

LAPORAN AKHIR
PENELITIAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG

PENGARUH IMPLEMENTASI STRATEGI PELAKSANAAN (SP) MASYARAKAT
TERHADAP STIGMA MASYARAKAT PADA PASIEN GANGGUAN JIWA DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS NGRANDU KAB. PONOROGO



Disusun Oleh :

Ketua: Agung Eko Hartanto, S.Kep, Ns, M.Kep

Anggota: 1. Gandes Widya Hendrawati, S.Kep.Ns, M.Kep

2. Esti Sugiyorini, APP, MPH

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN PONOROGO
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN MALANG
TAHUN 2020**

LEMBAR PENGESAHAN

Judul : Pengaruh Implementasi Strategi Pelaksanaan (SP) Masyarakat terhadap stigma masyarakat pada pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Ngrandu Kab. Ponorogo

Ketua peneliti
Nama Lengkap : Agung Eko Hartanto, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP : 919820611 2019011 01
Jabatan Fungsional : Dosen JFU
Program Studi : DIII Keperawatan Ponorogo
Nomor HP : 081334048090
Alamat surel (e-mail) : agungeko_hartanto@poltekkes-malang.ac.id

Anggota peneliti (1)
Nama Lengkap : Gandes Widya Hendrawati, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP : 919830809 2019012 01
Program Studi : DIII Keperawatan Ponorogo

Anggota peneliti (2)
Nama Lengkap : Esti Sugiyorini, APP, M.P.H
NIP : 919830809 2019012 01
Program Studi : DIII Keperawatan Ponorogo
Tahun Pelaksanaan : 1 tahun
Biaya Penelitian : Rp. 12.000.000,- (Dua belas Juta Rupiah)

Mengetahui
Ka Unit Penelitian

Ponorogo.....2020
Ketua

Sri Winarni, S.Pd, M.Kes
NIP.196410161986032002

Agung Eko Hartanto, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP. 919820611 2019011 01

Direktur Politeknik Kesehatan
Kemenkes Malang

Budi Susatia, S.Kp., M.Kes
NIP. 19650318 198803 1 002

RINGKASAN

Gangguan jiwa perlu penanganan yang holistik. Makin meningkatnya jumlah penderita gangguan jiwa di suatu daerah memiliki pengaruh yang kompleks dalam penambahan grafik morbiditas suatu bangsa, sekaligus berdampak pada produktivitas suatu negara untuk jangka panjang. Merujuk pada data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), masalah kesehatan jiwa tahun 2018 naik, dibandingkan 2013. Prevalensi orang gangguan jiwa berat (skizofrenia/psikosis) meningkat 0,03% (Putri, 2019). Stigma negatif oleh lingkungan terhadap pasien gangguan jiwa tidak hanya menyebabkan terkucilkannya pasien dari lingkungan, tetapi beban psikologis bagi keluarga yang akan menjadi penghambat dalam kesembuhan pasien.

Pengaruh gangguan jiwa pada skizofrenia meliputi faktor kognisi, persepsi, emosi, perilaku dan fungsi sosial. Skizofrenia mempengaruhi setiap individu dengan cara yang berbeda dan berdampak pada semua aspek kehidupan. Stigma dapat membangkitkan rasa malu, sikap menyalahkan, rasa kehilangan harapan, perasaan tertekan, yang bisa menyebabkan penderita dan keluarga menarik diri dan memunculkan rasa enggan untuk mencari atau mendapatkan pertolongan yang diperlukan. Beberapa studi menyatakan selama periode 5 – 10 tahun setelah rawat inap psikiatrik yang pertama untuk skizofrenia, hanya sekitar 10 – 20 persen pasien yang memiliki hasil yang baik. Dukungan sosial bermanfaat mengatasi permasalahan dan merupakan wujud rasa perhatian, penghargaan, dan mencintai. Peran masyarakat dalam upaya memberikan kontribusi kepada pasien gangguan jiwa berupa rasa empati, interaksi mampu memberikan pengaruh positif.

Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pengaruh implementasi Strategi Pelaksanaan Masyarakat terhadap stigma masyarakat Desa Sukosari adalah suatu desa dengan jumlah pasien gangguan jiwa yang cukup banyak yakni 30% dari total data di wilayah Puskesmas Ngrandu Ponorogo.

Desain menggunakan pendekatan *cross sectional* dengan rancangan penelitian ini menggunakan jenis *eksperimental*, yaitu tipe *True experimental pre-post test group*. Populasi penelitian diambil di Desa Sukosari, dengan sampel sebanyak 20 orang yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data bulan September – Oktober 2020 di Desa Sukosari Wilayah Puskesmas Ngrandu Ponorogo. Instrumen penelitian kuesioner yang telah diuji validitas, reliabilitasnya dan Modul. Analisis data menggunakan *Uji Wilcoxon Signed Ranks Test* dengan *Asymp.Sig (2-tailed)* dengan signifikansi 0,05. Hasil penelitian didapatkan bahwa tidak ada pengaruh implementasi Strategi Pelaksanaan Masyarakat terhadap penurunan stigma masyarakat.

Stigma masyarakat sebanyak 65% memiliki peningkatan nilai yang positif melalui dukungan sosial yang diberikan kepada pasien gangguan jiwa dan keluarga. Stigma masyarakat yang positif dapat bermanfaat dalam memberikan dukungan terhadap terjadinya kekambuhan pada pasien gangguan jiwa. Pada dasarnya stigma positif ini dapat bermanfaat bagi pasien dan keluarga dalam memberikan dukungan baik materi maupun non materi terhadap kemungkinan terjadinya kekambuhan pada pasien gangguan jiwa. Dukungan sosial

masyarakat kepada keluarga juga dapat meningkatkan perilaku positif oleh keluarga kepada pasien gangguan jiwa dalam memberikan perawatan. Senada dengan teori menurut Nasir (2009) dalam Nasir & Muhith (2011) dalam (Efrayanti, 2012), strategi pelaksanaan komunikasi memiliki kontribusi, terutama adanya komunikasi verbal maupun nonverbal yang mempengaruhi emosi pasien, karena dengan komunikasi pasien akan mampu mengungkapkan kebutuhan dasarnya serta pasien juga memerlukan penguatan dalam rangka mempertahankan diri melalui komunikasi yang efektif. Kunci dari strategi pelaksanaan komunikasi antara lain pasien mampu mengungkapkan perasaannya dan perilaku sesuai realita

Pada penelitian didapatkan sebanyak 5% responden dengan penurunan nilai pada kuisioner stigma masyarakat. Menurut Mesdagh (2013) masyarakat tidak percaya bahwa klien gangguan jiwa yang mengalami perawatan kesehatan mental bisa disembuhkan. Responden pada kategori ini memiliki pendidikan terakhir SMP, menurut Rinancy (2018) salah satu faktor yang berpengaruh pada stigma masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa adalah tingkat pendidikan. Input informasi tentang kesehatan jiwa, pendidikan yang diterima dapat meningkatkan pengetahuan serta sikap seseorang (Nuryanto (2014) dalam (Utami et al., 2020). Terdapat tiga komponen dalam pembelajaran yaitu input, proses, dan output yang mempengaruhi tingkat pengetahuan. Hasil analisis diatas menunjukkan terganggunya salah satu dari tiga komponen dalam proses penerimaan informasi tersebut. Penelitian selanjutnya bisa mengaitkan dukungan masyarakat dengan sosiodemografi serta perlakuan yang sesuai dalam memberikan dukungan sosial kepada pasien dan keluarga.

ABSTRAK

Agung, EH, Gandes WH, Esti S. Pengaruh Implementasi Strategi Pelaksanaan (SP) Masyarakat Terhadap Stigma Masyarakat Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Wilayah Kerja Puskesmas Ngrandu Kab. Ponorogo

Introduction: Stigma negatif oleh lingkungan terhadap pasien gangguan jiwa tidak hanya menyebabkan terkucilkannya pasien dari lingkungan, tetapi beban psikologis bagi keluarga yang akan menjadi penghambat dalam kesembuhan pasien. Tujuan penelitian ini untuk menganalisis pengaruh implementasi Strategi Pelaksanaan Masyarakat terhadap stigma masyarakat Desa Sukosari adalah suatu desa dengan jumlah pasien gangguan jiwa yang cukup banyak yakni 30% dari total data di wilayah Puskesmas Ngrandu Ponorogo.

Methods: Rancangan penelitian ini menggunakan jenis eksperimental, dengan tipe *True experimental pre-post test group*. Populasi sebanyak 22 Kepala Keluarga, dengan sampel sebanyak 20 orang yang diambil dengan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data bulan September – Oktober 2020 di Desa Sukosari Wilayah Puskesmas Ngrandu Ponorogo. Instrumen penelitian kuesioner yang telah diuji validitas dan reliabilitasnya.

Analyzed: Analisis data menggunakan *Uji Wilcoxon Signed Ranks Test* dengan *Asymp.Sig (2-tailed)* dengan signifikansi 0,05.

Result: Hasil penelitian didapatkan bahwa tidak ada perbedaan antara pemberian Strategi Pelaksanaan Masyarakat sebelum dan sesudah terhadap penurunan stigma masyarakat

Discuss and Conclusion: Stigma masyarakat sebanyak 65% memiliki peningkatan nilai yang positif melalui dukungan sosial yang diberikan kepada pasien gangguan jiwa dan keluarga. Stigma masyarakat yang positif dapat bermanfaat dalam memberikan dukungan terhadap terjadinya kekambuhan pada pasien gangguan jiwa.

Kata kunci: Stigma, Strategi Pelaksanaan Masyarakat

KATA PENGANTAR

Puji syukur Alhamdulillah penulis panjatkan kehadirat Allah. SWT, karena atas limpahan rahmat dan karuniaNya penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan judul “Pengaruh Implementasi Strategi Pelaksanaan (SP) Masyarakat terhadap stigma masyarakat pada pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Ngrandu Kab. Ponorogo”.

Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Budi Susatia, S.Kp, M.Kes, selaku Direktur Poltekkes Kemenkes Malang yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian ini.
2. Ibu Sri Winarni, S.Pd, M.Kes, selaku Kepala Pusat Penelitian Dan Pengabmas yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti.
3. Bapak Imam Subekti, S.Kp, M.Kep. Sp.Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang yang telah memberikan arahan dan motivasi dalam penyelesaian penelitian ini.
4. Ibu Esti Sugiyorini, A.Per.Pen, MPH, selaku Ketua Program Studi DIII Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang yang telah memberikan bimbingan dan saran kepada peneliti.
5. Ibu Dr. Renita selaku Kepala Puskesmas Ngrandu yang telah berkenan memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melaksanakan TriDharma PT di Desa Sukosari.
6. Responden. Terimakasih telah menjadi bagian dari penelitian ini, Semoga tali silaturahmi tetap terjaga meskipun penelitian ini sudah selesai.

Penulis menyadari bahwa penelitian ini masih jauh dari sempurna. Penulis sangat mengharapkan saran dan kritik membangun demi kesempurnaan penelitian ini. Semoga penelitian ini dapat memberikan manfaat sebaik-baiknya.

Malang, 5 Desember 2020

Penulis

Agung Eko Hartanto

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
ABSTRAK	ii
DAFTAR ISI	iii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian	5
1.4.1 Tujuan Umum	5
1.4.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.5.1 Manfaat Teoritis	5
1.5.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Gangguan Jiwa	8
2.2 Konsep Stigma	14
BAB 3 METODE PENELITIAN	18
3.1. Desain Penelitian	18
3.2 Kerangka Konsep	20
3.3. Populasi, Sampel dan Tehnik Sampling	21
3.2.1 Populasi	21
3.2.2 Sampel	21
3.2.3 Tehnik Sampling	21
4.3. Variabel dan Definisi Operasional	22
4.3.1 Definisi Operasional	22
4.4. Instrumen Penelitian	22
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian	23
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	23
4.7 Analisis Data	23
4.8 Etik Penelitian	24
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN	27
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	34

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa juga merupakan masalah kesehatan yang serius karena jumlahnya yang terus mengalami peningkatan, dan termasuk penyakit kronis dengan proses penyembuhan yang lama (Nasriati, 2017). Merujuk pada data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), masalah kesehatan jiwa tahun 2018 naik, dibandingkan 2013. Prevalensi orang gangguan jiwa berat (skizofrenia/psikosis) meningkat 0,03% (Putri, 2019). Skizofrenia mempengaruhi lebih dari 21 juta orang di seluruh dunia (World Health Organization, 2016). Jumlah pasien gangguan jiwa pada tahun 2013 menurut Riskesdas Prevalensi gangguan jiwa, adalah 1,7 per 1.000 dan dengan gangguan jiwa ringan sekitar 6% dari total populasi Indonesia. Di Jawa timur di dapatkan gangguan jiwa berat sekitar 58.520 orang (Yusuf, 2015). Kesehatan jiwa lebih sulit diamati sehingga sering kali tidak mendapatkan perhatian dari masyarakat. Pemerintah telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kesehatan jiwa dari rakyatnya. Upaya tersebut tertuang pada UU RI No. 18 Tahun 2014 tentang *Kesehatan Jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan oleh Pemerintah Daerah dan atau masyarakat* (Kementrian Kesehatan, 2014).

