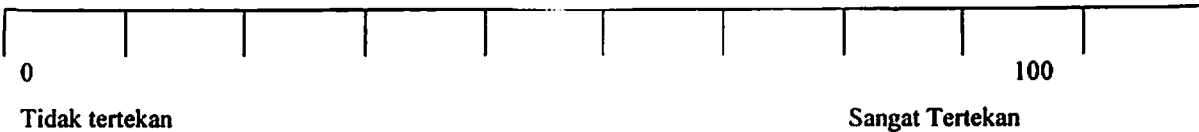
Frekuensi dan Durasi:

0	1	2	3	4	5	6
Tidak ada	Kurang dari satu dalam sebulan	Sekali sebulan hingga dua kali seminggu, dan kurang dari satu jam per kesempatan	Sekali sebulan hingga 2 kali seminggu dan lebih dari satu jam per kesempatan ATAU 3 sampai 6 kali seminggu – kurang dari satu jam per kesempatan	3 sampai 6 kali seminggu – lebih dari satu jam per kesempatan ATAU setiap hari – kurang dari satu jam per kejadian.	Setiap hari – lebih dari satu jam per kejadian. ATAU beberapa kali sehari	Terus menerus muncul

Pola simptom?

0	1	2
Tidak ada kaitannya dengan penggunaan zat	Terjadi dalam kaitannya dengan penggunaan zat dan pada waktu lain juga	Tercatat hanya dalam kaitannya dengan penggunaan narkoba

Level Distres



Agression or Dangerous Behaviour – Severity Rating Scale

0	1	2	3	4	5	6
Tidak ada perilaku agresif atau berbahaya yang dilaporkan oleh subjek atau orang lain.	Dipertanyakan	Sedikit iritabilitas tetapi tidak terkait dengan peningkatan perilaku agresif. Dapat dikaitkan dengan kejadian oleh subjek.	Peningkatan yang lebih jelas pada iritabilitas atau marah terhadap diri sendiri atau orang lain. Dapat diungkapkan secara lisan, atau secara fisik dengan cara yang terkendali (yaitu meninju bantal dll). Mungkin hanya diketahui subjek.	Ditandai dengan peningkatan iritabilitas terhadap orang lain yang dinyatakan dalam peningkatan kecenderungan untuk konfrontasi verbal dengan ancaman agresi fisik. Diketahui oleh orang lain dan subjek.	Perilaku agresif yang mengakibatkan kerusakan properti, atau membahayakan orang lain. Subjek melaporkan beberapa tingkat pengendalian amarah	Berbahaya dalam hubungannya dengan kemarahan pada tingkat yang sangat merusak, mengakibatkan kerusakan fisik yang cukup besar pada orang lain, atau properti. Mendominasi gambaran klinis. Dapat menarik perhatian polisi dll.

Tanggal onset:

Tanggal offset:

Frekuensi dan Durasi:

0	1	2	3	4	5	6
Tidak ada	Kurang dari satu dalam sebulan	Sekali sebulan hingga dua kali seminggu, dan kurang dari satu jam per kesempatan	Sekali sebulan hingga 2 kali seminggu dan lebih dari satu jam per kesempatan ATAU 3 sampai 6 kali seminggu – kurang dari satu jam per kesempatan	3 sampai 6 kali seminggu – lebih dari satu jam per kesempatan ATAU setiap hari – kurang dari satu jam per kejadian.	Setiap hari – lebih dari satu jam per kejadian. ATAU beberapa kali sehari	Terus menerus muncul

Pola simtom?

0	1	2
Tidak ada kaitannya dengan penggunaan zat	Terjadi dalam kaitannya dengan penggunaan zat dan pada waktu lain juga	Tercatat hanya dalam kaitannya dengan penggunaan narkoba

Bunuh Diri dan Menyakiti Diri Sendiri

- Apakah anda akhir-akhir ini memiliki pikiran tentang melukai, atau membunuh diri sendiri? Seberapa sering Anda merasa seperti ini?
- Pernahkah anda memikirkan apa yang akan anda lakukan untuk berhasil melukai atau bunuh diri?
- Pernahkah anda bertindak atas pikiran tersebut? Apa yang terjadi?

Suicidality – Severity Rating Scale

0	1	2	3	4	5	6
Tidak muncul	Dipertanyakan	Pikiran sesekali lelah dengan hidup Pikiran sesekali mengenai melukai diri sendiri Tidak ada pikiran atau rencana bunuh diri	Merasa lebih baik mati Pikiran mengenai bunuh diri, hanya dengan rencana yang tidak jelas Pikiran dapat dialihkan dengan beberapa upaya. Atau Aksi melukai diri ringan (sedikit goresan, dll	Pikiran mengenai bunuh diri semakin sering, dengan terkait rencana Mungkin lebih serius dengan mempertimbangan upaya dengan rencana khusus Atau Upaya impulsif menggunakan metode tidak mematikan, atau dengan pengetahuan tentang potensi untuk dapat ditemukan.	Ekspresi yang jelas atas keinginan untuk bunuh diri Atau Potensi serius, upaya mematikan dengan pengetahuan tentang kemungkinan penyelamatan.	Rencana spesifik dan serius Atau Upaya serius yang jelas dapat berakibat fatal

Tanggal onset:

Tanggal offset:

Frekuensi dan Durasi:

0	1	2	3	4	5	6
Tidak ada	Kurang dari satu dalam sebulan	Sekali sebulan hingga dua kali seminggu, dan kurang dari satu jam per kesempatan	Sekali sebulan hingga 2 kali seminggu dan lebih dari satu jam per kesempatan ATAU 3 sampai 6 kali seminggu – kurang dari satu jam per kesempatan	3 sampai 6 kali seminggu – lebih dari satu jam per kesempatan ATAU setiap hari – kurang dari satu jam per kejadian.	Setiap hari – lebih dari satu jam per kejadian. ATAU beberapa kali sehari	Terus menerus muncul

Pola simptom?

0	1	2
Tidak ada kaitannya dengan penggunaan zat	Terjadi dalam kaitannya dengan penggunaan zat dan pada waktu lain juga	Tercatat hanya dalam kaitannya dengan penggunaan narkoba

SOFAS

(Jika berusia di bawah 16 tahun, silakan gunakan C-GAS sesuai kebijakan operasional)

SOFAS : Ketika penilaian mempertimbangkan fungsi sosial dan pekerjaan pada suatu kontinum dari fungsi yang sangat baik ke fungsi yang sangat terganggu. Sertakan gangguan fungsi karena keterbatasan kesehatan fisik (atau lingkungan). Untuk dihitung, gangguan harus merupakan konsekuensi langsung dari kesehatan mental dan atau masalah kesehatan fisik. Efek dari kurangnya kesempatan dan keterbatasan lingkungan lainnya tidak perlu dipertimbangkan.

Kode (Catatan: Gunakan kode menengah bila perlu, misalnya, 45, 68, 72.)

100	Berfungsi unggul dalam berbagai kegiatan
91	
90	Berfungsi bagus pada semua area, pekerjaan dan efektif secara sosial
81	
80	Tidak lebih dari sedikit kerusakan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau sekolah (misalnya konflik interpersonal yang jarang terjadi, sementara tertinggal di sekolah).
71	
70	Beberapa kesulitan dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau sekolah, tetapi umumnya berfungsi dengan baik, memiliki beberapa hubungan interpersonal yang bermakna
61	
60	Kesulitan sedang dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau sekolah (misalnya, beberapa teman, konflik dengan teman sebaya atau rekan kerja).
51	
50	Gangguan serius dalam fungsi sosial, pekerjaan, atau sekolah (misalnya, tidak ada teman, tidak dapat mempertahankan pekerjaan).
41	
40	Gangguan besar di beberapa area, seperti pekerjaan, sekolah, atau hubungan keluarga (misalnya, pria yang depresi menghindari teman, mengabaikan keluarga, dan tidak dapat bekerja; anak sering memukul anak-anak yang lebih muda, menentang di rumah, dan gagal di sekolah).
31	
30	Ketidakmampuan berfungsi di hampir semua area (misal tetap di tempat tidur sepanjang hari; tidak ada pekerjaan, rumah, atau teman).

21

20 Kadang-kadang gagal menjaga kebersihan minimal pribadi, tidak dapat berfungsi secara mandiri

11

10 Ketidakmampuan terus-menerus untuk menjaga kebersihan minimal pribadi. Tidak dapat berfungsi tanpa melukai diri sendiri atau orang lain atau tanpa dukungan eksternal yang cukup besar (misalnya, perawatan

1 dan pengawasan).

0 Informasi tidak memadai

Catatan:

C. Identifikasi data demografis terkait faktor resiko yang dapat menyebabkan SMBGP

FAKTOR RESIKO

Identitas Diri :

Nama :
 Jenis Kelamin :
 Usia :
 Tempat/tgl lahir :
 Asal kota :
 Jumlah saudara dan anak ke berapa :
 Asal Sekolah :

