



**PERBEDAAN PENGETAHUAN, STIGMA DAN SIKAP ANTARA  
MAHASISWA TINGKAT AWAL DAN MAHASISWA TINGKAT AKHIR DI  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS JEMBER TERHADAP  
PSIKIATRI**

**SKRIPSI**

Oleh

**Dinda Ayu Teresha  
NIM 112010101089**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**



**PERBEDAAN PENGETAHUAN, STIGMA DAN SIKAP ANTARA  
MAHASISWA TINGKAT AWAL DAN MAHASISWA TINGKAT AKHIR DI  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS JEMBER TERHADAP  
PSIKIATRI**

**SKRIPSI**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk memperoleh gelar Sarjana Kedokteran (S-1)

Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Oleh

**Dinda Ayu Teresha  
NIM 112010101089**

**FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2015**

**MOTO**

*Allah will never give you more than you can handle<sup>1</sup>*



---

<sup>1</sup> Anonim

**PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dinda Ayu Teresha

NIM : 112010101089

menyatakan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Perbedaan Pengetahuan dan Sikap antara Mahasiswa Tingkat Awal dan Mahasiswa Tingkat Akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap Psikiatri” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi mana pun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 6 Januari 2015

Yang menyatakan,

Dinda Ayu Teresha

NIM. 112010101089

**SKRIPSI**

**PERBEDAAN PENGETAHUAN, STIGMA DAN SIKAP ANTARA  
MAHASISWA TINGKAT AWAL DAN MAHASISWA TINGKAT AKHIR DI  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS JEMBER TERHADAP  
PSIKIATRI**

Oleh:  
**Dinda Ayu Teresha**  
**NIM 112010101089**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : dr. Justina Evy Tyaswati, Sp. KJ

Dosen Pembimbing Anggota : dr. Kadek Dharma Widhiarta, M.Gizi, Sp.GK, Sp.OG

**PENGESAHAN**

Skripsi berjudul “Perbedaan Pengetahuan dan Sikap antara Mahasiswa Tingkat Awal dan Mahasiswa Tingkat Akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap Psikiatri” telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada:

Hari, tanggal : Senin 06 April 2015

Tempat : Fakultas Kedokteran Universitas Jember

Tim Penguji:

Penguji I,

Penguji II,

dr. Alif Mardijana, Sp. KJ  
NIP 19581105 198702 2 001

dr. Ancah Caesarina Novi M, Ph. D  
NIP 198203092008122002

Penguji III,

Penguji IV,

dr. Justina Evy Tyaswati, Sp.KJ  
NIP 19641011 199103 2 004

dr. Kadek Dharma Widhiarta, M.Gz., Sp. OG  
NIP 197511302001121001

Mengesahkan,  
Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember

dr. Enny Suswati, M.Kes  
NIP 197002141999032001



## RINGKASAN

**Perbedaan Pengetahuan, Stigma dan Sikap antara Mahasiswa Tingkat Awal dan Mahasiswa Tingkat Akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap Psikiatri;** Dinda Ayu Teresha, 112010101089; 2015; 71 halaman; Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Menurut Depkes RI (2003), gangguan jiwa adalah gangguan pikiran, perasaan, dan tingkah laku seseorang sehingga menimbulkan penderitaan dan terganggunya fungsi sehari-hari (fungsi pekerjaan dan fungsi sosial) dari orang tersebut.

Menurut WHO jika 10% dari populasi mengalami masalah kesehatan jiwa maka harus mendapat perhatian karena termasuk rawan kesehatan jiwa. Masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang cukup serius. Menurut penelitian WHO menyatakan, paling tidak, ada satu dari empat orang di dunia yang mengalami masalah mental. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa, di Indonesia diperkirakan mencapai 264 dari 1000 jiwa penduduk yang mengalami gangguan jiwa.

Penderita gangguan jiwa sering mendapat stigma dan diskriminasi yang lebih besar dari masyarakat di sekitarnya. Mereka sering mendapat perlakuan yang tidak manusiawi seperti perlakuan keras. Perlakuan ini disebabkan karena pengetahuan masyarakat mengenai ilmu gangguan jiwa masih kurang. Hal inilah yang biasanya menyebabkan penderita gangguan jiwa untuk sulit sembuh dan sering kambuh kembali.

Untuk itu perlu dilakukan berbagai upaya untuk mengurangi stigma yang ada pada gangguan jiwa, diantaranya melalui protes terhadap stigma, pendidikan tentang gangguan jiwa dan kontak terhadap penderita gangguan jiwa.

Beberapa penelitian di Amerika Serikat dan Eropa menunjukkan bahwa pendidikan mengenai psikiatri dapat meningkatkan pengetahuan mengenai psikiatri,

menurunkan stigma dan sikap negatif mahasiswa kedokteran terhadap penderita gangguan jiwa.

Di Indonesia masih sedikit data tentang pengetahuan, stigma dan sikap terhadap gangguan jiwa. Maka dari itu perlu dilakukan penelitian untuk membandingkan pengetahuan, stigma dan sikap mahasiswa yang telah menempuh blok psikiatri dan mahasiswa yang belum menempuh blok psikiatri. Berdasarkan latar belakang yang terpapar diatas, maka perlu dilakukan penelitian untuk menilai pengetahuan dan sikap mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri.

Tujuan penelitian untuk: (1) mengetahui perbedaan pengetahuan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri, (2) mengetahui perbedaan stigma antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri, (3) mengetahui perbedaan sikap otoriterisme antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri, (4) mengetahui perbedaan sikap kebajikan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri. (5) mengetahui perbedaan sikap pembatasan soaial antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri, (6) mengetahui perbedaan sikap ideologi komunitas kesehatan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri.

Hasil penelitian diharapkan dapat menambah bahan kepustakaan dan sebagai bahan acuan untuk penelitian selanjutnya dan masukan terhadap pendidikan psikiatri. Selain itu hasil penelitian diharapkan dapat untuk memperbaiki strigma yang ada pada gangguan jiwa dan meningkatkan pemahaman mengenai psikiatri.

Jenis penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Sampel penelitian adalah seluruh populasi terjangkau, yaitu mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012 Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Pengambilan data dilakukan



dengan menyampaikan alat penelitian kepada mahasiswa angkatan 2012 dan mahasiswa angkatan 2012 di kampus Fakultas Kedokteran Universitas Jember yang memenuhi kriteria penelitian. Proses pengambilan data dilakukan pada bulan Maret 2015.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah formulir *informed consent*, kuesioner MICA (*Mental Illness Clinician's Attitudes Scale*) untuk menilai stigma dan pengetahuan terhadap psikiatri dan CAMI (*Community Attitudes toward Mental Illness*) untuk menilai sikap terhadap gangguan jiwa. Pengisian lembar kuisisioner didampingi peneliti kepada subjek setelah melalui *informed consent*. Data diambil dengan cara menghitung jumlah skor jawaban sampel pada kuesioner MICA dan CAMI.

Jenis penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Sampel penelitian adalah mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012 Fakultas Kedokteran Universitas Jember dengan sampel adalah seluruh populasi terjangkau. Pengambilan data dilakukan dengan menyampaikan alat penelitian kepada mahasiswa angkatan 2012 dan mahasiswa angkatan 2012 di kampus Fakultas Kedokteran Universitas Jember yang memenuhi kriteria penelitian. Proses pengambilan data dilakukan pada bulan Maret 2015. Variabel bebas dari penelitian ini adalah tingkat angkatan, sedangkan variabel terikat penelitian ini adalah pengetahuan, stigma, sikap otoriterisme, sikap kebajikan, sikap pembatasan sosial dan sikap ideologi komunitas kesehatan. Data yang telah terkumpul kemudian dianalisis menggunakan uji univariat dan uji bivariat *Chi-Square*.

Berdasarkan hasil uji *chi-square*, variabel dengan perbedaan yang bermakna adalah stigma ( $p=0,001$ ) dan sikap otoriterisme ( $p=0,025$ ), sedangkan variabel lain tidak memiliki perbedaan yang bermakna. Berdasarkan hasil penelitian didapatkan perbedaan stigma dan sikap otoriterisme antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

## PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Perbedaan Pengetahuan dan Sikap antara Mahasiswa Tingkat Awal dan Mahasiswa Tingkat Akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap Psikiatri”. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan strata satu (S1) pada Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis menyampaikan terima kasih kepada:

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tidak terhingga kepada :

1. dr. Enny Suswati, M.Kes selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Jember;
2. dr. Justina Evy Tyaswati, Sp. KJ selaku Dosen Pembimbing Utama, dan dr. Kadek Dharma Widhiarta, M. Gizi, Sp. GK, Sp. OG selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan waktu, pikiran, serta perhatiannya untuk memberikan bimbingan dan pengarahan demi terselesaikannya penulisan skripsi ini;
3. dr. Alif Mardijana, Sp.KJ dan dr. Ancah Novi M, Ph. D sebagai dosen penguji yang telah banyak memberikan kritik, saran, dan masukan yang membangun dalam penulisan skripsi ini;
4. Ayah Totok Wahyu Widoyoko, SH dan ibu dr. Afrida Hanum, Sp. KK. tercinta, atas dukungan moral, doa, semangat, nasehat serta kasih sayang yang tiada terhenti dalam setiap perjalanan kehidupan saya;
5. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini, yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penulis juga menerima segala kritik dan saran yang membangun dari semua pihak demi kesempurnaan skripsi ini. Akhirnya penulis berharap, semoga skripsi ini dapat bermanfaat.