Adanya stigma yang negatif terhadap ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa) dan keluarganya menyebabkan terkucilkan dari lingkungan, serta beban psikologis yang berat bagi keluarga (Nasriati, 2017). Stigma terhadap ODGJ bisa datang dari siapa pun, termasuk orang dengan pendidikan tinggi dan tenaga kesehatan (Putri, 2019). Finzen dalam Nasriati 2017 menyebutkan bahwa stigmatisasi sebagai penyakit kedua, yaitu sebuah penderitaan tambahan yang tidak hanya dirasakan oleh penderita, namun juga dirasakan oleh anggota keluarga. Stigma sendiri diartikan sebagai “label” yang pada banyak hal mengarah untuk merendahkan orang lain. ODGJ masih muncul stigma (Labelling, stereotype, pengucilan, diskriminasi) sehingga dapat menghambat proses kesembuhan dan kesejahteraan hidupnya. Stigma yang diberikan di masyarakat adalah menganggap ODGJ berbeda dan mengucilkan (Setiawati, 2012 dalam Herdiyanto dkk (2017). Stigma terhadap ODGJ di Indonesia sangat tinggi yang merupakan manifestasi dari perilaku negatif yang dilakukan oleh keluarga, masyarakat, tenaga kesehatan, institusi kesehatan, lembaga lembaga pemerintah maupun

swasta. Di Indonesia, stigma dan stigmatisasi terjadi di kalangan masyarakat umum dan bahkan diantara para profesional kesehatan. Penderita gangguan jiwa seringkali mendapat stigma dari lingkungan sekitarnya. Stigma tersebut melekat pada penderita gangguan jiwa itu sendiri maupun keluarganya, Subu, et al (2017).

Orang yang menderita gangguan jiwa mengalami diskriminasi, stereotif, label dalam kehidupan mereka. Stigma merupakan label negatif yang melekat pada tubuh seseorang yang diberikan oleh masyarakat dan dipengaruhi oleh lingkungan dan merupakan salah satu faktor penghambat dalam penyembuhan klien gangguan jiwa (Subu, et al (2017)). Dampak merugikan dari stigmatisasi termasuk kehilangan self esteem, perpecahan dalam hubungan kekeluargaan, isolasi sosial, rasa malu; yang akhirnya menyebabkan perilaku pencarian bantuan menjadi tertunda (Lefley, 1996) dalam (Nasriati, 2017). Stigma yang negative akan berdampak pada kurangnya dukungan yang diberikan oleh keluarga sehingga keluarga melakukan tindakan pemasangan pada ODGJ. Dukungan sosial yang baik secara psikologis berhubungan dengan peningkatan motivasi dan ekspresi senang pada pasien Skizofrenia, sedangkan dukungan sosial yang kurang berdampak pada rendahnya fungsi sosial (Sibitz, 2011).

Pengalaman diskriminasi dan dukungan terhadap stereotip muncul dari orang lain dan masyarakat kepada pasien Skizofrenia dalam bentuk diskriminasi yang membuat pasien Skizofrenia sulit untuk berhubungan sosial yaitu menganggap anak kecil, tidak dapat berguna bagi diri sendiri dan masyarakat, penolakan dan pengusiran di masyarakat (Park, et al., 2013; (Hamilton, 2012) dalam (Ice Yulia Wardani, 2018). Ia menyimpulkan dalam penelitiannya bahwa Tingginya stigma diri negatif berdampak pada lamanya proses pemulihan sehingga memengaruhi kualitas hidup pasien Skizofrenia, maka perlu intervensi keperawatan yang berorientasi pada pasien sebagai upaya pencegahan stigma negatif dan peningkatan kualitas hidup.

Kejadian gangguan jiwa di Ponorogo di wilayah kerja Puskesmas Ngrandu Kecamatan Kauman, berdasarkan survei yang dilakukan tanggal 29 September 2019 terdapat sejumlah 27 ODGJ. Di Desa Sukosari terdapat 7 ODGJ dengan jumlah warga sebanyak 22 KK. Berdasarkan informasi dari keluarga pasien, terdapat masyarakat yang masih memberikan stigma pada pasien dan ODGJ.

1.2 Rumusan masalah

Sesuai dengan data diatas, maka peneliti tertarik untuk meneliti masalah ini dengan harapan terjadi penurunan stigma masyarakat terhadap ODGJ melalui pendekatan Stetegi

pelaksanaan pada masyarakat di Desa Ngrandu Wilayah Kerja Puskesmas Ngandu Kabupaten Ponorogo.

1.3 Tujuan Penelitian

A. Tujuan Umum

Mengetahui Pengaruh Implementasi Strategi Pelaksanaan Masyarakat terhadap stigma masyarakat pada pasien gangguan jiwa di Desa Ngrandu Wilayah Kerja Puskesmas Ngandu Kabupaten Ponorogo.

B. Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi sosiodemografi masyarakat
2. Menganalisis pengaruh stigma masyarakat sebelum dan sesudah dilakukan Strategi Pelaksanaan masyarakat

1.4 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai informasi dan pengembangan ilmu keperawatan tentang keperawatan jiwa berbasis masyarakat, khususnya tentang peran kader kesehatan jiwa dimasyarakat.

2.5.1 Manfaat praktis

1. Hasil penelitian diharapkan mampu menjadi bahan pertimbangan bagi perawat khususnya perawat jiwa atau perawat komunitas dalam menyusun strategi untuk membantu perawatan diri ODGJ
2. Melalui penelitian ini masyarakat dapat mengetahui perannya dalam membantu perawatan ODGJ di lingkungannya sehingga diharapkan masyarakat memiliki kontribusi dalam kesembuhan ODGJ
3. Institusi Puskesmas dapat menerapkan strategi pelaksanaan masyarakat kepada lingkungan dengan pasien ODGJ sebagai bagian dari pelayanan keperawatan pada ODGJ
4. Hasil penelitian dapat dijadikan masukan dan contoh terhadap program jiwa di Puskesmas setempat sehingga diharapkan dapat menurunkan stigma masyarakat kepada ODGJ dan keluarga

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Gangguan Jiwa

Pengertian

2.1.1 Skizofrenia

Skizofrenia adalah gangguan jiwa/gangguan otak kronis yang mempengaruhi individu sepanjang kehidupannya yang ditandai dengan penurunan kemampuan berkomunikasi, gangguan realitas (halusinasi dan waham), afek tidak wajar, gangguan kognitif (tidak mampu berfikir abstrak) dan mengalami kesulitan melakukan aktifitas sehari – hari (National Institute of Mental Health, 2009; Keliat, 2006). Pengaruh gangguan jiwa pada skizofrenia meliputi faktor kognisi, persepsi, emosi, perilaku dan fungsi sosial. Skizofrenia mempengaruhi setiap individu dengan cara yang berbeda dan berdampak pada semua aspek kehidupan (Videbeck, 2008).

Perilaku abnormal tersebut dijelaskan Stuart dan Laraia (2005) sebagai kurangnya motivasi, isolasi sosial, perilaku makan dan tidur buruk, sulit menyelesaikan tugas, kurang perhatian, penampilan tidak rapi/bersih, bicara sendiri, sering bertengkar, dan tidak teratur minum obat. Perilaku – perilaku tersebut seringkali mempengaruhi aktivitas kesehariannya.

Perilaku – perilaku pada pasien skizofrenia menurut Videbeck (2008) meliputi: gejala positif (halusinasi, delusi, gangguan pikiran, gangguan perilaku) dan gejala negative (afek datar, defisit perawatan diri, menarik diri). National Institute of Mental Health (2009) menjelaskan hal yang sama seperti dijelaskan Videbeck (2001) ditambah dengan gejala kognitif, yaitu kurangnya kemampuan memahami dan menggunakan informasi dan sulit fokus. Sedangkan Stuart dan Sundeen (1995) menguraikan perilaku – perilaku pada pasien skizofrenia secara umum yaitu: apraksia (kesulitan melaksanakan tugas yang kompleks), deteriorasi penampilan, agresi/agitasi, perilaku stereotipik atau berulang, avolisi (kurang energi dan dorongan), dan kurang tekun dalam bekerja.

Pasien skizofrenia dengan gejala positif dapat dikontrol dengan pengobatan, sedangkan gejala negatif seringkali bersifat menetap dan menjadi penghambat utama pemulihan dan perbaikan fungsi dalam kehidupan sehari – hari (Videbeck, 2008; *National Institute of Mental Health*, 2009). Pasien lebih sulit untuk mengakui bahwa mereka adalah penderita skizofrenia. Mereka akan memerlukan bantuan untuk menyelesaikan tugasnya sehari-hari terutama dalam hal perawatan diri sehingga membuatnya terlihat

malas atau tidak mau membantu diri sendiri. Pasien skizofrenia dengan gejala defisit kognisi berhubungan dengan masalah – masalah proses informasi yang mencakup aspek ingatan, perhatian, komunikasi dan kesulitan dalam pengambilan keputusan.

Adanya hambatan saat melaksanakan aktivitas keseharian, adanya gagasan – gagasan waham atau halusinasi pada pasien skizofrenia episode psikotik, sehingga penderita tidak memiliki minat dan ketertarikan dalam memenuhi kebutuhannya perawatan diri (Videbeck, 2008; Stuart & Sundeen, 1995).

2.1.2 Etiologi

Skizofrenia seolah olah penyakit tunggal namun kategori diagnostiknya mencakup sekumpulan gangguan, mungkin dengan penyebab yang heterogen, tapi dengan gejala yang sedikit banyak serupa. Dikutip dari Sadock (2016) mengemukakan beberapa etiologi skizofrenia sebagai berikut:

a. Model Diathesis-Stres

Menurut teori model diathesis stress skizofrenia dapat timbul karena adanya integrasi antara faktor biologis, faktor psikososial dan lingkungan. Seseorang yang rentan jika dikenai stressor akan lebih mudah untuk menjadi skizofrenia.

b. Teori neurobiology

Penelitian membuktikan adanya peran patofisiologis area otak tertentu termasuk system limbic, kortek frontal, serebelum, dan ganglia basalis. Rumusan sederhana menyatakan bahwa skizofrenia timbul akibat aktivitas *dopaminergik* yang berlebihan. Beberapa *neurotransmitter* dan hormon mempengaruhi kejadian skizofrenia diantaranya, *serotonin*, *norepinefrin*, *GABA*, *Glutamat*, *Neuropeptida*.

c. Faktor Biologi

Termasuk dalam faktor biologi yaitu genetik, neurobiologi, *neurotransmitter*, perkembangan otak dan teori virus. Faktor genetik yaitu adanya defek pada gen tertentu dapat menyebabkan Skizofrenia seperti mutasi DNA atau kromosom. Mutasi DNA terjadi ketika pengulangan gen lebih dari satu kali seperti yang terjadi pada kembar *monozygot* atau indentik (Stuart & Laraia, 2005). Genetik merupakan salah satu komponen dalam pewarisan skizofrenia, seseorang memiliki kecenderungan untuk menderita skizofrenia jika terdapat anggota keluarga yang menderita gangguan tersebut. Kembar monozygot memiliki kejadian paling tinggi. Kromosom 5, 11 dan 18, lengan pendek kromosom 19, serta kromosom X paling sering disebut berkaitan dengan kejadian skizofrenia.

