

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN STIGMA MAHASISWA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA TERHADAP ORANG DENGAN MASALAH
KESEHATAN MENTAL**

Karya Tulis Ilmiah

**untuk Memenuhi Sebagian Syarat
Memperoleh Derajat Sarjana Kedokteran**

**Program Studi Kedokteran
Program Sarjana**



Oleh:

**Intan Kusumaningtyas
18711162**

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2022**

**RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND STIGMA OF
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA STUDENTS TOWARD PEOPLE WITH
MENTAL HEALTH PROBLEMS**

Scientific Writing

as A Requirement for the Degree of Undergraduate Program in Medicine

Undergraduate Program in Medicine



by:

**Intan Kusumaningtyas
18711162**

**FACULTY OF MEDICINE
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA
YOGYAKARTA
2022**

HALAMAN PENGESAHAN

**HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN STIGMA MAHASISWA
UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA TERHADAP ORANG DENGAN MASALAH
KESEHATAN MENTAL**

Karya Tulis Ilmiah

Disusun dan diajukan oleh:

**Intan Kusumaningtyas
18711162**

**Telah diseminarkan tanggal: 9 Desember 2022
dan telah disetujui oleh:**

Penguji

Pembimbing



**dr. Eska Agustin Putri Susanti, Sp.KJ
NIK 077110427**

**dr. Moetrarsi Sri Kanapsijah F., Sp.KJ
NIK 077110412**

**Ketua Program Studi Kedokteran
Program Sarjana**



**dr. Pariawan Lutfi Ghazali, M.Kes
NIK 017110413**



**Disahkan
Dekan**



**Dr. dr. Isnatin Muliadiyah, M.Kes
NIK 017110409**

PERNYATAAN PUBLIKASI

Bismillahirrahmanirrahim

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Intan Kusumaningtyas
NIM : 18711096
Judul KTI : Hubungan antara Pengetahuan dan Stigma
Mahasiswa Universitas Islam Indonesia Terhadap
Orang dengan Masalah Kesehatan Mental
Dosen Pembimbing : dr. Moetrarsi Sri Kanapsijah F., Sp.KJ

Dengan ini menyatakan bahwa (pilihan diberi tanda V) :

Memberi ijin kepada Perpustakaan FK UII mempublikasikan di repository UII berupa seluruh bagian laporan KTI (tanpa lampiran)

Memberi ijin kepada Perpustakaan FK UII mempublikasikan di repository UII berupa Abstrak saja karena akan dipublikasikan di jurnal.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 9 Desember 2022

Dosen Pembimbing



dr. Moetrarsi Sri Kanapsijah F., Sp.KJ
NIK 077110412

Yang Menyatakan



Intan Kusumaningtyas
NIM 18711162

DAFTAR ISI

Halaman Judul (Bahasa Indonesia).....	i
Halaman Jusul (Bahasa Inggris)	ii
Halaman Pengesahan	iii
Pernyataan Publikasi.....	iv
Daftar Isi	v
Daftar Gambar.....	vii
Daftar Tabel.....	viii
Halaman Pernyataan.....	ix
Kata pengantar.....	x
Intisari.....	xi
<i>Abstract</i>	xii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	3
1.4 Keaslian Penelitian	3
1.5 Manfaat Penelitian	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Definisi masalah kesehatan mental.....	6
2.2 Kondisi kesehatan mental di Indonesia.....	6
2.3 Definisi pengetahuan.....	6
2.4 Pengetahuan mengenai masalah kesehatan mental di Indonesia.....	7
2.5 Definisi stigma.....	8
2.6 Stigma terhadap masalah kesehatan mental.....	8
2.7 Proses stigma terhadap orang dengan gangguan mental.....	9
2.8 Jenis-jenis Stigma yang Dialami Orang Dengan Masalah Kesehatan Mental.....	10
2.9 Faktor-faktor yang mempengaruhi stigma.....	12
2.10 Kerangka teori.....	15
2.11 Kerangka konsep.....	15
2.12 Hipotesis.....	15
BAB III. METODE PENELITIAN	16
3.1 Jenis dan Desain Penelitian	16
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	16
3.3 Populasi dan Subyek Penelitian	16
3.3.1 Populasi Penelitian	16
3.3.2 Subyek Penelitian	16
3.3.3 Teknik Sampling	16
3.3.4 Besar Sampel	17
3.3.5 Prosedur pengumpulan data.....	17
3.4 Variabel Penelitian	18
3.5 Definisi Oprasional	18
3.6 Instrumen Penelitian	18

3.7 Uji validitaas dan reliabilitas.....	19
3.8 Alur penelitian.....	20
3.9 Metode analisis data.....	20
3.10 Etika Penelitian	21
BAB. IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil analisis data.....	22
4.1.1 Analisis univariat.....	22
4.1.2 Analisis bivariat.....	24
4.2 Pembahasan.....	29
4.3 Keterbatasan penelitian	38
BAB V. SIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Simpulan.....	39
5.2 Saran.....	39
Daftar Pustaka	41
lampiran.....	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.....	7
Gambar 2.....	15
Gambar 3.....	15
Gambar 4.....	20
Gambar 5.....	24

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian Penelitian.....	3
Tabel 2. Definisi Operasional.....	19
Tabel 3. Data Sosiodemografis Partisipan.....	23
Tabel 4. Nilai MAKS and CAMI.....	23
Tabel 5. Hubungan Korelasi Pengetahuan dengan Stigma.....	25
Table 6. Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Pengetahuan.	26
Tabel 7. Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Stigma.....	28

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu per dosenan tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar Pustaka.

Yoovakarta, 9 Desember 2022



Intan Kusumaningtyas
18711162

KATA PENGANTAR

*Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuhu,
Alhamdulillah rabbil'alamini, allahumma salli wasallim 'ala sayyidina Muhammad.*

Segala puji dan syukur bagi Allah SWT atas berkat rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah (KTI) dengan judul “Hubungan antara Pengetahuan dan Stigma Mahasiswa Universitas Islam Indonesia Terhadap Orang dengan Masalah Kesehatan Mental”. Karya tulis ini disusun dengan tujuan untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia.

Adapun penyusunan KTI ini tidak terlepas dari berbagai macam hambatan dan tantangan, namun berkat bantuan dari berbagai pihak, penulis dapat menyelesaikan karya ini dengan baik. Untuk itu penulis menyampaikan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu pembuatan KTI ini. Ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan kepada:

1. Dr. dr. Isnatin Miladyah, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia
2. dr. Moetrarsi Sri Kanapsijah F., Sp.KJ selaku dosen pembimbing yang telah meluangkan waktunya dan selalu memberi dukungan serta memberikan arahan kepada penulis selama proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. dr. Eska Agustin Putri Susanti, Sp.KJ selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan baik.
4. Segenap Dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia yang telah mendidik dan memberikan ilmunya selama masa perkuliahan dan seluruh staf yang telah membantu dalam proses administrasi sehingga mempermudah penulis dalam menyelesaikan karya tulis ini serta mempermudah penulis selama masa perkuliahan.
5. Kedua orang tua penulis, Cahyo Wening dan Puspo Peni serta adik penulis, Bintang Cahyo Prabowo yang selalu memberikan kasih sayang, dukungan, doa dan nasehat serta kesabarannya yang luar biasa dalam setiap langkah hidup penulis, yang merupakan anugerah terbesar dalam hidup.
6. Keluarga besar penulis, terimakasih atas segala doa dan dukungan terbaik yang sudah diberikan.
7. Naomi Nabila Pramayanti, Anisa Tri Astuti, Diastasya Aulia Putri Ikhromi, Dinda Thursdayana, Ghina Annisa Musthafa, Tisya Rizky Triananda, Rehulina Depari, Ruliyanti Febriani, Amanada Viany Savira, selaku sahabat dekat penulis yang telah memberikan dukungan terbaik kepada penulis selama menjalani masa perkuliahan.
8. Teman teman Fakultas Kedokteran angkatan 2018, selaku teman sekaligus keluarga yang kebersamaan penulis selama masa pendidikan kedokteran
9. Teman teman pengurus harian LEM Kabinet Ksatria Alpha Periode 2021/2022, yang telah menjadi keluarga dan memberikan pengalaman luar biasa untuk penulis.

10. Teman teman pengurus harian LEM Kabinet Ksatria Alpha Periode 2021/2022, yang telah menjadi keluarga dan memberikan pengalaman luar biasa untuk penulis.
11. Seluruh pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu per satu yang telah memberikan dukungan dan bantuan baik dalam penyusunan karya tulis ini, selama menempuh pendidikan pre-klinik maupun dalam kehidupan sehari-hari penulis.
12. Untuk diri saya sendiri, terimakasih telah kuat dan mau berjuang sampai detik ini.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuhu.

Yogyakarta, 9 Desember 2022



Intan Kusumaningtyas
18711162

HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN DAN STIGMA MAHASISWA UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA TERHADAP ORANG DENGAN MASALAH KESEHATAN MENTAL

Intan Kusumaningtyas¹, Moetrarsi Sri Kanapsijah²

¹Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia

²Departemen Ilmu Kesehatan Jiwa Fakultas Kedokteran Universitas Islam
Indonesia

INTISARI

Latar Belakang: Masalah kesehatan mental adalah masalah serius di Indonesia. Dalam kesehariannya orang dengan masalah kesehatan mental sering mendapatkan stigma negatif dari orang-orang di sekitarnya. Stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental adalah label negatif yang melekat kepada orang dengan masalah kesehatan mental. Stigma muncul akibat kurangnya pengetahuan mengenai masalah kesehatan mental. Mahasiswa diharapkan memiliki pengetahuan yang baik sehingga memiliki stigma yang lebih rendah terhadap orang dengan masalah kesehatan mental.

Tujuan Penelitian: Mengetahui hubungan antara pengetahuan dan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental pada mahasiswa Universitas Islam Indonesia

Metode Penelitian: Penelitian ini menggunakan desain cross-sectional. Sampel penelitian diambil dari mahasiswa UII yang memenuhi kriteria inklusi. Variabel tingkat pengetahuan diukur menggunakan kuesioner Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) dan variabel stigma diukur menggunakan kuesioner *Community Attitudes toward Mental Illness* (CAMI).

Hasil: Hasil analisis data menggunakan Uji Spearman mendapatkan adanya hubungan korelasi antara pengetahuan dan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental ($p = 0.000$, $r = - 0.173$).

Simpulan: Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dan stigma terhadap gangguan jiwa. Semakin baik pengetahuan seseorang maka semakin rendah stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental.

Kata Kunci: Pengetahuan, stigma, masalah kesehatan mental.

RELATIONSHIP BETWEEN KNOWLEDGE AND STIGMA OF UNIVERSITAS ISLAM INDONESIA STUDENTS TOWARD PEOPLE WITH MENTAL HEALTH PROBLEMS

Intan Kusumaningtyas¹, Moetrarsi Sri Kanapsijah²

¹Student of the Faculty of Medicine Universitas Islam Indonesia

²Department of Psychiatry Faculty of Medicine Universitas Islam Indonesia

ABSTRACT

Background: *Mental health problems are a serious problem in Indonesia. In their daily lives, people with mental health problems often get negative stigma from those around them. Stigma towards people with mental health problems is a negative label attached to people with mental health problems. Stigma arises from a lack of knowledge about mental health issues. Students are expected to have good knowledge so that they have a lower stigma towards people with mental health problems.*

Objective: *To determine the relationship between knowledge and stigma towards people with mental health problems in Indonesian Islamic University students*

Method: *This study used a cross-sectional design. The research sample was taken from UII students who met the inclusion criteria. The knowledge level variable was measured using the Mental Health Knowledge Schedule (MAKS) questionnaire and the stigma variable was measured using the Community Attitudes toward Mental Illness (CAMI) questionnaire.*

Result: *Data analysis using the Spearman test found that there was a correlation between knowledge and stigma towards people with mental health problems ($p = 0.000$, $r = -0.173$).*

Conclusion: *There is a relationship between the level of knowledge and stigma towards mental disorders. The better a person's knowledge, the lower the stigma against people with mental health problems.*

Keywords: *Knowledge, stigma, mental health problems.*

BAB I. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Masalah kesehatan jiwa merupakan salah satu masalah serius di Indonesia, menurut hasil Riset Kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 kasus masalah kesehatan mental di Indonesia jumlahnya semakin meningkat. Peningkatan ini dapat dilihat dari naiknya prevalensi keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan masalah kesehatan mental. Jumlah peningkatannya menjadi 7 permil rumah tangga atau terdapat 7 rumah tangga dengan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan mental per 1000 rumah tangga, dimana pada hasil riset kesehatan dasar tahun 2013 jumlahnya hanya 1,3 permil. Menurut perhitungan beban penyakit di Indonesia pada tahun 2017, beberapa jenis masalah kesehatan mental yang paling banyak dialami masyarakat di Indonesia adalah depresi, gangguan kecemasan, skizofreni, bipolar, gangguan perilaku, dan autis (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia/Kemenkes RI 2018).

Gangguan mental merupakan respon maladaptive terhadap stresor yang berasal dari lingkungan sekitar, baik internal maupun eksternal (Mary C. Townsend 2015). Penyakit tersebut bermanifestasi pada gangguan perilaku, pikiran, dan perasaan. Orang dengan masalah kesehatan mental seringkali terlihat berbahaya dengan bertindak agresif, melakukan kekerasan, dan perilaku yang tidak terduga (Bennett and Stennett 2015). Kurangnya pengetahuan seseorang terhadap masalah kesehatan mental dapat membentuk stigma masyarakat terhadap orang dengan masalah kesehatan mental dan menyebabkan masyarakat ketakutan dan menimbulkan jarak social (Sari and Yuliastuti 2018).

Orang dengan masalah kesehatan mental berjuang sembuh dari penyakit yang dideritanya, namun mereka justru menghadapi berbagai stigma dari masyarakat tentang penyakit kesehatan mental. Stigma adalah pelabelan negatif yang bertujuan untuk mencemari seseorang atau sekelompok orang tertentu. Stigma dapat berdampak buruk bagi orang dengan masalah kesehatan mental (Rüsch et al., 2005). Berbagai stigma dapat menyebabkan pandangan terhadap orang dengan masalah kesehatan mental menjadi buruk, sehingga mereka kehilangan harga diri dan mendapatkan diskriminasi dari masyarakat sekitarnya. Sayangnya, stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental tidak hanya ditemukan pada populasi awam yang tingkat pengetahuan tentang penyakit

kesehatan mental masih rendah, tetapi juga bisa ditemukan di kalangan orang yang telah mempelajari tentang penyakit kesehatan mental atau pada kalangan profesional seperti psikiater, psikolog, dan perawat. Padahal mereka telah terbiasa bekerja dan berinteraksi langsung dengan orang dengan masalah kesehatan mental (Jorm 2000; Üçok 2008).

Sikap seseorang terhadap orang dengan masalah kesehatan mental cenderung bersifat negatif dikarenakan oleh stigma yang disandang oleh orang dengan masalah kesehatan mental. Stigma negatif yang muncul dimasyarakat disebabkan oleh minimnya pengetahuan yang benar mengenai penyakit kesehatan mental sehingga masyarakat cenderung memandang buruk orang dengan masalah kesehatan mental. Pengetahuan tentang masalah kesehatan mental dan berkontak langsung dengan orang yang menderita masalah kesehatan mental adalah cara yang dapat meningkatkan pemahaman tentang penyakit mental sehingga dapat menurunkan stigma. Edukasi dan kontak akan memberikan informasi kepada individu sehingga dapat menghapus pandangan negatif terhadap masalah kesehatan mental (Rüsch et al., 2005).