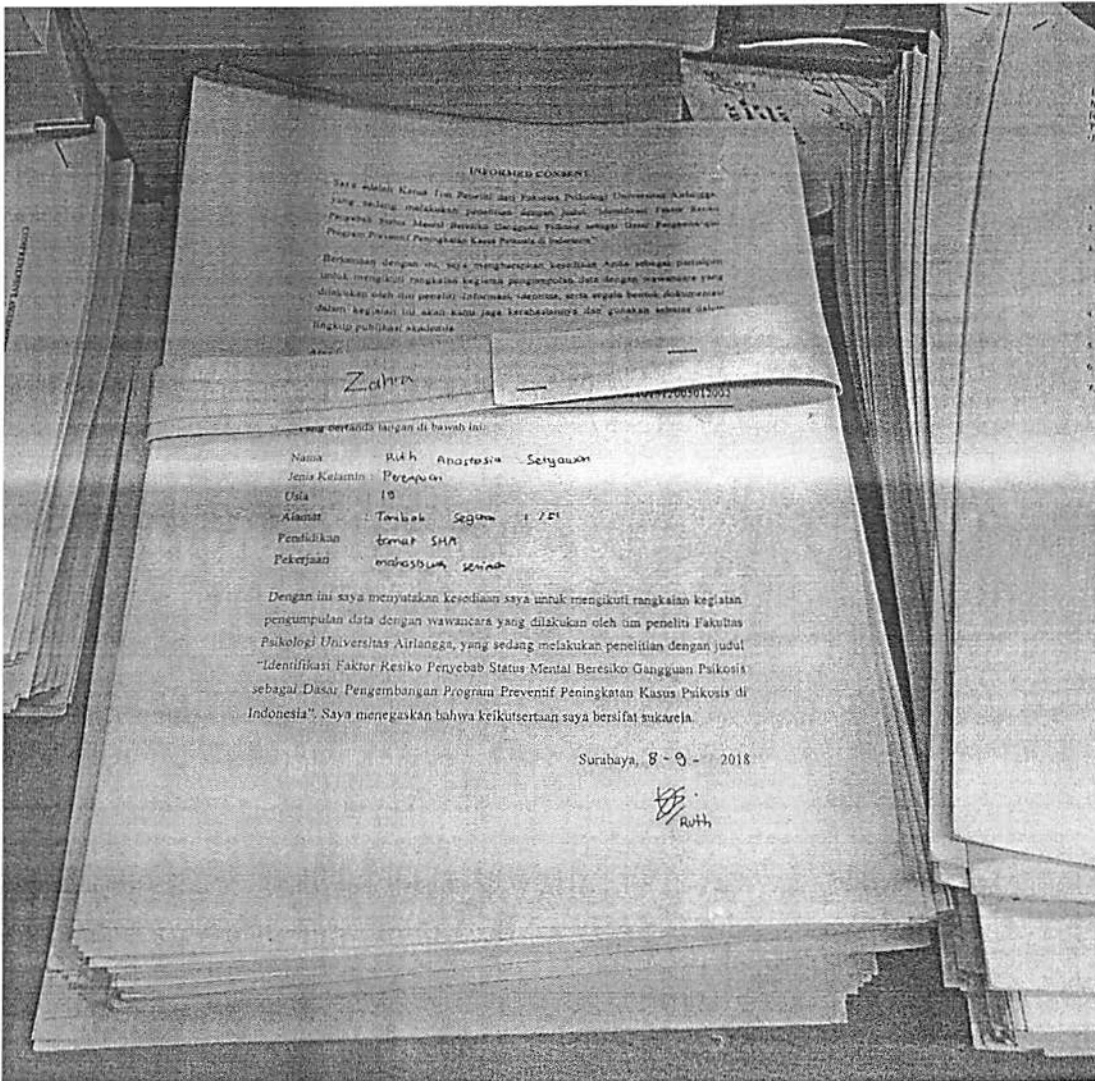
Data Orang Tua

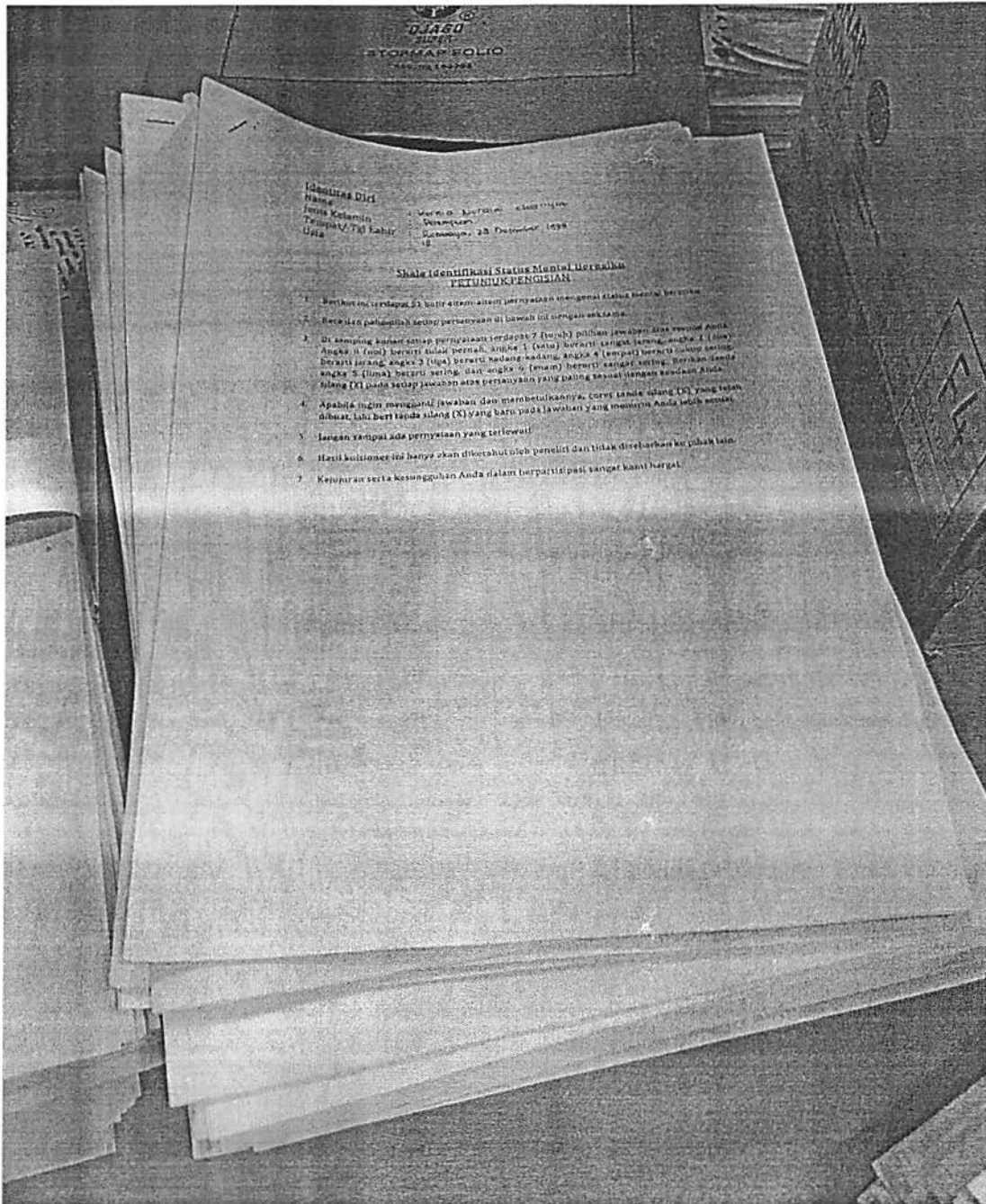
Pekerjaan Ayah :
 Pekerjaan Ibu :
 Alamat tmp tinggal Ayah :
 Alamat tmp tinggal Ibu :

Jawablah pertanyaan berikut :

1. Apakah anda pernah mengalami hambatan saat sekolah?
Jika Ya, pada tingkat sekolah yang mana dan seperti apa bentuk hambatannya?
2. Apakah anda sudah bekerja?
Jika Ya, bekerja pada bidang apa dan berapa lama?
3. Apakah anda sudah memiliki pasangan (belum menikah)?
Jika Ya, sudah berapa lama?
4. Apakah anda sudah menikah?
Jika Ya, sudah berapa lama?
5. Apakah anda pernah mengalami persoalan dengan pasangan anda ?
Jika Ya, persoalan apa yang sering terjadi?
6. Apakah orang tua Anda merupakan orang tua yang harmonis?
Jika Tidak, jelaskan kenapa orang tua anda tidak harmonis?
7. Apakah anda hidup terpisah dengan orang tua Anda?
Jika iya, ceritakan kenapa dan usia saat anda terpisah ?
8. Apakah anda pernah mengalami pengalaman menyakitkan/ trauma / kecelakaan ketika masa kecil?
Jika Iya, ceritakan seperti apa bentuknya dan usia anda mengalaminya?
9. Apakah anda pernah mengalami bullying?
Jika Iya, ceritakan seperti apa bentuknya dan kapan anda mengalaminya?
10. Apakah Anda sering merasa memiliki konflik dengan orang lain?
Jika iya, ceritakan bentuk konflik tersebut, kapan terjadinya dan dengan siapa?
11. Apakah anda memiliki hambatan dalam melakukan aktifitas fisik dikarenakan adanya keterbatasan fisik?
Jika iya, ceritakan dalam bentuk apa dan kenapa?

Lampiran 2. Berkas Uji coba Alat Ukur





Lampiran 3 : Data Peneliti**I. Ketua Peneliti****A. Identitas Diri**

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Tri Kurniati Ambarini, M.Psi.
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	198101312005012002
5	NIDN	24048102
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Pontianak/31 Januari 1981
7	E-mail	tri.ambarini@psikologi.unair.ac.id
8	Nomor Telepon/HP	081703662863
9	Alamat Kantor	Jl. Airlangga
10	Nomor Telepon/Faks	031-5032770
11	Lulusan yang telah dihasilkan	S-1 = orang; S-2 = orang; S3 = orang
12	Mata Kuliah yang Diampu	1. Konseling Terapiutik 2. Kesehatan Mental Dewasa Lansia 3. Psikologi Kepribadian

B. Riwayat Pendidikan

	S1	S2	S3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Airlangga	Universitas Airlangga	
Bidang Ilmu	Psikologi	Psikologi Klinis	
Tahun Masuk-Lulus	1999-2004	2004-2006	
Judul Skripsi/Tesis/Desertasi	Saudara Sekandung Anak Autis dan Peran Mereka dalam Terapi	Pelatihan keterampilan Sosial Bagi Penderita Skizofrenia	
Nama Pembimbing/Promotor	Dr. Hamidah, M.Si.	Dra. Woelan Handadari, M.Si.	

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun
(Bukan Skripsi, Tesis, maupun Desertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml(Juta Rp.)
1.	2009	Panduan wawancara diagnostik untuk <i>Attention Deficit /Hyperactivity Disorder (ADHD)</i> berdasarkan <i>Diagnostic Interview For Children and Adolescents-IV (DICA-IV)</i>	EWMP Fakultas	10
2.	2011	Kualitas Hidup Penderita Skizofrenia	EWMP Fakultas	3
3.	2012	Jenis Stressor dan Kualitas Hidup Penderita Skizofrenia	EWMP Fakultas	3

4.	2014	Psikoedukasi Keluarga Untuk Menurunkan Tingkat Expressed Emotion Keluarga dan Tenaga Medis Yang Menangani Penderita Skizofrenia	DIPA-BOPTN	10
5.	2015	Penanganan kekerasan seksual pada anak usia pra sekolah	DIKTI Hibah PUPT	69
6.	2016	ARMS dan Express Emotion	RKAT Fakultas	9
7.	2017	Validasi Skala Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis	RKAT Fakultas	12
8.	2017	Profil kesehatan mental masyarakat kota Surabaya	RKAT Fakultas	17

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml(Juta Rp.)
1.	2011	Deklarasi Forum Kesehatan Mental	RKAT	7.5
2.	2012	Lokakarya pemberdayaan kader Puskesmas untuk meningkatkan kesehatan mental masyarakat	RKAT	7.5

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/Nomor/Tahun
1.			
2.			
3.			

F. Pemakalah Seminar Ilmiah(Oral Presentation) dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah /Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1.	APSYA	Kualitas Hidup Penderita Skizofrenia	Jakarta, Juli 2012
2.	<i>Asian Conferences on Psychology and The Behavioral Sciences</i>	Stressor and Schizophrenia Quality Of Life	Osaka, 31 Maret 2013
3.	<i>2nd International Conference of Psychology in Health, Educational, Social and Organizational</i>	Express Emotion (EE) of Family and Health Worker works with Schizophrenia	Zhejiang University, Hanzhou, 5-7 November 2015

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1.				
2.				
3.				

H. Perolehan HKI dalam 5-10 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	No P/ID
1.				
2.				
3.				

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial Lainnya dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat
1.				
2.				
3.				

J. Penghargaan dalam 10 tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi atau institusi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1.	KPS Berprestasi	Universitas Airlangga	2013
2.			
3.			

Semua data yang saya isikan dan cantumkan dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah Penelitian PDUPT.

Surabaya, 1 Juni 2017
Pengusul,

Tri Kurniati Ambarini, M.Psi.