Jember, 06 April 2015

Penulis



**DAFTAR ISI**

	Halaman
<b>HALAMAN SAMPUL</b> .....	i
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	ii
<b>HALAMAN MOTO</b> .....	iii
<b>HALAMAN PERNYATAAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN BIMBINGAN</b> .....	v
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	vi
<b>RINGKASAN</b> .....	vii
<b>PRAKATA</b> .....	x
<b>DAFTAR ISI</b> .....	xii
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xv
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xvi
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xvii
<b>BAB 1. PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>1.1 Latar Belakang</b> .....	1
<b>1.2 Rumusan Masalah</b> .....	2
<b>1.3 Tujuan Penelitian</b> .....	3
<b>1.4 Manfaat Penelitian</b> .....	4
<b>BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	5
<b>2.1 Pendidikan Kesehatan</b> .....	5
2.1.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan .....	5
2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan .....	5
2.1.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan .....	6
2.1.4 Proses Belajar .....	7
<b>2.2 Pengetahuan</b> .....	8
2.2.1 Definisi Pengetahuan .....	8
2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan .....	8

2.2.3 Pengukuran Pengetahuan .....	9
<b>2.3 Sikap .....</b>	<b>11</b>
2.3.1 Pengertian Sikap .....	11
2.3.2 Komponen Pokok Sikap .....	11
2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap .....	12
2.3.4 Sikap Negatif terhadap Penderita Gangguan Jiwa .....	13
<b>2.4 Stigma .....</b>	<b>14</b>
2.4.1 Pengertian Stigma .....	14
2.4.2 Penyebab Stigma .....	14
2.4.3 Upaya untuk Menghilangkan Stigma .....	15
<b>2.5 Gangguan Jiwa .....</b>	<b>15</b>
2.5.1 Pengertian Stigma .....	15
2.5.2 Penyebab Timbulnya Gangguan Jiwa .....	16
2.5.3 Gejala Gangguan Jiwa .....	16
<b>2.6 Psikiatri .....</b>	<b>17</b>
2.6.1 Pengertian Psikiatri .....	17
2.6.2 Perkembangan Psikiatri .....	17
<b>2.7 Kerangka Konseptual .....</b>	<b>19</b>
<b>2.6 Hipotesis .....</b>	<b>19</b>
<b>BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Rancangan Penelitian .....</b>	<b>21</b>
<b>3.2 Populasi dan Sampel Penelitian .....</b>	<b>21</b>
3.2.1 Populasi Penelitian .....	21
3.2.2 Kriteria Sampel Penelitian .....	21
3.2.3 Besar Sampel .....	22
<b>3.3 Variabel Penelitian .....</b>	<b>22</b>
3.3.1 Variabel Bebas .....	22
3.3.2 Variabel Terikat .....	22
3.3.3 Variabel Terkendali .....	22



<b>3.4 Definisi Operasional Variabel</b> .....	22
<b>3.5 Instrumen Penelitian</b> .....	24
<b>3.6 Tempat dan Waktu Penelitian</b> .....	25
3.6.1 Tempat Penelitian .....	25
3.6.2 Waktu Penelitian .....	26
<b>3.7 Prosedur pengambilan data</b> .....	26
3.7.1 Uji Kelayakan .....	26
3.7.2 <i>Informed Consent</i> .....	26
3.7.3 Pengumpulan Data Populasi dan Pengambilan Sampel .....	26
<b>3.8 Prosedur Penelitian</b> .....	27
3.8.1 Alur Penelitian .....	27
3.8.2 Pengolahan Data .....	28
3.8.2 Analisis Data .....	28
<b>BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	30
<b>4.1 Hasil Penelitian</b> .....	30
4.1.1 Analisis Univariat .....	30
4.1.2 Analisis Bivariat .....	34
<b>4.2 Pembahasan</b> .....	39
<b>4.3 Keterbatasan Penelitian</b> .....	42
<b>BAB 5. PENUTUP</b> .....	44
<b>5.1 Kesimpulan</b> .....	44
<b>5.2 Saran</b> .....	44
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	46
<b>LAMPIRAN</b> .....	48

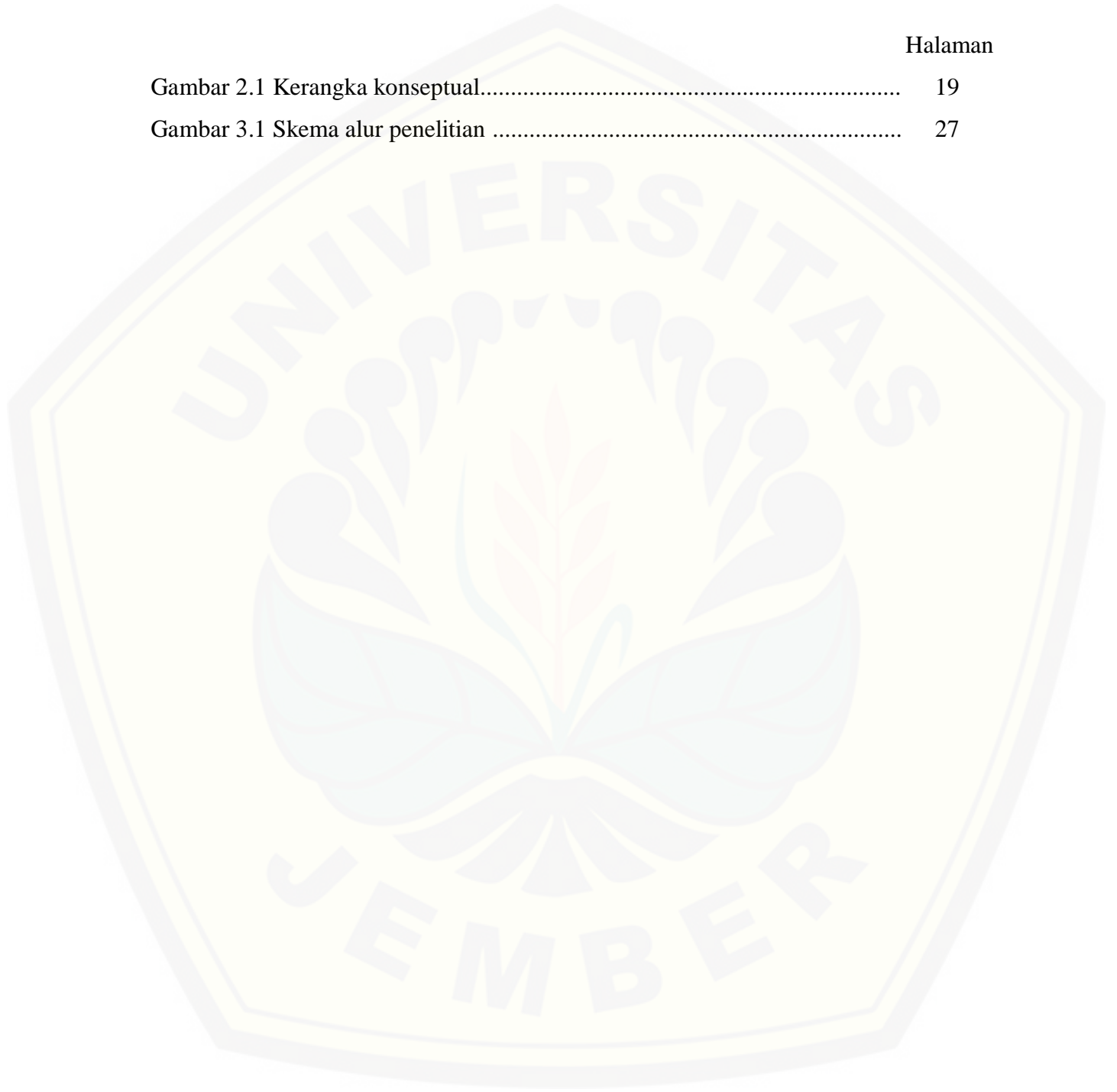


**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 4.1 Distribusi responden menurut tingkat angkatan .....	30
Tabel 4.2 Distribusi pengetahuan menurut tingkat angkatan .....	31
Tabel 4.3 Distribusi stigma menurut tingkat angkatan .....	31
Tabel 4.4 Distribusi sikap otoriterisme menurut tingkat angkatan .....	32
Tabel 4.5 Distribusi sikap kebajikan menurut tingkat angkatan .....	32
Tabel 4.6 Distribusi sikap pembatasan sosial menurut tingkat angkatan .....	33
Tabel 4.7 Distribusi sikap ideologi komunitas menurut tingkat angkatan .....	33
Tabel 4.8 Perbedaan pengetahuan menurut tingkat angkatan .....	34
Tabel 4.9 Perbedaan stigma menurut tingkat angkatan .....	35
Tabel 4.10 Perbedaan otoriterisme menurut tingkat angkatan .....	36
Tabel 4.11 Perbedaan kebajikan menurut tingkat angkatan .....	36
Tabel 4.12 Perbedaan pembatasan sosial menurut tingkat angkatan .....	37
Tabel 4.13 Perbedaan ideologi komunitas menurut tingkat angkatan .....	38

**DAFTAR GAMBAR**

	Halaman
Gambar 2.1 Kerangka konseptual.....	19
Gambar 3.1 Skema alur penelitian .....	27



**DAFTAR LAMPIRAN**

	Halaman
Lampiran 1. Ethical Clearance.....	48
Lampiran 2. Informed Consent.....	50
Lampiran 3. Kuesioner Penelitian.....	53
Lampiran 4. Hasil Uji Statistik Univariat .....	63
Lampiran 5. Hasil Uji Statistik Bivariat .....	65

## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psychomotor*) (Lestari, 2014).