Pada penelitian Puspitasari et al (2020) tingkat pengetahuan yang baik akan menurunkan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental. Ini sejalan penelitian yang dilakukan Al Omari et al (2020) edukasi mengenai masalah kesehatan mental dapat meningkatkan pengetahuan individu sehingga dapat membantu menurunkan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental. Pada penelitian Puspitasari et al (2020) di salah satu universitas di Jawa Barat menunjukkan 50,53% mahasiswanya memiliki pengetahuan yang baik mengenai masalah kesehatan mental. Namun sebanyak 49,65% mahasiswa masih memiliki pengetahuan yang buruk sehingga menimbulkan keraguan dan ketakutan bagi mahasiswa untuk mendekati orang dengan masalah kesehatan mental. Pengetahuan yang buruk pada mahasiswa menyebabkan timbulnya stigmatisasi terhadap orang dengan masalah kesehatan mental

Evaluasi mengenai stigma dan pengetahuan terhadap orang dengan masalah kesehatan mental perlu dilakukan terutama pada lingkungan akademik. Universitas Islam Indonesia merupakan institusi Pendidikan berbasis islam, dimana islam menjunjung tinggi nilai toleransi. Universitas Islam Indonesia juga menerapkan konsep insan ulil albab atau yang diartikan dengan orang mempunyai berakal. Diharapkan mahasiswa UII memiliki tingkat pengetahuan yang lebih baik

dan memiliki stigma yang lebih rendah. Oleh karena itu, penulis melakukan penelitian observasional mengenai stigma dan pengetahuan terhadap orang dengan masalah kesehatan mental di Universitas Islam Indonesia.

Hasil dari penelitian ini bisa menjadi referensi bagi institusi, pemerintah, mahasiswa, dan masyarakat secara umum agar lebih peduli terhadap orang dengan masalah kesehatan mental dan untuk membuat strategi dalam mengedukasi mahasiswa dan masyarakat. Diharapkan akhirnya dapat mengimplementasikan pengetahuannya dan menurunkan stigma negatif terhadap orang dengan masalah kesehatan mental.

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana hubungan antara pengetahuan dan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental pada mahasiswa Universitas Islam Indonesia?

1.3. Tujuan Penelitian

Mengidentifikasi hubungan antara pengetahuan dan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental pada mahasiswa Universitas Islam Indonesia.

1.4. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1.	<i>Stigma toward people with mental health problems in Indonesia</i> (Hartini et al. 2018).	Pengetahuan yang lebih baik mengenai kesehatan mental berhubungan dengan rendahnya stigma masyarakat terhadap orang dengan masalah kesehatan mental	a. Tujuan penelitian: mengetahui hubungan pengetahuan dengan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental b. pengukuran pengetahuan menggunakan <i>Mental Health Knowledge Schedule</i> (MAKS)	a. Subjek penelitian yaitu masyarakat umum dengan rentang usia 10-75 tahun b. Pengukuran stigma menggunakan <i>Community Attitudes toward Mental Illness</i> (CAMI). Akan tetapi hanya 6 pertanyaan yang digunakan.

Tabel 1. Lanjutan

No	Judul	Hasil	Persamaan	Perbedaan
2.	<i>Investigation of attitudes toward mental illness among nursing students in Indonesia</i> (Sari and Yuliasuti 2018).	Usia, tahun kuliah, kontak langsung dengan orang masalah kesehatan mental, dan pengetahuan tentang kesehatan mental menjadi factor signifikan yang berhubungan dengan sikap terhadap orang dengan masalah kesehatan mental	a. pengukuran pengetahuan menggunakan <i>Mental Health Knowledge Schedule</i> (MAKS) b. Pengukuran stigma menggunakan <i>Community Attitudes toward Mental Illness</i> (CAMI)	a. Subjek penelitian : mahasiswa mahasiswa keperawatan b. Tujuan penelitian : mengidentifikasi faktor faktor yang mempengaruhi sikap terhadap orang dengan masalah kesehatan mental
3.	<i>Knowledge and attitudes towards mental illness among college students: Insights into the wider English-speaking Caribbean population</i> (Youssef et al. 2014).	Skor pengetahuan terhadap penyakit mental secara keseluruhan hasilnya rendah. Skor pengetahuan lebih tinggi didapatkan pada orang yang mengenal seseorang dengan penyakit mental. Skor sikap menunjukkan stigmatisasi buruk terhadap orang dengan skizofrenia dan depresi.	a. Jenis penelitian: <i>cross sectional</i> b. Subjek penelitian: mahasiswa <i>undergraduate</i> c. Tujuan penelitian: mengetahui hubungan pengetahuan dengan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental	a. pengukuran pengetahuan menggunakan kuesioner yang di buat oleh Lin, Niparko, and Ferrucci (2014) b. Pengukuran stigma menggunakan the <i>Attitudes to Mental Illness Questionnaire</i> (AMIQ).

1.5. Manfaat Penelitian

1. Manfaat bagi peneliti

Peneliti mengetahui hubungan pengetahuan dan stigma mahasiswa terhadap orang dengan masalah kesehatan mental.

2. Manfaat bagi mahasiswa dan institusi pendidikan

Menambah referensi penelitian selanjutnya dan masukan terhadap peningkatan kualitas pembelajaran bidang psikiatri

3. Manfaat bagi masyarakat

Meningkatkan pemahaman mengenai masalah kesehatan mental dan menurunkan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental

4. Manfaat bagi pemerintah

Sebagai bahan masukan untuk pemerintah agar dapat membuat strategi untuk mengedukasi mahasiswa dan masyarakat agar dapat mengimplementasikan pengetahuannya untuk menurunkan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental.

BAB II. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Definisi Masalah Kesehatan Mental

Masalah kesehatan mental didefinisikan sebagai bentuk respon yang tidak normal dari seseorang terhadap stresor yang timbul dari lingkungan internal atau eksternal. Respon maladaptive tersebut diwujudkan dalam gangguan pikiran, perasaan, dan gangguan perilaku (Mary C. Townsend 2015).

Menurut pusat data dan informasi Riset Kesehatan Dasar (2017) orang dengan masalah kesehatan mental merupakan seseorang yang mengalami masalah dalam pikiran, perasaan, dan perilaku yang bermanifestasi dalam sekumpulan gejala, serta dapat menimbulkan hambatan dalam menjalankan fungsi manusia sehari-hari.

2.2. Kondisi Kesehatan Mental di Indonesia

Bersumber dari Riset Kesehatan Dasar (2017) gangguan mental menempati posisi ke-5 pada data beban penyakit di Indonesia. Beberapa jenis masalah kesehatan mental yang dialami oleh penduduk di Indonesia antara lain adalah gangguan depresi, gangguan kecemasan, skizofrenia, bipolar, autisme, gangguan makan, dan *Attention deficit Hyperactivity Disorder* (ADHD). Dalam rentang tahun 1990 – 2017 terjadi peningkatan penyakit jiwa diantaranya adalah skizofrenia, bipolar, autisme, dan gangguan makan. Akan tetapi, posisi pertama penyakit jiwa masih tetap diduduki oleh gangguan depresi selama tiga dekade (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia/Kemenkes RI 2018).

Dari hasil Kementrian Kesehatan Republik Indonesia/Kemenkes RI (2018) di Indonesia orang dengan masalah kesehatan mental jumlahnya mencapai sekitar 450 ribu jiwa. Kasus ini meningkat dari tahun sebelumnya. Peningkatan ini dapat dilihat dari kenaikan prevalensi rumah tangga yang memiliki anggota keluarga dengan masalah kesehatan mental. Terdapat peningkatan menjadi 7 permil rumah tangga, yang artinya per 1000 rumah tangga terdapat 7 rumah tangga yang anggotanya memiliki masalah kesehatan mental.

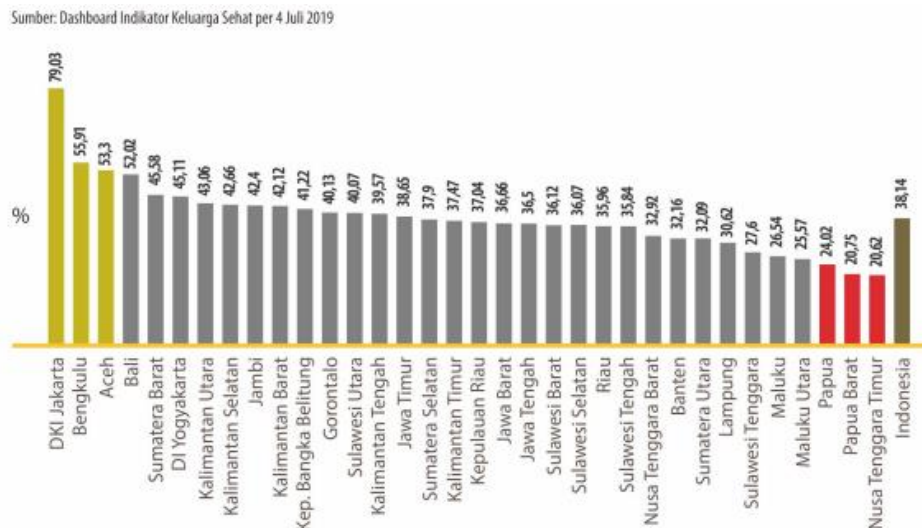
2.3. Definisi Pengetahuan

Pengetahuan diartikan sebagai kumpulan pengalaman, informasi, dan wawasan yang dimiliki dan dipahami oleh seseorang sehingga orang tersebut dapat bertindak sesuai dengan apa yang dia anggap benar. Setiap orang memiliki pengetahuan yang berbeda satu sama lain. Tingkat pengetahuan dapat diukur

menggunakan kuesioner atau menyusun butir soal sesuai dengan topik yang ingin diketahui (Hunt 2003; Mohajan 2016).

2.4. Pengetahuan Mengenai Masalah Kesehatan Mental di Indonesia

Pada penelitian Puspitasari et al (2020) mahasiswa yang berasal dari fakultas kesehatan memiliki pengetahuan tentang masalah kesehatan mental yang lebih lebih baik dibandingkan dengan mahasiswa fakultas non kesehatan. Selain itu, kebanyakan mahasiswa non fakultas kesehatan tidak mengetahui hal hal spesifik mengenai faktor risiko dan pengobatan bagi orang dengan masalah kesehatan mental. Oleh karena itu, promosi kesehatan bidang gangguan kesehatan jiwa dan penanganannya masih harus ditingkatkan oleh oleh pendidik, tenaga kesehatan, institusi perguruan tinggi, dan juga pemerintah.



Gambar 1. Penderita masalah kesehatan mental yang mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan (Riset Kesehatan Dasar 2017)

Kurangnya pengetahuan menyebabkan kurangnya pemahaman tentang pentingnya pengobatan bagi orang dengan masalah kesehatan mental. Hal ini dibuktikan dengan hasil Riset Kesehatan Dasar (2017) yang menggambarkan penderita masalah kesehatan mental yang mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan sebesar 38,14% secara nasional. Angka tersebut masih cukup rendah dibandingkan dengan urutan pertama yaitu provinsi DKI Jakarta sebesar 79,03%. Nusa Tenggara Timur memiliki hasil paling rendah yaitu 20,62%. Di Daerah Istimewa Yogyakarta sebesar 45,11% yang mana lebih tinggi dari rata rata nasional (gambar 1).

2.5. Definisi Stigma

Stigma adalah pemberian label atau status negatif terhadap sekelompok orang tertentu. Stigma terhadap masalah kesehatan mental berarti seseorang yang menderita masalah kesehatan mental diberi label negatif sehingga mereka tidak di hargai dan diperlakukan berbeda dengan manusia yang lain. Stigma dapat mengakibatkan diskriminasi terhadap orang dengan masalah kesehatan mental dan mencegah mereka untuk mendapatkan dua kesempatan penting dalam mengejar tujuan hidup mereka yaitu, kesempatan kerja dan kesempatan untuk hidup mandiri dan merasa aman (Corrigan et al., 2005; Hayward and Bright 1997; Pescosolido and Martin 2015).

2.6. Stigma Terhadap Masalah Kesehatan Mental

Salah satu bentuk diskriminasi akibat dari stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental adalah praktik pasung. Pasung adalah praktik mengurung dan menahan seseorang yang mengalami masalah kesehatan mental. Pasung masih dilakukan di Indonesia. Data dari Riset Kesehatan Dasar (2017) menyebutkan sebesar 14% anggota rumah tangga yang mengalami masalah kesehatan mental pernah dipasung seumur hidup. Angka ini menurun 0,3% disbanding hasil data pada tahun 2013. Durasi pasung dapat berkisar dari beberapa hari sampai beberapa tahun. Alasan paling umum keluarga melakukan praktik pasung kepada anggota keluarganya yang mengalami masalah kesehatan mental adalah demi keselamatan pasien dan masyarakat sekitarnya (Minas and Diatri 2008; Puteh et al., 2011).

Orang dengan masalah kesehatan mental memiliki respon maladaptif terhadap lingkungan sekitarnya berupa gangguan pikiran, perasaan, dan perilakunya. Orang dengan masalah kesehatan mental sering bertindak agresif, melakukan tindak kekerasan, dan tindakan tak terduga lain dalam perilakunya. Akibatnya mereka sering dianggap berbahaya dan lebih berisiko untuk melakukan kejahatan. Presepsi ini yang menyebabkan diskriminasi sosial kepada orang dengan masalah kesehatan mental. Dari survei pada 21 negara sebesar 7-8% responden di negara maju dan 15-16% responden di negara berkembang percaya bahwa orang dengan masalah kesehatan mental lebih berbahaya di banding orang normal lainnya. Sekitar 86% orang dengan masalah kesehatan mental pernah mengalami diskriminasi dan 90% pernah mengalami stigmatisasi (Pawar et al., 2014; Seeman et al. 2016).

2.7. Proses Stigma Terhadap Orang dengan Gangguan Mental

Menurut Link et al (2001) proses stigmatisasi terjadi dari beberapa elemen yaitu, stereotip, prasangka, dan sikap

2.5.1 Sterotip

Stereotip adalah label yang diberikan oleh masyarakat kepada orang dengan masalah kesehatan mental. Beberapa contoh stereotip yang diberikan kepada orang dengan masalah kesehatan mental adalah orang yang berbahaya dan merupakan ancaman bagi masyarakat. Contoh yang lain adalah orang yang menderita penyakit mental adalah orang yang memiliki kerusakan otak dan tidak waras. Beberapa juga beranggapan penyakit mental yang dialami seseorang adalah hasil perbuatan sendiri atau orang yang tidak dekat dengan Tuhan. Label tersebut diketahui oleh masyarakat secara luas dan dapat menyebabkan pandangan negative terhadap orang dengan penyakit mental (Link and Phelan 2001; Rüsçh, Angermeyer, and Corrigan 2005).

2.5.2 Prasangka

Prasangka merupakan sikap membuat keputusan atau mempercayai dan mendukung suatu stereotip tanpa mengetahui fakta yang relevan mengenai hal tersebut. Prasangka dapat menimbulkan emosi negatif kepada orang dengan masalah kesehatan mental seperti rasa risih, marah, ketakutan dan hal ini dapat mendorong seseorang untuk melakukan diskriminasi terhadap orang dengan masalah kesehatan mental. Salah satu contoh dari prasangka adalah ketika seseorang mempercayai bahwa orang dengan masalah kesehatan mental adalah orang yang berbahaya dan memiliki gerakan agresif hal ini akan menimbulkan rasa takut dalam diri individu menyebabkan individu tersebut enggan bersosialisasi dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental (Link et al., 2001; Rüsçh et al., 2005; Sari and Yuliasuti 2018).

2.5.3 Sikap

Sikap adalah perbuatan, praktik atau kebijakan yang dilakukan terhadap seseorang atau kelompok secara berbeda dan tidak adil. Sebagai dampak dari stereotip dan prasangka orang dengan penyakit mental akan mendapatkan perilaku diskriminasi. Diskriminasi dapat dibagi menjadi beberapa yaitu diskriminasi persepsi, diskriminasi langsung, diskriminasi gangguan, dan diskriminasi sistemik. Diskriminasi persepsi adalah diskriminasi yang dilakukan oleh seorang individu terhadap orang dengan masalah kesehatan mental yang

dianggap tidak mampu mengerjakan suatu hal, contohnya majikan tidak ingin orang-orang dengan masalah kesehatan mental berada di sekitar mereka sehingga mereka tidak mempekerjakan mereka (Rüsch et al., 2005).