Menurut Julianto, (2008) Yang dimaksud dengan faktor biologis adalah faktor faali sebagai penyebab penyakit. Faktor faali bisa berupa kerusakan jaringan otak atau struktur otak yang abnormal. Kerusakan ini biasanya di bawa sejak lahir.

d. Faktor psikososial

Menurut Stuart & Laraia (2005) kegagalan memenuhi tugas perkembangan psikologi dan ketidakharmonisan keluarga meningkatkan risiko. Sejumlah teori lain menyatakan bahwa stress dianggap memiliki efek utama terhadap waktu munculnya awitan dan keparahan penyakit. Skizofrenia merupakan kondisi psikologis dominan misalnya orang tua dengan kecemasan, *overprotektif*, konflik pernikahan dan keluarga. Ketidakmatangan atau fiksasi, merupakan kegagalan pada suatu fase sehingga menyebabkan gangguan perkembangan pada perkembangan individu. Sehingga menyebabkan gangguan perkembangan pada tahap berikutnya. Untuk perkembangan psikologik dan pengalaman belajar sangat perlu bagi perkembangan intelektual, emosional dan sosial yang normal

Dikutip dari Yosep (2008) pola interaksi orang tua dengan anak yang tidak tepat (tidak harmonis) dalam keluarga sering menyebabkan terjadinya gangguan jiwa seperti gangguan kepribadian dan gangguan penyesuaian diri dalam pergaulannya.

2.1.3 Tanda dan gejala skizofrenia

Menurut Julianto (2008) dalam Purwanti (2017) kriteria diagnostik skizofrenia sesuai DSM-IV yang dikeluarkan oleh *American Psychiatric Association* antara lain waham (*delusi*), halusinasi, bicara *terdisorganisasi* (sering menyimpang), perilaku yang terdisorganisasi, gejala negatif (pendataran *afektif*, tidak ada kemauan) dan terjadinya disfungsi sosial atau pekerjaan.

Tanda awal skizofrenia antara lain:

- 1) Mudah curiga
- 2) Depresi
- 3) Cemas
- 4) Tegang
- 5) Mudah marah
- 6) Mudah tersinggung
- 7) Perasaan mudah berubah
- 8) Gangguan makan
- 9) Gangguan tidur

Gambaran penyerta skizofrenia antara lain:

- 1) Kehilangan akal

- 2) Tidak mempedulikan kerapian dirinya
- 3) Berpakaian atau berdandan *eksentrik*
- 4) Kadang suka menunjukkan alat kelamin
- 5) Mondar-mandir
- 6) Berdiam diri (apati)

Beberapa diskripsi skizofrenia dapat dilihat pada gangguan alam pikir, perasaan dan perilaku yang jelas atau samar. Jika seseorang mengalami gangguan skizofrenia, dapat diawalnya pasien memiliki kepribadian tertentu, misalnya kepribadian premorbid dengan karakter mudah curiga, sukar bergaul, lebih senang menarik diri, pendiam, aneh (ekstrinsik) dan menyendiri. Pada masa remaja atau usia sebelum 45 tahun masalah skizofrenia dapat muncul pada seseorang dan telah berlangsung kurang lebih selama 6 bulan. Fase prodromal muncul sebagai fase awal ditandai dengan perilaku tidak wajar, pikiran irrasional, tingkah laku aneh, menarik diri, perasaan tidak wajar.

2.2.4 Gejala positif dan negatif

- 1) Gejala positif meliputi waham (delusi), halusinasi (Sadock, 2016), gaduh, gelisah, tidak dapat diam, mondar-mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan, merasa dirinya “Orang Besar”, merasa serba mampu, serba hebat, pikirannya penuh dengan kecurigaan atau seakan-akan ada ancaman terhadap dirinya, menyimpan rasa permusuhan, pikiran kacau (Julianto (2008) dalam Purwanti (2017)). Gejala positif skizofrenia dapat sangat mengganggu lingkungan (keluarga) dan salah satu penyebab keluarga mendatangi pelayanan kesehatan.
- 2) Gejala negatif skizofrenia antara lain afek mendatar atau tumpul, miskin bicara (alogia) atau isi bicara, bloking, kurang merawat diri, kurang motivasi, anhedonia dan penarikan diri secara sosial (Sadock, 2016).

Tabel 2.3 Kriteria diagnostik DSM-IV-TR Subtipe skizofrenia

1) Tipe <i>paranoid</i>	Tipe dengan kriteria berikut:
a.	Preokupasi terhadap satu atau lebih waham atau halusinasi auditorik yang sering
b.	Tidak ada hal berikut ini yang prominen: bicara kacau, perilaku kacau atau katatonik, afek datar atau tidak sesuai.
2) Tipe <i>hebefrenik</i>	A. Tipe skizofrenia dengan kriteria:
a.	bicara kacau,
b.	perilaku kacau,
c.	afek datar atau tidak sesuai
B.	Tidak memenuhi kriteria tipe katatonik
3) Tipe <i>katatonik</i>	Tipe skizofrenia yang gambaran klinisnya didominasi setidaknya dua hal berikut,

-
- (1) Imobilitas motoric sebagaimana dibuktikan dengan katalepsi (termasuk fleksibilitas serea) atau stupor
 - (2) Aktivitas motorik yang berlebihan (yaitu yang tampaknya tidak bertujuan dan tidak dipengaruhi stimulus eksternal)
 - (3) Negativism ekstrim (resistensi yang tampaknya bermotif terhadap semua instruksi atau dipertahkannya suatu postur rigid dari usaha menggerakkan) atau mutisme.
 - (4) Keanehan gerakan volunteer sebagaimana diperlihatkan oleh pembentukan postur (secara volunter menempatkan diri dalam postur yang tidak sesuai atau bizar), stereotipi, menerisme prominen, atau menyeringai secara prominen
 - (5) Ekolalia atau ekopraksia
- 4) Tipe *tak terdiferensiasi*
Tipe yang memenuhi kriteria A, namun tidak memenuhi kriteria tipe *paranoid*, *hebefrenik* atau *katatonik*.
- 5) Tipe *residual*
Tipe skizofrenia yang memenuhi kriteria berikut:
- (1) Tidak ada waham, halusinasi, bicara kacau yang prominen, serta perilaku sangat kacau atau katatonik.
 - (2) Terdapat bukti kontinu adanya gangguan, sebagaimana diindikasikan oleh adanya gejala negatif atau dua atau lebih gejala yang tercantum pada Kriteria A untuk skizofrenia, yang tampak dalam bentuk yang lebih lemah (contoh; keyakinan aneh, pengalaman perseptual tak lazim)
-

2.2.5 Prognosis

Beberapa studi menyatakan selama periode 5 – 10 tahun setelah rawat inap psikiatrik yang pertama untuk skizofrenia, hanya sekitar 10 – 20 persen pasien yang dapat dinyatakan memiliki hasil yang baik. Lebih dari 50% pasien dideskripsikan memiliki hasil yang buruk, dengan rawat inap yang diulang, eksaserbasi gejala, episode gangguan *mood mayor* dan percobaan bunuh diri. Skizofrenia tidak selalu memiliki prognosis yang buruk, walaupun memiliki riwayat yang buruk.

Tabel 2.4 Ciri untuk mempertimbangkan prognosis Baik dan Buruk pada skizofrenia

Prognosis Baik	Prognosis Buruk
Awitan lambat	Awitan muda
Ada faktor presipitasi yang jelas	Tidak ada presipitasi yang jelas
Awitan akut	Awitan insidius
Riwayat seksual, sosial dan pekerjaan pramorbid baik	Riwayat seksual, sosial dan pekerjaan pramorbid buruk
Gejala gangguan mood (terutama depresi) menikah	Perilaku autistik, menarik diri Lajang, cerai, janda/duda
Riwayat keluarga dengan gangguan mood System pendukung baik	Riwayat keluarga dengan skizofrenia System pendukung buruk
Gejala positif	Gejala negatif Tanda dan gejala neurologis Riwayat trauma perinatal Tanpa remisi dalam 3 tahun Berulang relaps Riwayat melakukan tindakan penyerangan

2.2.6 Diagnosis

Dikutip dari Sadock 2016, kriteria diagnosis seseuai dengan tabel 2.2. Adanya halusinasi dan waham tidak mutlak untuk diagnosis skizofrenia; gangguan pada pasien didiagnosis sebagai skizofrenia apabila pasien menunjukkan dua gejala yang terdaftar sebagai gejala 3 sampai 5 pada kriteria A. Kriteria B membutuhkan adanya hendaya fungsi, meski tidak memburuk, yang tampak selama 6 bulan dan didiagnosis gangguan *skizoafektif* atau gangguan *mood* harus disingkirkan. Setidaknya hal berikut harus ada: (1) gema pikiran, penarikan pikiran, atau siar pikiran; atau (2) waham kendali, pengaruh atau pasivitas; (3) suara halusinasi yang terus – menerus yang mengomentari perilaku pasien atau saling mendiskusikan pasien, atau suara halusinasi lain yang berasal dari bagian tubuh tertentu; dan (4) waham persisten jenis lain yang secara budaya tidak sesuai dan sangat tidak masuk akal (mis. Merasa mampu mengendalikan cuaca atau berkomunikasi dengan makhluk dari sunia lain).

Diagnosis juga dapat ditegakkan bila setidaknya dua hal berikut ada: (1) halusinasi persisten dalam modalitas apapun, bila terjadi setiap hari selama sekurangnyanya 1 bulan, atau bila disertai waham (yang mungkin mengambang atau baru separuh terbentuk); (2) *neologisme*, jeda atau interpolasi dalam arus piker yang mengakibatkan inkoherenasi atau pembicaraan yang tidak relevan; (3) perilaku katatonik; seperti eksitasi, postur atau fleksibilitas serea, negativisme, mutisme, dan stupor; serta (4) gejala negatif, seperti apatis yang nyata, miskin isi pembicaraan, dan respon emosional tumpul serta ganjil (harus ditegaskan bahwa hal ini disebabkan depresi atau pengobatan antipsikotik).

Tabel 2.5 Kriteria Diagnostik DSM IV-TR Skizofrenia

-
- A. Gejala karakteristik: dua (atau lebih) poin berikut, masing – masing terjadi dalam porsi waktu yang signifikan selama periode 1 bulan (atau kurang bila telah berhasil diobati):
- (1) Waham
 - (2) Halusinasi
 - (3) Bicara kacau (mis. Melantur atau *inkoherenasi*)
 - (4) Perilaku yang sangat kacau atau *katatonik*
 - (5) Gejala negatif, yaitu afek datar, *alogia* atau kehilangan minat
- Catatan:* hanya dibutuhkan 1 gejala Kriteria A bila wahamnya *bizar* atau halusinasinya terdiri atas suara yang terus – menerus memberi komentar terhadap perilaku atau pikiran pasien, atau dua/lebih suara yang saling bercakap – cakap.
- B. Disfungsi sosial/okupasional. Selama satu porsi waktu yang signifikan sejak awitan gangguan, terdapat satu/lebih area fungsi utama seperti pekerjaan, hubungan interpersonal atau perawatan diri, yang berada jauh dibawah tingkatan yang telah dicapaisebelum awitan (atau apabila awitan terjadi sejak masa kanak – kanak atau remaja, kegagalan mencapai tingkat pencapaian interpersonal, akademik, atau akopasional yang diharapkan).
- C. Durasi. Tanda kontinu gangguan berlangsung selama setidaknya 6 bulan. Periode 6 hulan ini harus mencakup setidaknya 1 bulan gejala (atau kurang bila telah berhasil diobati) yang memenuhi kriteria A (gejala fase aktif) dan dapat mencakup periode gejala prodromal atau residual. Selama periode gejala prodromal atau residual ini, tanda gangguan dapat bermanifestasi sebagai gejala negatif saja atau dua atau lebih gejala
-

terdaftar dalam kriteria A yang muncul dalam bentuk yang lebih lemah (mis. Keyakinan aneh, pengalaman perseptual yang tidak lazim)

- D. Eksklusi gangguan *mood* dan *skizoafektif*. Gangguan *skizoafektif* dan gangguan *mood* dengan ciri psikotik telah disingkirkan baik karena; (1) tidak ada episode *depresif*, *manik*, (2) jika episode *mood* terjadi selama gejala fase aktif, durasi totalnya relative singkat dibanding durasi periode aktif atau residual
 - E. Eksklusi kondisi medis umum. Gangguan tersebut tidak disebabkan efek fisiologis langsung suatu zat (penyalahgunaan zat) atau kondisi medis umum.
 - F. Hubungan dengan gangguan perkembangan/pervasiv. Jika terdapat riwayat gangguan *autistik* atau gangguan perkembangan *pervasiv* lainnya.
-

2.2 Konsep Stigma

2.3.1 Definisi Stigma

Stigma adalah stempel negatif terhadap sekelompok orang karena adanya kondisi khas pada kelompok tersebut, yang menyebabkan mereka dianggap berbeda dan terpisah dari kelompok masyarakat lainnya. Stigma merupakan atribut buruk yang dilekatkan pada individu atau sekelompok orang, sehingga individu atau kelompok tersebut tidak lagi dikenali sebagai individu atau kelompok yang utuh dengan berbagai sifat yang dimiliki, melainkan hanya berdasarkan sifat atau atribut buruknya saja (Djuari dan Karimah, 2015).