II. Anggota Peneliti

A. Identitas Diri

1.	Nama Lengkap (dengan gelar)	Atika Dian Ariana, S.Psi., M.Sc.
2.	Jenis Kelamin	Perempuan
3.	Jabatan Fungsional	Lektor
4.	NIP	198303042006042004
5.	NIDN	0004038302
6.	Tempat dan Tanggal Lahir	Tulungagung, 4 Maret 1983
7.	E-mail	atika.ariana@psikologi.unair.ac.id
8.	Nomor HP	087855811711
9.	Alamat Kantor	Fakultas Psikologi Universitas Airlangga Dharmawangsa Dalam Surabaya
10.	Nomor Telepon/ Faks	031-5032770/ 031-5025910
11.	Mata Kuliah yang Diampu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psikopatologi 2. Kesehatan Mental 3. Konseling Terapeutik 4. Psikologi Kepribadian 5. Pengukuran Psikologis 6. Dasar-Dasar Metode Penelitian 7. Kesehatan Mental Komunitas 8. Dasar-Dasar Intervensi Psikologi 9. Metodologi Penelitian Kuantitatif

B. Riwayat Pendidikan

	S-1	S-2
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Airlangga	University of Glasgow
Bidang Ilmu	Psikologi	Global mental health
Tahun Masuk-Lulus	2001-2005	2012-2013
Judul Skripsi/ Tesis	Efektivitas terapi humor (<i>humor therapy</i>) terhadap penurunan tingkat stress pada mahasiswa baru Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, Surabaya	The attitudes of Indonesian primary healthcare workers towards mental illness

Nama Pembimbing	Nurul Hartini, S.Psi., M.Kes.	Prof. Thomas McMillan
-----------------	----------------------------------	-----------------------

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun Terakhir

(Bukan Skripsi, Tesis, maupun Disertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jml (Juta Rp)
1.	2012	<i>Global burden of disease figure for depression: how accurate is it?</i>	Mandiri	-
2.	2013	Pengetahuan dan kontak sebagai faktor prediktor sikap stigmatik terhadap orang dengan masalah kejiwaan pada tenaga kesehatan di Puskesmas	DIKTI	5
3.	2013	<i>Impacts of attachment style on the mental health across the life span: secure attachment, resilience and positive mental health outcomes</i>	Mandiri	-
4.	2014	Konsep dan sikap mahasiswa psikologi terhadap gangguan jiwa	DIPA BOPTN	10
5.	2014	Pembelajaran karakter pada siswa pendidikan usia dini (PAUD) di Kelurahan Pegirian Kota Surabaya tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (Tahap I)	Wahana Visi Indonesia	40
6.	2014	Sikap tenaga kesehatan terhadap gangguan mental (<i>Systematic Review</i>)	Mandiri	-
7.	2015	Pembelajaran karakter pada siswa pendidikan usia dini (PAUD) di Kelurahan Pegirian Kota Surabaya tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (Tahap II)	Wahana Visi Indonesia	40
8.	2015	Penanganan kekerasan seksual pada anak usia pra sekolah	DIKTI Hibah PUPT	69
9.	2015	Adaptasi dan validasi instrument pengukuran kesehatan mental berbasis kekuatan untuk anak usia dini: Preschool Behavioral and Emotional Rating Scale (PreBERS)	RKAT Fakultas	10
10.	2017	Penguatan literasi kesehatan mental komunitas dan keluarga untuk mendukung program anti pasung di Jawa Timur	DIKTI Hibah PUPT	150
11.	2017	Efektivitas intervensi berbasis edukasi dan kontak untuk menurunkan stigma terhadap gangguan mental	RKAT Fakultas	15
12.	2017	Profil kesehatan mental masyarakat kota Surabaya	RKAT Fakultas	17

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1.	2012	Lokakarya pemberdayaan kader Puskesmas untuk meningkatkan kesehatan mental masyarakat	RKAT	7.5
2.	2012	Kelas Psikologi untuk Bunda PAUD	DIPA BOPTN	30
3.	2014	Pelatihan penanganan anak dengan gangguan spektrum autisme bagi guru sekolah inklusi dan sekolah khusus milik pemerintah di Jawa Timur	DIPA BOPTN	30
4.	2014	Kelas Psikologi untuk Bunda PAUD tingkat menengah	DIPA BOPTN	30
5.	2014	Lokakarya penatalaksanaan kasus kekerasan terhadap anak di Pusat Kesehatan Masyarakat	DIPA BOPTN	10
6.	2014	Pemberdayaan keluarga untuk membangun perilaku positif dan sehat	DIPA BOPTN	10
7.	2015	Pelatihan penanganan anak dengan gangguan spektrum autisme bagi terapis, guru dan tenaga kesehatan dari instansi pemerintah di Jawa Timur	DIPA BOPTN	30
8.	2015	Penguatan peran strategis keluarga dan komunitas dalam pencegahan kekerasan pada anak di Kecamatan Pabean Cantikan Surabaya	DIPA BOPTN	10
9.	2016	Kelas Psikologi untuk Bunda PAUD	RKAT Universitas	30
10.	2016	Pelatihan penanganan anak dengan gangguan spektrum autisme	RKAT Fakultas	30

*Tuliskan sumber pendanaan baik dari skema pengabdian kepada masyarakat DIKTI maupun dari sumber lainnya.

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam Jurnal dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/ Nomor/ Tahun
1.	<i>Improving urban environment through public commitment toward</i>	Psychology Research and	10/2017

<i>the implementation of clean and healthy living behaviors</i>	Behavior Management
---	---------------------

F. Pemakalah Seminar Ilmiah (*Oral Presentation*) dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah/ Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1.	1st International Conference of Psychology in Health, Educational, Social and Organizational Setting	<i>Psychology class for volunteers of early childhood education in Surabaya: A program for increasing knowledge and skills of volunteers in early childhood education posts in East Java</i>	Surabaya, 21-23 November 2013
2.	28th International Congress of Applied Psychology	<i>The attitudes of primary healthcare workers towards mental illness in Indonesia</i>	Paris, 8-13 Juli 2014
3.	Temu Ilmiah Nasional Psikologi	Sikap tenaga kesehatan terhadap gangguan mental: Sebuah studi literatur	Surabaya, 23 Desember 2014
4.	Temu Ilmiah Nasional Psikologi	Pembelajaran karakter pada siswa pendidikan usia dini (PAUD) di Kelurahan Pegirian Kota Surabaya tentang perilaku hidup bersih dan sehat.	Surabaya, 23 Desember 2014
5.	2 nd International Conference of Psychology in Health, Educational, Social and Organizational Setting	<i>Attitude of psychology students towards mental illness in Indonesia and its correlates</i>	Hangzhou, 5-7 November 2015
6.	Psychofest Conference	<i>Mental health profile of young children in Surabaya</i>	Surabaya, 19 November 2015
7.	Psychofest Conference	<i>Intervention for sexual abuse in pre-school children</i>	Surabaya, 19 November 2015
8.	31st International Congress of Psychology	<i>Sex differences in mental health of young children</i>	Yokohama, 24-29 July 2016
9.	Temu Ilmiah Nasional, 3rd Psychofest Conference	<i>Impacts of Attachment Style on the Mental Health Across the Life Span: Secure Attachment, Resilience, and Positive Mental Health Outcomes</i>	Surabaya, 18-19 November 2016

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
-----	------------	-------	----------------	----------

1.	Bahan Ajar Kelas Psikologi untuk Bunda PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini)	2014	130	UP3
2.	Bahan Ajar Kelas Psikologi untuk Bunda PAUD Tingkat Menengah: Pengelolaan & Pengembangan PAUD di Surabaya	2014	130	UP3
3.	Konseling: Sebuah Pengantar untuk Memahami Psikologi Konseling	2016	100	AUP

H. Perolehan HKI dalam 5-10 Tahun Terakhir

No.	Judul/ Tema HKI	Tahun	Jenis	Nomor P/ ID

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/ Rekayasa Sosial Lainnya dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul/ Tema/ Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah Diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat
1.	Penatalaksanaan kesehatan jiwa masyarakat	2017	Jawa Timur	Sedang berlangsung

J. Penghargaan dalam 10 Tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi atau institusi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun

Semua data yang saya isikan dan tercantum dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Surabaya, 5 Mei 2017

Pengusul,

Atika Dian Ariana, S.Psi., M.Sc.

III. Anggota Peneliti

A. Identitas Diri

1	Nama Lengkap (dengan gelar)	Dr. Nurul Hartini, M.Kes., Psikolog.
2	Jenis Kelamin	Perempuan
3	Jabatan Fungsional	Lektor Kepala
4	NIP/NIK/Identitas lainnya	197104211997022001
5	NIDN	
6	Tempat dan Tanggal Lahir	Surabaya /21 April 1971
7	E-mail	nurul.hartini@psikologi.unair.ac.id
8	Nomor Telepon/HP	08155043312
9	Alamat Kantor	Jl. Airlangga
10	Nomor Telepon/Faks	031-5032770
11	Lulusan yang telah dihasilkan	S-1 = orang; S-2 = orang; S3 = orang
12	Mata Kuliah yang Diampu	1. Konseling 2. Kesehatan Mental

B. Riwayat Pendidikan

	S1	S2	S3
Nama Perguruan Tinggi	Universitas Airlangga	Universitas Airlangga	Universitas Padjadjaran Bandung
Bidang Ilmu	Psikologi	Psikologi Klinis	Psikologi Klinis
Tahun Masuk-Lulus	1991-1995	1999-2001	2011-2014
Judul Skripsi/Tesis/Desertasi			
Nama Pembimbing/Promotor			

C. Pengalaman Penelitian dalam 5 Tahun (Bukan Skripsi, Tesis, maupun Desertasi)

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml(Juta Rp.)
1.	2015-2017	Ketua Peneliti "Pembelajaran Karakter yang Baik (Good Characters Learning) Pada Anak Panti Asuhan Usia Dini (3-6 TAHUN) Berbasis Perilaku Hidup Bersih dan Sehat	Dirjen Dikti – LPPM Unair	
2.	2013 & 2014	Ketua Peneliti Baseline dan Intervensi PHBS pada siswa paud di Pegirian Surabaya	Kerjasama Fakultas Psikologi Unair dengan Wahana Visi Indonesia	

3.	2013 & 2014	Ketua Peneliti "Model Pembelajaran Karakter yang Baik (Good Characters Learning) Pada Anak Panti Asuhan Berbasis Ekologi Budaya, Komunitas, dan Keluarga	Dirjen Dikti – LPPM Unair	
----	-------------	--	---------------------------	--

D. Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml(Juta Rp.)
1.	2011	Deklarasi Forum Kesehatan Mental	RKAT	7.5
2.	2012	Lokakarya pemberdayaan kader Puskesmas untuk meningkatkan kesehatan mental masyarakat	RKAT	7..5

E. Publikasi Artikel Ilmiah dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/Nomor/Tahun
1.	Airlangga University Press	Psikologi Konseling: Perkembangan dan Penerapan Konseling dalam Psikologi	2015
2.	UP3 Fakultas Psikologi Universitas Airlangga	Buku Ajar Kelas Psikologi untuk Bunda PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini)	2014
3.	Jurnal INSAN,	Efektivitas Pendekatan Modifikasi Perilaku di Panti Asuhan	Vol. 15. Desember 2013

F. Pemakalah Seminar Ilmiah(Oral Presentation) dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Nama Pertemuan Ilmiah /Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1.			
2.			
3.			

G. Karya Buku dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1.	Psikologi Konseling: Perkembangan dan Penerapan Konseling dalam Psikologi	2015		Airlangga University Press

2.	Buku Ajar Kelas Psikologi untuk Bunda PAUD (Pendidikan Anak Usia Dini)	2014		UP3 Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
----	--	------	--	--

H. Perolehan HKI dalam 5-10 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema HKI	Tahun	Jenis	No P/ID
1.				
2.				
3.				

I. Pengalaman Merumuskan Kebijakan Publik/Rekayasa Sosial Lainnya dalam 5 Tahun Terakhir

No.	Judul/Tema/Jenis Rekayasa Sosial Lainnya yang Telah diterapkan	Tahun	Tempat Penerapan	Respon Masyarakat
1.				
2.				
3.				

J. Penghargaan dalam 10 tahun Terakhir (dari pemerintah, asosiasi atau institusi lainnya)

No.	Jenis Penghargaan	Institusi Pemberi Penghargaan	Tahun
1.			
2.			
3.			