Diskriminasi langsung merupakan akibat langsung dari prasangka yang bisa dilakukan oleh siapa saja mulai dari masyarakat hingga keluarganya. Misalnya menjauhi dan mengucilkan, menghalangi akses layanan kesehatan, dan tindakan pasung yang seringkali dilakukan oleh keluarga dari orang dengan masalah kesehatan mental itu sendiri (Rüsch et al., 2005). Data Riset Kesehatan Dasar (2017) mencatat prevalensi rumah tangga di perkotaan yang melakukan tindakan pasung sebesar 31.1% dan di pedesaan sebesar 31.8%.

Diskriminasi gangguan atau diskriminasi sistemik adalah diskriminasi yang muncul dari kebijakan, aturan, program, atau norma yang ada menggiring orang dengan masalah kesehatan mental ke posisi yang tidak sama dengan individu yang tidak memiliki gangguan mental. Dalam arti lain orang dengan masalah kesehatan mental tidak memiliki kesempatan yang sama dibandingkan individu lain. Contoh diskriminasi sistemik adalah pada kebijakan ketenagakerjaan dimana orang dengan masalah kesehatan mental akan lebih sulit mencari pekerjaan bukan karena kompetensi tetapi karena stereotip dan prasangka orang lain terhadap gangguan mental (Link et al., 2001; Rüsch et al., 2005).

2.8 Jenis-jenis Stigma yang Dialami Orang Dengan Masalah Kesehatan Mental

Terdapat berbagai jenis stigma, namun terdapat beberapa jenis stigma yang berhubungan dengan kesehatan mental yaitu, *self-stigma*, stigma publik, stigma profesional, dan stigma institusional. *Self-stigma* mengacu pada reaksi individu dengan memberikan stigma terhadap dirinya sendiri. *Self-stigma* telah dikaitkan dengan ketidakberdayaan, berkurangnya efikasi diri, dan penurunan kualitas kehidupan. Individu dapat mengubah prasangka terhadap dirinya sendiri dan setuju dengan stereotip "Itu benar, aku lemah dan tidak mampu merawat diriku sendiri!", menganggap dirinya sendiri tidak normal, termasuk orang gila, tidak kompeten, dan mereka percaya bahwa dirinya dijauhi masyarakat karena penyakit mental yang dideritanya. Akibat *self-stigma*, orang dengan penyakit mental dapat gagal untuk mengejar pekerjaan atau kesempatan hidup mandiri. Hal ini dapat berdampak pada timbulnya keinginan untuk bunuh diri karena merasa tidak

berguna dan takut dengan diagnosis yang diterimanya (Ahmedani 2011; Link et al., 2001; Pescosolido and Martin 2015; Subu et al. 2021; Wright et al., 2000).

Stigma publik adalah sikap negatif terhadap mereka yang mengalami masalah kesehatan mental yang dilakukan oleh keluarga ataupun masyarakat umum di sekitarnya. Dari penelitian Bogardus (1959) contoh stigma publik terhadap orang dengan masalah kesehatan mental yang paling sering terjadi adalah tentang keengganan masyarakat untuk berinteraksi dengan orang yang mengalami masalah kesehatan mental (Ahmedani 2011; Corrigan et al., 2014).

Stigma publik dapat memberikan efek negatif pada kehidupan orang dengan penyakit mental. Hal ini dapat menghambat orang dengan masalah kesehatan mental dalam menjalankan pekerjaan dan kehidupan sosialnya. Sebuah penelitian oleh Corker et al (2013) mengungkapkan bahwa sembilan dari 10 pasien dengan penyakit mental pernah mengalami diskriminasi. Contoh lain dari penelitian Subu et al (2018) anggota masyarakat merasa malu dan takut dengan orang dengan penyakit jiwa, kemudian mereka mengasingkan orang dengan masalah kesehatan mental dengan cara dimasukkan ke kurungan atau "pasung". Padahal kurungan atau pasung dan pengasingan atau seklusi dapat berdampak negatif pada pasien dengan penyakit mental, dan berpotensi menyebabkan kerusakan fisik dan trauma psikologis lebih lanjut.

Stigma institusional adalah stigma yang berasal institusi yang seharusnya membantu atau memfasilitasi orang dengan masalah kesehatan mental. Lebih sistemik, melibatkan kebijakan pemerintah maupun swasta yang sengaja atau tidak sengaja membatasi peluang bagi penderita masalah kesehatan mental. Contohnya pendanaan yang lebih rendah untuk penelitian penyakit mental atau jumlah layanan kesehatan mental yang lebih sedikit dibandingkan dengan perawatan kesehatan lainnya (American Psychologic Association 2021).

Stigma profesional adalah stigma yang datang dari tenaga kesehatan profesional seperti dokter atau perawat yang memberikan sikap stigmatisasi terhadap pasien. Stigma profesional menjadi perhatian khusus karena dapat mempengaruhi perawatan dan pengobatan seseorang. Dikatakan oleh Subu (2017) perawat merasa ketakutan dengan pasien masalah kesehatan mental, terutama jika mereka percaya bahwa penyakit mental itu menular dan bisa ditularkan seperti penyakit fisik menular. Selain itu, temuan lain menunjukkan bahwa perawat dan staf rumah sakit menggunakan pengekangan dan

pengasingan karena ketakutan. Pasien yang berpartisipasi pada penelitian tersebut juga melaporkan bahwa beberapa layanan kesehatan profesional memegang stigma terhadap pasien dengan penyakit mental. Mereka mengatakan stigma ini sering dimanifestasikan dalam pengekangan atau pengasingan. Beberapa perawat dan staf rumah sakit lainnya dilaporkan melakukan kekerasan fisik pasien mereka. Ini konsisten dengan penelitian sebelumnya bahwa staf yang dilaporkan dapat menggunakan pengekangan dan pengasingan ketika pasien dianggap berbahaya (Ahmedani 2011; Keating and Robertson 2004; Livingston 2013).

Perbedaan pelayanan kesehatan yang diperoleh orang dengan masalah kesehatan mental juga terjadi dalam fenomena *diagnostic overshadowing*. *Diagnostic overshadowing* terjadi ketika proses dimana gejala fisik disalahartikan sebagai penyakit mental. adalah pengaitan gejala seseorang dengan masalah kejiwaan ketika gejala tersebut benar-benar menunjukkan kondisi komorbiditas. *Diagnostic overshadowing* terjadi ketika seorang profesional kesehatan berasumsi bahwa keluhan yang dialami pasien disebabkan karena kecacatan mereka atau kondisi kesehatan mental tanpa sepenuhnya mengeksplorasi penyebab gejala pasien. Hal ini dapat menyebabkan kesalahan diagnosis (Jones et al., 2008; Shefer et al., 2014).

Dalam sebuah kasus terdapat pasien yang datang ke dokter kardiologi dengan gejala nyeri dada. Kemudian dokter hanya memeriksanya selama 5 menit dan mengatakan nyeri dada yang dialami pasien disebabkan oleh ansietas. Saat pasien memeriksakan keadaannya kepada dokter kardiologi lain, dan dilakukan anamnesis dan pemeriksaan yang lebih detail, ternyata pasien mengalami angina Prinzmetal (Jones et al., 2008; Shefer et al., 2014).

2.9 Faktor faktor yang mempengaruhi stigma

2.7.1 Pendidikan dan pengetahuan

Pendidikan adalah salah satu pendekatan untuk mengurangi stigma yang terkait dengan penyakit mental. Umumnya pengetahuan diharapkan meningkat dengan meningkatnya tingkat pendidikan. Pengetahuan adalah komponen penting dari stigma dan dapat mempengaruhi sikap seseorang terhadap penyakit mental karena pengetahuan merupakan komponen penting dalam evaluasi anti-stigma (Gyllensten et al. 2011; Van Der Kluit et al., 2011).

Hasil tersebut juga didukung oleh penelitian lain yang menunjukkan bahwa kurangnya pengetahuan tentang kesehatan mental atau literasi tentang kesehatan mental adalah salah satu sumber stigma. Literasi kesehatan mental yang rendah diketahui dapat menyebabkan individu tidak siap untuk memutuskan dengan benar apa yang harus dilakukan ketika ada seseorang menunjukkan gejala yang berhubungan dengan masalah kesehatan mental, sehingga individu tersebut memilih untuk menjauhi orang masalah kesehatan mental disekitarnya. Sebuah studi sebelumnya menunjukkan bahwa individu yang memiliki pengetahuan dalam hal kesehatan mental cenderung memiliki sikap yang lebih baik terhadap orang dengan masalah kesehatan mental, karena mereka sudah paham apa yang harus dilakukan dalam menghadapi orang dengan masalah kesehatan mental (Dahlberg et al., 2008; Lin et al., 2014)

2.7.2 Agama dan kepercayaan

Meskipun metode pengobatan Barat untuk penyakit mental telah berkembang, seperti obat-obatan, faktor supranatural termasuk agama, tradisi dan kepercayaan masih kental di negara-negara Asia seperti di Vietnam, India, Cina, terutama di kawasan pedesaan. Banyak orang sangat percaya bahwa penyakit mental melibatkan roh jahat, takdir, hukuman dari oleh Tuhan, leluhur atau jiwa yang telah mati. Orang Amerika keturunan Asia juga percaya bahwa penyakit jiwa adalah hukuman yang disebabkan oleh Tuhan karena perilaku buruk sebelumnya. Misalnya, di Vietnam umat Buddha percaya bahwa penyebab penyakit mental terletak pada karma, sehingga orang dengan penyakit mental pasti melakukan hal-hal buruk di kehidupan masa lalu mereka (Abdullah and Brown 2011; Ran et al., 2021).

2.7.3 Kontak dengan orang yang menderita masalah kesehatan mental

Kontak adalah salah satu pendekatan lain untuk mengurangi stigma Pracht (1998). Temuan saat ini menunjukkan bahwa mengetahui atau melakukan kontak langsung dengan orang yang menderita masalah kesehatan mental akan mengurangi stigma terhadap penyakit mental. Banyak studi telah menunjukkan bahwa mengetahui atau melakukan kontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental akan meningkatkan kemungkinan memiliki sikap positif terhadap penyakit mental (Bedaso et al., 2016; Rüsçh et al., 2005; Taylor and Michael 1981). Satu studi secara khusus menunjukkan bahwa mereka yang

mengenal seseorang dengan masalah kesehatan mental memiliki lebih banyak sikap positif terhadap penyakit mental (Schafer et al., 2011).

Beberapa penelitian sebelumnya telah menunjukkan korelasi antara keluarga yang memiliki anggota dengan masalah kesehatan mental memiliki pandangan negatif yang lebih sedikit terhadap masalah kesehatan mental dibandingkan dengan mereka yang tidak memiliki keluarga riwayat masalah kesehatan mental. Karena bersosialisasi langsung dengan orang yang menderita masalah kesehatan mental dapat mengurangi stigma atau keyakinan negatif (Bedaso et al., 2016; Phelan et al., 2007; Taylor and Michael 1981).

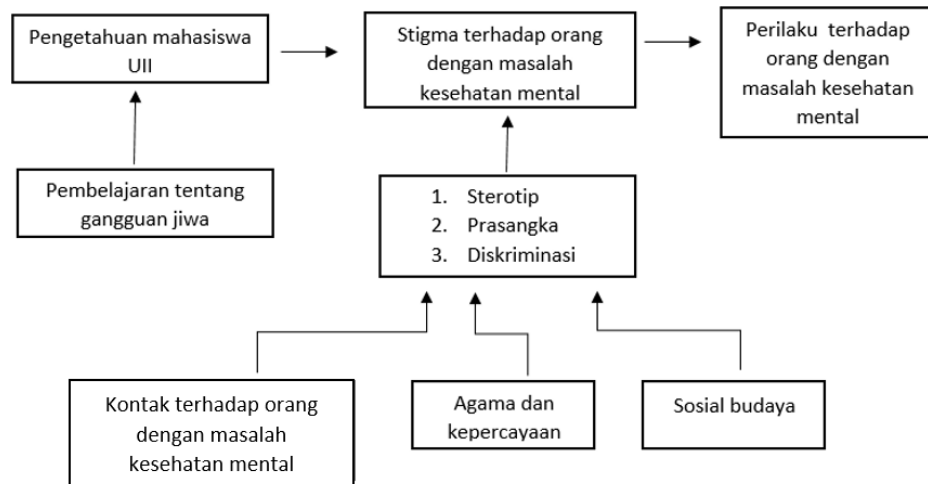
2.7.4 Sosial budaya

Beberapa faktor budaya yang ditemukan di berbagai negara contohnya di China, majikan China lebih cenderung menganggap bahwa orang dengan penyakit mental akan menunjukkan kelemahan etos kerja dan loyalitas yang kurang terhadap perusahaan. Imigran Latin sangat mendukung bahwa depresi disebabkan oleh kedua kekuatan spiritual yang jahat. Di Amerika Latin memiliki stigma bahwa masalah kesehatan mental akan membahayakan laki laki untuk melindungi kehormatan keluarganya, dan perempuan untuk menjadi suci (Fung et al., 2007; Ran et al., 2021; Yang et al., 2014).

2.10 Hubungan Pengetahuan dengan Stigma

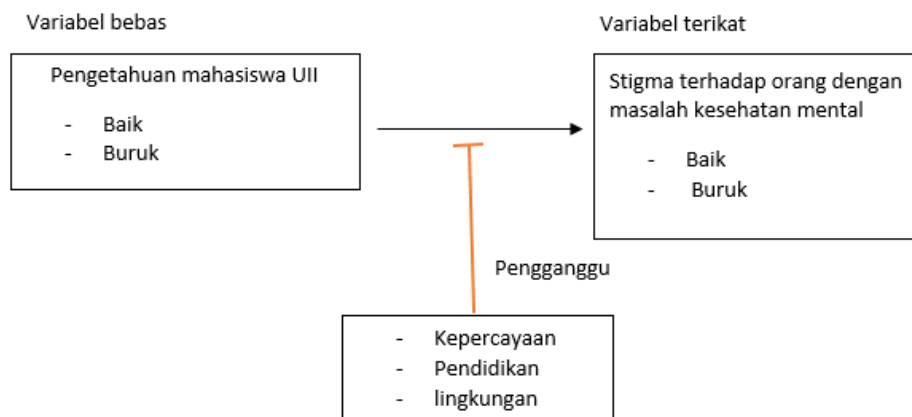
Pengetahuan atau edukasi dapat digunakan untuk melawan misinformasi dan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental dengan cara memberikan informasi yang akurat dalam berbagai cara dan tidak terbatas pada pendidikan formal ataupun non-formal, buku, dan sosial media. Edukasi yang diberikan dapat berupa dampak stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental seperti sulit mendapatkan akses layanan kesehatan, sulit mendapat pekerjaan, tindakan pasung, dan sebagainya. Selain itu edukasi juga memberikan informasi mengenai etiologi gangguan jiwa yang disebabkan oleh sebab biologis dan bukan disebabkan oleh karma maupun pilihan orang dengan masalah kesehatan itu sendiri (Corrigan and Shapiro 2010). Beberapa penelitian menyebutkan pengetahuan mengenai orang dengan masalah kesehatan mental dapat membantu menurunkan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental (Fernandez et al., 2016; Lanfredi et al., 2019).

2.11 Kerangka Teori



Gambar 2. Kerangka Teori

2.12 Kerangka Konsep



Gambar 3. Kerangka Konsep

2.13 Hipotesis

(H₀): Tidak ada hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai masalah kesehatan mental dengan stigma terhadap masalah kesehatan mental pada mahasiswa UII.

(H_a): terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan mengenai masalah kesehatan mental dengan stigma terhadap masalah kesehatan mental pada mahasiswa UI

BAB III. METODE PENELITIAN

3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian observasional. Desain penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah potong lintang (*cross sectional*). *Cross sectional* merupakan suatu metode penelitian yang mengevaluasi hubungan antara paparan atau faktor risiko (variabel independen) dengan akibat atau efek (variabel dependen). Pengumpulan data dilakukan secara bersamaan dalam satu waktu antara paparan dengan efeknya (Made sudarma adiputra, Ni Wayan Trisnadewi 2021).