Menurut WHO jika 10% dari populasi mengalami masalah kesehatan jiwa maka harus mendapat perhatian karena termasuk rawan kesehatan jiwa. Masalah gangguan kesehatan jiwa di seluruh dunia memang sudah menjadi masalah yang cukup serius. Menurut penelitian WHO menyatakan, paling tidak, ada satu dari empat orang di dunia yang mengalami masalah mental. WHO memperkirakan ada sekitar 450 juta orang di dunia yang mengalami gangguan jiwa, di Indonesia diperkirakan mencapai 264 dari 1000 jiwa penduduk yang mengalami gangguan jiwa (Yosep, 2011).

Kurangnya pengetahuan, tingkat pendidikan rendah, kurang pengalaman profesional, dan tidak ada keakraban, yaitu tidak ada teman atau kerabat dengan penyakit mental merupakan faktor yang berhubungan dengan sikap yang lebih negatif dan tidak menguntungkan (Van der Kluit & Goossens, 2011). Prinsip pokok pendidikan adalah proses belajar. Di dalam kegiatan belajar terdapat tiga persoalan pokok yakni masukan (*input*), proses dan keluaran (*output*). Masukan dalam pendidikan adalah menyangkut sasaran belajar atau sasaran didik yaitu individu, kelompok atau masyarakat dengan berbagai latar belakangnya. Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan atau perilaku pada diri subyek belajar tersebut. Sedangkan perubahan perilaku dari subyek belajar (Notoatmodjo, 2012).

Beberapa penelitian di Amerika Serikat dan Eropa menunjukkan bahwa pendidikan mengenai psikiatri dapat meningkatkan pengetahuan mengenai psikiatri,

menurunkan stigma dan sikap negatif mahasiswa kedokteran terhadap penderita gangguan jiwa (Ukpong, 2010). Penelitian sebelumnya oleh Luzi ( dalam Rulando, 2011), didapatkan bahwa peningkatan pengetahuan dan sikap mahasiswa terhadap psikiatri cukup sesuai dengan paparan yang diterima pada tiap tingkat akademis. Di Indonesia masih sedikit data tentang pengetahuan, stigma dan sikap terhadap gangguan jiwa. Maka dari itu perlu dilakukan penelitian untuk membandingkan pengetahuan, stigma dan sikap mahasiswa yang telah menempuh blok psikiatri dan mahasiswa yang belum menempuh blok psikiatri

Pendidikan mengenai psikiatri diterima mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada semester 5, yang mana terintegrasi dalam blok *Neuropsikiatri*. Berdasarkan latar belakang yang terpapar diatas, maka perlu dilakukan penelitian untuk menilai pengetahuan dan sikap mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri. Hal ini penting untuk mengetahui adakah perbedaan pengetahuan dan sikap terhadap psikiatri setelah mendapat paparan pengetahuan mengenai psikiatri.

## 1.2 Rumusan Masalah

- a. Bagaimana perbedaan pengetahuan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember ?
- b. Bagaimana perbedaan stigma antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember ?
- c. Bagaimana perbedaan sikap otoriterisme antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember ?
- d. Bagaimana perbedaan sikap kebajikan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember ?
- e. Bagaimana perbedaan sikap pembatasan sosial antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember ?

- f. Bagaimana perbedaan sikap ideologi komunitas kesehatan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember ?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui dan mendapatkan gambaran peranan pendidikan psikiatri terhadap pengetahuan dan sikap mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Untuk mengetahui perbedaan pengetahuan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri.
- b. Untuk mengetahui perbedaan stigma antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri.
- c. Untuk mengetahui perbedaan sikap otoriterisme antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri.
- d. Untuk mengetahui perbedaan sikap kebajikan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri.
- e. Untuk mengetahui perbedaan sikap pembatasan sosial antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri.



- f. Untuk mengetahui perbedaan sikap ideologi komunitas kesehatan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Manfaat bagi peneliti**

Manfaat bagi peneliti adalah untuk memperluas wawasan dan menambah pengetahuan, sekaligus sebagai wadah latihan penerapan hasil pembelajaran yang diperoleh selama kuliah.

##### **1.4.2 Manfaat bagi institusi pendidikan**

Manfaat bagi institusi pendidikan adalah menambah bahan kepustakaan dan sebagai bahan acuan untuk penelitian selanjutnya dan masukan terhadap pendidikan psikiatri.

##### **1.4.3 Manfaat bagi masyarakat**

Manfaat yang bisa diperoleh bagi masyarakat untuk eradikasi stigma yang ada pada gangguan jiwa dan meningkatkan pemahaman mengenai gangguan jiwa.

## **BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA**

### **2.1 Pendidikan Kesehatan**

#### **2.1.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan dalam arti pendidikan, secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan atau promosi kesehatan. Dan batasan ini tersirat unsure-unsur input (sasaran dan pendidik dari pendidikan), proses (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain) dan output (melakukan apa yang diharapkan). Hasil yang diharapkan dari suatu promosi atau pendidikan kesehatan adalah perilaku kesehatan, atau perilaku untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang kondusif oleh sasaran dari promosi kesehatan (Notoadmojo, 2012).

#### **2.1.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan**

Tujuan Pendidikan Kesehatan Promosi kesehatan mempengaruhi 3 faktor penyebab terbentuknya perilaku tersebut Green dalam (Notoadmojo, 2012) yaitu :

##### **a. Promosi Kesehatan dalam Faktor-Faktor Predisposisi**

Promosi kesehatan bertujuan untuk mengunggah kesadaran, memberikan atau meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pemeliharaan dan peningkatan kesehatan bagi dirinya sendiri, keluarganya maupun masyarakatnya. Disamping itu, dalam konteks promosi kesehatan juga memberikan pengertian tentang tradisi, kepercayaan masyarakat dan sebagainya, baik yang merugikan maupun yang menguntungkan kesehatan. Bentuk promosi ini dilakukan dengan penyuluhan kesehatan, pameran kesehatan, iklan-iklan layanan kesehatan, billboard, dan sebagainya.

b. Promosi Kesehatan dalam Faktor-Faktor *Enabling* (Penguat)

Bentuk promosi kesehatan ini dilakukan agar masyarakat dapat memberdayakan masyarakat agar mampu mengadakan sarana dan prasarana kesehatan dengan cara memberikan kemampuan dengan cara bantuan teknik, memberikan arahan, dan cara-cara mencari dana untuk pengadaan sarana dan prasarana.

c. Promosi Kesehatan dalam Faktor *Reinforcing* (Pemungkin)

Promosi kesehatan pada faktor ini bermaksud untuk mengadakan pelatihan bagi tokoh agama, tokoh masyarakat, dan petugas kesehatan sendiri dengan tujuan agar sikap dan perilaku petugas dapat menjadi teladan, contoh atau acuan bagi masyarakat tentang hidup sehat.

### 2.1.3 Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Pendidikan Kesehatan

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan agar pendidikan kesehatan dapat mencapai sasaran (Saragih, 2010) yaitu:

a. Tingkat Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi baru yang diterimanya. Maka dapat dikatakan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikannya, semakin mudah seseorang menerima informasi yang didapatnya.

b. Tingkat Sosial Ekonomi

Semakin tinggi tingkat sosial ekonomi seseorang, semakin mudah pula dalam menerima informasi baru.

c. Adat Istiadat

Masyarakat kita masih sangat menghargai dan menganggap adat istiadat sebagai sesuatu yang tidak boleh diabaikan. d. Kepercayaan Masyarakat Masyarakat lebih memperhatikan informasi yang disampaikan oleh orang-orang yang sudah mereka kenal, karena sudah ada kepercayaan masyarakat dengan penyampai informasi.

d. Ketersediaan Waktu di Masyarakat

Waktu penyampaian informasi harus memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin tingkat kehadiran masyarakat dalam penyuluhan.