Goofman (1963) menyatakan bahwa stigma merupakan kumpulan dari sikap, keyakinan, pikiran, dan perilaku negatif yang berpengaruh pada individu atau masyarakat umum untuk takut, menolak, menghindar, berprasangka, dan membedakan seseorang. Stigma tersebut juga dapat menimbulkan kekuatan negatif dalam keseluruhan aspek jaringan dan hubungan sosial pada kualitas hidup, hubungan dengan keluarga dan kontak sosial dalam masyarakat.

Stigma adalah stempel negatif yang biasanya diawali dengan pengalaman yang terbatas, pemahaman yang salah serta prasangka buruk terhadap suatu kondisi tertentu. Stigma merupakan rangkaian proses kognitif menyimpang yang berbuah perilaku deskriminasi. Sayangnya, perilaku yang mencerminkan stigma terhadap gangguan jiwa dilakukan secara luas, baik secara sengaja maupun tidak oleh keluarga, masyarakat awam hingga para professional dibidang kesehatan mental, pembuat kebijakan, penyedia asuransi kesehatan bahkan oleh individu penderita gangguan jiwa sendiri, hal tersebut bermula dari pemahaman yang salah tentang gangguan jiwa (Djuari dan Karimah, 2015).

Stigma terhadap gangguan jiwa menyebabkan penderita dijauhi, kurang dipahami dan didukung oleh lingkungan terdekat, mengurangi kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan, mempersulit individu memperoleh haknya dalam pendidikan, pelayanan kesehatan, penggunaan fasilitas umum, mencari tempat tinggal dan melakukan aktivitas

sosial (Djuari dan Karimah, 2015). Stigma dapat membangkitkan rasa malu, sikap menyalahkan, rasa kehilangan harapan, perasaan tertekan, yang bisa menyebabkan penderita dan keluarga menarik diri dan memunculkan rasa enggan untuk mencari atau mendapatkan pertolongan yang diperlukan (Djuari dan Karimah, 2015). Stigma juga menjadi penyebab sulitnya perawatan psikiatris serta upaya mendapatkan pembiayaan asuransi. Perawatan yang tidak optimal dapat menyebabkan penderita sulit lepas dari kondisi klinisnya dan semakin memperbesar kemungkinannya mendapatkan stigma (Djuari dan Karimah, 2015).

2.3.2 Contoh Stigma

Ada beberapa contoh stigma yang terjadi dimasyarakat diantaranya:

1. Contoh pertama, julukan si tuli adalah stigma, karena orang dengan julukan tersebut hanya dikenali karena cacat pada pendengarannya dan tidak lagi dikenal sebagai manusia utuh yang mungkin bersifat pemurah atau rajin bekerja. Julukan tersebut seakan memisahkannya dari anggota masyarakat lainnya yang tidak memiliki cacat pendengaran.
2. Contoh kedua, sebagian masyarakat akan tersenyum geli ketika berkenalan dengan seorang psikiater, karena yang terbayang oleh mereka adalah pasien-pasiennya yang aneh, padahal tidak semua pasien yang datang ke psikiater menunjukkan perilaku aneh dan pasien yang anehpun tidak selamanya dalam kondisi aneh.
3. Contoh ketiga, setelah mengetahui bahwa X menderita gangguan jiwa, maka teman-teman X mulai menjauh karena takut, walaupun mereka tidak pernah menjumpai X dalam kondisi psikosis yang menakutkan

((Djuari dan Karimah, 2015)

2.3.3 Mekanisme Stigma

Menurut Major dan O'Brien (2005) mekanisme stigma terbagi menjadi empat antara lain:

1. Adanya perlakuan negatif dan diskriminasi secara langsung

Mekanisme stigma yang pertama yaitu adanya perlakuan negatif dan diskriminasi secara langsung yang artinya terdapat pembatasan pada akses kehidupan dan diskriminasi secara langsung sehingga berdampak pada status sosial, *psychological well-being* dan kesehatan fisik. Stigma dapat terjadi di beberapa tempat seperti di sebuah toko, tempat kerja, *setting* pendidikan, pelayanan kesehatan dan sistem peradilan pidana (Eshiem, dalam Major & O'Brien, 2005).

2. Proses konfirmasi terhadap harapan atau *self fullfilling prophecy*

Stigma menjadi sebuah proses melalui konfirmasi harapan atau *self fullfilling prophecy* (Jussim dkk., dalam Major dan O'Brien, 2005). Persepsi negatif, *stereotype* dan harapan bisa mengarahkan individu untuk berperilaku sesuai dengan stigma yang diberikan sehingga berpengaruh pada pikiran, perasaan dan perilaku individu tersebut.

3. Munculnya *stereotip* secara otomatis

Stigma dapat menjadi sebuah proses melalui aktivasi *stereotip* otomatis secara negatif pada suatu kelompok.

4. Terjadinya proses ancaman terhadap identitas dari individu

2.3.4 Tipe Stigma

Menurut Goffman (dalam Scheid dan Brown, 2010) mendefinisikan 3 tipe stigma sebagai berikut :

1. Stigma yang berhubungan dengan cacat tubuh yang dimiliki oleh seseorang
2. Stigma yang berhubungan dengan karakter individu yang umum diketahui seperti bekas narapidana, pasien rumah sakit jiwa dan lain sebagainya
3. Stigma yang berhubungan dengan ras, bangsa dan agama. Stigma semacam ini ditransmisikan dari generasi ke generasi melalui keluarga.

2.3.5 Dimensi Stigma

Menurut Link dan Phelan (dalam Scheid & Brown, 2010) stigma mengacu pada pemikiran Goffman (1961), komponen-komponen dari stigma sebagai berikut :

1. *Labeling*

Labeling adalah pembedaan dan memberikan label atau penamaan berdasarkan perbedaan-perbedaan yang dimiliki anggota masyarakat tersebut (Link & Phelan dalam Scheid & Brown, 2010). Sebagian besar perbedaan individu tidak dianggap relevan secara sosial, namun beberapa perbedaan yang diberikan dapat menonjol secara sosial. Pemilihan karakteristik yang menonjol dan penciptaan label bagi individu atau kelompok merupakan sebuah prestasi sosial yang perlu dipahami sebagai komponen penting dari stigma.

2. *Stereotip*

Stereotip adalah kerangka berpikir atau aspek kognitif yang terdiri dari pengetahuan dan keyakinan tentang kelompok sosial tertentu dan *traits* tertentu (Judd, Ryan & Parke dalam Baron & Byrne, 2003). Menurut Rahman (2013) *stereotip* merupakan keyakinan mengenai karakteristik tertentu dari anggota kelompok tertentu. *Stereotip* adalah komponen kognitif yang merupakan keyakinan tentang atribut personal yang dimiliki

oleh orang-orang dalam suatu kelompok tertentu atau kategori sosial tertentu (Taylor, Peplau dan Sears 2009).

3. *Separation*

Separation adalah pemisahan “kita” (sebagai pihak yang tidak memiliki stigma atau pemberi stigma) dengan “mereka” (kelompok yang mendapatkan stigma). Hubungan label dengan atribut negatif akan menjadi suatu pembenaran ketika individu yang dilabel percaya bahwa dirinya memang berbeda sehingga hal tersebut dapat dikatakan bahwa proses pemberian stereotip berhasil (Link dan Phelan dalam Scheid dan Brown, 2010).

4. Diskriminasi

Diskriminasi adalah perilaku yang merendahkan orang lain karena keanggotaannya dalam suatu kelompok (Rahman, 2013). Menurut Taylor, Peplau, dan Sears (2009) diskriminasi adalah komponen *behavioral* yang merupakan perilaku negatif terhadap individu karena individu tersebut adalah anggota dari kelompok tertentu.

Menurut Jones (dalam Link, Yang, Phelan & Collins, 2001) mengidentifikasi dimensi dari stigma yang terdiri dari enam dimensi, yaitu :

1. *Concealability*, menunjukkan atau melakukan deteksi tentang karakteristik dari individu lain. *Concealability* bervariasi tergantung pada sifat stigma tersebut. Individu yang mampu menyembunyikan kondisinya, biasanya sering melakukan stigma tersebut.
2. *Course*, menunjukkan kondisi stigma *reversibel* atau *ireversibel*. Individu yang mengalami kondisi *ireversibel* maka cenderung untuk memperoleh sikap yang lebih negatif dari orang lain.
3. *Disruptiveness*, menunjukkan tanda-tanda yang diberikan oleh orang lain kepada individu yang mengakibatkan ketegangan atau menghalangi interaksi interpersonal.
4. *Aesthetic*, mencerminkan persepsi seseorang terkait dengan hal yang menarik atau menyenangkan.
5. *Origin*, merujuk kepada bagaimana munculnya kondisi yang menyebabkan stigma.
6. *Peril*, merujuk pada perasaan bahaya atau ancaman yang dialami orang lain. Ancaman dalam pengertian ini dapat mengacu pada bahaya fisik atau perasaan yang tidak nyaman.

2.3.6 Proses Stigma

Menurut Crocker, *et al.* (dalam Major dan O'Brien, 2005) stigma terjadi karena individu memiliki beberapa atribut dan karakter dari identitas sosialnya namun akhirnya terjadi devaluasi pada konteks tertentu. Menurut Link dan Phelan dalam Scheid dan Brown

(2010) stigma terjadi ketika muncul beberapa komponen yang saling berkaitan. Adapun komponen-komponen tersebut, yaitu :

1. Komponen pertama adalah individu membedakan dan memberikan label atas perbedaan yang dimiliki oleh individu tersebut
2. Komponen kedua adalah munculnya keyakinan dari budaya yang dimiliki individu terhadap karakteristik individu atau kelompok lain dan menimbulkan *stereotip*.
3. Komponen ketiga adalah menempatkan individu atau kelompok yang telah diberikan label pada individu atau kelompok dalam kategori yang berbeda sehingga terjadi *separation*.
4. Komponen keempat adalah individu yang telah diberikan label mengalami diskriminasi.

Proses diatas menunjukkan bahwa stigma terjadi dalam jangka waktu tertentu yang merupakan suatu proses yang terdiri dari empat dimensi yaitu terjadinya *labeling* dilanjutkan dengan munculnya *stereotip*, *separation* dan diskriminasi.

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional*. Rancangan penelitian ini menggunakan jenis eksperimental, dengan tipe *True experimental pre-post test group*. Rancangan ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol disamping kelompok eksperimen, tapi pemilihan kedua kelompok tidak menggunakan tehnik acak. Rancangan ini menggunakan kelompok subjek yang telah terbentuk secara wajar (tehnik rumpun), sehingga sejak awal bisa saja kedua kelompok subjek telah memiliki karakteristik yang berbeda. Apabila pada paska tes ternyata kedua kelompok itu berbeda, mungkin perbedaannya bukan disebabkan oleh perlakuan tapi karena sejak awal kelompok sudah berbeda (Nursalam, 2017)

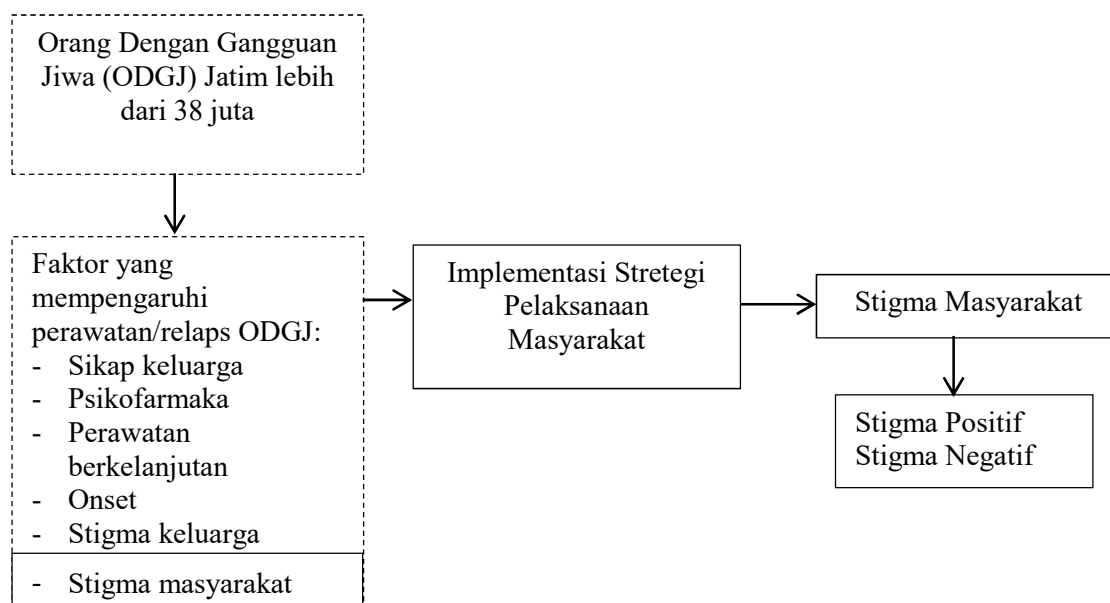
Tabel 4.1. Desain Penelitian di Wilayah Kerja Puskesmas Ngrandu Kabupaten Ponorogo

Subjek	Pra	Perlakuan	Pasca tes
K-A	O	I	O1-A

Keterangan :

- K-A : Subjek (Masyarakat)
O : *Pre test* Masyarakat terhadap stigma
I : Pelatihan Strategi Pelaksanaan Masyarakat
O1(A) : *Post test* Masyarakat terhadap stigma

3.2 Kerangka Konsep



3.1 Bagan Kerangka Konsep

3.3 Populasi, Sampel dan Tehnik Sampling

3.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang ada di Desa Sukosari Wilayah Kerja Puskesmas Ngrandu Kecamatan Kauman Kabupaten Ponorogo yang berjumlah 22 Kepala Keluarga.