3.2. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini akan dilaksanakan di Universitas Islam Indonesia menggunakan *google form* secara *online*. Penelitian ini dilakukan setelah mendapat izin dari komite etik. Dilakukan selama 8 minggu dimulai pada 2 September 2022 hingga 4 November 2022

3.3. Populasi dan Subjek Penelitian

3.3.1. Populasi Penelitian

Populasi pada penelitian ini adalah mahasiswa aktif Universitas Islam Indonesia angkatan 2019 – 2022 yang bersedia berpartisipasi.

3.3.2. Subjek Penelitian

a. Kriteria inklusi

- Mahasiswa aktif Universitas Islam Indonesia angkatan 2019 – 2022
- Bersedia berpartisipasi dalam pengisian kuesioner pada penelitian ini setelah menyetujui *informed consent*

b. Kriteria Eksklusi

- Mahasiswa yang tidak mengisi kuesioner dengan lengkap

3.3.3. Teknik Pengambilan Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan teknik *accidental sampling*. Teknik ini merupakan teknik pengambilan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang memenuhi kriteria inklusi dan bersedia ikut dapat dimasukkan dalam penelitian (Sugiyono 2018)

3.3.4. Besar Sampel

Besar sampel minimal dihitung menggunakan rumus (Puspitasari et al. 2020)

$$n = \frac{Z^2 p (1-p)}{d^2}$$

maka didapatkan hasil :

$$n = \frac{3,8 \times 0,5 \times 0,5}{0,0025} = 380$$

keterangan

n = besar sampel

z = standar distribusi normal (1,96)

p = estimasi proporsi (nilai terbesar 0,5)

d = presisi (5%)

Sampel minimal yang didapatkan untuk penelitian ini adalah 380 mahasiswa.

3.3.5. Prosedur Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dengan cara menyebarkan kuesioner secara *online* dalam bentuk *google form*. Kuesioner akan disebarkan setelah mendapat persetujuan etik. Sebelum mengisi kuesioner, partisipan akan mendapat *informed consent* yang berisi tujuan penelitian, kerahasiaan informasi, persetujuan partisipasi dalam penelitian. Partisipasi pada penelitian ini bersifat sukarela, sehingga partisipan dapat keluar tanpa konsekuensi.

Pengisian kuesioner ini membutuhkan waktu < 10 menit. Terdapat 3 bagian yang harus di isi. Bagian pertama berisi data karakteristik sosiodemografi seperti jenis kelamin, umur, etnis, asal daerah, tahun masuk UII, Fakultas, Prodi, riwayat mempelajari ilmu kejiwaan, pendapatan keluarga per bulan, riwayat masalah kesehatan mental, riwayat masalah kesehatan mental pada keluarga, dan berkontak langsung dengan orang dengan masalah kesehatan mental. Bagian kedua berisi kuesioner *Mental Health Knowledge Schedule* (MAKS) versi Bahasa Indonesia yang berisi 12 pertanyaan. Bagian ketiga berisi kuesioner *Community Attitudes towards Mental Illness* (CAMI) versi Bahasa Indonesia sejumlah 40 pertanyaan (Hartini et al. 2018).

3.4. Variabel Penelitian

1. Variabel bebas : pengetahuan mahasiswa
2. Variabel terikat : stigma terhadap orang dengan masalah mental

3.5. Definisi Operasional

Tabel 2. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi	Skala Pengukuran
1.	Pengetahuan mengenai masalah kesehatan mental	Informasi yang dimiliki oleh seseorang mengenai penyakit kesehatan mental. Pengetahuan diukur menggunakan kuesioner MAKS yang terdiri dari 12 pertanyaan dalam 5 skala. dalam skala 1 (sangat tidak setuju) sampai 5 (sangat setuju).	Ordinal - Pengetahuan baik, bila skor (x) > mean - Pengetahuan buruk, bila skor (x) < mean
2.	Stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental	Tindakan pemberian nilai negatif kepada orang dengan masalah kesehatan mental sehingga mereka tidak dihargai. Stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental diukur menggunakan kuesioner CAMI dalam 5 skala. Skala 1 (sangat setuju) sampai 5 (sangat tidak setuju).	Ordinal - Stigma rendah, bila skor (x) > mean - Stigma tinggi, bila skor (x) < mean

3.6 Instrumen Penelitian

3.6.1 Kuesioner Data Sosiodemografi

Kuesioner data sosiodemografi yang diadaptasi dan dimodifikasi dari Sari and Yuliasuti (2018). Kuesioner data sosiodemografi ditampilkan pada bagian pertama. Isi kuesioner tersebut adalah : gender, umur, asal daerah, lingkungan tinggal (perkotaan/pedesaan), tinggal di (kos/rumah sendiri/ngontrak dengan teman), tinggal bersama (sendiri/dengan orang tua/orang lain), status hubungan (punya pasangan/lajang), jumlah uang bulanan, jumlah pendapatan keluarga yang terbesar bagi ayah/ibu, tahun masuk UII, fakultas, prodi, riwayat mempelajari ilmu kejiwaan (kuliah, webinar, dll), riwayat masalah kesehatan mental, riwayat

masalah kesehatan mental pada keluarga, dan kontak langsung dengan orang dengan masalah kesehatan mental.

3.6.2 Kuesioner Pengetahuan Mengenai Masalah kesehatan mental

Kuesioner *Mental Health Knowledge Schedule* (MAKS) yang digunakan untuk mengukur pengetahuan mahasiswa mengenai masalah kesehatan mental adalah kuesioner yang dikembangkan oleh Evans Lacko et al (2010), dan diadaptasi ke Bahasa Indonesia oleh Sari and Yuliasuti (2018). Kuesioner berisi 12 pertanyaan yang akan diukur menggunakan skala ordinal. Setiap pertanyaan akan dijawab dalam skala 1 (sangat tidak setuju) sampai 5 (sangat setuju), sedangkan tidak tahu akan diberi skor 3. Skor akan dijumlahkan, sehingga total skor berkisar dari 12-144. Total MAKS skor yang lebih tinggi dari mean berarti memiliki pengetahuan yang baik. Kuesioner ini memiliki nilai *cronbach's alpha* sebesar 0,763 (Sari and Yuliasuti 2018).

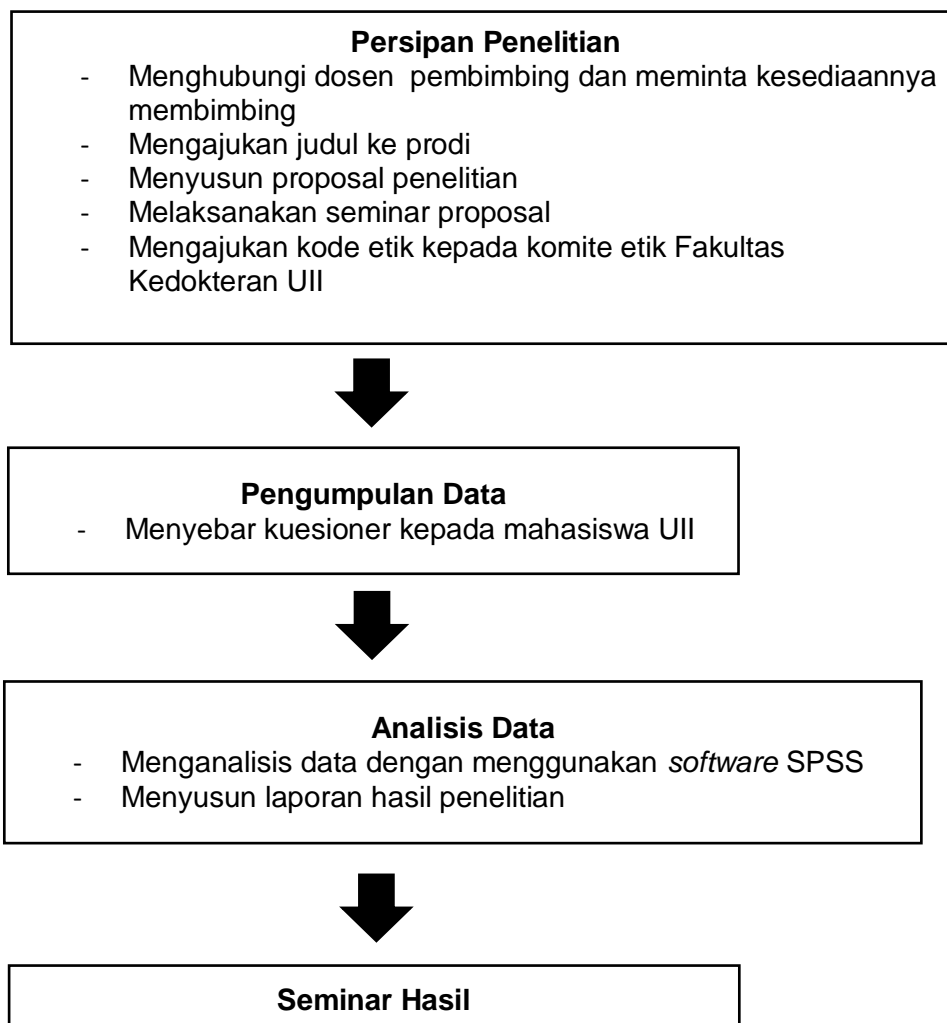
3.6.3 Kuesioner Stigma Terhadap Orang dengan Masalah kesehatan mental

Kuesioner *Community Attitudes towards Mental Illness* (CAMI) yang digunakan untuk mengukur stigma mahasiswa terhadap orang dengan masalah kesehatan mental adalah kuesioner yang dikembangkan oleh Taylor and Michael (1981), dan diadaptasi ke Bahasa Indonesia oleh Sari and Yuliasuti (2018). Kuesioner berisi 40 pertanyaan yang akan diukur menggunakan skala likert. Setiap pertanyaan akan dijawab dalam skala 1 (sangat setuju) sampai 5 (sangat tidak setuju). Kuesioner ini dibagi menjadi 4 sub bagian untuk menilai otoritarianisme, kebajikan, pembatasan sosial, dan ideologi kesehatan mental masyarakat, masing masing sub bagian berisi 10 pertanyaan. Skor akan dijumlahkan, sehingga total skor berkisar dari 40-1600. Total CAMI skor yang lebih tinggi dari mean berarti memiliki stigma yang rendah terhadap orang dengan gangguan mental. Kuesioner ini memiliki nilai *cronbach's alpha* sebesar 0,813 (Sari and Yuliasuti 2018).

3.7 Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas dan reliabilitas kuesioner MAKS dan CAMI versi Bahasa Indonesia yang digunakan dalam penelitian ini telah teruji pada penelitian sebelumnya. Koefisien reliabilitas (*Cronbach's alpha*) kuesioner MAKS sebesar 0,763 yang menunjukkan reliabilitas kuesioner baik. Sedangkan Koefisien reliabilitas (*Cronbach's alpha*) kuesioner CAMI sebesar 0,813 yang menunjukkan reliabilitas kuesioner juga baik.

3.8 Alur Penelitian



Gambar 4. Alur Penelitian

3.9 Metode dan Analisis Data

Data akan dianalisis menggunakan *software IBM SPSS Statistics*. Analisis univariat akan dilakukan untuk mengetahui distribusi frekuensi karakteristik sosiodemografi subjek penelitian. Untuk variabel penelitian yang meliputi tingkat pengetahuan dan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental akan dicari nilai nilai mean yang didapat akan digunakan untuk menglompokkan skor kuisisioner ke dalam kategori sebagai berikut (Sari and Yuliasuti 2018):

1. Tingkat pengetahuan mengenai masalah kesehatan mental
 - a. Pengetahuan baik, bila skor $(x) > \text{mean}$
 - b. Pengetahuan buruk, bila skor $(x) < \text{mean}$

2. Stigma mengenai masalah kesehatan mental
 - a. Stigma rendah, bila skor $(x) > \text{mean}$
 - b. Stigma tinggi, bila skor $(x) < \text{mean}$

Analisis *Spearman* digunakan untuk mengetahui hubungan korelasi antara tingkat pengetahuan (MAKS) dan stigma (CAMI), dan analisis *chi-square* digunakan untuk mengetahui hubungan karakteristik demografis dengan pengetahuan dan stigma (Puspitasari et al. 2020; Sugiyono 2018).

3.10 Etika Penelitian

Etika penelitian diajukan peneliti kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia sebelum penelitian dilakukan. Pengajuan etik untuk penelitian tersebut sudah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia dengan nomor : 7/Ka. Kom .Et/7 O I KEIV III I 2022. Pada penelitian ini, peneliti menekankan etik yang meliputi *informed consent* atau persetujuan responden, informasi yang diberikan kepada responden, serta menjamin kerahasiaan identitas responden dan data dari jawaban responden yang telah terkumpul.

BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Analisis Data

Penelitian ini dilakukan setelah mendapat persetujuan etik dari Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia dan izin dari Fakultas Kedokteran UII. Data diambil dari mahasiswa Universitas Islam Indonesia dan didapatkan sampel sebanyak 402 yang memenuhi kriteria inklusi. Periode pengambilan data berlangsung secara online selama 8 minggu dimulai pada 2 September 2022 hingga 4 November 2022.

4.1.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk menggambarkan karakteristik variabel penelitian dan mengetahui distribusi frekuensinya. Pada penelitian ini analisis univariat yang dilakukan untuk menggambarkan distribusi karakteristik responden yaitu jenis kelamin, tahun kuliah, program studi, Riwayat mempelajari ilmu kejiwaan, riwayat masalah Kesehatan mental, riwayat masalah Kesehatan mental pada anggota keluarga, dan kontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental.

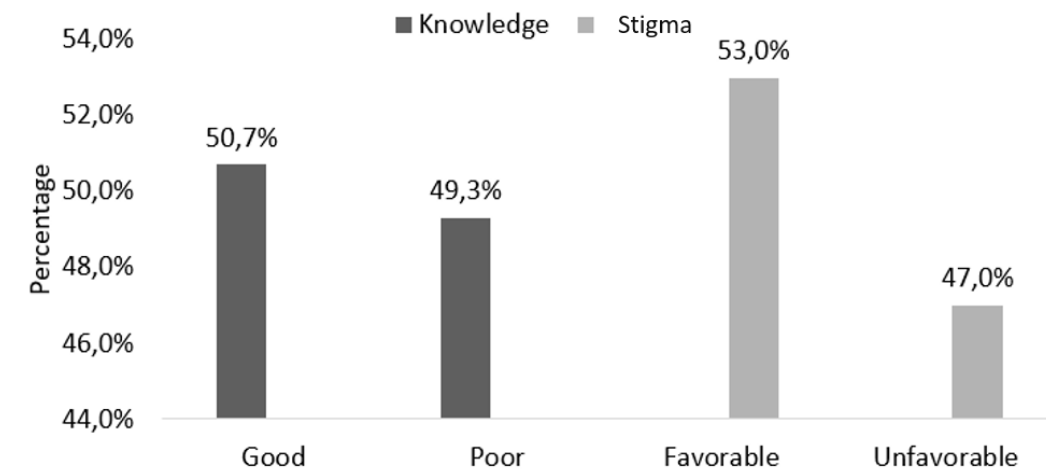
Berdasarkan data sosiodemografis yang ditampilkan pada Tabel 3, mayoritas subjek penelitian ini adalah perempuan sebanyak 301 responden (74.9%) dan laki-laki sebanyak 101 (25.1%). Sebanyak 319 (79.4%) subjek penelitian adalah lajang, sebanyak 76 (18.9%) berpacaran, dan sisanya 7 (1.7%) orang telah menikah. Kebanyakan partisipan berada di tahun keempat perkuliahan (37.8%). Ada 235 (58.5%) subjek penelitian berkuliah di program studi non kedokteran dan psikologi. Sebanyak 165 (41%) subjek penelitian tidak pernah mempelajari ilmu kejiwaan, sebanyak 99 (24.6%) mempelajari ilmu kejiwaan dari kuliah, dan sebanyak 138 (34.3%) subjek penelitian pernah mengikuti seminar. Mayoritas subjek penelitian 365 (90.8%) tidak memiliki Riwayat Kesehatan mental, 341 (84.8%) partisipan tidak memiliki Riwayat masalah Kesehatan mental pada keluarganya, dan 261 (64.9%) responden tidak pernah berkontak langsung dengan orang yang memiliki masalah Kesehatan mental.