2.1.4 Proses Belajar

Konsep dasar pendidikan adalah proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu sendiri terjadi proses pertumbuhan perkembangan atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu menjadi menjadi mampu mengatasi masalah-masalah kesehatannya sendiri. Selanjutnya dalam kegiatan belajar terdapat tiga persoalan pokok yang saling berkaitan yaitu (Notoatmodjo, 2012) :

- a. Persoalan masukan (*input*) yang menyangkut sasaran belajar itu sendiri dengan latar belakangnya,
- b. Proses (*process*) yaitu mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan pada diri subyek belajar, dalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor antara lain subjek belajar, pengajar, metode dan teknik belajar, alat bantu belajar dan materi yang dipelajari,
- c. Keluaran (*out put*) adalah merupakan hasil belajar.

Kegiatan belajar mempunyai ciri-ciri: belajar adalah kegiatan yang menghasilkan perubahan pada diri individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar, baik aktual maupun potensial, belajar menghasilkan perubahan dan kemampuan baru. Ciri berikutnya adalah perubahan terjadi karena usaha dan disadari bukan karena kebetulan (Notoatmodjo, 2012).

Menurut Notoatmodjo (2012), aktor yang mempengaruhi proses belajar adalah:

- a. Materi (bahan belajar)
- b. Lingkungan

- c. Instrumental: perangkat keras (*hardware*) seperti perlengkapan belajar, alat peraga. Perangkat lunak (*software*) seperti fasilitator, metode belajar, organisasi dan lain-lain.
- d. Subyek belajar: individu, kelompok, masyarakat.

## 2.2 Pengetahuan

### 2.2.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil tahu dari manusia, yang sekadar menjawab pertanyaan “*what*”. Pengetahuan hanya dapat menjawab pertanyaan apa sesuatu itu. Pengetahuan merupakan respons mental seseorang dalam hubungannya objek tertentu yang disadari sebagai “ada” atau terjadi. Pengetahuan dapat salah atau keliru, karena bila suatu pengetahuan ternyata salah atau keliru, tidak dapat dianggap sebagai pengetahuan. Sehingga apa yang dianggap pengetahuan tersebut berubah statusnya menjadi keyakinan saja (Notoatmodjo, 2010).

### 2.2.2 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah (Wawan & Dewi, 2010) :

#### 1) Umur

Usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja.

#### 2) Pendidikan

Pendidikan diperlukan untuk mendapat informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup terutama dalam memotivasi untuk sikap berperan serta dalam



pembangunan. Pada umumnya, makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah menerima informasi.

Dengan pendidikan tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun media massa. Semakin banyak informasi yang masuk semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan. Pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi maka orang tersebut semakin luas pengetahuannya. Namun perlu ditekankan bahwa seseorang berpendidikan rendah tidak berarti mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal akan tetapi dapat diperoleh dari pendidikan nonformal. Pengetahuan seseorang tentang suatu objek juga mendukung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya menentukan sikap seseorang terhadap obyek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap objek tersebut.

### 3) Faktor Lingkungan

Lingkungan merupakan suatu kondisi yang ada disekitar manusia dan pengaruhnya yang dapat mempengaruhi perkembangan dan perilaku orang atau kelompok.

### 4) Sosial Budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi dari sikap dalam menerima informasi.

## 2.2.3 Pengukuran Pengetahuan

Pengetahuan yang cukup didalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu (Wawan & Dewi) :

### a. Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk kedalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*)



sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk dapat menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya terhadap obyek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek kedalam komponen-komponen, tetapi masih didalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian-penilaian itu didasarkan

pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

## 2.3 Sikap

### 2.3.1 Pengertian Sikap

Menurut Louis Thurstone (dalam Azwar 2011) mendefinisikan sikap sebagai suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*). Breckler et al, mendefinisikan sikap sebagai reaksi dari *afektif, perilaku dan kognitif* terhadap suatu objek. Ketiga komponen ini secara bersama mengorganisasikan sikap individu (Azwar, 2011).

Sikap adalah respons tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan (senang-tidak senang, setuju-tidak setuju, baik-tidak baik dan sebagainya) (Notoatmodjo, 2010).

### 2.3.2 Komponen Pokok Sikap

Komponen sikap Azwar (2011) menyatakan bahwa sikap memiliki 3 komponen yaitu:

#### a. Komponen Kognitif

Komponen kognitif merupakan komponen yang berisi kepercayaan seseorang mengenai apa yang berlaku atau apa yang benar bagi objek sikap.

#### b. Komponen Afektif

Komponen afektif merupakan komponen yang menyangkut masalah emosional subjektif seseorang terhadap suatu objek sikap. Secara umum, komponen ini disamakan dengan perasaan yang dimiliki terhadap sesuatu.

c. **Komponen Perilaku**

Komponen perilaku atau komponen konatif dalam struktur sikap menunjukkan bagaimana perilaku atau kecenderungan berperilaku yang ada dalam diri seseorang berkaitan dengan objek sikap yang dihadapinya.

2.3.3 **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap**

Azwar (2011), menyimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama, serta faktor emosi dalam diri individu.

a. **Pengalaman Pribadi**

Pengalaman pribadi dapat menjadi dasar pembentukan sikap apabila pengalaman tersebut meninggalkan kesan yang kuat. Sikap akan lebih mudah terbentuk jika yang dialami seseorang terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. Situasi yang melibatkan emosi akan menghasilkan pengalaman yang lebih mendalam dan lebih lama membekas.

b. **Pengaruh Orang Lain yang Dianggap Penting**

Individu pada umumnya cenderung untuk memiliki sikap yang konformis atau searah dengan sikap orang yang dianggapnya penting. Kecenderungan ini antara lain dimotivasi oleh keinginan untuk berafiliasi dan keinginan untuk menghindari konflik dengan orang yang dianggap penting tersebut.

c. **Pengaruh Kebudayaan**

Kebudayaan memberikan corak pengalaman bagi individu dalam suatu masyarakat. Kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap individu terhadap berbagai masalah.

d. **Media Massa**

Dalam pemberitaan surat kabar maupun radio atau media komunikasi lainnya, berita yang seharusnya faktual disampaikan secara obyektif berpengaruh terhadap sikap konsumennya.

e. Lembaga Pendidikan dan Lembaga Agama

Konsep moral dan ajaran agama sangat menentukan sistem kepercayaan sehingga tidaklah mengherankan kalau pada gilirannya kemudian konsep tersebut ikut berperan dalam menentukan sikap individu terhadap sesuatu hal. Apabila terdapat sesuatu hal yang bersifat kontroversial, pada umumnya orang akan mencari informasi lain untuk memperkuat posisi sikapnya atau mungkin juga orang tersebut tidak mengambil sikap memihak. Dalam hal seperti itu, ajaran moral yang diperoleh dari lembaga pendidikan atau lembaga agama sering kali menjadi determinan tunggal yang menentukan sikap.

f. Faktor Emosional

Suatu bentuk sikap terkadang didasari oleh emosi, yang berfungsi sebagai semacam penyaluran frustrasi atau pengalihan bentuk mekanisme pertahanan ego.

#### 2.3.4 Sikap Negatif terhadap Penderita Gangguan Jiwa

Menurut Taylor dan Dear (dalam Smith & Cashwell, 2011) sikap negatif terhadap orang yang memiliki gangguan jiwa dibagi menjadi empat yaitu:

a. Sikap otoriterisme

Sikap otoriterisme mengacu pada sikap negatif bahwa orang dengan penyakit mental adalah seseorang yang mengancam, lebih rendah dan butuh penanganan koersif.

b. Sikap kebajikan

Sikap kebajikan adalah sikap negatif bahwa orang dengan penyakit mental perlu di rawat di rumah sakit dan memerlukan pendekatan yang paternal.

c. Sikap pembatasan sosial

Sikap pembatasan sosial mengacu pada keyakinan bahwa pasien sakit jiwa adalah ancaman masyarakat dan harus dihindari.

d. Sikap ideologi komunitas kesehatan

Sikap ideologi komunitas kesehatan mental menyangkut penerimaan layanan kesehatan mental dan penderita sakit jiwa di masyarakat, namun tidak di lingkungan tempat tinggal mereka.

## 2.4 Stigma

### 2.4.1 Pengertian Stigma

Maman dalam Butt et al. (2010) mendefenisikan stigma sebagai perbedaan-perbedaan yang merendahkan yang secara sosial dianggap mendiskreditkan, dan dikaitkan dengan berbagai stereotip negatif. Diskriminasi sendiri merupakan aksi-aksi spesifik yang didasarkan pada berbagai stereotip negatif ini yakni aksi-aksi yang dimaksudkan untuk mendiskredit dan merugikan orang. Dalam praktek, seseorang yang terkena stigma dianggap sebagai tantangan bagi tatangan moral (stigmatisasi), sehingga orang tersebut mesti dijatuhkan atau direndahkan, atau dikucilkan (diskriminasi).