Semua data yang saya isikan dan cantumkan dalam biodata ini adalah benar dan dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Apabila di kemudian hari ternyata dijumpai ketidaksesuaian dengan kenyataan, saya sanggup menerima sanksi.

Demikian biodata ini saya buat dengan sebenarnya untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam pengajuan Hibah Penelitian PDUPT

Surabaya, 10 Mei 2017
Pengusul,

Dr. Nurul Hartini, S.Psi., M.Kes.

Lampiran 4 : Draft Artikel

Identifikasi Faktor Resiko Penyebab Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis Sebagai Dasar Pengembangan Program Preventif Peningkatan Kasus Psikosis Di Indonesia

Tri Kurniati Ambarini
Departemen Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental
Fakultas Psikologi Universitas Airlangga
Surabaya

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan identifikasi faktor resiko yang menyebabkan individu memiliki status mental beresiko gangguan psikosis sehingga diperoleh pemahaman yang lebih komprehensif akan dinamika munculnya status mental beresiko gangguan psikosis di Indonesia, khususnya Jawa Timur, Bali dan Yogyakarta. Populasi yang digunakan di dalam penelitian ini adalah remaja dan dewasa awal yang berusia 15-25 tahun, yang menurut kriteria *Ultra High Risk*, seseorang dapat dikatakan mengalami status mental beresiko ketika seseorang tersebut berusia antara 15-25 tahun (Nelson, 2012). Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuisioner yaitu dengan menggunakan Skala Identifikasi Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis (Ambarini, 2016), identifikasi data demografis terkait faktor resiko yang dapat menyebabkan SMBGP dan skala Social Evaluation Anxiety

Kata Kunci : Faktor Resiko, Status mental beresiko gangguan psikosis, psikosis, ultra high risk

ABSTRACT

This study aims to identify risk factors that causes at risk mental state on psychotic, to obtain a more comprehensive understanding of the emergence of at risk mental state of psychotic in Indonesia, especially East Java, Bali and Yogyakarta. The population used in this study were adolescents and early adults aged 15-25 years. According to the Ultra High Risk criteria, a person can be said to experience at risk mental state when a person is between 15-25 years old (Nelson, 2012). The data in that study collected by the Indonesian Prodromal Scale (Ambarini, 2016), Identification of demographic data related to risk factors and the Social Evaluation Anxiety scale

1. PENDAHULUAN

Kesehatan mental menurut WHO (2001) adalah kondisi sejahtera ketika individu dapat merealisasikan kecakapannya, dapat melakukan koping terhadap tekanan hidup yang normal, bekerja dengan produktif, dan memiliki kontribusi dalam kehidupan di komunitasnya. Menurut WHO (2001), prevalensi masalah kesehatan jiwa saat ini cukup tinggi, 25% dari penduduk dunia pernah menderita masalah kesehatan jiwa, 1% diantaranya adalah gangguan jiwa berat. Potensi seseorang mudah terserang gangguan jiwa memang tinggi, setiap saat 450 juta orang di seluruh dunia terkena dampak permasalahan jiwa, saraf, maupun perilaku.

Jumlah penderita gangguan jiwa berat atau psikosis meningkat di Indonesia. Salah satu gangguan psikosis adalah skizofrenia yang merupakan gangguan mental yang cukup luas di Indonesia, dimana sekitar 99 % pasien Rumah Sakit Jiwa di Indonesia adalah penderita skizofrenia. Menurut ahli jiwa, Darnadi Sosrosuharjo dari Kedokteran Jiwa FKUI/RSCM, prevalensi gangguan skizofrenia di Indonesia adalah 0,3-1 persen. Gangguan ini mulai timbul pada individu dengan usia 18-45 tahun meskipun terdapat pula individu yang

berusia 11-12 tahun. Apabila penduduk Indonesia sekitar 200 juta jiwa maka diperkirakan sekitar 2 juta jiwa yang menderita skizofrenia (Minimnya sarana rumah sakit, 2006).

Prevalensi gangguan jiwa berat pada penduduk Indonesia 1,7 per mil. Gangguan jiwa berat terbanyak di DI Yogyakarta, Aceh, Sulawesi Selatan, Bali, Jawa Tengah, Jawa timur, Bangka Belitung dan Sulawesi Selatan. Proporsi RT yang pernah memasung ART gangguan jiwa berat 14,3 persen dan terbanyak pada penduduk yang tinggal di perdesaan (18,2%), serta pada kelompok penduduk dengan kuintil indeks kepemilikan terbawah (19,5%). Dari 1655 keluarga yang ada di Indonesia memiliki sebanyak 1728 anggota keluarganya menderita gangguan psikosis (Risksedas, 2013).



Gambar

1.

Prevalensi Gangguan Jiwa Berat berdasarkan Provinsi

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Salsabila dan Ambarini (2017) pada populasi remaja menunjukkan bahwa dari 328 subyek penelitian teridentifikasi sebanyak 117 subyek berada pada golongan status mental beresiko ringan, 76 pada golongan sedang, 73 subyek pada golongan dipertanyakan (*questionable*), 42 subyek pada golongan agak berat, 18 subyek pada golongan berat dan 2 subyek tidak berada dalam status mental beresiko. Pada penelitian ini juga diperoleh data bahwa pada sebanyak 50.5 % subyek merupakan korban bullying, 30,7 % pernah mengalami kekerasan fisik, 20,7 % memiliki keluarga dengan penderita psikosis, dan 14,9 % pernah mengalami kekerasan seksual.

Selain itu, pada penelitian yang dilakukan oleh Raharjo dan Ambarini (2017) menunjukkan adanya hubungan antara persepsi pola asuh authoritarian dengan status mental beresiko gangguan psikosis pada remaja. Pola asuh tersebut disinyalir menjadi salah satu penyebab terjadinya status mental beresiko.

Pada Fase awal terjadinya gangguan psikosis disebut sebagai status mental beresiko gangguan psikosis (SMBGP), yaitu kondisi dimana seseorang mengalami episode gangguan psikosis untuk pertama kali. Pada fase ini, sebagian besar orang tidak dapat menjelaskan apa yang terjadi pada mereka sehingga seringkali kondisi ini tidak dilaporkan dan bahkan dihubungkan dengan kejadian mistis juga anggapan *stereotype* (Tanskanen, 2011). Padahal studi menunjukkan bahwa seseorang dengan gangguan psikosis fase awal, dalam lima tahun pertama akan memiliki kemungkinan untuk muncul kembali sebesar 80% walaupun sudah terdeteksi dini (Alvarez-Jimenez, 2009).

Identifikasi individu dengan SMBGP akan memberikan data mengenai kondisi mental individu yang diperkirakan dapat menderita gangguan psikosis di masa yang akan datang. Identifikasi dilakukan pada populasi remaja, karena mereka adalah individu yang rentan akan menderita gangguan jiwa. Perubahan fisik dan psikologis yang dialami remaja menjadi tantangan tersendiri bagi mereka sehingga meningkatkan resiko memiliki SMBGP. Identifikasi sedini mungkin memberikan kesempatan kita mencegah berkembangnya status mental beresiko menjadi gangguan mental berat atau psikosis di masa yang akan datang. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa mungkin untuk mendeteksi individu yang akan menderita psikosis, individu yang teridentifikasi memiliki SMBGP merupakan orang-orang yang memiliki resiko lebih tinggi menderita psikosis dan intervensi yang efektif dapat mengurangi resiko yang dapat terjadi (Miller dkk., 2001).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Mackie, dkk (2010) menunjukkan bahwa status mental beresiko dan skizofrenia memiliki faktor resiko yang saling terkait satu sama lain. Terdapat hubungan antara gangguan psikosis dengan factor genetic, status sosial, pengalaman masa lalu, penggunaan zat, kondisi kelahiran, proses perkembangan, kelainan anatomi neuro, kognisis, bahasa dan kecerdasan psikopatologis. Faktor resiko yang menyebabkan SMBGP menjadi penting untuk diidentifikasi agar dapat diketahui aspek apa saja yang dapat memperparah kondisi mental mereka. Informasi mengenai faktor resiko yang ada, membuat kita dapat dirancang program preventif untuk mencegah meningkatnya kasus psikosis di Indonesia.

Identifikasi awal dan pencegahan terhadap gangguan psikosis akan mendorong meningkatnya kesehatan mental masyarakat Indonesia dan menurunkan resiko munculnya gangguan jiwa. Masyarakat yang sehat jiwa akan lebih produktif dan optimal dalam berkarya. Masyarakat yang sehat mental akan meningkatkan daya saing bangsa di antara negara lain. Pencegahan terhadap gangguan mental akan lebih mudah dilakukan jika kita mengetahui faktor resiko yang menyebabkan gangguan tersebut dapat terjadi terutama jika identifikasi tersebut dilakukan jauh sebelum gangguan tersebut didiagnosis..

2. METODE

Penelitian ini merupakan penelitian survey yang akan mengumpulkan data mengenai faktor-faktor resiko pada individu dengan status mental beresiko gangguan psikosis. Populasi yang digunakan di dalam penelitian ini adalah remaja dan dewasa awal yang berusia 15-25 tahun, yang menurut kriteria *Ultra High Risk*, seseorang dapat dikatakan mengalami status mental beresiko ketika seseorang tersebut berusia antara 15-25 tahun (Nelson, 2012).

Pengumpulan data pada penelitian ini menggunakan kuisisioner yaitu dengan menggunakan :

4. Indonesian Prodromal Scale/ Skala Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis (Ambarini, 2016),
5. Identifikasi data demografis terkait faktor resiko yang dapat menyebabkan SMBGP

3. HASIL PENELITIAN DAN DISKUSI

3.1. Hasil Penelitian

3.1.1. Prevalensi Individu dengan status mental beresiko gangguan psikosis

Jumlah subyek dalam penelitian ini adalah 265 orang dengan rentang usia 17 tahun sampai dengan 21 tahun. Berikut data prevalensi status mental beresiko gangguan psikosis :

Tabel 3.1. Tabel Prevalensi Status Mental Beresiko

Kategori Status Mental Beresiko	Frekuensi	Prosentase
Tidak ada simptom	37	21%
Meragukan	1	1%
Resiko Ringan	81	45%
Resiko Sedang	46	26%
Resiko Tinggi	15	8%
	180	

Dari 180 subyek terdapat 8 % yang memiliki resiko tinggi dan sebanyak 26 % memiliki resiko sedang memiliki gangguan psikosis. Sebanyak 45% subyek masuk pada kategori Resiko Ringan dan 21 % subyek tidak memiliki simptom psikosis. Berikut deskripsi subyek berdasarkan status resiko dan jenis kelamin :

Tabel 3.2. Prevalensi Status Mental beresiko berdasarkan Jenis Kelamin

	Jenis Kelamin		Total
	Perempuan	Laki-laki	

	Tidak ada simptom	34	3	37
	Meragukan	1	0	1
Kategori	Resiko Ringan	67	14	81
	Resiko Sedang	42	4	46
	Resiko Tinggi	10	5	15
Total		154	26	180

3.1.2. Faktor Resiko penyebab status mental beresiko gangguan Psikosis

Faktor resiko yang diduga menyebabkan status mental beresiko gangguan psikosis adalah persoalan dengan orang tua, pengalaman trauma, pengalaman bullying, pengalaman konflik dan persoalan dengan pasangan. Berikut faktor resiko yang diidentifikasi pada subyek penelitian :

Tabel 3.3. Deskripsi Faktor Resiko

Faktor Resiko	Jumlah Subyek	Prosentase
Memiliki Masalah dengan Orangtua	97	54%
Mengalami Trauma	20	11%
Mengalami Bullying	27	15%
Memiliki Konflik	7	4%
Memiliki Masalah dengan pasangan	10	6%
Memiliki masalah di dekolah	22	12%

Dari faktor resiko yang diperkirakan menyebabkan status mental beresiko, sebanyak 54% mengalami masalah dengan orangtua, 15 % subyek pernah mengalami bullying dan 11 orang subyek pernah mengalami trauma.