3.2.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus:

$$\begin{aligned}n &= \frac{N}{1 + N (d)^2} \\&= \frac{22}{1 + 22 (0,05)^2} \\&= \frac{22}{1 + 27 (0,0025)} \\&= \frac{22}{1,0675} \\&= 20 \text{ responden}\end{aligned}$$

Keterangan :

- n = Besar sampel
- N = Besar populasi
- d = tingkat signifikansi (d = 0,05)

3.3.3 Tehnik Sampling

Tehnik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah yaitu dan *non probability sampling* (Nursalam, 2017). Tehnik sampling dalam penelitian ini menggunakan *non probability sampling* dengan jenis *purposive sampling*, yaitu teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu, dengan didasarkan dengan ciri-ciri tertentu yang ditentukan oleh peneliti. Sampel sejumlah 20 responden, adapun kriteria sampel adalah:

- a) Masyarakat desa setempat
- b) Bersedia menjadi responden
- c) Bisa baca dan tulis

Hipotesa:

H1: ada pengaruh antara pemberian Strategi Pelaksanaan Masyarakat sebelum dan sesudah terhadap stigma masyarakat.

3.4 Definisi Operasional

Tabel 4.2 Definisi Operasional Pengaruh Impementasi Strategi Pelaksanaan (Sp) Masyarakat Terhadap Stigma Masyarakat

No	Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
1	<i>Variabel Independen:</i> Penerapan Strategi Pelaksanaan masyarakat	Pelaksanaan strategi pelaksanaan oleh tokoh masyarakat, tokoh agama atau tetangga yang berada dalam satu lingkungan rumah tempat tinggal pasien, dengan diberikan pelatihan SP kepada masyarakat	Kemampuan masyarakat dalam: Menerapkan SP: 1. Masalah ODGJ 2. BHSP 3. Cara merawat ODGJ	Format evaluasi kemampuan SP masyarakat	Nominal	Dilakukan: 1 Tidak dilakukan: 0
2	Variabel Dependen: Penurunan stigma	Persepsi masyarakat, tokoh yang ada di lingkungan rumah terhadap pasien dan keluarga pasien	Aspek penurunan stigma: 1. Perspektif 2. Identitas 3. Reaksi	Kuisisioner	Ordinal	Favorable: Skor 4= Sangat Setuju (SS) Skor 3= Setuju (S) Skor 2= Tidak Setuju (TS) Skor 1= Sangat Tidak Setuju (STS) Unfavorable: Skor 1= Sangat Setuju (SS) Skor 2= Setuju (S) Skor 3= Tidak Setuju (TS) Skor 4= Sangat Tidak Setuju (STS) Interpretasi Hasil: Stigma Positif: skor > 24 Stigma Negatif: skor < 24

3.5 Alat dan Bahan penelitian

1. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah PPT (*Power Point Templates*), ATK (alat tulis kantor), *projector* dan layar.
2. Bahan yang digunakan dalam penelitian ini adalah SAK, kuisisioner

3.6 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini antara lain:

1. Materi Strategi Pelaksanaan Masyarakat terhadap ODGJ
2. Kuesioner meliputi aspek stigma yaitu perspektif, identitas dan reaksi.
3. Kemampuan melakukan SP

3.7 Prosedur Pengambilan atau Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2017). Berikut tahapan dalam pengumpulan data adalah

- a) menyerahkan surat izin penelitian ke Dinkes Kab. Ponorogo
- b) setelah mendapatkan surat balasan dari Dinkes, menyampaikan surat ke Bakesbangpol Kab. Ponorogo
- c) menyerahkan izin penelitian ke Kepala Puskesmas Ngrandu
- d) berkoordinasi dengan perawat pemegang Program jiwa untuk memilih sampel penelitian
- e) mengambil data dan melakukan penetapan subyek penelitian sesuai persyaratan sampel yang sudah ditentukan pada kriteria
- f) menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan kepada subyek penelitian
- g) meminta persetujuan dari responden melalui *informed consent*, selanjutnya peneliti melakukan *pre test*
- h) Tahap selanjutnya, yaitu memberikan penjelasan dan pelatihan berupa Strategi Pelaksanaan kepada masyarakat pada Hari pertama
- i) Pada hari kedua, peneliti bersama masyarakat melakukan pertemuan dan komunikasi (SP) kepada pasien/ODGJ.
- j) Melakukan post test
- k) Mengolah hasil penelitian dengan menggunakan uji analisis yang telah ditetapkan

3.8 Analisa Data

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan tingkat signifikansi 0,05 dan penelitian ini menggunakan Uji Uji Wilcoxon Signed Ranks Test digunakan untuk mengetahui hasil *pre test* dan *post test*

3.9 Ethical Clearance

Ethical clearance dalam penelitian antara lain:

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti memberikan *informed consent* pada responden penelitian, yang mencakup:

- a) Penjelasan manfaat penelitian
- b) Penjelasan manfaat yang didapatkan

- c) Persetujuan peneliti dapat menjawab setiap pertanyaan yang diajukan responden berkaitan dengan prosedur penelitian
 - d) Persetujuan responden dapat mengundurkan diri sebagai objek penelitian kapan saja
 - e) Jaminan anonimitas dan kerahasiaan terhadap identitas dan informasi yang diberikan oleh responden
2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*). Peneliti menjaga privasi responden dengan cara menggunakan kode berupa nomor urut absen responden dan tanpa mencantumkan nama responden dalam kuesioner dan rekapan hasil penelitian
 3. Keadilan dan inklusivitas/keterbukaan (*respect for justice and inclusiveness*)
Peneliti menjelaskan tentang prosedur penelitian kepada semua responden baik pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol sebelum penelitian dilakukan
 4. *Reward* untuk responden
Sebagai ucapan terimakasih kepada responden, peneliti memberikan *reward* berupa:
 - a) Memberikan insentif berupa *transport* sesuai hari kerja yang ditinggalkan karena telah berpartisipasi dalam penelitian ini sesuai berapa hari penelitian berlangsung
 - b) Menyediakan *snack* dan makan siang selama penelitian berlangsung

BAB 4

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di wilayah kerja Puskesmas Ngrandu Ponorogo, yang terletak di jalan Raya Ngrandu Nomor 18 Kecamatan Kauman Kabupaten Ponorogo. Wilayah kerja Puskesmas Ngrandu terdiri dari 5 desa. Terdapat fasilitas poli kesehatan jiwa yang menjadi satu dengan poli lansia. Petugas pada poli jiwa adalah satu orang perawat dan satu orang dokter umum. Beberapa program kesehatan jiwa di wilayah kerja puskesmas Ngrandu adalah pengkajian – perawatan pasien gangguan jiwa, rujukan ke RSUD Ngawi, RSJ Menur, RSJ Lawang, dan RSJD Surakarta.

5.2 Hasil Penelitian

5.2.1. Data Umum

Penelitian ini menggunakan sampel sebanyak 20 responden, berikut data karakteristik demografi pada penelitian:

1) Karakteristik responden

Hasil pengumpulan data tentang demografi responden disajikan dalam tabel dibawah ini:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Resonden berdasarkan Karakteristik Responden

Karakteristik	F (20)	%
Usia		
18 – 40 tahun (Dewasa Awal)	3	15
41 – 60 tahun (Dewasa Madya)	16	80
> 60 tahun (Dewasa Lanjut)	1	5
Jenis kelamin		
Laki-laki	13	65
Perempuan	7	35
Tingkat pendidikan		
Tidak sekolah	0	0
SD	4	20
SMP	10	50
SMA	5	25
D3/S1	1	5
Pekerjaan		
Perangkat desa	3	15
IRT	3	15
Wiraswasta	7	35
Tani	7	35

Karakteristik	F (20)	%
Hubungan Dengan ODGJ		
Tetangga	16	80
Tokoh	4	20
Lama mengenal ODGJ		
> 5 tahun	27	85
< 5 tahun	3	15

Berdasarkan tabel 4.1 menunjukkan bahwa dari 20 orang yang menjadi responden penelitian ini mayoritas berusia 41 – 60 tahun (dewasa Madya) sebanyak 80% (16 orang), berjenis kelamin laki – laki sebanyak 65% dengan tingkat pendidikan responden paling banyak adalah SMP sebanyak 50% atau 10 responden. Sebagian besar responden memiliki aktivitas sebagai Tani dan swasta sebanyak 70%. Hubungan dengan ODGJ mayoritas warja adalah tetangga 80%, dan lama mengenal pasien hampir seluruhnya adalah lebih > 5 tahun.

5.2 Data Khusus dan Analisis

a. Hasil Analisis Deskripsi Pre test – Post Test

Hasil analisis statistik deskriptif tentang stigma masyarakat sebelum dan sesudah perlakuan pada subjek penelitian dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.2 Hasil Pretest dan post test

No	Pre	Post	Ket
1	38	33	<
2	34	36	>
3	42	38	<
4	33	35	>
5	34	33	<
6	37	38	>
7	32	36	>
8	30	32	>
9	35	37	>
10	35	35	=
11	37	33	<
12	39	40	>
13	31	35	>
14	34	35	>
15	36	39	>
16	40	40	=
17	31	35	>
18	33	38	>
19	33	33	=
20	33	34	>
Rerata	34,85	35,75	

Tabel 5.3 Hasil Analisis Deskripsi Pre test – Post Test

		Ranks		
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PostTest - PreTest	Negative Ranks	4 ^a	11.38	45.50
	Positive Ranks	13 ^b	8.27	107.50
	Ties	3 ^c		
	Total	20		

a. PostTest < PreTest

b. PostTest > PreTest

c. PostTest = PreTest

Berdasarkan tabel diatas, dapat diketahui bahwa sebanyak 13 responden memiliki peningkatan nilai stigma, 4 responden memiliki penurunan nilai dan hanya 1 responden memiliki nilai sama antara pre dan post test.

b. Hasil pengujian Hipotesis

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan stigma masyarakat sebelum dan sesudah diberikan strategi pelaksanaan. Sampel yang digunakan sebanyak 20 orang, kemudian dilakukan *Uji Wilcoxon Signed Ranks Test*. Berikut adalah data penelitian:

c. Hasil pengujian Hipotesis melalui *Uji Wilcoxon Signed Ranks Test*

Tabel 5.4 Analisis *Uji Wilcoxon Signed Ranks Test*

Test Statistics ^b	
	PostTest - PreTest
Z	-1.478 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.139

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan output “Test Statistik” diatas diperoleh nilai *Asymp.Sig (2-tailed)* adalah 0,072. Karena 0,139 lebih besar 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa “*Ho diterima*” sehingga dapat disimpulkan tidak ada pengaruh/perbedaan antara pemberian Strategi Pelaksanaan Masyarakat sebelum dan sesudah terhadap penurunan stigma masyarakat.