### 2.4.2 Penyebab Stigma

Parker dan Aggleton dalam Butt et al (2010), menekankan bagaimana stigma terjadi pada berbagai tingkat. Keduanya mengidentifikasi 4 tingkat utama terjadinya stigma:

- a. Diri: Berbagai mekanisme internal yang dibuat diri sendiri, yang kita sebut stigmatisasi diri.
- b. Masyarakat: Gosip, pelanggaran dan pengasingan di tingkat budaya dan masyarakat.
- c. Lembaga: Perlakuan preferensial atau diskriminasi dalam lembaga-lembaga.
- d. Struktur: Lembaga-lembaga yang lebih luas seperti kemiskinan, rasisme, serta kolonialisme yang terus-menerus mendiskriminasi suatu kelompok tertentu.



### 2.4.3 Upaya untuk Menghilangkan Stigma

Menurut Corrigan & Penn (dalam Collins, 2012), upaya yang dapat mengurangi stigma masyarakat adalah sebagai berikut:

#### a. Protes

Kita harus memprotes praktek diskriminasi dan kekeliruan media pada orang yang mengalami gangguan jiwa. Namun dalam melakukannya juga perlu diingat *rebound phenomenon*, di mana penekanan prasangka, protes yang bersifat sensitif atau menyisipkan stereotip yang realistis ke publik dapat menyebabkan suatu reaksi.

#### b. Pendidikan

Kampanye pendidikan yang kolaboratif, berbasis budaya dan komprehensif menunjukkan hasil yang baik untuk fokus kelompok sasaran yang dituju. Ada argumen bahwa psikiater harus memperpanjang program *psychoeducational* yang mempunyai konteks lebih luas dari pendidikan dokter umum.

Meskipun seseorang telah pengetahuan tentang penyakit mental, tetapi sikap dan perilaku terhadap orang-orang dengan penyakit mental tidak berubah dan tidak membaik.

#### c. Kontak.

Dalam penelitian didapatkan yaitu kontak dengan seseorang dengan penyakit mental diprediksi dapat mengurangi prasangka buruk dan memberikan perilaku yang lebih positif. Kontak akan menjadi produktif hanya jika ada status yang sama antara orang yang menstigma dan orang yang terstigma.

## 2.5 Gangguan Jiwa

### 2.5.1 Pengertian Gangguan Jiwa

Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir (cognitive), kemauan (volition), emosi (affective), tindakan (psychomotor) (Yosep, 2011)



### 2.5.2 Penyebab Timbulnya Gangguan Jiwa

Sumber penyebab gangguan jiwa terdapat pada satu atau lebih dari kelima bidang, yaitu (Maramis, 2009):

#### a. Perkembangan Badani yang Salah

Pada bidang badani, setiap faktor yang mengganggu perkembangan fisik dapat menyebabkan gangguan mental. faktor-faktor ini mungkin dari keturunan atau dari lingkungan (kelainan kromosom, konstitusi, cacat congenital dan gangguan otak).

#### b. Perkembangan Psikologis yang Salah

Perkembangan psikologis yang salah mungkin disebabkan oleh berbagai jenis deprivasi dini, pola keluarga yang patogenik dan masa remaja yang dilalui secara tidak baik.

#### c. Faktor Sosiologis Dalam Perkembangan yang Salah

Faktor sosiologis pun tidak kecil perannya dalam perkembangan yang salah, misalnya adat istiadat dan kebudayaan yang kaku atau pun perubahan-perubahan yang cepat dalam dunia modern ini, sehingga menimbulkan stress yang besar pada individu. Suatu masyarakat pun, seperti seorang individu, dapat juga berkembang kearah yang tidak baik yang dipengaruhi oleh lingkungan atau keadaan sosial masyarakat itu sendiri.

Ketiga faktor ini terus menerus saling mempengaruhi. dan karena manusia bereaksi seutuhnya, maka perlu untuk membuat diagnosis multi-axial yang berusaha mencakup ketiga bidang ini, hanya biasanya dititikberatkan pada unsure bio-psiko-sosial.

### 2.5.3 Gejala Gangguan Jiwa

Gejala-gejala gangguan jiwa adalah hasil interaksi yang kompleks antara unsur somatik, psikologis dan sosial budaya. Gejala-gejala ini sebenarnya menandakan dekompensasi proses adaptasi dan terdapat terutama pada pemikiran, perasaan dan perilaku. (Maramis, 2009)

- a. Gangguan penampilan dan perilaku
- b. Gangguan wicara dan bahasa
- c. Gangguan proses berpikir
- d. Sensorium dan fungsi kognitif: kewaspadaan, perhatian dan konsentrasi, ingatan, orientasi, intelegensi, fungsi luhur, kemampuan abstraksi kemampuan visuospasial, tilikan dan daya nilai.
- e. Gangguan emosi atau perasaan
- f. Gangguan persepsi
- g. Gangguan psikomotor
- h. Gangguan kemauan atau dorongan kehendak
- i. Gangguan kepribadian
- j. Gangguan pola hidup

## **2.6 Psikiatri**

### **2.6.1 Pengertian Psikiatri**

Psikiatri adalah suatu cabang ilmu kedokteran yang mempelajari segala hal yang berhubungan dengan gangguan jiwa, yaitu dalam hal pengenalan, pengobatan, rehabilitasi, dan pencegahan serta juga dalam hal pembinaan dan peningkatan kesehatan jiwa (Maramis, 2009).

### **2.6.2 Perkembangan Psikiatri**

Beberapa hal yang dipelajari dalam cabang-cabang ilmu lain membantu perkembangan Ilmu Kedokteran Jiwa (Maramis, 2009), misalnya:

- a. Neuroanatomi: hubungan bagian otak tertentu dengan kehidupan dan gangguan mental.
- b. Neurofisiologi: cara kerja substrat anatomi sampai terjadi proses mental dan gangguannya: penyelidikan hal belajar dan ingatan.
- c. Neurokimia: peran zat-zat kimia terhadap hal-hal kejiwaan dan gangguannya

- d. Psiko farmako logi: obat-obatan yang dapat mempengaruhi proses mental, baik dalam keadaan sehat, maupun dalam keadaan terganggu.
- e. Genetika: menyelidiki segala faktor keturunan dalam hal gangguan jiwa
- f. Ilmu jiwa atau psikologi: menambah pengertian tentang persepsi, kognisi, ingatan, berbagai teori tentang belajar, motivasi, dan komunikasi antar manusia serta kepribadian.
- g. Sosiologi: pengaruh faktor-faktor sosial terhadap kesehatan dan gangguan jiwa, seperti struktur dan fungsi sosial, perubahan sosial, interaksi individu dan kelompok, serta interaksi antar kelompok.
- h. Antropologi: pengaruh norma, nilai dan kepercayaan pada kesehatan jiwa; pengaruh keluarga: pernikahan, perceraian, struktur keluarga, dan fungsi keluarga.
- i. Epidemiologi: sangat membantu penyelidikan tentang keadaan kesehatan jiwa dalam masyarakat dan segala faktor yang mempengaruhinya

Ilmu kedokteran jiwa modern telah berkembang sedemikian rupa sehingga muncul beberapa subspecialis (Maramis, 2009), misalnya:

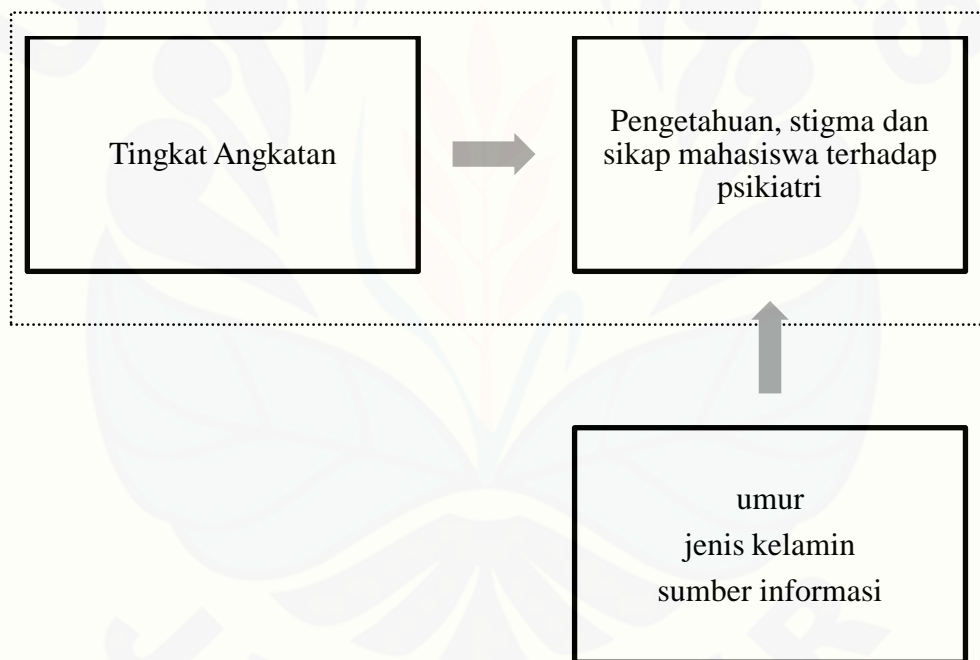
- a. Ilmu kedokteran jiwa anak atau psikiatri anak. Karena anak bukanlah dewasa mini, maka berkembanglah ilmu kesehatan anak (pediatrik) dan psikiatri anak.
- b. Psikoterapi, sejak Sigmund Freud telah berkembang khusus dalam pemberian pertolongan individual dengan cara yang langsung memengaruhi mental penderita.