Tabel 3. Data sosiodemografis partisipan (n = 402)

Sosiodemografis	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Gender		
Perempuan	301	74.9
Laki-laki	101	25.1
Status hubungan		
Lajang	319	79.4
Berpacaran	76	18.9
Menikah	7	1.7
Tahun kuliah		
Pertama	74	18.4
Kedua	89	22.1
Ketiga	87	21.6
Keempat	152	37.8
Program studi		
Kedokteran dan Psikologi	167	41.5
Non Kedokteran dan Psikologi	235	58.5
Riwayat mempelajari ilmu kejiwaan		
Tidak pernah	165	41.0
Kuliah	99	24.6
Seminar/internet/lainnya	138	34.3
Riwayat masalah kesehatan mental		
Tidak ada	365	90.8
Ada	37	9.2
Riwayat masalah kesehatan mental pada keluarga		
Tidak ada	341	84.8
Ada	61	15.2
Kontak langsung dengan orang dengan masalah kesehatan mental		
Ya	141	35.1
Tidak	261	64.9

Tabel 4. Nilai MAKS and CAMI

Total skor MAKS, rerata ± SD	41.31 ± 3.13	
Knowledge and understanding of stigma	21.01 ± 2.20	
Ability to indentify	20.31 ± 2.18	
Total skor CAMI, rerata ± SD	111.50 ± 5.99	
Authoritarianism	32.64 ± 2.82	
Benevolence	22.71 ± 3.92	
Social restrictiveness	32.47 ± 3.37	
Community mental health ideology	23.67 ± 4.21	



Gambar 5. Presentase pengetahuan dan stigma mahasiswa terhadap orang dengan masalah kesehatan mental

Tingkat pengetahuan responden dikelompokkan menjadi 2 kelompok yaitu pengetahuan baik dan pengetahuan buruk melalui nilai mean ($n = 41.31$) skor kuesioner MAKS. Jika skor pengetahuan adalah rata-rata skor MAKS total (41.31), dikategorikan buruk jika ≤ 41.31 dan baik jika > 41.31 . Tingkat stigma dibagi menjadi 2 kelompok yaitu kelompok stigma baik dan stigma buruk berdasarkan nilai mean ($n = 111.50$) skor CAMI. Dikategorikan baik jika > 111.50 dan buruk jika ≤ 111.50 . Mayoritas partisipan memiliki pengetahuan dan stigma yang baik terhadap orang dengan masalah kesehatan mental. Sebanyak $50,7\%$ partisipan memiliki pengetahuan yang baik dan sebanyak 53% memiliki stigma yang baik.

4.1.2 Analisis Bivariat

Dalam penelitian ini uji statistik bivariat menggunakan metode analisis korelasi Spearman. Uji koefisien spearman digunakan untuk melihat kekuatan korelasi hubungan antara dua variabel yang memiliki skala pengukuran ordinal, yaitu melihat kekuatan hubungan antara pengetahuan dengan tingkat stigma mahasiswa UII (tabel 5). Hasil Uji Spearman dinyatakan bermakna jika nilai ($p < 0.05$) dan kekuatan hubungan korelasi dinyatakan dengan nilai ρ . Interpretasi yang digunakan dalam menggunakan nilai ρ ini adalah $0.01 - < 0.2$ (sangat lemah), $0.2 - < 0.4$ (lemah), $0.4 - < 0.6$ (sedang), $0.6 - < 0.8$ (kuat), dan $0.8 - 1$ (sangat kuat).

Uji analisis chi square juga digunakan dalam penelitian ini untuk mengetahui hubungan karakteristik sosiodemografis dengan pengetahuan (tabel 6) dan hubungan karakteristik sosidemografis dengan stigma mahasiswa (tabel 7).

Variabel yang tidak memenuhi syarat uji chi-square selanjutnya dianalisis menggunakan uji fisher (Sugiyono 2018). Hasil dinyatakan bermakna jika nilai ($p < 0.05$). Jika $OR < 1$ adalah faktor protektif, $OR = 1$ adalah tidak bermakna, dan $OR > 1$ adalah faktor risiko.

a. Analisis Hubungan Korelasi Pengetahuan dengan Stigma

Tabel 5. Hubungan korelasi pengetahuan dengan stigma

Korelasi	ρ (dibaca rho)	p
Tingkat pengetahuan (skor MAKS) x tingkat stigma (skor CAMI)	-0.173	0.000*

Tabel diatas menunjukkan hasil analisis uji spearman terhadap tingkat pengetahuan dan tingkat stigma. Didapatkan hasil $p = 0.000$ dan $\rho = -0.173$ yang menandakan terdapat hubungan korelasi negatif antara pengetahuan dengan stigma, meskipun kekuatan hubungan tersebut sangat lemah. Hasil hubungan korelasinya adalah negatif, artinya semakin tinggi pengetahuan maka akan menurunkan stigma yang buruk kepada orang dengan masalah kesehatan mental.

b. Analisis Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Pengetahuan

Hasil analisis dapat dilihat pada tabel 6, sebanyak 402 subjek penelitian telah mengisi kuesioner. Subjek didominasi oleh mahasiswa berjenis kelamin perempuan dengan jumlah 3 kali lebih banyak dibanding subjek berjenis kelamin laki-laki. Dilihat pada tabel 4, sebanyak 198 subjek penelitian memiliki pengetahuan yang kurang baik. Pada hasil uji chi square untuk menganalisis hubungan jenis kelamin dengan pengetahuan didapatkan hasil signifikansi 0.058 yang menandakan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan jenis kelamin. Pada hasil uji chi square antara pengetahuan dengan status hubungan menunjukkan tidak adanya hubungan pengetahuan dengan status hubungan.

Selain itu, pada uji chi square antara pengetahuan dengan tahun kuliah didapatkan nilai signifikansi 0.434 pada mahasiswa tahun pertama, nilai signifikansi 0.398 pada mahasiswa tahun kedua, dan 0.051 pada mahasiswa tahun ke ketiga. Hal ini berarti tidak terdapat adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan tahun kuliah. Sedangkan pada uji chi square antara pengetahuan dengan program studi didapatkan hasil 0.002 yang menandakan terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan nilai $OR = 1.88$. Hal ini berarti terdapat hubungan signifikan antara pengetahuan dengan program studi, dimana program studi non kedokteran menjadi faktor risiko memiliki pengetahuan yang kurang baik.

Tabel 6. Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan pengetahuan

Variabel	Knowledge		OR (95% CI)	P-value
	Poor	Good		
Gender				
Perempuan	140 (46.5)	161 (53.5)	0.65 (0.40 to 1.01)	0.058
Laki-laki	58 (57.4)	43 (42.6)	Reference	
Status hubungan				
Menikah	3 (42.9)	4 (57.1)	0.79 (0.18 to 3.60)	0.764
Berpacaran	40 (52.6)	36 (47.4)	1.18 (0.71 to 1.94)	0.526
Lajang	155 (48.6)	164 (51.4)	Reference	
Tahun kuliah				
Pertama	30 (40.5)	44 (59.5)	0.80 (0.46 to 1.40)	0.434
Kedua	46 (51.7)	43 (48.3)	1.25 (0.74 to 2.12)	0.398
Ketiga	52 (59.8)	35 (40.2)	1.74 (1.02 to 2.97)	0.051
Keempat	70 (46.1)	82 (53.9)	Reference	
Program studi				
Non Kedokteran dan Psikologi	131 (55.7)	104 (44.3)	1.88 (1.26 to 2.81)	0.002
Kedokteran dan Psikologi	67 (40.1)	100 (59.9)	Reference	
Riwayat mempelajari ilmu kejiwaan				
Tidak pernah	98 (59.4)	67 (40.6)	2.80 (1.67 to 4.70)	0.000
Seminar/internet/lainnya	66 (47.8)	72 (52.2)	1.75 (1.03 to 2.99)	0.038
Kuliah	34 (34.3)	65 (65.7)	Reference	
Riwayat masalah kesehatan mental				
Ada	12 (32.4)	25 (67.6)	0.46 (0.23 to 0.95)	0.030
Tidak ada	186 (51.0)	179 (49.0)	Reference	
Riwayat masalah kesehatan mental pada keluarga				
Tidak Ada	175 (51.3)	166 (48.7)	1.742 (0.99 to 3.05)	0.050
Ada	23 (37.7)	38 (62.3)	Reference	
Kontak langsung dengan orang dengan masalah kesehatan mental				
Tidak	132 (50.6)	129 (49.4)	1.16 (0.77 to 1.75)	0.471
Ya	66 (46.8)	75 (53.2)	Reference	

Kemudian pada hasil uji chi square antara pengetahuan dengan Riwayat mempelajari ilmu kedokteran didapatkan nilai signifikansi 0.000 pada responden yang tidak pernah mempelajari ilmu kejiwaan dengan nilai OR 2.80 dan nilai signifikansi 0.038 pada responden yang pernah mengikuti seminar atau membaca tentang masalah kesehatan mental melalui internet dengan nilai OR 1.74. Hal ini berarti terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan Riwayat

mempelajari ilmu kejiwaan, dimana responden yang tidak pernah mempelajari ilmu kesehatan dan responden yang pernah mempelajari namun melalui seminar atau membaca tentang masalah kesehatan mental melalui internet menjadi faktor risiko memiliki pengetahuan yang kurang baik mengenai masalah Kesehatan mental disbanding mahasiswa yang mempelajari ilmu kejiwaan melalui kuliah.

Pada hasil uji chi square antara pengetahuan dengan Riwayat masalah Kesehatan mental didapatkan hasil signifikansi 0.030 dengan nilai OR 0.46, hal ini berarti terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan riwayat masalah kesehatan mental dimana mempunyai riwayat masalah kesehatan mental merupakan faktor protektif. Sedangkan dari hasil uji chi square pada pengetahuan dengan riwayat kesehatan mental pada anggota keluarga didapatkan hasil signifikansi 0.050 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan dengan riwayat kesehatan mental pada anggota keluarga. Selain itu, pada hasil analisis chi square antara pengetahuan dan kontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental menunjukkan nilai signifikansi 0.471 yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan kontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental.

c. Analisis Hubungan Hubungan Karakteristik Sosiodemografi dengan Stigma

Berdasarkan tabel 7, sebanyak 198 subjek penelitian memiliki stigma yang kurang baik. Dan sisanya sebanyak 213 subjek penelitian memiliki stigma yang baik. Pada hasil uji chi square untuk menganalisis hubungan jenis kelamin dengan stigma didapatkan hasil signifikansi 0.906 yang menandakan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara stigma dengan jenis kelamin. Pada hasil uji *chi square* antara stigma dengan status hubungan didapatkan nilai signifikansi 0.258[†] pada status hubungan menikah dan 0.683 pada status hubungan berpacaran, hal ini menandakan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara status hubungan dengan stigma.

Selain itu, pada uji *chi square* antara stigma dengan tahun kuliah didapatkan nilai signifikansi 0.190 pada mahasiswa tahun pertama, nilai signifikansi 0.270 pada mahasiswa tahun kedua, dan 0.274 pada mahasiswa tahun ke ketiga. Hal ini berarti tidak terdapat adanya hubungan yang signifikan antara stigma dengan tahun kuliah. Sedangkan pada uji chi square antara stigma dengan program studi

didapatkan hasil 0.053, hal ini berarti tidak terdapat hubungan signifikan antara stigma dengan program studi.

Tabel 7. Hubungan karakteristik sosiodemografi dengan stigma

Variable	Stigma		OR (95% CI)	P-value
	Unfavorable	Favorable		
Gender				
Perempuan	141 (46.8)	160 (53.2)	0.97 (0.62 to 2.53)	0.906
Laki-laki	48 (47.5)	53 (52.5)	Reference	
Status hubungan				
Menikah	5 (71.4)	2 (28.6)	2.93 (0.56 to 15.30)	0.258 [†]
Berpacaran	37 (48.7)	39 (51.3)	1.11 (0.67 to 1.83)	0.683
Lajang	147 (46.1)	172 (53.9)	Reference	
Tahun kuliah				
Pertama	38 (51.4)	36 (48.6)	1.45 (0.83 to 2.54)	0.190
Kedua	44 (49.4)	45 (50.6)	1.34 (0.80 to 2.27)	0.270
Ketiga	43 (49.4)	44 (50.6)	1.34 (0.79 to 2.28)	0.274
Keempat	64 (42.1)	88 (57.9)	Reference	
Program studi				
Non Kedokteran dan Psikologi	120 (51.1)	115 (48.9)	1.48 (0.99 to 2.21)	0.053
Kedokteran dan Psikologi	69 (41.3)	98 (58.7)	Reference	
Riwayat mempelajari ilmu kejiwaan				
Tidak pernah	76 (46.1)	89 (53.9)	1.11 (0.67 to 1.84)	0.678
Seminar/internet/lainnya	70 (50.7)	68 (49.3)	1.34 (0.80 to 2.25)	0.268
Kuliah	43 (43.4)	56 (56.6)	Reference	
Riwayat masalah kesehatan mental				
Ada	20 (54.1)	17 (45.9)	1.36 (0.69 to 2.69)	0.368
Tidak ada	169 (46.3)	196 (53.7)	Reference	
Riwayat masalah kesehatan mental pada keluarga				
Tidak ada	189 (55.4)	152 (44.6)	1.52 (0.29 to 0.91)	0.020*
Ada	37 (60.7)	24 (39.3)	Reference	
Kontak langsung dengan orang dengan masalah kesehatan mental				
Tidak	114 (43.7)	147 (56.3)	0.68 (0.45 to 1.03)	0.068
Ya	75 (53.2)	66 (46.8)	Reference	

Kemudian pada hasil uji chi square antara stigma dengan riwayat mempelajari ilmu kedokteran didapatkan nilai signifikansi 0.678 pada responden

yang tidak pernah mempelajari ilmu kejiwaan dan nilai signifikansi 0.268 pada responden yang pernah mengikuti seminar atau membaca tentang masalah kesehatan mental melalui internet. Hal ini berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan antara stigma dengan riwayat mempelajari ilmu kejiwaan. Pada hasil uji chi square antara stigma dengan riwayat kesehatan mental, didapatkan nilai signifikansi 0.368 yang berarti, tidak terdapat hubungan yang signifikan antara stigma dengan riwayat masalah kesehatan mental.

Sedangkan dari hasil uji chi square pada stigma dengan riwayat kesehatan mental pada anggota keluarga didapatkan hasil signifikansi 0.020 dengan OR 1.52 yang berarti terdapat hubungan yang signifikan antara stigma dengan dengan riwayat kesehatan mental pada anggota keluarga. Hal ini menunjukkan memiliki anggota keluarga dengan riwayat masalah kesehatan mental merupakan faktor protektif. Selain itu, uji chi square antara stigma dengan kontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental didapatkan nilai signifikansi 0.068, hal ini menunjukkan tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan kontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental.

4.2 Pembahasan

4.2.1 Korelasi Hubungan Pengetahuan dan Stigma Mahasiswa UII

Hasil penelitian pada tabel 3 menunjukkan adanya hubungan korelasi antara pengetahuan dengan stigma. Didapatkan hasil $p = 0.000$ dan $\rho = -0.173$ yang menandakan terdapat hubungan korelasi negatif antara pengetahuan dengan stigma, meskipun kekuatan hubungan tersebut sangat lemah. Hasil hubungan korelasinya adalah negatif, artinya semakin baik tingkat pengetahuan maka akan menurunkan stigma yang buruk kepada orang dengan masalah kesehatan mental. Ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang mengatakan pengetahuan dapat mempengaruhi stigma mereka terhadap gangguan kesehatan mental. Seseorang pengetahuan yang baik cenderung memiliki stigma yang rendah terhadap orang dengan masalah kesehatan mental (Aljedaani 2019).