5.3 PEMBAHASAN

a) Stigma Masyarakat Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Strategi Pelaksanaan

Peningkatan Stigma

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan data bahwa nilai pada pretest didapatkan 13 orang mengalami peningkatan nilai pada posttest, sehingga terdapat peningkatan stigma positif dari responden. Menurut Maramis (2004) dalam (Bahari et al., 2017), gangguan jiwa psikotik merupakan gangguan jiwa yang kronis, bisa disebabkan gangguan organik/fungsional dengan gejala penurunan kemampuan berfikir, emosi, memori, komunikasi, menafsirkan dan berperilaku sesuai kenyataan, sehingga kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan sehari – hari akan terganggu. Hal ini juga diperkuat dengan Stuart & Laraia (2005) dalam (Ah. Yusuf et al., 2015) bahwa psikotik berpengaruh pada area fungsi individu meliputi; fungsi kognitif dan komunikasi, interpretasi realitas, kemampuan dalam merasakan atau menunjukkan secara rasional akan emosi dan perilaku. Keadaan ODGJ tersebut akan menimbulkan multipersepsi dari masyarakat sekitar. Stigma merupakan kumpulan dari sikap, keyakinan, pikiran, dan perilaku negatif yang berpengaruh pada individu atau masyarakat umum untuk takut, menolak, menghindar, berprasangka, dan membedakan seseorang. Stigma tersebut juga dapat menimbulkan kekuatan negatif dalam keseluruhan aspek jaringan dan hubungan sosial pada kualitas hidup, hubungan dengan keluarga dan kontak sosial dalam masyarakat (Goofman, 1963) dalam (Bahari et al., 2017).

Responden penelitian yang sebagian besar adalah tetangga ODGJ, memiliki perspektif yang positif, terlihat pada jawaban pada kuisioner bahwa responden akan memperlakukan ODGJ sama seperti orang sehat pada umumnya (dok. kuisioner). Bentuk kepedulian masyarakat dapat berupa dukungan sosial baik secara langsung kepada pasien atau ODGJ maupun terhadap keluarga, dukungan sosial yang baik diharapkan akan menurunkan stigma negatif masyarakat kepada ODGJ. Dukungan sosial bermanfaat dalam mengatasi permasalahan dan merupakan wujud rasa perhatian, penghargaan, dan mencintai sebagaimana pendapat Cohen & Syme, (1996) dalam Setiadi (2008) dalam (Bahari et al., 2017) dukungan sosial merupakan hal yang bermanfaat untuk individu dari orang lain, yang berdampak orang lain menjadi mengetahui bahwa ada orang lain yang menghargai, mencintai dan memperhatikan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden memiliki stigma positif yaitu sebanyak 65% responden memiliki peningkatan skor pada stigma positif setelah pelaksanaan Strategi Pelaksanaan Masyarakat. Strategi pelaksanaan komunikasi masyarakat

yang diberikan dengan disertai pengetahuan dan pemahaman pentingnya peran masyarakat dalam menunjang kesembuhan pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah oleh keluarga. Senada dengan teori menurut Nasir (2009) dalam Nasir & Muhith (2011) dalam (Efrayanti, 2012), strategi pelaksanaan komunikasi memiliki kontribusi, terutama adanya komunikasi verbal maupun nonverbal yang mempengaruhi emosi pasien, karena dengan komunikasi pasien akan mampu mengungkapkan kebutuhan dasarnya serta pasien juga memerlukan penguatan dalam rangka mempertahankan diri melalui komunikasi yang efektif. Kunci dari strategi pelaksanaan komunikasi antara lain pasien mampu mengungkapkan perasaannya dan perilaku sesuai realita.

Pada dasarnya stigma positif ini dapat bermanfaat bagi pasien dan keluarga dalam memberikan dukungan baik materi maupun non materi terhadap kemungkinan terjadinya kekambuhan pada pasien gangguan jiwa. Dukungan sosial masyarakat kepada keluarga juga dapat meningkatkan perilaku positif oleh keluarga kepada pasien gangguan jiwa dalam memberikan perawatan. Hal ini senada dengan teori yang disampaikan oleh Keliat (2005) Keluarga dengan kemampuan mengatasi masalah dapat melakukan pencegahan perilaku maladaptif (*pencegahan primer*), menanggulangi perilaku maladaptif (*pencegahan sekunder*) serta memulihkan perilaku maladaptif (*pencegahan tersier*), sehingga diharapkan derajat kesehatan pasien dan keluarga dapat meningkat secara optimal. Sebaliknya jika keluarga dalam kondisi maladaptif, maka akan berdampak pada kurang optimalnya dalam merawat pasien dan kemampuan pencegahan perilaku maladaptif yang terjadi kepada pasien.

Aspek menarik dari hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas responden sebanyak 65% dengan peningkatan stigma positif. Pada dasarnya stigma positif ini dapat bermanfaat bagi pasien dan keluarga dalam memberikan dukungan baik materi maupun non materi terhadap kemungkinan terjadinya kekambuhan pada pasien gangguan jiwa. Pada saat sekarang pengobatan pada pasien gangguan jiwa bisa berbasis lingkungan dan tidak harus di bawa ke rumah sakit jiwa. Hal ini diperjelas oleh Ermalinda (2015) dalam (Purnama, 2016) mengatakan bahwa terapi lingkungan sangat dianjurkan untuk pasien gangguan jiwa, dikarenakan klien tidak lagi menyendiri, klien dapat berinteraksi dengan keluarga dan lingkungan masyarakat. Pengetahuan klien dan keluarga terhadap terapi maupun perawatan bertambah, pasien lebih terampil kemampuan/kreatifitasnya dan utamanya dapat mencegah kekambuhan pada pasien. Penelitian oleh Teresha (2015) menyatakan bahwa masyarakat yang telah memiliki pengetahuan tentang kesehatan jiwa dapat memberikan sikap yang lebih positif terhadap pasien gangguan jiwa, hal tersebut diperkuat oleh Mestdagh (2013) dikutip oleh (Purnama, 2016) menyebutkan bahwa perawatan klien gangguan jiwa berbasis

masyarakat tidak akan terhambat, jika masyarakat mau bersosialisasi atau berinteraksi dengan pasien gangguan jiwa.

Responden yang berinteraksi baik dengan pasien gangguan jiwa baik secara kontinyu atau tidak akan berkontribusi positif terhadap perkembangan pasien serta memberikan dukungan sosial kepada keluarga. Keterlibatan responden seorang tokoh masyarakat (perangkat desa) yang memberikan interaksi positif kepada pasien gangguan jiwa bisa memberikan dampak yang baik bagi masyarakat sekitar. Dukungan sosial yang diberikan oleh keluarga, lingkungan kerja, masyarakat di bidang sosial meminimalkan penampilan positif gejala pada pasien skizofrenia. Dukungan sosial adalah intervensi untuk meningkatkan kesehatan mental, bisa datang dari keluarga, teman, profesional, dan lainnya bisa jadi dari keluarga, teman, profesional, dan lainnya (A Yusuf et al., 2019). Peran masyarakat dengan pasien gangguan jiwa dengan memberikan sapaan yang baik, memberikan kesempatan pasien untuk membantu pekerjaan rumah tangga, aktivitas tersebut dapat berkontribusi positif pada kesembuhan pasien.

Penurunan Stigma

Pada hasil penelitian didapatkan sebanyak 5% responden dengan penurunan nilai pada kuisioner stigma masyarakat. Penelitian yang dilakukan oleh Mesdagh (2013) yang mengatakan bahwa masyarakat tidak percaya bahwa klien gangguan jiwa yang mengalami perawatan kesehatan mental bisa disembuhkan. Selain itu masyarakat meyakini bahwa pengobatan gangguan jiwa pada awalnya diobati dengan cara-cara yang tidak ilmiah, karena gangguan jiwa tersebut dianggap sebagai pengaruh setan atau sikap berontak dari orang yang sakit jiwa (Amir, 2004) dalam (Purnama, 2016). Responden pada kategori ini memiliki pendidikan terakhir SMP, menurut Rinancy (2018) salah satu faktor yang berpengaruh pada stigma masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa adalah tingkat pendidikan. Input informasi tentang kesehatan jiwa. pendidikan yang diterima dapat meningkatkan pengetahuan serta sikap seseorang Nuryanto (2014) dalam (Utami et al., 2020). Terdapat tiga komponen dalam pembelajaran yaitu input, proses, dan output yang mempengaruhi tingkat pengetahuan. Hasil analisis diatas menunjukkan kemungkinan terganggunya salah satu dari tiga komponen dalam proses penerimaan informasi tersebut.

b) Pengaruh Pre test dan Post Test

Pada penelitian ini didapatkan hasil pada analisis *Uji Statistik Wilcoxon* nilai *SC* adalah 0,072. Karena 0,139 lebih besar dari 0,05, sehingga dapat disimpulkan bahwa “*Ho diterima*” yaitu “tidak ada perbedaan antara pemberian Strategi Pelaksanaan Masyarakat

sebelum dan sesudah terhadap penurunan stigma masyarakat”. Hal ini didukung oleh data karakteristik responden bahwa sebagian besar responden adalah tetangga pasien sebanyak 80% dan lama mengenal pasien lebih dari 5 tahun adalah sebanyak 85%. (Rinancy, 2018) dalam penelitiannya menyatakan bahwa faktor – faktor yang mempengaruhi stigma masyarakat antara lain pendidikan, pengetahuan, sikap dan budaya. Dalam teori Green dinyatakan bahwa pengetahuan adalah salah satunya faktor predisposisi yang mendasari perubahan perilaku seseorang (A Yusuf et al., 2019). Informasi kesehatan jiwa yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dalam memberikan respon dan interaksi kepada pasien gangguan jiwa. Keberlanjutan dan kontinuitas informasi kesehatan bagi masyarakat, di harapkan mampu membentuk kebiasaan yang berkelanjutan menjadi perilaku yang positif.

Pada penelitian ini yang menarik bahwa hampir seluruhnya pasien memiliki riwayat lama sakit ≥ 5 tahun, demikian pula hubungan lama kenal masyarakat dengan pasien yang >5 tahun. Menurut Rahmawati, Keliat dan Wardhani (2014) dalam (Widodo, 2018) bahwa pasien dengan riwayat lama sakit ≥ 5 tahun memiliki risiko mengalami kekambuhan lebih tinggi. Peristiwa atau kejadian buruk yang dialami oleh pasien bisa berasal dari internal/keluarga maupun lingkungan di masyarakat akan berdampak pada kekambuhannya. Hal tersebut sesuai dengan Wiramihardja (2017) dalam (Widodo, 2018) bahwa *relaps* terjadi dikarenakan kejadian buruk sebelum akhirnya kambuh. Strategi pelaksanaan masyarakat kepada pasien juga mengajarkan agar berkontribusi dalam mengajarkan pasien untuk patuh minum obat atau kontrol ke puskesmas. Semakin bertambahnya dukungan atau support positif dari lingkungan akan meningkatkan rasa percaya diri terhadap pasien. Sehingga penyebab adanya stigma masyarakat juga dapat dipengaruhi oleh riwayat lama sakit pasien gangguan jiwa di masyarakat.

5.4. Keterbatasan Penelitian

- 1) Jarak wilayah pasien dan waktu penelitian yang terlalu singkat dan jumlah responden lebih proporsional.
- 2) Pemberian edukasi dan pelatihan kepada responden perlu lebih mendalam dengan penambahan kuantitas dan kualitasnya, sehingga interaksi responden dengan pasien lebih optimal.

5.5. Nilai Anomali

- 1) Terdapat nilai tetap pada responden pada pre dan post pada strategi pelaksanaan. Nilai tetap dinungkinkan responden belum memahami dan memiliki informasi tentang kesehatan jiwa dan sudah terbiasa interaksi dengan pasien.
- 2) Terdapat nilai meningkat pada kelompok kontrol. Responden telah mengetahui dan mampu berinteraksi dengan baik bersama pasien, sehingga tidak ada kendala dalam komunikasi.
- 3) Pendidikan responden mayoritas adalah SMP, dimana kebutuhan akan informasi tentang kesehatan jiwa perlu dimiliki oleh responden.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

- 1) Pada penelitian ini mayoritas responden Dewasa Madya, sebagian besar laki – laki dengan tingkat pendidikan responden paling banyak adalah SMP, pekerjaan responden adalah Tani dan swasta, sedangkan hubungan dengan pasien mayoritas adalah tetangga dengan lama mengenal pasien hampir seluruhnya adalah lebih > 5 tahun.
- 2) Tidak ada pengaruh antara pemberian Strategi Pelaksanaan Masyarakat sebelum dan sesudah terhadap penurunan stigma masyarakat
- 3) Sebanyak 5% responden dengan penurunan nilai pada kuisisioner stigma masyarakat
- 4) Sebanyak 65% responden memiliki peningkatan skor pada stigma positif setelah pelaksanaan Strategi Pelaksanaan Masyarakat.