Beberapa bagian lain dalam psikiatri sedang berkembang dengan cepat dan sedang mencari-cari bentuknya sendiri (Maramis, 2009), misalnya:

- a. Kedokteran jiwa masyarakat atau psikiatri masyarakat (*community psychiatry*) mempelajari, merancang dan mengusahakan program-program dalam masyarakat, misalnya dalam hal promosi, prevensi, dan rehabilitasi.
- b. Psikiatri klinis mempelajari seluk beluk gangguan jiwa perorangan, antara lain melalui psikopatologi dan psikodinamika serta pengobatan dan rehabilitasi.

- c. Farmakopsikiatri menaruh perhatian pada pemakaian obat dalam penanggulangan gangguan mental. Bila dimulainya dari farmakologi, maka disebut psikofarmakologi.
- d. Kedokteran jiwa usia lanjut atau geropsikiatri mencurahkan perhatian pada gangguan jiwa orang usia lanjut.
- e. Ilmu kedokteran jiwa kehakiman atau psikiatri forensik mempelajari faktor mental pada para pelanggar hukum, pelaku tindak pidana atau orang yang membahayakan masyarakat karena perilakunya.

## 2.7 Kerangka Konseptual



Gambar 2.1 Kerangka konseptual

## 2.8 Hipotesis

Dari pendahuluan serta tinjauan pustaka yang telah diuraikan diatas dapat diambil hipotesis, yaitu: “Ada perbedaan pengetahuan, stigma, sikap otoriterisme,

sikap kebajikan, sikap pembatasan sosial dan sikap ideologi komunitas kesehatan antara mahasiswa tingkat awal dan tingkat akhir Fakultas Kedokteran Universitas Jember terhadap psikiatri”.





### **BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1 Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah *cross sectional* untuk meneliti perbedaan stigma, pengetahuan dan sikap mahasiswa. Menurut Notoatmodjo (2010), pendekatan *Cross Sectional* adalah pengambilan data pada suatu waktu tertentu, dimana data tersebut dapat menggambarkan pada waktu tersebut.

#### **3.2 Populasi dan Sampel Penelitian**

##### **3.2.1 Populasi Penelitian**

Populasi penelitian adalah keseluruhan objek penelitian atau objek yang diteliti (Notoatmodjo 2010). Dalam penelitian ini populasi target adalah seluruh mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Populasi terjangkau adalah semua mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember tingkat awal dan tingkat akhir.

##### **3.2.2 Kriteria Sampel Penelitian**

Sampel penelitian adalah populasi terjangkau yang sesuai dengan kriteria sebagai berikut:

###### **a. Kriteria Inklusi**

- 1) Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember laki-laki dan perempuan
- 2) Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember tingkat awal dan tingkat akhir
- 3) Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember yang terdaftar dan aktif mengikuti pendidikan

- 4) Bersedia untuk mengisi kuisioner yang telah disediakan sebagai tanda persetujuan sampel penelitian.

b. Kriteria Eksklusi

- 1) Mahasiswa yang terdaftar tetapi tidak aktif mengikuti pendidikan.

### 3.2.3 Besar Sampel

Populasi terjangkau yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 206 orang yang terdiri dari 107 mahasiswa angkatan 2014 dan 99 mahasiswa angkatan 2012.

## 3.3 Variabel Penelitian

### 3.3.1 Variabel Bebas

Tingkat angkatan

### 3.3.2 Variabel Terkendali

Pengetahuan, stigma dan sikap terhadap psikiatri

## 3.4 Definisi Operasional Variable

- a. Tingkat angkatan berdasarkan tahun masuk mahasiswa di Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Tingkat angkatan yang dipilih adalah angkatan yang sudah menerima materi psikiatri dan angkatan yang belum menerima materi psikiatri. Materi tentang psikiatri sesuai dengan kurikulum berbasis kompetensi yang diterima Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember pada semester 5 yang terintegrasi pada blok *Neuropsikiatri*. Tingkat angkatan dalam penelitian ini mewakili tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan adalah jenjang pendidikan yang ditempuh atau dilalui. Jenjang pendidikan adalah tahap pendidikan yang berkelanjutan yang ditetapkan berdasarkan tingkat perkembangan peserta didik,

tingkat kerumitan bahan pengajaran dan cara menyajikan bahan pengajaran (Menteri Pendidikan dan Kebudayaan, 2012).

- b. Gangguan jiwa adalah gangguan dalam cara berpikir (*cognitive*), kemauan (*volition*), emosi (*affective*), tindakan (*psychomotor*) (Lestari, 2014).
- c. Pengetahuan (*knowledge*) merupakan hasil tahu dari manusia, yang sekadar menjawab pertanyaan “*what*”. Pengetahuan hanya dapat menjawab pertanyaan apa sesuatu itu. Pengetahuan merupakan respons mental seseorang dalam hubungannya objek tertentu yang disadari sebagai “ada” atau terjadi. Pengetahuan dapat salah atau keliru, karena bila suatu pengetahuan ternyata salah atau keliru, tidak dapat dianggap sebagai pengetahuan. Sehingga apa yang dianggap pengetahuan tersebut berubah statusnya menjadi keyakinan saja (Notoatmodjo, 2010).
- d. Stigma adalah perbedaan-perbedaan yang merendahkan yang secara sosial dianggap mendiskreditkan, dan dikaitkan dengan berbagai stereotip negatif (Butt et al, 2010).
- e. Sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau reaksi perasaan. Sikap seorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) (Azwar, 2011). Sikap yang ingin diketahui mencakup:
  - 1) Sikap otoriterisme  
Sikap otoriterisme mengacu pada sikap negatif bahwa orang dengan penyakit mental adalah seseorang yang mengancam, lebih rendah dan butuh penanganan koersif.
  - 2) Sikap kebajikan  
Sikap kebajikan adalah sikap negatif bahwa orang dengan penyakit mental perlu di rawat di rumah sakit dan memerlukan pendekatan yang paternal.
  - 3) Sikap pembatasan sosial  
Sikap pembatasan sosial mengacu pada keyakinan bahwa pasien sakit jiwa adalah ancaman masyarakat dan harus dihindari.

#### 4) Sikap ideologi komunitas kesehatan

Sikap ideologi komunitas kesehatan mental menyangkut penerimaan layanan kesehatan mental dan penderita sakit jiwa di masyarakat, namun tidak di lingkungan tempat tinggal mereka.

### 3.5 Instrumen penelitian

Instrumen penelitian ini menggunakan:

- a. Kuesioner yang berisi *informed consent*, identitas, biodata, dan pendapat tentang penyebab gangguan jiwa.
- b. Skor MICA (*Mental Illness Clinician's Attitudes Scale*) untuk menilai stigma dan pengetahuan terhadap psikiatri.

Teknik pemberian skor menurut MICA, yaitu menilai total jawaban dari setiap pertanyaan. Bila pada nomor 3, 9, 10, 11, 12, dan 16 responden menjawab “sangat setuju” mendapat nilai 1, menjawab “setuju” mendapat nilai 2, menjawab “agak setuju” mendapat nilai 3, menjawab “agak tidak setuju” mendapat nilai 4, menjawab “tidak setuju” mendapat nilai 5, menjawab “sangat tidak setuju” mendapat nilai 6. Sedangkan untuk nomor 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 14 dan 15 responden menjawab “sangat setuju” mendapat nilai 6, menjawab “setuju” mendapat nilai 5, menjawab “agak setuju” mendapat nilai 4, menjawab “agak tidak setuju” mendapat nilai 3, menjawab “tidak setuju” mendapat nilai 2, menjawab sangat tidak setuju mendapat nilai 1. Nilai dari setiap jawaban dijumlahkan untuk memperoleh total nilai jawaban. Bila total nilai jawaban tinggi, artinya menunjukkan sikap (stigma) lebih negatif yang artinya pengetahuan mengenai psikiatri juga masih kurang.

Di dalam MICA terdapat 5 tema utama. Tema yang pertama adalah perawatan di bidang kesehatan, sosial dan penyakit mental. Tema pertama terdapat dalam nomor 3, 5, 8, 10, 11, 12 dan 16. Tema yang kedua adalah pengetahuan penyakit mental. Tema kedua terdapat dalam nomor 2, 5, 6 dan 13. Tema ketiga adalah pemberitahuan rahasia. Tema ketiga terdapat pada nomor 4 dan 7. Tema keempat

adalah kemampuan untuk membedakan antara kesehatan mental dan kesehatan jiwa. Tema keempat terdapat pada nomor 8, 13, 14 dan 15. Tema kelima adalah memberikan perawatan kepada pasien dengan penyakit mental. tema kelima terdapat pada nomor 9, 11 dan 14. Namun pada penelitian ini hanya menilai tema ke dua yaitu pengetahuan pada mahasiswa (Kassam, 2010)

- c. Skor CAMI (*Community Attitudes toward Mental Illness*) untuk menilai sikap terhadap gangguan jiwa.