Hasil penelitian ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan Corrigan et al (2010) dan pendapat Rusch et al (2005) yang mengatakan bahwa stigma negatif terhadap orang dengan masalah kesehatan mental dapat diturunkan melalui edukasi dan kontak atau interaksi. Edukasi mengenai masalah kesehatan mental akan memberikan informasi yang akan mengoreksi stigma negatif yang ada

mengenai orang dengan masalah kesehatan mental. Hal ini akan menuntun seseorang agar dapat memilih informasi yang benar yang akan menambah pengetahuannya sehingga stereotip negatif akan menghilang dan mereka dapat menyesuaikan perilaku terhadap orang dengan masalah kesehatan mental dengan lebih baik. Sedangkan kontak atau interaksi dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental dapat memperkuat hasil edukasi dan pemahaman, serta membangun rasa empati terhadap orang yang memiliki masalah kesehatan mental.

Penelitian yang dilakukan di salah satu universitas di Jawa Tengah oleh Hartini et al (2018) juga menampilkan hasil yang sama. Analisis statistik menunjukkan bahwa pengetahuan memiliki korelasi hubungan yang signifikan dengan stigma dengan $r = -0.17$ dan $P < 0.01$. Hal ini menandakan terdapat korelasi hubungan yang lemah dan korelasi antara kedua variabel bersifat negatif. Hal ini menunjukkan bahwa semakin baik pengetahuan individu tentang kesehatan mental, semakin rendah kecenderungan mereka untuk memiliki stigma buruk terhadap orang dengan masalah kesehatan mental. Penelitian yang dilakukan oleh Lanfredi et al., (2019) juga menyebutkan bahwa intervensi edukasi dan kontak memiliki efek yang positif pada tingkat pengetahuan dan stigma terhadap gangguan jiwa.

4.2.2 Tingkat Pengetahuan Mahasiswa UII

Tingkat pengetahuan orang akan berbeda-beda berdasarkan dari kumpulan informasi atau ilmu yang telah dipahami orang tersebut. Sehingga estimasi tingkat pengetahuan mahasiswa akan bervariasi dalam setiap studi di seluruh dunia. Pada hasil penelitian ini menemukan bahwa dari 402 sampel yang di analisis sebanyak 50.7% mahasiswa memiliki pengetahuan yang baik mengenai masalah Kesehatan jiwa. Angka ini tidak jauh berbeda bila dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan di salah satu universitas di Jawa Barat pada tahun 2020 yang menemukan 50.3% dari 420 mahasiswa memiliki pengetahuan yang baik mengenai masalah Kesehatan mental (Puspitasari et al. 2020). Namun, hasil penelitian ini masih lebih rendah daripada hasil penelitian yang dilakukan yang dilakukan di negara lain yaitu Bangladesh dengan proporsi sebesar 60.1% mahasiswa memiliki pengetahuan yang baik mengenai masalah kesehatan mental.

4.2.2.1 Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Jenis Kelamin

Pada penelitian ini menunjukkan sebanyak 41% mahasiswa perempuan memiliki pengetahuan yang baik mengenai masalah kesehatan mental. Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* diperoleh nilai signifikansi 0.058 hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan jenis kelamin mahasiswa. Penelitian sebelumnya juga menunjukkan hasil yang sama, yaitu dengan nilai signifikansi 0.190 yang menunjukkan tidak terdapat hubungan antara pengetahuan dengan jenis kelamin (Puspitasari et al., 2020). Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Italia yang menunjukkan terdapat hubungan antara jenis kelamin dengan pengetahuan. Mahasiswa perempuan memiliki pengetahuan yang lebih baik dibanding laki-laki, karena perempuan cenderung lebih suka membaca dan mencari informasi (Pascucci et al., 2017).

4.2.2.2 Hubungan Pengetahuan dengan Status Hubungan

Pada penelitian ini menunjukkan sebanyak 79,3% memiliki status hubungan lajang dan 51,4% diantaranya memiliki pengetahuan yang baik. Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan status hubungan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Jawa Tengah menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara status hubungan dengan pengetahuan mengenai masalah kesehatan mental (Hartini et al. 2018).

4.2.2.3 Hubungan Pengetahuan dengan Tahun Kuliah

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan tahun kuliah. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Siddique et al (2022) yang menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan tahun kuliah. Sedangkan pada penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari et al (2020) dan Sari and yuliasuti (2018) menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan tahun kuliah. Tahun kuliah berkaitan dengan mahasiswa yang telah mencapai tingkat pendidikan yang lebih tinggi, sehingga memiliki pengetahuan yang lebih baik. Hal ini sesuai dengan penelitian Aruna yang memvalidasi bahwa kurangnya pengetahuan pada siswa terkait gangguan kejiwaan terdapat pada tahun-tahun awal Pendidikan (Aruna et al., 2016).

4.2.2.4 Hubungan Pengetahuan dengan Program Studi

Pada penelitian ini menunjukkan sebanyak 59.9% mahasiswa program studi kedokteran dan psikologi memiliki pengetahuan yang baik. Sedangkan pada program studi non kedokteran dan psikologi hanya 44.3% mahasiswa yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik mengenai masalah kesehatan mental. Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan program studi. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh di salah satu universitas di Jawa Barat oleh Puspitasari et al (2020) yang menunjukkan bahwa 71.3% mahasiswa program studi kedokteran dan psikologi memiliki pengetahuan yang baik sedangkan pada program studi non kedokteran dan psikologi hanya 28.7% mahasiswa yang mempunyai pengetahuan yang tingkat baik. Selain itu, sebagian besar mahasiswa non fakultas kedokteran dan psikologi tidak mengetahui hal-hal spesifik tentang faktor risiko, penanganan, dan pengobatan untuk orang dengan masalah kesehatan mental. Hal ini juga karena responden dari non fakultas kedokteran dan psikologis tidak menerima pengetahuan secara formal atau dalam perkuliahan mengenai ilmu psikiatri (Tye 2016).

4.2.2.5 Hubungan Pengetahuan dengan Riwayat Mempelajari Ilmu Kejiwaan

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan riwayat mempelajari ilmu kejiwaan. Dimana pada penelitian ini menunjukkan sebanyak 65.7% mahasiswa yang pernah mempelajari ilmu kejiwaan dalam perkuliahan memiliki pengetahuan yang baik. Sedangkan sebanyak 69.4% mahasiswa yang tidak pernah mempelajari ilmu kejiwaan memiliki pengetahuan yang lebih buruk. Sama juga dengan mahasiswa yang mempelajari ilmu kejiwaan melalui seminar ataupun internet berpotensi memiliki pengetahuan yang rendah dibanding yang mempelajari ilmu kejiwaan melalui perkuliahan, hal ini karena seminar ataupun internet bukanlah Pendidikan formal seperti perkuliahan dimana materinya tidak akan selengkap perkuliahan. Temuan ini mendukung hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa kurangnya literasi mengenai kesehatan mental adalah salah satu penyebab rendahnya pengetahuan (Wahl et al. 2011; Hartini et al. 2018).

4.2.2.6 Hubungan Pengetahuan dengan Riwayat Masalah Kesehatan Mental

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan Riwayat masalah kesehatan mental. Dimana pada penelitian ini menunjukkan sebanyak 67.6% mahasiswa yang memiliki riwayat masalah kesehatan mental memiliki pengetahuan yang baik. Hal ini tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh di salah satu universitas di Jawa Barat oleh Puspitasari et al (2020) yang menunjukkan bahwa 68.1% mahasiswa yang memiliki riwayat masalah kesehatan mental memiliki pengetahuan yang baik. Dimana seseorang yang memiliki riwayat masalah kesehatan mental memiliki pengetahuan lebih berdasarkan apa yang dirinya alami, sehingga tingkat pengetahuannya lebih tinggi. Hasil ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Phelan et al (2007) dan Sari and yuliasuti (2018).

4.2.2.7 Hubungan Pengetahuan dengan Riwayat Masalah Kesehatan Mental pada Anggota Keluarga

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan riwayat masalah kesehatan mental pada anggota keluarga. Hasil ini sama dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Gyllensten et al (2011). Hasil berbeda ditunjukkan pada penelitian Bedaso (2016) dimana terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan riwayat masalah kesehatan mental pada keluarga. Seseorang yang mempunyai anggota keluarga dengan riwayat masalah kesehatan mental memiliki pengetahuan yang lebih baik. Sosialisasi secara langsung dapat meningkatkan pemahaman seseorang tentang masalah kesehatan mental (Sari and Yuliasuti 2018).

4.2.2.8 Hubungan Pengetahuan dengan Riwayat Kontak Langsung dengan Orang yang Memiliki Masalah Kesehatan Mental

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan adanya hubungan yang tidak signifikan antara pengetahuan dengan riwayat berkontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental. Dimana pada penelitian ini menunjukkan sebanyak 53.2% mahasiswa yang pernah berkontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental memiliki pengetahuan yang baik. Sedangkan sebanyak 46.8% mahasiswa yang tidak pernah berkontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan

mental memiliki pengetahuan yang lebih buruk. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Puspitasari (2020) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan riwayat kontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental, dimana seseorang yang tidak pernah bersosialisasi dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental 1.37 kali berisiko memiliki pengetahuan yang lebih rendah dibanding seseorang yang berkontak dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental. Pernah bersosialisasi dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental akan membangun pengalaman yang dapat meningkatkan pengetahuan (Wood et al., 2014).

4.2.3 Stigma Mahasiswa UII

Stigma seseorang akan terbentuk melalui stereotip, prasangka, dan sikap yang dia tunjukkan terhadap orang dengan masalah kesehatan mental. Sehingga estimasi stigma mahasiswa akan bervariasi dalam setiap studi di seluruh dunia. Pada hasil penelitian ini menemukan bahwa dari 402 sampel yang di analisis sebanyak 53% mahasiswa memiliki stigma yang baik mengenai masalah Kesehatan jiwa. Angka ini sedikit lebih tinggi bila dibandingkan dengan hasil penelitian yang dilakukan di salah satu universitas di Jawa Barat pada tahun 2020 yang menemukan 51.4% dari 420 mahasiswa memiliki stigma yang baik mengenai masalah Kesehatan mental (Puspitasari et al., 2020). Namun, hasil penelitian ini lebih rendah daripada hasil penelitian yang dilakukan yang dilakukan di negara lain yaitu Bangladesh dengan proporsi sebesar 60.1% mahasiswa memiliki pengetahuan yang baik mengenai masalah kesehatan mental.

4.2.3.1 Hubungan Stigma dengan Jenis Kelamin

Pada penelitian ini menunjukkan sebanyak 40% mahasiswa perempuan memiliki stigma yang baik mengenai masalah kesehatan mental. Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* diperoleh nilai signifikansi 0.906, hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara stigma dengan jenis kelamin mahasiswa. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Universitas Padjajaran bahwa mahasiswa perempuan memiliki rasa yang lebih toleran terhadap orang dengan masalah kesehatan jiwa (Puspitasari et al., 2020; Savrun et al., 2007). Pada penelitian penelitian Pascucci et al (2017) dan Smith et al (2011) yang menegaskan bahwa perempuan cenderung menunjukkan toleransi yang lebih tinggi terhadap orang dengan masalah kesehatan mental dibandingkan laki-laki. Perempuan juga memiliki empati yang lebih baik dibanding

laki-laki Sehingga perempuan memiliki stigma yang lebih baik terhadap orang yang memiliki masalah kesehatan mental (Taylor and Michael 1981). Namun, penelitian lain melaporkan bahwa pria memiliki sikap yang lebih baik terhadap penyakit mental daripada wanita karena kebanyakan wanita memiliki rasa takut berteman dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental (Bener and Ghuloum 2011).

4.2.3.2 Hubungan Stigma dengan Status Hubungan

Pada penelitian ini menunjukkan sebanyak 79,3% memiliki status hubungan lajang dan 53,9% diantaranya memiliki stigma yang baik mengenai orang dengan masalah kesehatan mental. Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara status hubungan dengan status stigma. berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Hartini et al (2018) adanya hubungan yang signifikan antara status hubungan dengan pengetahuan mengenai masalah kesehatan mental. Seseorang yang memiliki pasangan seperti perkawinan dianggap sebagai pengalaman yang memungkinkan seseorang untuk secara bertahap menerima perbedaan dan keunikan orang lain. Hal ini juga terjadi pada pasangan yang hidup bersama ataupun pacaran. Oleh karena itu, individu yang berpasangan memiliki sikap yang lebih menghargai perbedaan dibandingkan individu yang lajang sehingga dapat meminimalisir timbulnya stigma terhadap orang yang memiliki masalah kesehatan mental.

4.2.3.3 Hubungan Stigma dengan Tahun Kuliah

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara stigma dengan tahun kuliah. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Sari dan yuliasuti (2018) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara stigma dengan tahun kuliah. Mahasiswa tahun ke empat diasumsikan memiliki usia yang lebih tua sehingga memiliki kedewasaan dan pengalaman hidup yang lebih luas yang membuat mereka lebih baik menerima perbedaan dan keunikan orang lain, dan karenanya lebih baik dalam menerima kehadiran orang dengan masalah kesehatan mental (Adewuya and Oguntade 2007).

4.2.3.4 Hubungan Stigma dengan Program Studi

Pada penelitian ini menunjukkan sebanyak 57.8% mahasiswa program studi kedokteran dan psikologi memiliki stigma yang baik. Sedangkan

pada program studi non kedokteran dan psikologi hanya 48.9% mahasiswa yang memiliki tingkat stigma yang baik mengenai masalah kesehatan mental. Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara stigma dengan program studi. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh di salah satu universitas di Jawa Barat oleh Puspitasari et al (2020) yang menunjukkan bahwa mahasiswa program studi kedokteran dan psikologi 1.23 kali berpotensi memiliki stigma yang lebih baik dibandingkan mahasiswa program studi non kedokteran dan psikologi. Sebagian besar mahasiswa non fakultas kedokteran dan psikologi tidak mengetahui apa yang harus dilakukan terhadap orang dengan masalah kesehatan mental sehingga mereka memilih untuk menghindarinya (Aruna et al. 2016).

4.2.3.5 Hubungan Stigma dengan Riwayat Mempelajari Ilmu

Kejiwaan

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara stigma dengan riwayat mempelajari ilmu kejiwaan. Temuan ini berbeda dengan hasil penelitian sebelumnya yang menunjukkan bahwa kurangnya mempelajari mengenai kesehatan mental adalah salah satu penyebab munculnya stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental (Wahl et al. 2011; Hartini et al. 2018). Literasi kesehatan mental yang rendah diketahui memiliki dampak negatif pada orang dengan masalah kesehatan mental misalnya, karena ketidaktahuannya mengenai masalah kesehatan mental seseorang mulai memunculkan stigma bahwa orang dengan masalah kesehatan mental adalah orang yang terkutuk. Hal ini bisa menimbulkan resistensi untuk berinteraksi dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental. Sebuah studi sebelumnya menunjukkan yang pernah mempelajari ilmu kejiwaan cenderung memiliki sikap yang lebih baik terhadap orang dengan masalah kesehatan mental (Corrigan et al., 2014).

4.2.3.6 Hubungan Tingkat Stigma dengan Riwayat Masalah Kesehatan

Mental

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan nilai signifikansi yang sebesar 0.368, hal ini berarti tidak terdapat adanya hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan riwayat masalah kesehatan mental. Pada penelitian ini menunjukkan sebanyak 59.1% mahasiswa yang memiliki riwayat masalah kesehatan mental memiliki stigma yang baik. Mahasiswa yang

memiliki riwayat masalah kesehatan mental dapat menimbulkan rasa empati sehingga menurunkan stigma negatif terhadap orang dengan masalah kesehatan mental (Sari and Yuliasuti 2018). Orang dengan riwayat masalah kesehatan mental mengerti bagaimana rasanya mendapatkan stigma negatif dari orang lain sehingga cenderung tidak melakukan stigmatisasi terhadap orang lain. Hasil ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Puspitasari et al (2020) dan Scafer et al (2011) yang menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara stigma dengan riwayat kesehatan mental.