6.2. Saran

- 1) Responden

Responden ikut serta membentuk lingkungan yang baik dengan memberikan support dan komunikasi kepada pasien sehingga mampu meningkatkan kesehatan jiwa pasien dengan cara mengajak komunikasi, mengajarkan, melibatkan dalam aktivitas sehari – hari dan memuji secara konsisten dan kontinyu.

- 2) Perawat

Perawat memberikan edukasi kepada tokoh dan masyarakat tentang kesehatan jiwa termasuk melatih dan melibatkan aktif untuk bersosialisasi dengan pasien gangguan jiwa.

- 3) Puskesmas

Merekomendasikan pembentukan posyandu jiwa, kemudian membentuk melatih kader kesehatan jiwa dalam perawatan dan meningkatkan kemampuan atau kemandirian pasien.

- 4) Peneliti Selanjutnya

Penelitian selanjutnya bisa mengaitkan dukungan masyarakat dengan sosiodemografi serta perlakuan yang sesuai dalam memberikan dukungan sosial kepada pasien dan keluarga

DAFTAR PUSTAKA

- Bahari, K., Sunarno, I., & Mudayatiningsih, S. (2017). Beban Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Gangguan Jiwa Berat. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia (JIKI)*, 3(1), 43–53. [https://doi.org/10.31290/jiki.v\(3\)i\(1\)y\(2017\).page:43-53](https://doi.org/10.31290/jiki.v(3)i(1)y(2017).page:43-53)
- Efrayanti, E. (2012). Pengaruh Terapi Individu Generalis Dengan Pendekatan Strategi Pelaksanaan Komunikasi Terhadap Frekuensi Halusinasi Pada Pasien Halusinasi. *NERS Jurnal Keperawatan*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.25077/njk.8.1.1-6.2012>
- Fortinash, K.M & Worret, P.A.H. (2004). *Psychiatric Mental Health Nursing* (3rd ed). St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier
- Hidalgo, M. V. Jimenez, L. Verdugo, IL. Lorence, B. Sanchez, J(2016) ‘Psychosocial Intervention’, *Psychosocial Intervention*. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 25(2), pp. 79–85. doi: 10.1016/j.psi.2016.03.002
- Ice Yulia Wardani, F. A. (2018, Maret). Kualitas Hidup Pasien Skizofrenia Dipersepsikan. *Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 21 No.1*, hal 17-26.
- Kaplan & Saddock . (2005), *Synopsis of Pshyciatry Science Clinical Psychiatry*.Baltimore: Williams & Wilkins.
- Lestari W & Wardhani YF. (2014). Stigma dan Penanganan Penderita Gangguan Jiwa Berat Yang Dipasung. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*; 17(2): 157-166.
- Nasriati, R. (2017). Stigma Dan Dukungan Keluarga Dalam Merawat Orang Dengan. *Medisains: Jurnal Ilmiah Ilmu-ilmu Kesehatan, Vol 15 No 1, APRIL 2017*, 56-65.
- Purnama. (2016). Gambaran Stigma Masyarakat Terhadap Klien. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 2(1), 29–37.
- Putri, A. W. (2019, Oktober 30). *Stigma Sosial Menghalangi Kesembuhan Penderita Gangguan Jiwa*. Retrieved Oktober 25, 2019, from tirto.id: <https://tirto.id/stigma-sosial-menghalangi-kesembuhan-penderita-gangguan-jiwa-ekv2>
- Rinancy, H. (2018). Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Stigma Masyarakat Minangkabau Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa [Univ. Andalas Padang]. In *Fakultas Keperawatan Univ. Andalas Padang* (Vol. 15, Issue 29).
- Rutoto, Sabar. 2007. *Pengantar Metodologi Penelitian*. FKIP: Universitas Muria Kudus
- Sibitz, I. A. (2011). The impact of social network, stigma and impact of social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 26, 28-33.
- Subu, Arsyad, M et al (2017). Stigma, Stigmatisasi, Perilaku Kekerasan dan Ketakutan diantara Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) di Indonesia: Penelitian Constructivist Grounded theory. *Jurnal Kedokteran Brawijaya Vol. 30, No. 1, Februari 2018*, pp. 53-60.

- Utami, A. D., Primatanti, P. A., & Lestari, D. P. (2020). Perbedaan Pengetahuan , Stigma dan Sikap antara Mahasiswa Tingkat Awal dan Tingkat Akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap Gangguan Jiwa. *Aesculapius Medical Journal*, 1(2), 7–11.
- Widodo, D. (2018). Lamanya Klien Mengalami Gangguan Jiwa Dengan Stres Keluarga Dalam Merawat Klien Di Rumah. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia (JIKI)*, 4(2), 88. [https://doi.org/10.31290/jiki.v\(4\)i\(2\)y\(2018\).page:88-94](https://doi.org/10.31290/jiki.v(4)i(2)y(2018).page:88-94)
- Yusuf, Ah., Fitryasari., R., & Hanik, E. N. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Salemba Medika.
- Yusuf, A, Hartanto, A. E., Mundakir, & Nina, A. (2019). The family role model in self-care at schizophrenic patients. *Opción, Año 35, Especial No.23 (2019): 1544-1557*, 1544–1557.

Lampiran 1

LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Agung Eko Hartanto

NIP : 919-820611-2019-011-01

Adalah dosen Program Studi DIII Keperawatan Ponorogo Poltekkes Kemenkes Malang yang akan melakukan penelitian dengan judul “*Pengaruh Implementasi Strategi Pelaksanaan (SP) Masyarakat Terhadap Stigma Masyarakat Pada Pasien Gangguan Jiwa di wilayah kerja Puskesmas Ngrandu Kab. Ponorogo*”.

Sehubungan dengan penelitian ini, kami mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara untuk menjadi responden dalam penelitian tersebut. Adapun hal – hal yang perlu diketahui adalah:

1. Tujuan penelitian ini adalah Mengetahui pengaruh Strategi Pelaksanaan Masyarakat terhadap penurunan stigma masyarakat pada pasien gangguan jiwa di Desa Ngrandu Wilayah Kerja Puskesmas Ngandu Kabupaten Ponorogo.
2. Manfaat dari penelitian ini adalah dapat masyarakat dapat mengetahui perannya dalam membantu perawatan ODGJ di lingkungannya sehingga diharapkan masyarakat memiliki kontribusi dalam kesembuhan ODGJ
3. Tidak ada bahaya potensial yang diakibatkan oleh penelitian ini, oleh karena intervensi yang dilakukan adalah verbal dan praktek, tidak melakukan intervensi invasif/perluasan
4. Bapak/Ibu akan diminta mengisi kuisisioner yang berkaitan dengan stigma
5. Identitas Bapak/Ibu/Saudara akan dirahasiakan sepenuhnya dan hanya data yang Bapak/Ibu/Saudara sampaikan yang akan digunakan demi kepentingan penelitian.

Demikian penjelasan ini saya sampaikan, atas perhatian dan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

Agung Eko Hartanto

Lampiran 2 Lembar Persetujuan menjadi Responden Penelitian (*Informed Consent*)

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Sdr. Agung Eko Hartanto, M.Kep Dosen DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Malang Prodi Ponorogo dengan judul penelitian :

“Pengaruh Implementasi Strategi Pelaksanaan (SP) Masyarakat Terhadap Stigma Masyarakat Pada Pasien Gangguan Jiwa Di Wilayah Kerja Puskesmas Ngrandu Kab. Ponorogo”

Persetujuan ini saya buat dengan sadar dan tanpa paksaan dari siapapun setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti. Demikian pernyataan ini saya buat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Peneliti

(Agung Eko Hartanto)

Ponorogo,2020

Yang menyetujui

(.....)

Lampiran 3

Kuesioner SP Masyarakat

IDENTITAS RESPONDEN

1. Inisial nama : _____
2. Usia : _____
3. Jenis kelamin : Laki-laki Perempuan
4. Pendidikan terakhir : _____
5. Pekerjaan : _____
6. Hubungan dengan ODGJ : _____
7. Lama Mengenal pasien : bulan

KUISIONER STIGMA MASYARAKAT

Petunjuk pengisian daftar pertanyaan:

1. Bacalah pertanyaan tersebut dengan seksama.
2. Berilah tanda checklist (√) pada kolom SS (sangat setuju), S (setuju), TS (tidak setuju), STS (sangat tidak setuju) yang tersedia sesuai dengan jawaban anda.
3. Isilah semua pertanyaan yang tersedia sesuai dengan pendapat anda sendiri.

No	Kriteria	Tanggapan			
		SS	S	TS	STS
A	Perspektif				
1	Saya memiliki anggapan baik kepada ODGJ (orang Dengan Gangguan Jiwa)				
2	Saya akan menerima seseorang yang pernah mengalami gangguan jiwa sebagai teman dekat				
3	Saya akan memperlakukan ODGJ sama seperti orang sehat pada umumnya				
4	Saya meyakini bahwa orang yang mengalami gangguan jiwa bisa disembuhkan				
5	Saya meyakini ODGJ berhak bersosialisasi dengan orang lain				
6	Saya akan membantu ODGJ dalam mencapai kesembuhan				
7	Saya menganggap orang yang pernah mengalami gangguan jiwa mampu hidup dengan baik di masyarakat				
8	Saya menganggap ODGJ juga memiliki kebutuhan yang sama seperti warga masyarakat lainnya				
B	Identitas				
9	Saya percaya pada orang yang pernah mengalami gangguan jiwa seperti warga masyarakat lainnya.				
10	Apabila Saya seorang pengusaha, Saya akan <i>menolak</i> lamaran orang yang pernah mengalami gangguan jiwa				
C	Reaksi				
11	Saya menganggap ODGJ selalu merugikan orang lain/lingkungan				
12	Saya menganggap ODGJ selalu membahayakan lingkungan				

Nilai Total :

Ponorogo, 2019
Penilai

(.....)



KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
STATE POLYTECHNIC OF HEALTH MALANG

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
"ETHICAL APPROVAL"
Reg.No.:990 / KEPK-POLKESMA/ 2020

Protokol penelitian yang diusulkan oleh AGUNG EKO HARTANTO
The research protocol proposed by

Peneliti Utama
Principal In Investigator AGUNG EKO HARTANTO

Nama Institusi
Name of the Institution POLKESMA KAMPUS PONOROGO

Dengan Judul
Pengembangan Strategi Pelaksanaan (SP) Masyarakat terhadap Penurunan Stigma Masyarakat pada pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Ngrandu Kab. Ponorogo
Development of Community Implementation Strategy (SP) for Decreasing Community Stigma in mental patients in the Work Areas of Ngrandu Health Center Ponorogo

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah,

3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 09 November 2020 sampai dengan 09 November 2021

This declaration of ethics applies during the period November 9, 2020 until November 9, 2021

Malang, 09 November 2020
Head of Committee



Dr. SUSI MILWATI, S.Kp, M.Pd
NIP. 196312011987032002

Lampiran 4

	Usia	Jenis Kelamin	Pendidikan	Pekerjaan	Hubungan dengan orang tua	Tipe ODH	Tingkat keparahan gejala												PRE SP	Skor Stigma
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	45	Laki-laki	SMP	WIRAswasta	Tetangga	10 TAHUN	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	38	stigma positif
2	29	Laki-laki	SMA	PERANGKAT DESA	Tokoh Masyarakat	1 tahun	4	3	4	4	3	4	3	4	3	2	4	3	41	stigma positif
3	48	Laki-laki	SMP	PERANGKAT DESA	Tokoh Masyarakat	10	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	42	stigma positif
4	49	Perempuan	SMP	PETANI	Tetangga	25 tahun	3	3	3	4	0	3	3	3	4	1	3	3	33	stigma positif
5	49	Perempuan	SMP	Tani	Tetangga	35 tahun	3	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	34	stigma positif
6	46	Perempuan	SMA	Ibu rumah tangga	Tetangga	10	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	37	stigma positif
7	46	Laki-laki	SMA	Swasta	Tetangga	25	3	3	2	4	4	0	2	4	2	4	3	1	32	stigma positif
8	63	Laki-laki	SD	Tani	Tetangga	40	3	3	2	3	2	3	2	2	3	2	3	2	30	stigma positif
9	50	Laki-laki	SMP	Tani	Tetangga	40	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	1	1	35	stigma positif
10	50	Laki-laki	SMP	Swasta	Tetangga	35	3	4	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	40	stigma positif
11	54	Laki-laki	SMP	Tani	Tetangga	30	4	3	3	3	3	4	4	4	4	0	3	2	37	stigma positif
12	43	Laki-laki	SMA	Tani	Tetangga	6	3	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	2	39	stigma positif
13	45	Laki-laki	SD	Swasta	Tokoh Masyarakat	6	2	3	1	2	3	4	0	4	4	4	2	2	31	stigma positif
14	51	Laki-laki	SD	Tani	Tetangga	40	3	3	3	4	3	3	4	3	0	2	3	3	34	stigma positif
15	55	Laki-laki	SMA	WIRAswasta	KELUARGA	40	3	4	3	4	4	3	4	3	3	0	3	3	37	stigma positif
16	48	Laki-laki	S1	PERANGKAT DESA	Tokoh Masyarakat	10	3	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	40	stigma positif
17	26	Perempuan	SMP	Ibu rumah tangga	Tetangga	1a meng€	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	33	stigma positif
18	40	Perempuan	SD	Swasta	Tetangga	1th	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	33	stigma positif
19	49	Perempuan	SMP	Ibu rumah tangga	Tetangga	1a meng€	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	33	stigma positif
20	46	Perempuan	SMP	Swasta	Tetangga	Tahun	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	33	stigma positif