Terdapat 40 pertanyaan yang menggunakan skala 5 poin dari “sangat setuju” hingga “sangat tidak setuju”. Empat skala sikap yang termasuk di CAMI antara lain: otoriterisme, kebajikan, pembatasan sosial dan ideologi komunitas kesehatan mental. Terdapat sepuluh pertanyaan untuk keempat subskala sikap, lima diantaranya adalah pertanyaan yang kontra. Teknik pemberian skor menurut CAMI, yaitu menilai total jawaban dari setiap pertanyaan. Bila responden menjawab “sangat setuju” mendapat nilai 5, menjawab “setuju” mendapat nilai 4, menjawab “biasa saja” mendapat nilai 3, menjawab “tidak setuju” mendapat nilai 2 dan menjawab “sangat tidak setuju” mendapat nilai 1. Untuk lima pertanyaan yang kontra pemberian nilai berkebalikan. Nilai dari setiap jawaban dijumlahkan per subskala untuk memperoleh total nilai jawaban (Browne, 2010). Penelitian dilakukan dengan menggunakan kuisioner yang sudah terstandarisasi. Pengambilan dilakukan dengan memberikan alat penelitian oleh peneliti kepada seluruh mahasiswa tingkat awal dan tingkat akhir Fakultas Kedokteran Universitas Jember dan memenuhi kriteria penelitian.

### **3.6 Tempat dan Waktu Penelitian**

#### **3.6.1 Tempat penelitian**

Penelitian dilakukan di kampus Fakultas Kedokteran Universitas Jember.



### 3.6.2 Waktu penelitian

Penelitian dilaksanakan pada bulan Maret 2015.

## 3.7 Prosedur Pengambilan Data

### 3.7.1 Uji Kelayakan

Penelitian ini menggunakan subjek manusia sehingga dalam pelaksanaannya memerlukan uji kelayakan dari Komisi Etik Kedokteran.

### 3.7.2 *Informed Consent*

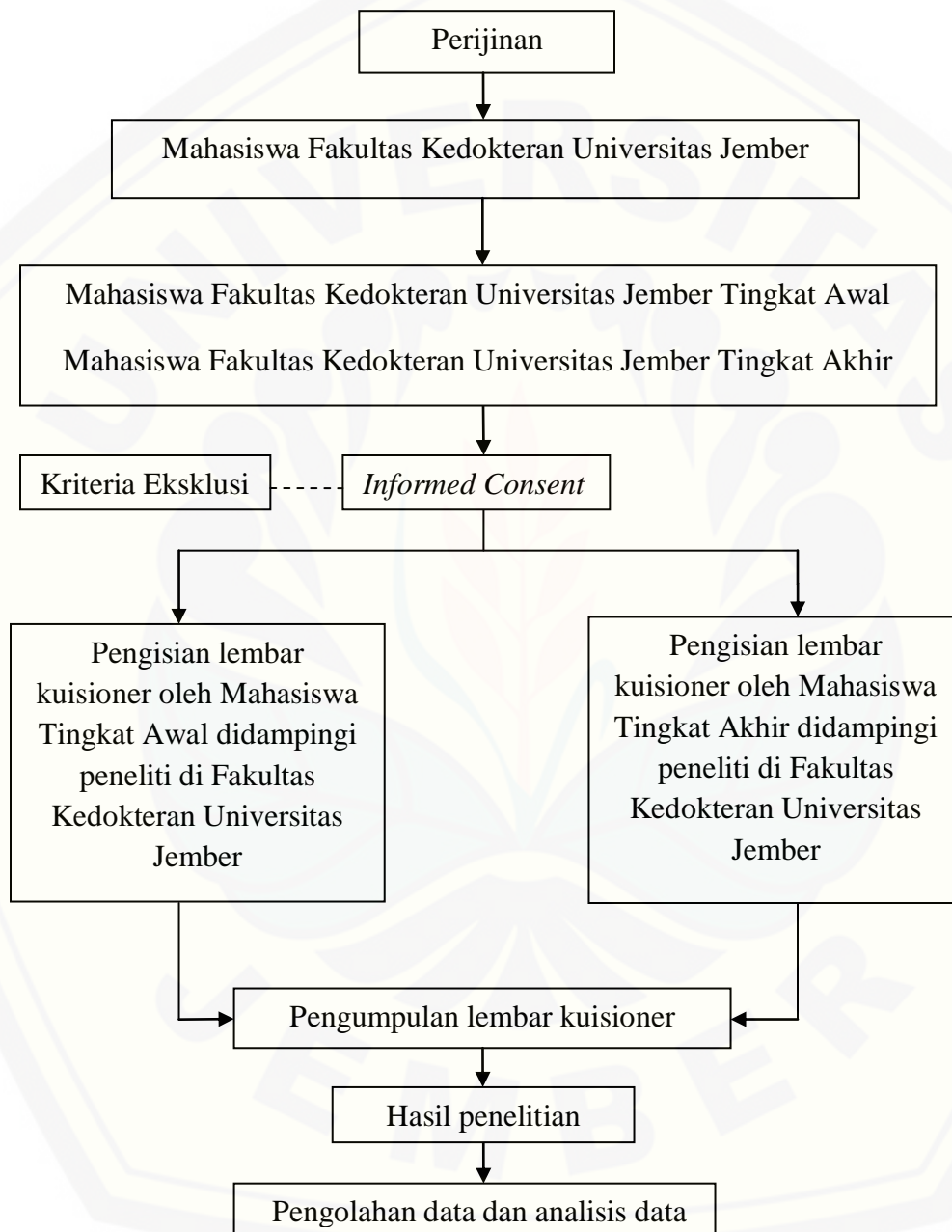
*Informed Consent* adalah suatu formulir pernyataan yang berisi tentang kesediaan sampel untuk menjadi subjek penelitian. Pada formulir juga akan dijelaskan bahwa selama pengambilan data pada sampel, tidak ada kerugian baik materiil maupun non-materiil yang akan dialami oleh sampel selama perlakuan ataupun sesudah perlakuan.

### 3.7.3 Pengumpulan Data Populasi dan Pengambilan Sampel

Pengisian lembar kuisisioner dengan didampingi peneliti kepada subjek setelah melalui *informed consent*. Data diambil dengan cara menghitung jumlah jawaban sampel pada kuisisioner MICA (*Mental Illness Clinician's Attitudes Scale*) dan CAMI (*Community Attitudes toward Mental Illness*).

### 3.8 Prosedur Penelitian

#### 3.8.1 Alur Penelitian



Gambar 3.1 Skema alur penelitian

### 3.8.2 Pengolahan Data

Langkah-langkah pada tahap pengolahan data adalah:

- a. Pengumpulan lembar kuesioner.
- b. Editing yaitu pemisahan data yang relevan.
- c. Coding memberikan kode-kode pada data yang berupa jawaban dari responden.
- d. Rekapitulasi
- e. Pengelompokan
- f. Tabulasi yaitu pengelompokan jawaban kuesioner dalam suatu tabulasi data. Penyusunan dan pengelompokan jawaban kuesioner dalam matriks tabulasi adalah untuk menyederhanakan data penelitian sehingga memudahkan pemeriksaan ulang dan memudahkan analisis data.
- g. Data disajikan dalam bentuk tabel dan narasi
- h. Analisis berupa distribusi frekuensi menurut pengetahuan dan sikap tentang psikiatri sesuai dengan tingkat pendidikan mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

### 3.8.3 Analisis Data

Analisis data yang akan digunakan adalah analisis univariat dan analisis bivariat.

#### a. Analisis Univariat

Analisa univariat dilakukan terhadap tiap variabel dari hasil penelitian, yaitu untuk mengetahui karakteristik responden. Pada umumnya analisis ini hanya menghasilkan tabel distribusi frekuensi dari tiap variabel (Ningsih, 2012). Dalam analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan persentasi dari tiap variabel dengan menggunakan SPSS.

#### b. Analisis Bivariat

Analisis ini digunakan untuk menguji hipotesis yang telah ditetapkan yaitu mempelajari hubungan antar variabel dengan menggunakan “*Uji Chi Square*”. Chi Square digunakan untuk mengadakan pendekatan dari beberapa faktor atau

mengevaluasi frekuensi yang diselidiki atau frekuensi yang diharapkan dari sampel apakah terdapat hubungan atau perbedaan yang signifikan atau tidak yang menggunakan data nominal (Riduwan & Sunarto, 2011).



## BAB 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

### 4.1 Hasil Penelitian

Penelitian telah dilakukan pada bulan Maret 2015 di kampus Fakultas Kedokteran Universitas Jember. Penelitian ini menggunakan sampel mahasiswa angkatan 2014 dan angkatan 2012 Fakultas Kedokteran Universitas Jember dan diperoleh sampel sebanyak 206 sampel yang memenuhi kriteria sampel.