4.2.3.7 Hubungan Tingkat Stigma dengan Riwayat Masalah Kesehatan Mental pada Keluarga

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara stigma dengan riwayat masalah kesehatan mental pada anggota keluarga dengan nilai OR 1.52, hal ini menunjukkan tidak memiliki riwayat masalah kesehatan dalam anggota keluarga berisiko 1.52 kali memiliki stigma yang kurang baik dibandingkan dengan mahasiswa yang memiliki riwayat masalah kesehatan mental pada anggota keluarganya. Hasil ini sama dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Puspitasari (2020). Ketika dalam satu keluarga terdapat anggota yang mengalami masalah kesehatan mental otomatis akan terjalin interaksi satu sama lain. Interaksi tersebut akan membangun keakraban dengan orang dengan masalah kesehatan mental hal ini memiliki kontribusi penting untuk membentuk stigma yang lebih baik terhadap orang dengan masalah kesehatan mental (Corrigan et al., 2014).

4.2.3.8 Hubungan Tingkat Stigma dengan Kontak Langsung dengan Orang yang Memiliki Masalah Kesehatan Mental

Berdasarkan hasil analisis menggunakan *chi-square* menunjukkan tidak adanya hubungan yang signifikan antara stigma dengan riwayat berkontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan Bedaso (2016) yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara stigma dengan riwayat kontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental, dimana memiliki kontak langsung dengan orang yang memiliki masalah kesehatan mental meningkatkan kemungkinan memiliki sikap positif terhadap penyakit mental, sehingga akan menurunkan stigmatisasi. Satu studi secara khusus menunjukkan bahwa mereka yang mengenal seseorang dengan masalah kesehatan mental memiliki sikap yang

lebih positif terhadap penyakit mental dan mengaitkannya dengan rendahnya stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental. Individu yang akrab dengan penyakit mental, semakin rendah kecenderungan mereka untuk menghindari pasien kesehatan mental. Keakraban dalam hal ini berarti sejauh mana individu terpapar dengan pasien kesehatan jiwa (Holmes et al. 1999; Schafer et al., 2011)

4.3 Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian ini terdapat dua keterbatasan. Pertama keterbatasan dari peneliti saat melakukan pengambilan data. Karena subjek penelitian cukup luas yaitu mahasiswa UII dan pengambilan data dilakukan dengan kuesioner online melalui *google form*, sehingga membutuhkan waktu lebih lama dalam mencapai angka minimum responden. Keterbatasan yang lain yaitu karena penelitian dilakukan hanya di satu universitas di Indonesia dalam penelitian ini yaitu Universitas Islam Indonesia, maka hasilnya tidak dapat digeneralisasikan ke universitas lain di negara ini dimana dan hasil ini tidak mewakili pengetahuan dan stigma seluruh mahasiswa Indonesia.

BAB V. SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

Berdasarkan hasil analisis pengetahuan dan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental pada mahasiswa UII, dapat diambil kesimpulan bahwa terdapat hubungan korelasi negatif pengetahuan dan stigma pada mahasiswa UII. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya dimana semakin baik pengetahuan seseorang maka semakin rendah stigma orang tersebut terhadap orang dengan masalah kesehatan mental. Begitu pula sebaliknya, semakin buruk pengetahuan seseorang maka semakin tinggi stigma orang tersebut terhadap orang dengan masalah kesehatan mental.

Selain itu, pada penelitian ini didapatkan hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan program studi, riwayat mempelajari ilmu kejiwaan, dan riwayat memiliki masalah kesehatan mental. Dimana program studi non kedokteran dan psikologi, tidak pernah mempelajari ilmu kejiwaan, dan tidak pernah memiliki riwayat masalah kesehatan mental merupakan faktor memiliki pengetahuan yang kurang baik. Kemudian didapatkan hubungan yang signifikan antara stigma mahasiswa dengan riwayat masalah kesehatan mental pada anggota keluarga.

5.2 Saran

5.2.1 Mahasiswa Universitas Islam Indonesia

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi dorongan untuk mahasiswa UII baik untuk meningkatkan pengetahuannya mengenai masalah kesehatan mental sehingga dapat menurunkan stigma buruk terhadap orang dengan masalah kesehatan mental, serta dapat meningkatkan kepedulian kepada orang dengan masalah kesehatan mental.

5.2.2 Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan untuk meningkatkan edukasi kepada mahasiswa terutama mengenai ilmu kejiwaan agar stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental dapat diminimalis

5.2.3 Penelitian Selanjutnya

- a. Meneliti lebih lanjut mengenai perbedaan tingkat pengetahuan dan stigma mahasiswa Baik dengan jenis penelitian kuantitatif, kualitatif, atau menggabungkan keduanya
- b. Meneliti kemungkinan faktor lain yang dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan dan stigma terhadap masalah kesehatan mental.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, Tahirah, and Tamara L. Brown. 2011. "Mental Illness Stigma and Ethnocultural Beliefs, Values, and Norms: An Integrative Review." *Clinical Psychology Review* 31(6): 934–48.
- Adewuya, Abiodun O., and Ayotunde A. Oguntade. 2007. "Doctors' Attitude towards People with Mental Illness in Western Nigeria." *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42(11): 931–36.
- Ahmedani, Brian K. 2011. "Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession." *Journal of social work values and ethics* 8(2): 41–416.
- Aljedaani, Shafeah M. 2019. "Adults' Knowledge, Attitudes, and Willingness to Interact With Patients Suffering From Mental Illness in Jeddah City." *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 25(5): 360–75.
- American Psychologic Association. 2021. "Stigma, Prejudice, and Discrimination against People with Mental Illness."
- Aruna, G., Mittal, S., Yadiyal, M. B., Acharya, C., Acharya, S., & Uppulari, C. 2016. Perception, knowledge, and attitude toward mental disorders and psychiatry among medical undergraduates in Karnataka: A cross-sectional study. *Indian journal of psychiatry*, 58(1), 70.
- Bedaso, A., Yeneabat, T., Yohannis, Z., Bedasso, K., & Feyera, F. 2016. Community Attitude and Associated Factors towards People with Mental Illness among Residents of Worabe Town, Silte Zone, Southern Nation's Nationalities and People's Region, Ethiopia. *PloS one*, 11(3), e0149429.
- Bener, Abdulbari, and Suhaila Ghuloum. 2011. "Gender Differences in the Knowledge, Attitude and Practice towards Mental Health Illness in a Rapidly Developing Arab Society." *International Journal of Social Psychiatry* 57(5): 480–86.
- Bennett, J., and R. Stennett. 2015. "Attitudes towards Mental Illness of Nursing Students in a Baccalaureate Programme in Jamaica: A Questionnaire Survey." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 22(8): 599–605.
- Bogardus, E.S. 1959. *Social Distance Yellow Springs. Ohio: Antioch.*
- Corker, E., Hamilton, S., Henderson, C., Weeks, C., Pinfold, V., Rose, D., Williams, P., Flach, C., Gill, V., Lewis-Holmes, E., & Thornicroft, G. 2013. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *The British journal of psychiatry. Supplement*, 55, s58–s63.
- Corrigan, Patrick W., Benjamin G. Druss, and Deborah A. Perlick. 2014. "The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care." *Psychological Science in the Public Interest, Supplement* 15(2): 37–

70.

Corrigan, Patrick W., Amy Kerr, and Lissa Knudsen. 2005. "The Stigma of Mental Illness: Explanatory Models and Methods for Change." *Applied and Preventive Psychology* 11(3): 179–90.

Corrigan, Patrick W., and Jenessa R. Shapiro. 2010. "Measuring the Impact of Programs That Challenge the Public Stigma of Mental Illness." *Clinical Psychology Review* 30(8): 907–22.

Dahlberg, Karin M., Margda Waern, and Bo Runeson. 2008. "Mental Health Literacy and Attitudes in a Swedish Community Sample - Investigating the Role of Personal Experience of Mental Health Care." *BMC Public Health* 8: 1–10.

Fernandez, A., Tan, K. A., Knaak, S., Chew, B. H., & Ghazali, S. S. 2016. Effects of Brief Psychoeducational Program on Stigma in Malaysian Pre-clinical Medical Students: A Randomized Controlled Trial. *Academic psychiatry : the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry*, 40(6), 905–911.

Fung, K. M., Tsang, H. W., Corrigan, P. W., Lam, C. S., & Cheung, W. M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in China and its implications for recovery. *The International journal of social psychiatry*, 53(5), 408–418.

Gyllensten, A. L., Sevensson, B., Bjorkman, T., Hansson, L., Leufstadius, C., Bejerholm, U., ... & Sandlund, M. 2011. Attitudes in healthcare students towards mental illness-A pre-and post multicenter university program survey. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 9(3), 11.

Hartini, Nurul, Nur Ainy Fardana, Atika Dian Ariana, and Nido Dipo Wardana. 2018. "Stigma toward People with Mental Health Problems in Indonesia." *Psychology Research and Behavior Management* 11: 535–41.

Hayward, Peter, and Jenifer A. Bright. 1997. "Stigma and Mental Illness: A Review and Critique Early Findings Methodology." *Journal of Mental Health* 6(4): 345–54.

Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J., & Kubiak, M. A. 1999. Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 25(3), 447-456.

Hunt, Darwin P. 2003. "The Concept of Knowledge and How to Measure It." *Journal of Intellectual Capital* 4(1): 100–113.

Jones, Simon, Louise Howard, and Graham Thornicroft. 2008. "'Diagnostic Overshadowing': Worse Physical Health Care for People with Mental Illness." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118(3): 169–71.

Jorm, A. 2000. "C30. Mental Health Literacy. Public Knowledge and Beliefs about

- Mental Disorders - University College London." *The British Journal of psychiatry: The journal of mental science* 177: 396–401.
- Keating, Frank, and David Robertson. 2004. "Fear, Black People and Mental Illness: A Vicious Circle?" *Health and Social Care in the Community* 12(5): 439–47.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia/Kemenkes RI. 2018. "Laporan_Nasional_RKD2018_FINAL.Pdf." *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*: 674.
- Van Der Kluit, Maria Johanna, and Peter J.J. Goossens. 2011. "Factors Influencing Attitudes of Nurses in General Health Care toward Patients with Comorbid Mental Illness: An Integrative Literature Review." *Issues in Mental Health Nursing* 32(8): 519–27.
- Lanfredi, M., Macis, A., Ferrari, C., Rillosi, L., Ughi, E. C., Fanetti, A., ... & Rossi, R. 2019. Effects of education and social contact on mental health-related stigma among high-school students. *Psychiatry research*, 281, 112581.
- Lin, Frank R., John K. Niparko, and and Luigi Ferrucci. 2014. "基因的改变NIH Public Access." *Bone* 23(1): 1–7.
- Link, Bruce G, and Jo C Phelan. 2001. "Onconceptualizing Tigma." *Annual Reviews* 27(Lewis 1998): 363–85.
- Livingston, James D. 2013. "Mental Illness-Related Structural Stigma: The Downward Spiral of Systemic Exclusion Final Report." *Mental Health commission of canada*. <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
- Made sudarma adiputra, Ni Wayan Trisnadewi, Ni Putu Wiwik Otaviani. 2021. "Metodologi Penelitian Kesehatan." *Penerbit Yayasan Kita Menulis*: 1–282.
- Mary C. Townsend. 2015. "E-Book Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence-Based Practice by Mary C. Townsend DSN PMHCNS-BC (z-Lib.Org).Pdf." : 1009.
- Minas, Harry, and Hervita Diatri. 2008. "Pasung: Physical Restraint and Confinement of the Mentally Ill in the Community." *International Journal of Mental Health Systems* 2.
- Mohajan, Haradhan Kumar. 2016. "Knowledge Is an Essential Element at Present World." *International Journal of Publication and Social Studies* 1(1): 31–53.
- Al Omari, O., Wynaden, D., Alkhaldeh, A., Al-Delaimy, W., Heslop, K., Al Dameery, K., & Bani Salameh, A. 2020. Knowledge and attitudes of young people toward mental illness: a cross sectional study. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 43(4), 301-313.
- Pascucci, M., La Montagna, M., Di Sabatino, D., Stella, E., Nicastro, R.,

- Grandinetti, P., ... & Bellomo, A. 2017. Stigma and attitudes towards mental illness: Gender differences in a sample of Italian medical students. *European Psychiatry*, 41(S1), S739-S739.
- Pawar, A. A., Ameetha Peters, and Jyoti Rathod. 2014. "Stigma of Mental Illness: A Study in the Indian Armed Forces." *Medical Journal Armed Forces India* 70(4): 354–59.
- Pescosolido, Bernice A., and Jack K. Martin. 2015. "The Stigma Complex." *Annual Review of Sociology* 41(April): 87–116.
- Phelan, Julie E., and Susan A. Basow. 2007. "College Students' Attitudes toward Mental Illness: An Examination of the Stigma Process." *Journal of Applied Social Psychology* 37(12): 2877–2902.
- Pract, Psychol Sci. 1998. "Strategies for Reducing Stigma toward Persons with Mental Illness From Intuition- to Evidence-Based." *North*: 1998–99.
- Puspitasari, Irma M., Ingka Tisy Garnisa, Rano K. Sinuraya, and Witriani Witriani. 2020. "Perceptions, Knowledge, and Attitude toward Mental Health Disorders and Their Treatment among Students in an Indonesian University." *Psychology Research and Behavior Management* 13: 845–54.
- Puteh, Ibrahim, M. Marthoenis, and Harry Minas. 2011. "Aceh Free Pasung: Releasing the Mentally Ill from Physical Restraint." *International Journal of Mental Health Systems* 5(1): 10.
- Ran, M. S., Hall, B. J., Su, T. T., Prawira, B., Breth-Petersen, M., Li, X. H., & Zhang, T. M. (2021). Stigma of mental illness and cultural factors in Pacific Rim region: a systematic review. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-16.
- Riset Kesehatan Dasar. 2017. "Situasi Kesehatan Jiwa Di Indonesia." *InfoDATIN*: 12.
- Rüsch, Nicolas, Matthias C. Angermeyer, and Patrick W. Corrigan. 2005. "Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences, and Initiatives to Reduce Stigma." *European Psychiatry* 20(8): 529–39.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C., & Thornicroft, G. 2010. Development and psychometric properties of the mental health knowledge schedule. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(7), 440-448.
- Sari, Sri Padma, and Estin Yulastuti. 2018. "Investigation of Attitudes toward Mental Illness among Nursing Students in Indonesia." *International Journal of Nursing Sciences* 5(4): 414–18.
- Savrun, Bayram Mert, Kemal Arikan, Omer Uysal, and Gunay Cetin. 2007. "Savrun, B. M., Arikan, K., Uysal, O., Cetin, G., Poyraz, B. C., Aksoy, C., & Bayar, M. R. (2007). Gender Effect on Attitudes towards the Mentally Ill: A

- Survey of Turkish University Students. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 44(1), 57-61." 44(1): 57–61.
- Schafer, Tim, Steve Wood, and Rena Williams. 2011. "A Survey into Student Nurses' Attitudes towards Mental Illness: Implications for Nurse Training." *Nurse Education Today* 31(4): 328–32.
- Seeman, Neil, Sabrina Tang, Adalsteinn D. Brown, and Alton Ing. 2016. "World Survey of Mental Illness Stigma." *Journal of Affective Disorders* 190: 115–21.
- Shefer, Guy et al. 2014. "Diagnostic Overshadowing and Other Challenges Involved in the Diagnostic Process of Patients with Mental Illness Who Present in Emergency Departments with Physical Symptoms - A Qualitative Study." *PLoS ONE* 9(11).
- Subu, Muhammad Arsyad et al. 2017. "Persistent Taboo: Understanding Mental Illness and Stigma among Indonesian Adults through Grounded Theory." *Asian Journal of Pharmacy, Nursing and Medical Sciences* 5(1): 2321–3639.
- Subu, M. A., Waluyo, I., Nurdin, A. E., Priscilla, V., & Aprina, T. 2018. Stigma, stigmatisasi, perilaku kekerasan dan ketakutan diantara orang dengan gangguan jiwa (ODGJ) di Indonesia: Penelitian constructivist grounded theory. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 30(1), 53-60.
- Subu, M. A., Wati, D. F., Netrida, N., Priscilla, V., Dias, J. M., Abraham, M. S., ... & Al-Yateem, N. 2021. Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 1-12.
- Sugiyono. 2018. "Sugiyono Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif." *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif*: 6.
- Taylor, S Martin, and Michael J Dear. 1981. "Scaling Community Attitudes Toward the Mentally I Taylor, S. M., & Dear, M. J. (1981). Scaling Community Attitudes Toward the Mentally III. 7(2).II." 7(2).
- Tye, Jessica. 2016. "Predictors of Faculty Intentions to Refer Students with Mental Health Concerns to Mental Health Professionals."
- Üçok, A. 2008. "Other People Stigmatize ...but, What about Us? Attitudes of Mental Health Professionals towards Patients with Schizophrenia." *Understanding the Stigma of Mental Illness: Theory and Interventions*: 147–59.
- Wood, L., Birtel, M., Alsawy, S., Pyle, M., & Morrison, A. (2014). Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatry research*, 220(1-2), 604–608.
- Wright, Eric R., William P. Gronfein, and Timothy J. Owens. 2000. "Deinstitutionalization, Social Rejection, and the Self-Esteem of Former Mental Patients." *Journal of Health and Social Behavior* 41(1): 68–90.