Berikut deskripsi subyek yang memiliki persoalan dengan orang tua dan status mental beresiko yang dimiliki :

Tabel 3.4. Status Mental Beresiko dan Masalah dengan Orangtua

Kategori Status Mental Beresiko	Masalah dengan orang tua		Total
	Tidak Memiliki	Memiliki	
Tidak ada simptom	15	22	37
Meragukan	1	0	1
Resiko Ringan	35	46	81
Resiko Sedang	24	22	46
Resiko Tinggi	8	7	15
TOTAL	83	97	180

Sebanyak 97 orang subyek penelitian memiliki persoalan dengan orang tua. Bentuk persoalan yang dialami berbagai macam, yaitu berbeda pendapat, orangtua yang mengabaikan, ayah yang pergi meninggalkan keluarga, atau persoalan KDRT di dalam keluarga serta persoalan lainnya. sebanyak 47 % orang subyek dengan Resiko Ringan yang memiliki masalah dengan orang tua. Sedangkan terdapat 23 % orang subyek dengan Resiko Sedang pada Individu dengan status mental beresiko gangguan psikosis yang memiliki masalah dengan orang tua

Hasil analisis korelasi faktor resiko dengan status mental beresiko :

Tabel 3.5. Analisis Korelasi Faktor Resiko

		Correlations						
		Status Resiko	Masalah sekolah	Masalah dgn ortu	Trauma	Bullying	Konflik	Masalah dgn psgn
Pearson Correlation	Status Resiko	1.000	-.090	-.080	.043	.063	.144	.060
	Masalah sekolah	-.090	1.000	.146	-.002	.047	.039	-.043
	Masalah dgn ortu	-.080	.146	1.000	.256	.357	.186	.176
	Trauma	.043	-.002	.256	1.000	.297	.295	.223
	Bullying	.063	.047	.357	.297	1.000	.237	.034
	Konflik	.144	.039	.186	.295	.237	1.000	-.049
	Masalah dgn psgn	.060	-.043	.176	.223	.034	-.049	1.000
	Sig. (1-tailed)	Masalah sekolah	.	.115	.143	.284	.199	.027
Masalah dgn ortu		.115	.	.026	.491	.267	.302	.282
Trauma		.143	.026	.	.000	.000	.006	.009
Bullying		.284	.491	.000	.	.000	.000	.001
Konflik		.199	.267	.000	.000	.	.001	.325
Masalah dgn psgn		.027	.302	.006	.000	.001	.	.258
Masalah sekolah		.212	.282	.009	.001	.325	.258	.
N		Masalah sekolah	180	180	180	180	180	180
	Masalah dgn ortu	180	180	180	180	180	180	180
	Trauma	180	180	180	180	180	180	180
	Bullying	180	180	180	180	180	180	180
	Konflik	180	180	180	180	180	180	180
	Masalah dgn psgn	180	180	180	180	180	180	180
	Masalah sekolah	180	180	180	180	180	180	180
	Masalah sekolah	180	180	180	180	180	180	180

Korelasi antara faktor resiko dengan status mental beresiko dapat dilihat dari tabel 3.4., yaitu Masalah sekolah dan masalah dengan orangtua memiliki hubungan yang cenderung lemah dengan arah negatif. Sedang trauma dan masalah dengan pasangan memiliki hubungan yang

cenderung lemah dengan arah hubungan positif. Konflik merupakan faktor resiko yang memiliki hubungan kuat dan memiliki arah positif.

Tabel. 3.6. Analisis Pengaruh Faktor Resiko

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	.836	.672		1.243	.215
	Masalah sekolah	-.078	.077	-.076	-1.008	.315
	Masalah dengan orangtua	-.334	.197	-.140	-1.694	.092
	Trauma	-.048	.314	-.013	-.152	.879
	Bullying	.264	.274	.079	.961	.338
	Konflik	.998	.489	.162	2.041	.043
	Masalah dengan pasangan	.464	.403	.089	1.151	.251

Dari hasil analisis korelasi, dapat dilihat faktor resiko yang memiliki pengaruh kuat pada status mental beresiko adalah pernah tidaknya mengalami konflik di dalam hidup. Selanjutnya faktor resiko yang memiliki pengaruh sedang adalah masalah dengan orang tua. Faktor resiko masalah sekolah, trauma, bullying, konflik dan masalah dengan pasangan memiliki pengaruh yang lemah.

3.2. Diskusi

Sebanyak 71 % subyek penelitian memiliki status beresiko pada kategori ringan dan sedang. Subyek penelitian yang memiliki usia remaja yaitu 17-21 tahun merupakan golongan usia yang rentan mengalami persoalan psikologis. Status mental beresiko gangguan psikosis didiagnosis mulai usia remaja sampai pada usia dewasa. Pada kondisi status mental beresiko sedang dan ringan, seseorang akan menunjukkan beberapa simptom psikosis yang lemah atau disebut sebagai fase prodromal. Fase Prodromal adalah fase dari awal perubahan psikis pertama dan / atau gejala negatif ke onset umum gejala psikotik positif (misalnya halusinasi atau delusi). Durasi fase ini rata-rata sekitar dua hingga lima tahun (What phases of a psychosis are there?, 2015). Selain subyek yang memiliki resiko rendah dan sedang, terdapat 8 % subyek yang memiliki resiko tinggi. Subyek pada kategori ini, sebenarnya memerlukan observasi lebih lanjut terkait simptom agar dapat diprediksi perkembangan symptom psikosis.

Beberapa faktor resiko yang diidentifikasi memiliki pengaruh meningkatkan status mental beresiko adalah permasalahan dengan orangtua, permasalahan sekolah, permasalahan dengan pasangan, memiliki konflik, pengalaman trauma dan pengalaman bullying. Pada penelitian ini, ditemukan bahwa konflik merupakan faktor resiko yang memiliki hubungan kuat dan positif di banding faktor resiko lain. Konflik juga memiliki pengaruh pada status mental beresiko dalam kategori sedang.

Konflik yang dimaksud disini adalah persoalan hidup sehari-hari yang dialami oleh subyek penelitian dalam intensitas yang sedang sampai tinggi. Konflik dalam kehidupan sehari-hari dapat juga disebut sebagai stresor. Stresor merupakan salah satu faktor yang paling banyak menyebabkan gangguan psikologis, terutama jika individu tidak mampu mengelola stresor dengan tepat. Selain itu, stresor disinyalir menjadi faktor yang menyebabkan terjadinya relaps pada orang dengan gangguan psikosis.

Selain mempengaruhi terjadinya gangguan psikologis dan relaps pada penderita, stresor pun merupakan faktor yang penting pada kualitas hidup. Pendekatan distress/protektif

memiliki postulat bahwa kualitas hidup merupakan hasil interaksi antara faktor-faktor klinis dan faktor pelindung dari stress (faktor protektif). Kualitas hidup akan menurun jika faktor distress memberatkan faktor protektif dan sebaliknya. Faktor distress meliputi berbagai macam simptom psikopatologis, efek samping dari pengobatan dan distress emosional. Faktor kepribadian, cara koping, konstruk diri dan dukungan sosial merupakan faktor protektif (psikososial) (Ritsner & Kurs, 2003).

Faktor resiko lain memiliki pengaruh yang cenderung lemah pada status mental beresiko dengan arah korelasi yang berbeda. Persoalan sekolah dan persoalan dengan orang tua memiliki arah hubungan yang negatif. Sedangkan bullying dan trauma memiliki hubungan yang lemah dengan arah positif. Hal ini artinya semakin berat trauma yang terjadi dan semakin sering mengalami bullying, maka individu semakin beresiko mengalami psikosis.

4. DAFTAR PUSTAKA

- Álvarez-Jiménez, M., Parker, A. G., Hetrick, S. E., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2011). Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 619-630.
- Ambarini, T. K. (2016). *Skala Identifikasi Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis*. Surabaya: Psikologi Universitas Airlangga
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Miller P, Lawrie SM, Hodges A, dkk.2001.Genetic liability, illicit drug use, life stress and psychotic symptoms: preliminary findings from the Edinburgh study of people at high risk for schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*;36:338–342.
- Minimnya Sarana di Rumah Sakit Jiwa.Artikel pada *Harian Republika* 27 Maret 2000. Diakses 4 Juni 2006
- Nelson, B., Thompson, A., & Yung, A. R. (2012). Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis “prodromal” population. *Schizophrenia bulletin*, 38(6), 1277-1287.
- Raharjo dan Ambarini.2017. Hubungan Persepsi Pola Asuh Orang Tua Dengan Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis Pada Remaja. *Skripsi*. Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas).(2013).*Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Salsabila dan Ambarini.(2017). Identifikasi Remaja dengan Status mental beresiko Ditinjau dari Faktor Resiko Riwayat Kekerasan dan Korban Bullying. *Skripsi*. Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.
- World Health Organization.(1996). *Schizophrenia and Public Health*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.
- Yung AR, McGorry PD, McFarlane C, dkk.(1996). Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 1996;22:283–303.

Lampiran 5: Draft Book Chapter

Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis

Pendahuluan

Usaha preventif dalam kesehatan mental telah lama dilakukan. Saat ini upaya untuk meningkatkan kesehatan mental tidak hanya berfokus pada usaha kuratif, namun lebih kepada preventif. Pergeseran ini terjadi karena beberapa ahli menyatakan bahwa jika upaya preventif berhasil maka tidak perlu dilakukan upaya kuratif dan kesehatan mental lebih mungkin untuk dicapai.

Skizofrenia tampaknya merupakan tantangan yang sulit dari beberapa bentuk gangguan mental lainnya. Hingga saat ini, terdapat perawatan efektif yang tersedia dan dampak negatif dari gangguan tersebut tidak dapat dihindarkan. Namun, beberapa peneliti pada tahun-tahun sebelum, memiliki asumsi tentang kemungkinan dilakukannya intervensi sebelum timbulnya psikosis akut, yaitu selama masa prodrome. Pemberian intervensi lebih dini diperkirakan dapat meminimalisir dampak negative dari skizofrenia dan keluarganya (Meares, 1959; Sullivan, 1927, dicetak ulang tahun 1994). Lebih dari lima puluh tahun kemudian, ide-ide ini diterjemahkan ke dalam praktik dunia nyata.

Kemungkinan memberikan intervensi sebelum timbulnya fase akut gangguan psikotik telah menjadi minat internasional yang berkembang baru-baru ini (Edwards dan McGorry, 2002; Malla dan Norman, 2002). Minat tersebut telah menghasilkan pengembangan strategi untuk perawatan intensif episode psikotik pertama (Birchwood et al 1998; Edwards et al 1994; Edwards dan McGorry, 1998; Falloon et al 1998; McGlashan, 1998; McGorry, 1998; McGorry dan Jackson, 1999; Power et al 1998) dan perbaikan dalam pendeteksiannya, sehingga meminimalkan penundaan antara onset psikosis dan pengobatan (Harrigan dkk 2003; Larsen dan Opjordsmoen, 1996; Lieberman dan Fenton, 2000; McGorry, 2000) (Yung, Philips, & McGorry, 2014).