Lampiran 6

1. Uji Validitas Pearson

Correlations

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	Q12	Total
Q1 Pearson Correlation	1	.503	.318	.250	.564*	.302	.645**	.564*	.503	.262	.318	.223	.785**
Sig. (2-tailed)		.056	.248	.369	.029	.275	.009	.029	.056	.346	.248	.425	.001
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Q2 Pearson Correlation	.503	1	.503	.237	.105	.196	.681**	.105	1.000**	.105	.059	.145	.665**
Sig. (2-tailed)	.056		.056	.396	.710	.484	.005	.710	.000	.710	.834	.607	.007
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Q3 Pearson Correlation	.318	.503	1	.250	.564*	-.075	.040	.564*	.503	-.342	-.364	-.334	.309
Sig. (2-tailed)	.248	.056		.369	.029	.789	.887	.029	.056	.211	.183	.224	.262
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Q4 Pearson Correlation	.250	.237	.250	1	.443	.075	.161	.443	.237	-.161	.250	.056	.464
Sig. (2-tailed)	.369	.396	.369		.098	.789	.566	.098	.396	.566	.369	.844	.082
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Q5 Pearson Correlation	.564*	.105	.564*	.443	1	-.134	.071	1.000*	.105	-.071	-.040	-.099	.443
Sig. (2-tailed)	.029	.710	.029	.098		.635	.800	.000	.710	.800	.887	.726	.098
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Q6 Pearson Correlation	.302	.196	-.075	.075	-.134	1	.134	-.134	.196	.200	.302	.123	.368
Sig. (2-tailed)	.275	.484	.789	.789	.635		.635	.635	.484	.474	.275	.662	.177
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Q7 Pearson Correlation	.645**	.681**	.040	.161	.071	.134	1	.071	.681**	.607*	.645**	.592*	.822**
Sig. (2-tailed)	.009	.005	.887	.566	.800	.635		.800	.005	.016	.009	.020	.000
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Q8 Pearson Correlation	.564*	.105	.564*	.443	1.000*	-.134	.071	1	.105	-.071	-.040	-.099	.443
Sig. (2-tailed)	.029	.710	.029	.098	.000	.635	.800		.710	.800	.887	.726	.098
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Q9 Pearson Correlation	.503	1.000*	.503	.237	.105	.196	.681**	.105	1	.105	.059	.145	.665**
Sig. (2-tailed)	.056	.000	.056	.396	.710	.484	.005	.710		.710	.834	.607	.007
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Q10 Pearson Correlation	.262	.105	-.342	-.161	-.071	.200	.607*	-.071	.105	1	.564*	.642**	.495

Sig. (2-tailed)	.346	.710	.211	.566	.800	.474	.016	.800	.710		.029	.010	.060
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Q11 Pearson Correlation	.318	.059	-.364	.250	-.040	.302	.645**	-.040	.059	.564*	1	.779**	.607*
Sig. (2-tailed)	.248	.834	.183	.369	.887	.275	.009	.887	.834	.029		.001	.017
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Q12 Pearson Correlation	.223	.145	-.334	.056	-.099	.123	.592*	-.099	.145	.642**	.779**	1	.563*
Sig. (2-tailed)	.425	.607	.224	.844	.726	.662	.020	.726	.607	.010	.001		.029
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Tota Pearson Correlation	.785**	.665**	.309	.464	.443	.368	.822**	.443	.665**	.495	.607*	.563*	1
Sig. (2-tailed)	.001	.007	.262	.082	.098	.177	.000	.098	.007	.060	.017	.029	
N	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

2. Uji Reliabilitas

Uji Cronbach alpha

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	15	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	15	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.768	12

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q1	30.7333	5.210	.702	.714
Q2	30.9333	5.781	.580	.736
Q3	30.7333	6.352	.140	.783
Q4	30.5333	5.981	.311	.764
Q5	30.7333	6.352	.359	.759
Q6	30.6000	6.257	.221	.772
Q7	30.8667	5.838	.786	.729
Q8	30.7333	6.352	.359	.759
Q9	30.9333	5.781	.580	.736
Q10	31.6667	5.810	.325	.765
Q11	31.7333	5.638	.478	.743
Q12	31.6000	5.543	.390	.758

3. Uji Hipotesis

Uji non parametric *Wilcoxon signed rank test* untuk mengetahui ada atau tidaknya perbedaan rata-rata dua sampel yang saling berpasangan, dengan skala ordinal.

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
PostTest - PreTest	Negative Ranks	4 ^a	11.38	45.50
	Positive Ranks	13 ^b	8.27	107.50
	Ties	3 ^c		
	Total	20		

- a. PostTest < PreTest
- b. PostTest > PreTest
- c. PostTest = PreTest

Test Statistics^b

	PostTest - PreTest
Z	-1.478 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.139

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Lampiran 7

RINCIAN ANGGARAN BIAYA PENELITIAN 2020				
Pengaruh Implementasi Strategi Pelaksanaan (SP) Masyarakat terhadap penurunan stigma masyarakat pada pasien gangguan jiwa di wilayah kerja Puskesmas Ngrandu Kab. Ponorogo				
1. Bahan Habis Pakai & Peralatan				
Material	Satuan	Volume	Harga Satuan (Rp)	Biaya Per Tahun (Rp)
Kertas A4 70 gram	rim	2	51,000.00	102,000.00
Penggandaan instrumen	lembar	320	200.00	64,000.00
Penggandaan + jilid lap. kemajuan	eksemplar	5	20,000.00	100,000.00
Penggandaan laporan Akhir	eksemplar	10	50,000.00	500,000.00
Materai 6000	buah	4	7,000.00	28,000.00
Materai 3000	buah	10	4,000.00	40,000.00
Penggandaan undangan	buah	75	200.00	15,000.00
Penggandaan modul	buah	30	10,000.00	300,000.00
Tinta printer	set	1	160,000.00	160,000.00
Banner (3m x 1.5m x Rp.45.000)	buah	1	203,000.00	203,000.00
Bahan kontak	buah	20	61,500.00	1,230,000.00
<i>Konsumsi :</i>				
konsumsi rapat koordinasi	1 x 8 kali	8	15,000.00	120,000.00
Konsumsi kegiatan (responden, peneliti, mhs)	26 x 3 kali	78	22,000.00	1,716,000.00
			SUB TOTAL (Rp)	4,578,000.00
2. Belanja Perjalanan Dinas Dalam Kota				
Material	Volume	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Biaya Per Tahun (Rp)
Transportasi Perijinan ke Dinas Kesehatan dan bakesbangpol (2 org x 2 lokasi)	2 x 2 kali	4	50,000.00	200,000.00
transportasi perijinan ke Puskesmas, kecamatan dan kepala desa (2 org x 3 lokasi)	2 x 3	6	75,000.00	450,000.00
<i>Rapat koordinasi :</i>				
peneliti	1 x 3 kali	3	75,000.00	225,000.00
perawat ponkesdes	1 kali	1	50,000.00	50,000.00
bidan desa	1 kali	1	50,000.00	50,000.00
kepala desa	1 kali	1	50,000.00	50,000.00
<i>Transportasi kegiatan 1 :</i>				
peneliti	3 x 1 kali	3	75,000.00	225,000.00
pembantu lapangan	3 x 1 kali	3	75,000.00	225,000.00
kepala puskesmas	1 kali	1	50,000.00	50,000.00
perawat puskesmas	1 kali	1	50,000.00	50,000.00
perawat ponkesdes	1 kali	1	50,000.00	50,000.00
bidan desa	1 kali	1	50,000.00	50,000.00
<i>Transportasi kegiatan 2 :</i>				
peneliti	3 x 1 kali	3	75,000.00	225,000.00
pembantu lapangan	4 x 1 kali	4	75,000.00	300,000.00
kepala puskesmas	1 kali	1	50,000.00	50,000.00
perawat puskesmas	1 kali	1	50,000.00	50,000.00
perawat ponkesdes	1 kali	1	50,000.00	50,000.00
bidan desa	1 kali	1	50,000.00	50,000.00
Transportasi responden	20 x 3 kali	60	50,000.00	3,000,000.00
Transportasi menyebarkan undangan	1 x 3 kali	3	75,000.00	225,000.00
Uang Harian Seminar Hasil	1 kali	1	697,000.00	697,000.00
Transportasi Seminar Hasil	1 kali	1	300,000.00	300,000.00
			SUB TOTAL (Rp)	6,622,000.00
3. Belanja Jasa Lainnya				
Material	Justifikasi	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Biaya Per Tahun (Rp)
Sewa Lahan Penelitian	paket	1	200,000.00	200,000.00
<i>Ethical Clearance</i>	paket	1	300,000.00	300,000.00
Sewa Sound system	buah	2	150,000.00	300,000.00
			SUB TOTAL (Rp)	800,000.00
			TOTAL ANGGARAN YANG DIPERLUKAN	12,000,000.00

Jadwal penelitian

No	Kegiatan	Bulan Pelaksanaan 2020											
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Juli	Ags	Sept	Okt	Nov	Des
1.	Penyusunan proposal	■											
2.	Ujian Proposal dan Revisi			■	■								
3.	Uji etik dan Uji validitas dan reabilitas								■	■	■		
4.	Pengumpulan data dan pengolahan data									■	■		
5.	Ujian Hasil dan Revisi											■	■

Lampiran 8

Rencana Target Capaian Luaran

No	Jenis Luaran	Indikator Capaian
1	Publikasi ilmiah di jurnal/prosiding	Tidak ada
2	Publikasi pada media massa (cetak/elektronik)	Submitted
3	Peningkatan omzet pada mitra yang bergerak dalam bidang ekonomi	Tidak ada
4	Peningkatan kuantitas dan kualitas produk	Tidak ada
5	Peningkatan pemahaman dan keterampilan masyarakat	ada
6	Peningkatan ketentraman/kesehatan masyarakat (mitra masyarakat umum)	ada
7	Jasa, model, rekayasa sosial, sistem, produk/barang	Tidak ada
8	Hak kekayaan intelektual (paten, paten sederhana, hak cipta, merk dagang, rahasia dagang, desain produk industri, perlindungan varietas tanaman, perlindungan topografi)	Tidak ada
9	Buku ajar, Modul	Ada

Lampiran 9

Bukti Submitted

ISSN 2549-2721 (Print)
ISSN 2549-2748 (Online)

Indonesian Journal for Health Sciences

<http://journal.umpo.ac.id/index.php/IJHS>

HOME ABOUT PEOPLE ISSUE SUBMISSIONS NEW SUBMISSION AGUNGEKO_HARTANTO

Home / User / Author / Active Submissions

Active Submissions

Active Archive

ID	MM-DD Submit	Sec	Authors	Title	Status
3249	12-08		Hartanto	Penembangan Strategi Pelaksanaan Masyarakat Terhadap...	Awaiting assignment

Start a New Submission

[Click here](#) to go to step one of the five-step submission process.

Open Journal Systems

- Editorial Team
- Peer Reviewer
- Focus and Scope
- Author Guidelines
- Publication Charge
- Publication Ethics
- Open Access Policy
- Contact Journal

2709-Article Text-1....pdf

12:31 AM 12/8/2020