- Yang, L. H., Lai, G. Y., Tu, M., Luo, M., Wonpat-Borja, A., Jackson, V. W., Lewis-Fernández, R., & Dixon, L. (2014). A brief anti-stigma intervention for Chinese immigrant caregivers of individuals with psychosis: adaptation and initial findings. *Transcultural psychiatry*, 51(2), 139–157.
- Youssef, F. F., Bachew, R., Bodie, D., Leach, R., Morris, K., & Sherma, G. (2014). Knowledge and attitudes towards mental illness among college students: insights into the wider English-speaking Caribbean population. *The International journal of social psychiatry*, 60(1), 47–54.

Lampiran 1. Lembar Penjelasan Penelitian

Lembar Penjelasan Kepada Calon Subjek

Saya, Intan Kusumaningtyas mahasiswa Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Islam Indonesia di bawah bimbingan dr. Moetrarsi Sri Kanapsijah F., Sp.KJ akan melakukan penelitian dengan tujuan untuk hubungan pengetahuan dan sikap dengan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental pada mahasiswa Universitas Islam Indonesia.

A. Kesukarelaan untuk ikut penelitian

Anda bebas memilih keikutsertaan dalam penelitian ini tanpa paksaan. Bila Anda sudah memutuskan untuk ikut, Anda juga bebas untuk mengundurkan diri/berubah pikiran setiap saat tanpa dikenai denda atau sanksi apapun.

B. Prosedur Penelitian

Apabila Anda bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini, Anda diminta menandatangani lembar persetujuan ini rangkap dua, satu untuk Anda simpan, dan satu untuk peneliti. Prosedur selanjutnya adalah :

1. Anda mengisi kuesioner pertama yang berisi data sosio-demografis.
2. Anda mengisi kuesioner kedua yakni kuesioner Mental Health Knowledge Schedule (MASK) yang bertujuan untuk mengukur pengetahuan mengenai masalah kesehatan mental.
3. Anda mengisi kuesioner ketiga yakni kuesioner Community Attitudes towards Mental Illness (CAMI) yang bertujuan untuk mengukur stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental.
4. Pengisian kedua kuesioner di atas akan memakan waktu kurang lebih 10 menit dan setelah itu penelitian telah selesai.

C. Kewajiban subjek penelitian

Sebagai subyek penelitian, Anda berkewajiban mengikuti aturan atau petunjuk penelitian seperti yang tertulis di atas. Bila belum jelas, Anda dapat bertanya lebih lanjut kepada peneliti.

D. Risiko dan Efek Samping

Kerahasiaan penelitian akan dijaga semaksimal mungkin oleh peneliti. Semua informasi yang berkaitan dengan identitas subyek penelitian akan dirahasiakan dan hanya dapat diakses oleh peneliti. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa identitas subyek penelitian.

E. Manfaat

Keuntungan langsung yang Anda dapatkan adalah Anda dapat mengetahui tingkat pengetahuan dan stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental.

F. Kerahasiaan

Semua informasi yang berkaitan dengan identitas subyek penelitian akan dirahasiakan dan hanya akan diketahui oleh peneliti. Hasil penelitian akan dipublikasikan tanpa identitas subyek penelitian.

G. Kompensasi

Sebanyak 200 peserta penelitian ini akan mendapatkan uang lelah karena telah mengikuti penelitian ini sebesar Rp 15.000,- / orang.

H. Pembiayaan

Semua biaya terkait penelitian akan ditanggung oleh peneliti.

I. Informasi Tambahan

Anda diberi kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu membutuhkan penjelasan lebih lanjut, dapat menghubungi Intan (082138321300) melalui telepon, SMS, atau WhatsApp atau melalui email (18711162@students.uii.ac.id). Anda juga dapat menanyakan tentang penelitian kepada Komite Etik Penelitian Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia (Telp.0274-896448 atau email : etik.fk@uui.ac.id).

Lampiran 2. Lembar Pernyataan dan Kesiediaan Persetujuan Responden**PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN**

Semua penjelasan tersebut telah disampaikan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti bahwa bila memerlukan penjelasan, saya dapat menanyakan kepada yang bersangkutan. Dengan menandatangani formulir ini, saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian ini

Tanggal :.....

Tanda Tangan Subyek:

(Nama jelas:.....)

Lampiran 3. Lembar Karakteristik Responden

Nama atau Inisial
Jenis Kelamin
Tahun masuk UII
Prodi
Riwayat mempelajari ilmu kejiwaan
Riwayat gangguan jiwa
Riwayat keluarga dengan gangguan jiwa
Pernah berkontak langsung dengan orang dengan masalah kesehatan mental
No. Hp / No. rekening dan nama bank (Gopay/ Shoopeepay/ pulsa/ bank)

Lampiran 4. Kuesioner Pengetahuan Mengenai masalah kesehatan mental

Petunjuk :

Untuk setiap pernyataan nomor 1-6 di bawah ini, berilah tanggapan dengan memberi tanda centang (√) pada salah satu kotak saja. Masalah kesehatan jiwa di sini mengacu, misalnya, pada kondisi dimana seorang individu perlu penanganan tenaga kesehatan.

Pertanyaan	SS	S	N	TS	STS
1. Kebanyakan orang dengan masalah kesehatan jiwa ingin mempunyai pekerjaan yang dapat menghasilkan uang.					
2. Jika ada teman yang mempunyai masalah kesehatan jiwa, saya tahu saran yang dapat diberikan pada mereka untuk mendapatkan bantuan yang profesional.					
3. Pemberian obat-obatan dapat menjadi pengobatan yang efektif untuk orang dengan masalah kesehatan jiwa.					
4. Psikoterapi (misalnya terapi bicara atau konseling) dapat menjadi pengobatan yang efektif untuk orang dengan masalah kesehatan jiwa.					
5. Orang dengan masalah kesehatan jiwa yang parah dapat sepenuhnya sembuh.					
6. Kebanyakan orang dengan masalah kesehatan jiwa datang ke tenaga kesehatan profesional untuk mendapatkan bantuan.					

Petunjuk :

Menurut Anda apakah setiap kondisi di bawah ini adalah jenis gangguan jiwa?

Nyatakan pendapat Anda dengan mencentang salah satu kotak saja

Pertanyaan	SS	S	N	TT	TS	STS
7. Depresi						
8. Stress						
9. Skizofrenia						
10. Gangguan bipolar						
11. Kecanduan obat						
12. Berduka						

Ket:

SS=Sangat Setuju, N=netral, N=Netral, S=Setuju, STS=Sangat Tidak Setuju,

TS=Tidak Setuju, TT=Tidak Tahu

Terima kasih banyak atas bantuan Anda.

Lampiran 5. Kuesioner Stigma terhadap orang dengan masalah kesehatan mental

Community Attitudes to Mental Illness (CAMI)

Petunjuk Pengisian :

Pernyataan di bawah ini menjelaskan variasi beberapa opini tentang penyakit jiwa dan sakit jiwa. Sakit jiwa mengacu pada orang yang membutuhkan pengobatan untuk gangguan jiwa tetapi mampu hidup mandiri di luar rumah sakit. pilih jawaban yang paling mendeskripsikan reaksi Anda terhadap tiap pernyataan. Jawablah setiap pernyataan berdasarkan reaksi pertama Anda Beberapa pernyataan mungkin ada yang hampir sama. Pastikan untuk menjawab semua pernyataan.

SS=Sangat Setuju, S=Setuju, STS=Sangat Tidak Setuju, TS=Tidak Setuju, TT=Tidak Tahu

Pertanyaan	SS	S	TT	TS	STS
1. Ketika seseorang menunjukkan tanda-tanda gangguan jiwa, dia seharusnya dibawa ke rumah sakit.					
2. Perawatan dan pengobatan pada orang dengan gangguan jiwa membutuhkan banyak biaya.					
3. Orang dengan gangguan jiwa seharusnya dijauhkan/ dibuang dari komunitas/ masyarakatnya.					
4. Terapi yang paling baik untuk orang-orang yang menderita gangguan jiwa adalah dengan menjadi bagian dari masyarakat umum di sekitarnya.					
5. Gangguan jiwa adalah jenis penyakit biasa seperti penyakit yang lainnya.					
6. Orang dengan gangguan jiwa adalah beban bagi lingkungannya.					
7. Orang dengan gangguan jiwa tidak lebih berbahaya daripada apa yang dipersepsikan orang.					
8. Menempatkan fasilitas kesehatan jiwa di daerah pemukiman akan mencemari lingkungan sekitar.					
9. Mudah bagi orang dengan masalah kejiwaan untuk memberitahukannya pada orang lain.					
10. Orang dengan gangguan jiwa selalu menjadi bahan ejekan sejak dulu.					

11. Wanita akan tampak bodoh bila menikahi lelaki yang menderita gangguan jiwa meskipun dia telah pulih kembali.					
12. Secepat mungkin pelayanan kesehatan jiwa harus disediakan dengan fasilitas berbasis komunitas.					
13. Mengurangi tekanan harusnya diterapkan untuk melindungi masyarakat dari orang dengan gangguan jiwa.					
14. Penambahan biaya untuk pelayanan kesehatan jiwa membuang uang dan sia-sia.					
15. Tidak ada seorang pun yang berhak melarang orang dengan gangguan jiwa keluar dari lingkungannya.					
16. Menempatkan orang dengan gangguan jiwa tinggal di area pemukiman mungkin bisa menjadi terapi yang baik, tetapi risikonya terlalu besar.					
17. Orang dengan masalah kejiwaan memerlukan kontrol dan disiplin seperti anak kecil.					
18. Kita perlu menerapkan perilaku yang lebih toleran terhadap orang dengan masalah kejiwaan yang ada di dalam masyarakat kita.					
19. Kita perlu menerapkan perilaku yang lebih toleran terhadap orang dengan masalah kejiwaan yang ada di dalam masyarakat kita.					
20. Warga harus menerima lokasi fasilitas kesehatan jiwa di lingkungan mereka untuk menyediakan kebutuhan bagi komunitas lokal.					
21. Orang dengan masalah kejiwaan seharusnya tidak diperlakukan sebagai orang buangan di lingkungan masyarakat.					
22. Orang dengan masalah kejiwaan seharusnya tidak diperlakukan sebagai orang buangan di lingkungan masyarakat.					
23. Orang dengan masalah kejiwaan seharusnya dimotivasi untuk memikul tanggung jawab dalam kehidupan normal.					
24. Penduduk setempat mempunyai alasan yang kuat untuk menolak lokasi					

<p>layanan kesehatan jiwa di lingkungan mereka.</p>					
<p>25. Cara yang paling tepat untuk merawat orang dengan gangguan jiwa adalah dengan menyembunyikan mereka dalam ruangan yang tertutup.</p>					
<p>26. Rumah sakit jiwa kita lebih seperti penjara daripada tempat untuk merawat orang dengan masalah kejiwaan.</p>					
<p>27. Orang dengan riwayat gangguan jiwa seharusnya dilarang untuk bekerja di kantor publik.</p>					
<p>28. Menempatkan pelayanan kesehatan jiwa di lingkungan penduduk setempat tidak membahayakan mereka.</p>					
<p>29. Rumah sakit jiwa adalah merupakan sarana yang ketinggalan jaman untuk merawat orang dengan gangguan jiwa.</p>					
<p>30. Orang dengan masalah kejiwaan tidak berhak mendapatkan simpati kita.</p>					
<p>31. Orang dengan masalah kejiwaan boleh dilanggar hak-hak individunya.</p>					
<p>32. Fasilitas kesehatan mental seharusnya dijauhkan dari lokasi pemukiman penduduk setempat.</p>					
<p>33. Salah satu dari penyebab gangguan jiwa adalah kurangnya disiplin dan kemauan diri.</p>					
<p>34. Kita punya tanggung jawab untuk menyediakan sarana perawatan yang terbaik untuk orang dengan gangguan jiwa.</p>					
<p>35. Orang dewasa dengan gangguan mental/ kejiwaan seharusnya tidak diberi tanggung jawab.</p>					
<p>36. Tidak ada kekhawatiran penduduk setempat dari kedatangan orang-orang ke lingkungannya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa.</p>					
<p>37. Hampir setiap orang bisa terkena gangguan jiwa.</p>					
<p>38. Yang terbaik adalah menghindari orang dengan masalah kejiwaan.</p>					
<p>39. Kebanyakan wanita yang pernah menjadi pasien di rumah sakit jiwa bisa dipercaya sebagai pengasuh bayi.</p>					
<p>40. Menakutkan bila kita berpikir bahwa orang dengan masalah kejiwaan tinggal di pemukiman penduduk setempat.</p>					

Lampiran 6. Data sosiodemografis

Sosiodemografis	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Gender		
Laki-laki		
Perempuan		
Status hubungan		
Punya pasangan		
Lajang		
Tahun masuk UII		
2019		
2020		
2021		
2022		
Prodi		
Riwayat mempelajari ilmu kejiwaan		
Kuliah		
Webinar		
DII		
Riwayat masalah kesehatan mental		
Riwayat masalah kesehatan mental pada keluarga		
Kontak langsung dengan orang dengan masalah kesehatan mental		

Lampiran 7. Tabel korelasi antara sikap, usia, pendapatan keluarga, jumlah uang bulanan, dan pengetahuan

Korelasi	ρ	P	n
Skor CAMI x MAKS skor			

Catatan: Analisis korelasi menggunakan *Spearman*

Lampiran 8. Tabel Hubungan karakteristik Sosiodemografi dengan Tingkat Pengetahuan dan Tingkat Stigma

Sosiodemografi	Pengetahuan	OR (95% CI)	p-value	Stigma	OR (95% CI)	p-value
Gender						
Laki-laki						
Perempuan						
Status hubungan						
Punya pasangan						
Lajang						
Tahun masuk UII						
2019						
2020						
2021						
2022						
Prodi						
Riwayat mempelajari ilmu kejiwaan						
Kuliah						
Webinar						
DII						
Riwayat masalah kesehatan mental						
Riwayat masalah kesehatan mental pada keluarga						
Kontak langsung dengan orang dengan masalah kesehatan mental						

Catatan: Analisis bivariat *chi-square*