Onset sindrom psikosis positif merupakan tahap penting dalam perkembangan skizofrenia (Heinssen dkk, 2001). Meskipun tidak semua episode psikotik pertama berkembang menjadi skizofrenia.. Kenyataannya, semakin luas target pada episode pertama psikosis maka semakin bernilai terapeutik daripada fase skizofrenia, yang dapat dianggap sebagai subtype di mana beberapa pasien berkembang mengikuti episode pertama psikosis (McGorry, dkk. 2003). Sehingga penting untuk memantau timbulnya gangguan mental yang terjadi sehingga dapat diprediksi perkembangan gangguan tersebut. (Yung, Philips, & McGorry, 2014)

Skizofrenia sendiri merupakan gangguan mental yang mewakili berbagai berbagai penyakit heterogen, dengan variabilitas yang ditandai dalam gejala dan hasil. Sehingga menjadi penting untuk menilai sindrom (kumpulan symptom) dari gangguan tersebut, yaitu sindrom psikosis.

Teori

1. Psikosis

1.1. Definisi

Psikosis adalah gangguan yang menggambarkan kondisi yang mempengaruhi pikiran dan telah terjadi hilangnya kontak dengan realitas. Ketika seseorang mengalami situasi tersebut maka disebut sebagai episode psikotik. Selama periode psikosis, pikiran dan persepsi seseorang terganggu dan individu mungkin mengalami kesulitan memahami apa yang nyata dan apa yang tidak

Psikosis bukan hanya skizofrenia, meskipun merupakan gangguan psikosis yang paling terkenal. Beberapa macam gangguan psikosis :

- a. Skizofrenia,
- b. Bipolar disorder,
- c. Psychotic depression,
- d. Schizoaffective Disorder

e. **Drug-induced Psychosis**
(What phases of a psychosis are there?, 2015)

1.2. **Simptom**

Banyak penelitian telah mencoba untuk mendefinisikan onset psikosis secara retrospektif dalam gangguan psikotik yang sudah ada seperti skizofrenia. Gejala psikotik jarang muncul tiba-tiba, tetapi lebih mungkin berangsur-angsur berubah dan memburuk, dari keadaan simptom ringan sampai pada kondisi ambang. Simptom psikotik awal yang lebih halus mungkin lebih sulit untuk dikenali. Orang muda yang mengalami gejala psikotik untuk pertama kalinya mungkin kurang menyadari bahwa fenomena yang mereka alami adalah hasil dari gangguan mental dan ini yang membuat mereka tidak menceritakannya kepada orang lain (Thompson, 2001 dalam Yung, Philips, & McGorry, 2014).

Gejala-gejala psikosis biasanya dibagi menjadi gejala positif, termasuk halusinasi (persepsi tanpa adanya stimulus) dan delusi (keyakinan tetap atau palsu), dan 'gejala negatif' (seperti apatis emosional, kurangnya dorongan, kemiskinan pidato, penarikan sosial dan pengabaian diri). Anak-anak dan remaja yang mengembangkan psikosis akan memiliki kombinasi gejala dan pengalaman unik mereka, pola yang tepat yang akan dipengaruhi oleh keadaan dan tahap perkembangan mereka (Yung, Philips, & McGorry, 2014).

Biasanya, pada psikosis anak dan remaja-onset dan skizofrenia ada periode prodromal yang ditandai oleh beberapa penurunan fungsi pribadi, yang mungkin mengikuti periode akut stres, pengalaman yang menyusahkan atau penyakit fisik (Garralda, 1984). Periode prodromal termasuk gejala negatif seperti konsentrasi dan masalah memori, perilaku dan ide-ide yang tidak biasa atau tidak khas, pengalaman yang tidak biasa, pengalaman persepsi yang aneh, komunikasi terganggu dan mempengaruhi, penarikan sosial, apatis dan mengurangi minat dalam kegiatan sehari-hari. Periode ini dapat berlangsung hingga 1 tahun (Werry, McClellan, & Andrew, 1994) dan secara negatif mempengaruhi kinerja sekolah. Pola onset berbahaya dapat menunda diagnosis psikosis dan skizofrenia pada anak-anak.

Periode prodromal biasanya diikuti oleh episode akut ditandai dengan gejala-gejala positif halusinasi dan delusi, dan gangguan perilaku. Gejala-gejala ini biasanya disertai dengan agitasi dan distress (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013). Berbagai macam pengalaman persepsi anomali dapat terjadi pada awal episode psikosis yang mengarah ke rasa takut atau kebingungan, yang mungkin merupakan suasana delusional dan menandai episode psikotik penuh. Pengalaman-pengalaman anomali ini mungkin termasuk perasaan bahwa tempat-tempat dan orang-orang yang akrab dan reaksi mereka telah berubah dengan cara yang halus. Pengalaman-pengalaman ini dapat dihasilkan dari gangguan antara persepsi dan ingatan (untuk tempat-tempat dan orang-orang yang akrab) dan tanggapan afektif yang terkait (arti-penting yang diberikan kepada persepsi-persepsi ini). Pengalaman-pengalaman ini mungkin menakutkan, membingungkan dan menyusahkan bagi anak atau orang muda.

Sebagai contoh, seorang anak atau orang muda pada permulaan penyakit mungkin mempelajari refleksi mereka di cermin selama berjam-jam karena terlihat anehnya tidak dikenal. Setelah episode akut, biasanya setelah intervensi farmakologis dan psikologis, gejala positif berkurang dan menghilang untuk banyak pada sebagian anak dan remaja, meskipun sejumlah gejala negatif mungkin tetap ada. Fase ini, yang dapat berlangsung selama bertahun-tahun, dapat terganggu oleh episode akut berulang yang mungkin memerlukan intervensi tambahan. Gejala yang bertahan tampaknya menjadi sangat umum ketika kondisi dimulai pada anak-anak pra-remaja (Eggers & Bunk, 1997 dalam National Collaborating Centre for Mental Health, 2013).

1.3. **Diagnosis**

Tantangan dalam menegakkan diagnosis psikosis episode pertama adalah definisi gangguan psikotik dan bagaimana gangguan tersebut berhubungan dengan gejala psikotik. Pertanyaan lain yang penting dijawab adalah Apakah adanya gejala psikotik artinya seseorang memiliki gangguan psikotik? Mengacu pada penelitian yang telah dilakukan, (Peters 2001; Peters dkk 1999; van Os dkk 1999, 2000), sebagian besar orang dalam komunitas mengalami gejala psikotik di beberapa titik kehidupan mereka, dan mereka tidak selalu merasa tertekan

oleh gejala yang muncul. Terkait kondisi tersebut, haruskah mereka dianggap memiliki gangguan? Atau haruskah gangguan hanya didiagnosis dengan munculnya gangguan fungsi, kecacatan, adanya usaha mencari bantuan ataupun munculnya kesulitan? (Yung, Philips, & McGorry, 2014)

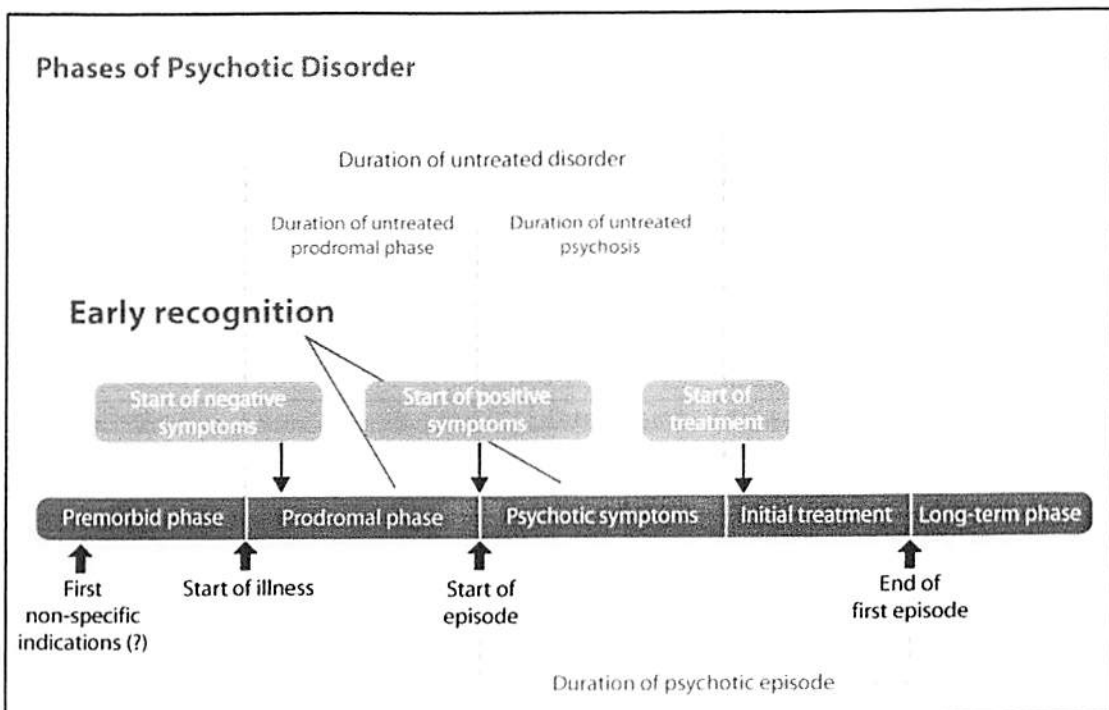
Hal lain yang perlu dipertimbangkan adalah intensitas gejala psikotik, frekuensi dan durasi. Parameter lain yang dapat dimasukkan dalam definisi 'gangguan' psikotik termasuk ada atau tidaknya dan tingkat komorbiditas dengan sindrom kejiwaan lainnya, seperti depresi, dan tingkat bunuh diri dan bahaya. DSM IV menyatakan bahwa kehadiran sindrom perilaku atau psikologis yang signifikan secara klinis diperlukan untuk mendiagnosis gangguan mental (American Psychiatric Association 1987, 1994 dalam Yung, Philips, & McGorry, 2014). Penilaian ini pun perlu didukung oleh data mengenai kualitas hubungan dengan orang lain, aktivitas sehari-hari, sejarah pendidikan dan hal lainnya.

Orang dengan gangguan psikotik, seperti skizofrenia, mungkin mengalami gangguan dalam melakukan fungsi sehari-hari, namun tidak selalu menyadari bahwa mereka memerlukan bantuan ataupun treatment tertentu. Sehingga pada kasus psikosis, sulit membuat diagnosis jika berdasarkan ada atau tidaknya perasaan terganggu pada individu yang mengalaminya. Pada kasus psikosis, adanya data akan kesulitan ataupun gangguan dalam melaksanakan fungsi sehari-hari dan munculnya dampak yang merugikan dapat dijadikan dasar untuk membuat diagnosis.

Pengakkan onset psikosis dapat dilakukan berdasarkan beberapa hal :

1. Adanya symptom psikosis, muncul setidaknya salah satu symptom berikut gangguan persepsi, ide-ide paranoid, perkataan atau perilaku aneh.
 2. Episode munculnya symptom lebih dari 1 minggu
 3. Frekuensi munculnya symptom paling tidak beberapa kali setiap minggu
2. Status mental Beresiko gangguan psikosis
- 2.1. Prodromal

Periode sebelum diagnosis pasti dari gangguan psikotik, seperti skizofrenia, secara tradisional telah disebut sebagai 'fase premorbid'. Namun, istilah ini telah menyebabkan beberapa kebingungan karena sebenarnya mencakup dua fase, bukan satu yaitu fase premorbid yang benar dan fase prodromal atau prodrome. Perbedaan antara dua fase ini dapat dilihat pada gambar 1.



Gambar 1. Fase Psikosis (What phases of a psychosis are there?, 2015)

Berikut penjelasan fase psikosis :

1. **FASE PRODRIMAL** - "Tahap prodromal" (diterjemahkan sebagai "fase prekursor" adalah fase dari awal perubahan psikis pertama dan / atau gejala negatif ke onset umum gejala psikotik positif (misalnya halusinasi atau delusi). Durasi rata-rata sekitar dua hingga lima tahun.
 2. **FASE OF THE UNTREATED PSYCHOSIS** - Ini mengacu pada fase dari onset umum gejala psikotik (misalnya halusinasi atau khayalan) ke perawatan pertama. Durasi rata-rata adalah sekitar enam hingga dua belas bulan.
 3. **Fase AKUT** - Di sinilah awal gangguan yang lengkap terjadi dengan halusinasi, ide delusional dan pikiran yang tidak koheren / lengah. Bagian dari gangguan adalah bahwa Anda mungkin mengalami kesulitan dalam memahami bahwa Anda sakit
 4. **FASE JANGKA PANJANG** - Setelah hilangnya gejala akut dan stabilisasi keadaan, gejala negatif dapat terus ada selama periode yang sangat panjang. Fase ini bisa berlangsung bertahun-tahun; terkadang juga dengan relaps ke fase akut.
- (What phases of a psychosis are there?, 2015)

Istilah 'prodrome' berasal dari kata Yunani *prodromos*, yang berarti pelopor dari suatu peristiwa (Fava dan Kellner 1991). Ini adalah konsep yang umum digunakan dalam kedokteran klinis dan mengacu pada gejala awal dan tanda-tanda yang dialami seseorang sebelum sindrom penyakit menjadi jelas. Jadi, istilah 'prodrome' memiliki dua implikasi: (1) orang tersebut bergejala selama fase ini; dan (2) orang tersebut akan mengembangkan penyakit penuh mengikuti prodrome.

Kedua poin ini relevan dengan pemikiran tentang mengidentifikasi dan menyediakan perawatan bagi orang-orang yang dicurigai berada dalam fase prodromal dari episode psikotik pertama. Pertama, karena individu yang mengalami prodrom bersifat simptomatik, itu berarti bahwa mereka dapat mencari bantuan pada tahap ini untuk masalah mereka dan karena itu dapat dideteksi. Kedua, implikasi bahwa mereka akan selalu mengembangkan penyakit penuh didukung fakta bahwa prodrome adalah konsep retrospektif. Itu hanya benar-benar dapat dikenali setelah gangguan definitif telah dimulai.

Beberapa studi dan penelitian dari Häfner dan kawan-kawan mengungkapkan bahwa penyakit psikotik benar-benar mulai memiliki konsekuensi klinis dan sosial setelah masa pubertas, biasanya selama masa remaja dan kehidupan dewasa awal (Häfner et al 1995). Fase prodromal ini ditandai dengan gejala non-spesifik dan disabilitas fungsional yang sedang berkembang. Termasuk pula sejumlah disabilitas yang berkembang pada fase skizofrenia sebelum munculnya sindrom psikotik positif penuh (Agerbo et al 2003; Häfner et al 1995; Yung dan McGorry 1996). Bahkan gangguan yang berkembang selama fase prodrome, dapat menjadi dasar untuk intervensi pada orang-orang muda (McGorry et al 2003).

Terdapat bukti bahwa pada tahapan transisi dari fase prodromal ke psikosis melibatkan struktur dan fungsi otak (Pantelis et al 2003). Hal ini mungkin menandai awal perubahan neurobiologis sebagai dampak dari psikosis. Bahkan, sejumlah besar gejala psikiatrik, disabilitas, dan *selfharm* serta perilaku merusak kesehatan lainnya terjadi selama fase prodromal ini (Yung dan Jackson 1999; Yung et al 2003 dalam Yung, Philips, & McGorry, 2014) dan penelitian yang lebih baru menunjukkan terjadinya beberapa perubahan neurobiologis.

2.2. *Ultra High Risk (UHC)*

Status mental berisiko atau *ultra high*, dicirikan adanya gejala psikotik positif subklinis, gejala psikotik intermiten singkat yang singkat atau kombinasi

indikator risiko genetik, seperti kehadiran gangguan schizotypal, dengan kerusakan fungsional baru-baru ini.

Meskipun resiko skizofrenia yang muncul meningkat pada anak-anak ini dan orang muda yaitu antara satu dalam lima sampai satu dari sepuluh diperkirakan mengembangkan gangguan skizofrenia. Namun prediksi skizofrenia berdasarkan pada risiko atau status mental berisiko tinggi memiliki angka kejadian pada tingkat sedang. Selain itu, sebagian besar anak-anak dan remaja yang diidentifikasi memiliki status mental berisiko memiliki berbagai macam masalah kesehatan mental lainnya (misalnya, depresi, kecemasan, gangguan penggunaan narkotika atau gangguan kepribadian). (National Collaborating Centre for Mental Health, 2013).

Status mental berisiko gangguan psikosis diidentifikasi berdasarkan beberapa gejala prodromal yang dilaporkan. Kriteria telah dikembangkan adalah kriteria *Ultra High Risk* (UHR) (Yung 2004, dalam Thompson, Marwaha, & Broom, 2016). Individu yang memenuhi kriteria ini dianggap memiliki status mental yang berisiko gangguan psikosis.

Berikut kriteria UHR, terdiri dari tiga kelompok : (Thompson, Marwaha, & Broom, 2016)

- a. Gejala psikotik yang dilemahkan (*attenuated psychotic symptoms /APS*), yaitu adanya gejala gangguan psikotik yang lemah (subthreshold untuk diagnosis gangguan psikotik) dalam 12 bulan sebelumnya. Berikut kriteria diagnosis APS :
 1. Kehadiran setidaknya satu dari gejala berikut : ide referensi, keyakinan aneh atau pemikiran magis, gangguan perseptual, ideologi paranoid, pemikiran dan perkataan yang aneh, perilaku dan penampilan aneh
 2. Frekuensi gejala : setidaknya beberapa kali seminggu
 3. Keterkinian gejala : hadir dalam satu tahun terakhir
 4. Durasi gejala : hadir setidaknya selama 1 minggu dan tidak lebih dari 5 tahun
- b. Gejala psikotik intermiten singkat (*brief limited intermittent psychotic symptoms /BLIP*), yaitu riwayat gejala psikotik singkat terbatas dalam 12 bulan sebelumnya, yang menghilang secara spontan (dalam 7 hari). Berikut kriteria diagnosis APS :
 1. Gejala psikotik sementara
 2. Kehadiran setidaknya salah satu dari berikut: ide referensi, pemikiran magis, gangguan perseptual, ideologi paranoid, pemikiran aneh atau ucapan
 3. Durasi episode: kurang dari 1 minggu
 4. Frekuensi gejala: setidaknya beberapa kali seminggu
 5. Gejala sembuh secara spontan
 6. Keterkinian gejala : pasti terjadi dalam satu tahun terakhir
- c. Kelompok Kerentanan Trait, yaitu kerentanan genetik terhadap gangguan psikotik (baik gangguan kepribadian schizotypal atau riwayat keluarga gangguan psikotik pada kerabat tingkat pertama).

3. Faktor Resiko

Beberapa hal merupakan faktor resiko yang menyebabkan seseorang lebih rentan memiliki status mental berisiko gangguan psikosis. Terdapat hubungan antara persepsi terhadap ekspresi emosi (EE) orang tua dengan remaja status mental berisiko gangguan psikosis. Semakin negatif persepsi terhadap EE maka akan semakin tinggi gejala prodromal yang tampak (Ambarini, 2016). Selain itu pola asuh yang diterapkan oleh orang tua juga memiliki peran pada status mental berisiko gangguan psikosis. Pola asuh authoritarian berhubungan dengan status mental berisiko gangguan psikosis pada remaja. Pola asuh tersebut disinyalir menjadi salah satu penyebab terjadinya status mental berisiko (Raharjo & Ambarini, 2017).

Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh Salsabila dan Ambarini (Salsabila & Ambarini, 2017) mengenai Pemetaan Remaja dengan SMBGP berdasarkan faktor resiko genetik dan trauma masa lalu di Surabaya diperoleh data bahwa pada sebanyak 50.5 % subyek penelitian merupakan korban bullying, 30,7 % pernah mengalami kekerasan fisik, 20,7 % memiliki keluarga dengan penderita psikosis, dan 14,9 % pernah mengalami kekerasan seksual. Hal ini menunjukkan bahwa pengalaman trauma pada masa lampau menjadi penyebab utama status mental beresiko, selain faktor adanya riwayat gangguan mental di dalam keluarga.

4. Asesmen Status mental beresiko Gangguan Psikosis

a. Psychosis Risk Screening with the Prodromal Questionnaire – Brief version (PQ-B)

PQ-B merupakan alat ukur berupa skala yang terdiri dari 92 aitem. Menggunakan prinsip *self report*, sehingga individu diminta memberikan respon berdasarkan aitem yang harus dijawab. Skala ini digunakan untuk proses skiring dan selanjutnya data tersebut dapat digunakan untuk menggali simptom lebih dalam melalui proses wawancara. Sensitivitas skala ini sebesar 90% dan spesifisitas sebesar 49% (Bearden, Cannon, & Loewy, 2011).

Kemudian PQ direvisi untuk meningkatkan efisiensi dan akurasi dengan memfokuskan pengukuran pada gejala positif saja dari psikosis. Hal ini dilakukan karena gejala positif merupakan karena untuk diagnosis berbasis wawancara dari sindrom prodromal. Pengukuran dengan menggunakan PQ menemukan bahwa pada populasi umum, pengalaman seperti psikotik muncul sekitar 20% pada orang dewasa dan seringkali tanpa adanya gangguan psikotik penuh (Hanssen, dkk, 2003 dalam Bearden, Cannon, & Loewy, 2011). Dalam penelitian tersebut, risiko munculnya gangguan psikosis di kemudian hari terjadi sekitar empat sampai lima kali lebih besar ketika individu merasa tertekan oleh pengalaman psikotik dibandingkan dengan mereka yang tidak (Loewy, dkk, 2007).

b. Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS) (Yung 2005)

Asesmen lain yang dapat digunakan untuk mengukur status mental beresiko gangguan psikosis adalah Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS). Alat ukur ini bertujuan untuk :

1. menentukan apakah seorang individu memenuhi kriteria untuk status mental beresiko
2. mengesampingkan, atau mengkonfirmasi kriteria untuk psikosis akut
3. memetakan berbagai faktor psikopatologi dan fungsi, dari waktu ke waktu pada orang muda di risiko tinggi yang sangat tinggi dari psikosis

CAARMS berupa sebuah alat ukur wawancara semiterstruktur yang dirancang untuk digunakan oleh profesional kesehatan mental yang sudah dapat menilai dan mengevaluasi informasi pasien. Ini dirancang untuk penggunaan berulang dari waktu ke waktu, misalnya, setiap bulan hingga 6 bulan.

CAARMS mencakup sub-subskala berikut: gangguan isi pemikiran (misalnya mood delusional, ide-ide dan delusi yang terlalu tinggi), kelainan perseptual (misalnya distorsi, ilusi dan halusinasi), distorsi konseptual (misalnya kesulitan yang dialami secara subyektif dengan pembentukan pemikiran dan penilaian obyektif gangguan pikiran formal), perubahan motorik (misalnya kesulitan yang dialami secara subyektif dengan gerakan dan tanda-tanda obyektif dari katatonia), konsentrasi dan perhatian (menilai baik pengalaman subyektif dan penilaian obyektif), emosi dan mempengaruhi (menilai rasa perubahan subyektif dalam emosi dan penilaian obyektif menumpulkan mempengaruhi), energi terganggu secara subyektif (gejala dasar) dan gangguan toleransi terhadap stres yang normal (gejala dasar) (Yung, Yuen, McGorry, & Phillips, 2005).

c. Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS)

SIPS adalah wawancara diagnostik semi-terstruktur yang mencakup lima komponen yaitu

1. Skala Gejala Prodromal sejumlah 19 aitem,
 2. Penilaian Fungsi Global (GAF Scale)
 3. Checklist kepribadian schizotypal berdasarkan DSM-IV
 4. Riwayat gangguan mental di dalam keluarga
 5. Checklist Kriteria Sindrom Prodromal (Miller, dkk., 2001)
- d. The associated Scale of Pro-dromal Symptoms (SOPS)

The Scale of Prodromal Symptoms (SOPS) dikembangkan oleh Thomas H. McGlashan seorang psikiater, pada tahun 2001. SOPS adalah instrumen evaluasi yang digunakan untuk mengidentifikasi dan menganalisis tahap awal skizofrenia dan gangguan psikotik lainnya. Skala ini berisi kriteria diagnosis berdasarkan pola perilaku. Terdapat 6 level skor untuk mengukur tingkat keparahan dari lima gejala positif, empat gejala kekacauan dan empat gejala khas dari skizofrenia. (Nugent, 2003)

5. Intervensi

Jika fase prodromal dapat dikenali secara prospektif dan pengobatan diberikan pada tahap ini, maka disabilitas dapat diminimalkan, beberapa intervensi mungkin dilakukan sebelum gejala dan fungsi yang buruk menjadi mengakar dan kemungkinan mencegah, menunda atau memperbaiki gangguan psikotik yang akan muncul. Selain itu, perubahan neurobiologis yang terjadi sekitar waktu onset gangguan psikosis juga bisa dicegah, diminimalkan atau dibalik.

Diperkirakan bahwa orang dengan usia lebih muda yang mengalami fase awal psikosis ini mungkin terlibat lebih cepat dengan pengobatan daripada orang-orang muda yang tidak sehat secara akut dan mungkin mengalami gejala yang menghalangi mereka untuk mencari bantuan dan dukungan. Jika individu pada fase 'prodromal' menjadi lebih tidak sehat, kebutuhan untuk rawat inap mungkin berkurang karena pengobatan yang efektif dapat diberikan dengan cepat, tanpa penundaan. Demikian pula, mereka mungkin lebih cenderung menerima pengobatan jika psikosis akut muncul daripada orang-orang muda yang tidak sehat akut jauh sebelum bantuan dicari.

Manfaat yang diperoleh jika intervensi dilakukan pada tahap pra psikosis adalah :

- a. Onset psikosis dapat dicegah, sehingga resiko terjadinya gangguan psikosis penuh dapat dikurangi
- b. Perubahan neurobiologis yang mungkin terjadi sekitar waktu onset psikosis juga dapat dicegah atau diminimalkan.
- c. Terjadinya psikosis bisa diperbaiki, sehingga rawat inap dan gangguan fungsi hidup lainnya dapat diminimalkan. Selain itu karena gejala psikosis yang ada mungkin berkurang, maka pengelolaan gangguan dapat lebih mudah dan lebih efektif.
- d. Onset psikosis dapat ditunda. Dampak dari episode pertama psikosis yang terjadi pada seorang remaja berusia 16 tahun cenderung memberikan dampak buruk pada perkembangan kepribadian, harga diri, relasi dengan orang lain, prestasi di bidang pendidikan, dibanding jika episode pertama terjadi pada rentang usia 30 tahun sampai lanjut usia. Hal ini didukung oleh fakta bahwa pada remaja dengan onset dini skizofrenia secara signifikan lebih buruk daripada mereka dengan onset di tengah hingga akhir kehidupan dewasa (Krausz dan Muller-Thomsen 1993). Bahkan penundaan onset psikosis selama satu tahun berdampak signifikan untuk mengurangi biaya mengobati gangguan (McGorry et al 2001).
- e. Merupakan sebuah bantuan bagi individu, terlepas apakah transisi ke gangguan psikosis akhirnya terjadi. Intervensi yang diberikan dapat berguna untuk mengatasi masalah serius seperti penarikan sosial, gangguan fungsi dan distress yang mungkin menjadi lebih buruk.
- f. Intervensi ini dapat mencegah, menunda atau memperbaiki gangguan kesehatan mental lainnya yang mungkin telah berkembang.
- g. Merupakan salah satu langkah untuk membangun fondasi bagi intervensi selanjutnya. Keluarga juga dapat terlibat dan diberi dukungan emosional dan informasi

- h. Jika psikosis berkembang, dapat dideteksi dengan cepat dan durasi psikosis yang tidak diobati dapat diminimalkan. Hal ini menjadi penting karena semakin lama durasi psikosis yang tidak diobati maka semakin buruk prediksi terjadinya skizofrenia di masa yang akan datang
- i. Jika psikosis berkembang maka pengobatan dapat dimulai pada waktu yang tepat dan tidak memberikan dampak traumatis bagi individu
- j. Komorbiditas, seperti depresi dan penyalahgunaan zat, dapat ditangani secara efektif (McGorry, Yung, & Phillips, 2003)

Intervensi pra-psikosis atau prodromal memiliki tujuan untuk : (1) melakukan penanganan gejala dan disabilitas yang dialami individu saat ini; dan (2) pencegahan terjadinya psikosis. Intervensi semacam ini dikenal sebagai "*indicated intervention*"

Intervensi Psikologis dan Psikososial dapat diterapkan pada individu dengan status mental beresiko. Intervensi yang diberikan harus mencakup teknik yang dapat memperbaiki gejala dan mengatasi kerentanan pada proses perkembangan remaja. Sehingga tujuan intervensi yang diberikan mencakup pengurangan tekanan yang disebabkan oleh gejala psikosis; mempromosikan pemulihan sosial dan pendidikan; mengurangi depresi dan kecemasan sosial; dan pencegahan kekambuhan.

Intervensi pada anak-anak yang lebih muda (13 tahun atau lebih muda). dikarenakan ketidakmatangan perkembangan, perawatan kognitif lebih sulit untuk diterapkan pada anak-anak kecil dan pengobatan lebih mungkin bergantung pada intervensi perilaku, yang melibatkan reward atas keterlibatan anak dalam kegiatan sehari-hari yang sesuai. Keluarga perlu mengurangi tingkat kritik yang tinggi, emosi negatif atau terlalu terlibat, dan untuk mengelola harapan orang tua terkait kemampuan anak menjalankan fungsinya sesuai dengan tingkat keparahan gejala (terutama selama fase akut penyakit), akan sangat penting di kelompok usia ini.

Beberapa bentuk intervensi yang dapat diberikan adalah :

1. Cognitive behavioural therapy (CBT)
2. Konseling dan Psikoterapi suportif
3. Intervensi Keluarga (termasuk family therapy)
4. Psikoterapi psikodinamika dan psikoanalisis
5. Psikoedukasi
6. Pelatihan Keterampilan Sosial
7. Terapi Seni

(National Collaborating Centre for Mental Health , 2013)

Simpulan

Status mental beresiko gangguan psikosis merupakan kondisi psikologis yang menunjukkan munculnya symptom-symptom psikosis pada level yang lemah. Kondisi ini juga dikenal dengan istilah "prodromal", yaitu periode sebelum diagnosis pasti dari gangguan psikotik. Pada periode ini, terjadi perubahan psikis pertama dan / atau gejala negatif ke onset umum gejala psikotik positif (misalnya halusinasi atau delusi). Periode ini memiliki durasi rata-rata sekitar dua hingga lima tahun. Status mental berisiko atau *ultra high*, dicirikan adanya gejala psikotik positif subklinis, gejala psikotik intermiten singkat yang singkat atau kombinasi indikator risiko genetik, seperti kehadiran gangguan schizotypal, dengan kerusakan fungsional baru-baru ini.

Terdapat beberapa asesmen yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi status ini, yaitu Psychosis Risk Screening with the Prodromal Questionnaire – Brief version (PQ-B), Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (CAARMS), Structured Interview for Prodromal Symptoms (SIPS) atau The associated Scale of Prodromal Symptoms (SOPS).

Identifikasi status mental berisiko gangguan psikosis menjadi hal yang penting, karena disabilitas dapat diminimalkan. Selain itu, Onset psikosis dapat dicegah, sehingga resiko terjadinya gangguan psikosis penuh dapat dikurangi ataupun onset dapat ditunda.

Beberapa intervensi yang dapat dilakukan kepada individu dengan status mental berisiko gangguan psikosis adalah Cognitive behavioural therapy (CBT), Konseling dan Psikoterapi suportif, Intervensi Keluarga (termasuk family therapy), Psikoterapi

psikodinamika dan psikoanalisis, Psikoedukasi, Pelatihan Keterampilan Sosial dan Terapi Seni.

Daftar Pustaka

Ambarini. (2016). *Ekspresi Emosi dan Status mental Beresiko Gangguan Psikosis*. Surabaya: Universitas Airlangga.

Bearden, C. E., Cannon, T. D., & Loewy, R. L. (2011). Psychosis Risk Screening with the Prodromal Questionnaire – Brief version (PQ-B). *Schizophr Res*, 129, 42-46.

Garralda, M. (1984). Psychotic children with hallucinations. *The British Journal of Psychiatry*, 145, 74-77.

McGorry, P., Yung, A., & Phillips, L. (2003). The 'close-in' or ultra high risk model: A safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 771-790.

Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Somjee, L., Markovich, P. J., Kelly, S., et al. (2001). Prospective Diagnosis of the Initial Prodrome for Schizophrenia Based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: Preliminary Evidence of Interrater Reliability and Predictive Validity. *American Journal Of Psychiatry*, 159, 863-865.

National Collaborating Centre for Mental Health . (2013). *PSYCHOSIS AND SCHIZOPHRENIA IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE : RECOGNITION AND MANAGEMENT*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Nugent, P. M. (2003, april 28). *SCALE OF PRODRAMAL SYMPTOMS (SOPS)*. Retrieved september 5, 2018, from psychologydictionary.org: <https://psychologydictionary.org/scale-of-prodromal-symptoms-sops/>
Psychosis Risk Screening with the Prodromal Questionnaire – Brief version (PQ-B) . (n.d.).

Raharjo, & Ambarini. (2017). *Hubungan Persepsi pola asuh orang tua dengan status mental beresiko gangguan psikosis*. Surabaya: Universitas Airlangga.

Salsabila, H., & Ambarini, T. (2017). *Pemetaan Remaha dengan Status Mental Beresiko Gangguan Psikosis di Surabaya*. Surabaya: Univeristas Airlangga.

Thompson, A., Marwaha, S., & Broom, M. R. (2016). At-risk mental state for psychosis: identification and current treatment approaches. *BJPsych Advances*, 22, 186-193.

Werry, J., McClellan, J., & Andrew, L. (1994). Clinical features and outcome of child and adolescent schizophrenia . *Schizophrenia Bulletin*, 619-630.

What phases of a psychosis are there? (2015). Retrieved Oktober 5, 2018, from [www.psychosis-bipolar.com: http://www.psychosis-bipolar.com/information-about-psychoses-10.html](http://www.psychosis-bipolar.com/information-about-psychoses-10.html)

Yung, A. R., Yuen, H., McGorry, P. D., & Phillips, L. J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States . *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 964–971 .

Yung, A., Philips, L., & MCGorry, P. D. (2014). *Treating Schizophrenia in the Prodromal*