#### 4.1.1 Analisis Univariat

Analisis univariat merupakan cara analisis dengan mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi. Pada umumnya analisis ini hanya menghasilkan distribusi dan presentase dari tiap variabel. Analisis univariat pada penelitian ini terdiri dari tingkat angkatan, stigma, sikap otoriterisme, sikap kebajikan, sikap pembatasan sosial dan sikap ideologi komunitas kesehatan.

Dalam tabel, berikut ini adalah distribusi karakteristik responden penelitian:

##### a. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Angkatan

Distribusi responden berdasarkan tingkat angkatan dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1 Distribusi responden menurut tingkat angkatan

Tingkat Angkatan	Jumlah Responden (Orang)	%
2014	107	51,9
2012	99	48,1
Jumlah	206	100

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa kelompok angkatan 2014 berjumlah 107 orang (51,9%), angkatan 2012 berjumlah 99 orang (48,1%).



b. Distribusi Pengetahuan (MICA) Menurut Tingkat Angkatan

Distribusi pengetahuan menurut tingkat angkatan dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2 Distribusi pengetahuan menurut tingkat angkatan

Pengetahuan	Tingkat Angkatan				Jumlah	%
	2014		2012			
	n	%	n	%		
Baik	29	27,1	27	27,3	56	27,2
Kurang	78	72,9	72	72,7	150	72,8
Jumlah	107	100	99	100	206	100

Distribusi pengetahuan menurut tingkat angkatan menunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014, terdapat 29 orang yang mempunyai pengetahuan baik dan 78 orang yang mempunyai pengetahuan kurang. Pada mahasiswa angkatan 2012, terdapat 27 orang yang mempunyai pengetahuan baik, 72 orang yang mempunyai pengetahuan kurang,

c. Distribusi Stigma (MICA) Menurut Tingkat Angkatan

Distribusi stigma menurut tingkat angkatan dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 4.3.

Tabel 4.3 Distribusi stigma menurut tingkat angkatan

Stigma	Tingkat Angkatan				Jumlah	%
	2014		2012			
	n	%	n	%		
Positif	22	20,5	42	42,4	64	31,1
Negatif	85	79,5	57	57,6	142	68,9
Jumlah	107	100	99	100	206	100

Distribusi stigma menurut tingkat angkatan menunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014, terdapat 22 orang yang mempunyai stigma positif dan 85 orang yang mempunyai stigma negatif. Pada mahasiswa angkatan 2012, terdapat 42 orang yang mempunyai stigma positif, 57 orang yang mempunyai stigma negatif,

d. Distribusi Sikap Otoriterisme (CAMI) Menurut Tingkat Angkatan

Distribusi sikap otoriterisme menurut tingkat angkatan dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 4.4.

Tabel 4.4 Distribusi sikap otoriterisme menurut tingkat angkatan

Sikap Otoriterisme	Tingkat Angkatan				Jumlah	%
	2014		2012			
	n	%	n	%		
Pro	97	90,6	79	79,7	176	85,4
Kontra	10	9,4	20	20,3	30	14,6
Jumlah	107	100	99	100	206	100

Distribusi sikap otoriterisme menurut tingkat angkatan menunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014, terdapat 97 orang yang pro terhadap otoriterisme dan 10 orang yang kontra terhadap otoriterisme. Pada mahasiswa angkatan 2012, terdapat 79 orang yang pro terhadap otoriterisme, 20 orang kontra terhadap otoriterisme.

e. Distribusi Sikap Kebajikan (CAMI) Menurut Tingkat Angkatan

Distribusi sikap kebajikan menurut tingkat angkatan dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 4.5.

Tabel 4.5 Distribusi sikap kebajikan menurut tingkat angkatan

Sikap Kebajikan	Tingkat Angkatan				Jumlah	%
	2014		2012			
	n	%	n	%		
Pro	105	98,1	99	100	204	99
Kontra	2	1,9	0	0	2	1
Jumlah	107	100	99	100	206	100

Distribusi sikap kebajikan menurut tingkat angkatan menunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014, terdapat 105 orang yang pro terhadap kebajikan dan 2 orang yang kontra terhadap kebajikan. Pada mahasiswa angkatan 2012, terdapat 99 orang yang pro terhadap kebajikan, 0 orang kontra terhadap kebajikan.

## f. Distribusi Sikap Pembatasan Sosial (CAMI) Menurut Tingkat Angkatan

Distribusi sikap pembatasan sosial menurut tingkat angkatan dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 4.6.

Tabel 4.6 Distribusi sikap pembatasan sosial menurut tingkat angkatan

Sikap Pembatasan Sosial	Tingkat Angkatan				Jumlah	%
	2014		2012			
	n	%	n	%		
Pro	92	86	78	78,7	170	82,5
Kontra	15	14	21	21,3	36	17,5
Jumlah	107	100	99	100	206	100

Distribusi sikap pembatasan sosial menurut tingkat angkatan menunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014, terdapat 92 orang yang pro terhadap pembatasan sosial dan 15 orang yang kontra terhadap pembatasan sosial. Pada mahasiswa angkatan 2012, terdapat 78 orang yang pro terhadap pembatasan sosial, 21 orang kontra terhadap pembatasan sosial.

## g. Distribusi Sikap Ideologi Komunitas Kesehatan (CAMI) Menurut Tingkat Angkatan

Distribusi sikap ideologi komunitas kesehatan menurut tingkat angkatan dalam penelitian ini disajikan pada Tabel 4.7.

Tabel 4.7 Distribusi sikap ideologi komunitas kesehatan menurut tingkat angkatan

Sikap Ideologi Komunitas Kesehatan	Tingkat Angkatan				Jumlah	%
	2014		2012			
	n	%	n	%		
Pro	102	95,3	99	100	201	97,6
Kontra	5	4,7	0	0	5	2,4
Jumlah	107	100	99	100	206	100

Distribusi sikap ideologi komunitas kesehatan menurut tingkat angkatan menunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014, terdapat 102 orang yang pro

terhadap ideologi komunitas kesehatan dan 5 orang yang kontra terhadap ideologi komunitas kesehatan. Pada mahasiswa angkatan 2012, terdapat 99 orang yang pro terhadap ideologi komunitas kesehatan, 0 orang kontra terhadap ideologi komunitas kesehatan.

#### 4.1.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisis yang dilakukan untuk menghubungkan masing-masing variabel independen dengan variabel dependen dengan tingkat kemaknaan  $\alpha < 0,05$ . Dalam penelitian ini, analisis bivariat yang dilakukan adalah analisis dengan metode *chi-square*.

Berikut ini adalah hasil analisis uji bivariat *chi-square*:

- a. Analisis Perbedaan Pengetahuan antara Mahasiswa Angkatan 2014 dan Mahasiswa Angkatan 2012

Hasil penelitian tentang perbedaan stigma antara mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012 tersaji pada Tabel 4.8.

Tabel 4.8 Perbedaan pengetahuan menurut tingkat angkatan

Pengetahuan	Tingkat Angkatan				Total	P Value	OR (CI 95%)
	2014		2012				
	n	%	n	%			
<b>Baik</b>	29	27,1	27	27,3	56	27,2	0,978
<b>Kurang</b>	78	72,9	72	72,7	150	72,8	1,009 (CI 95%= 0,546 – 1,864)
<b>Jumlah</b>	107	100	99	100	206	100	

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014 yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 29 orang (27,1 %) dan yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 78 orang (72,9 %). Sedangkan mahasiswa angkatan 2012 yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 27 orang (27,3%) dan yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 72 orang (72,7%). Dari hasil uji statistik, didapatkan

nilai  $p = 0,978$  dan  $OR = 1,009$  ( $CI\ 95\% = 0,546 - 1,864$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara pengetahuan mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012.

b. Analisis Perbedaan Stigma antara Mahasiswa Angkatan 2014 dan Mahasiswa Angkatan 2012

Hasil penelitian tentang perbedaan stigma antara mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012 tersaji pada Tabel 4.9.

Tabel 4.9 Perbedaan stigma am menurut tingkat angkatan

Stigma	Tingkat Angkatan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	2014		2012		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Positif</b>	22	20,5	42	42,4	64	31,1	0,001	2,847 (CI 95% = 1,539 – 5,268)
<b>Negatif</b>	85	79,5	57	57,6	142	68,9		
<b>Jumlah</b>	107	100	99	100	206	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014 yang memiliki stigma positif sebanyak 22 orang (20,5 %) dan yang memiliki stigma negatif sebanyak 85 orang (79,5 %). Sedangkan mahasiswa angkatan 2012 yang memiliki stigma positif sebanyak 42 orang (42,4%) dan yang memiliki stigma negatif sebanyak 57 orang (57,6%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $p = 0,001$  dan  $OR = 2,847$  ( $CI\ 95\% = 1,539 - 5,268$ ) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara stigma mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012.

c. Analisis Perbedaan Sikap Otoriterisme antara Mahasiswa Angkatan 2014 dan Mahasiswa Angkatan 2012

Hasil penelitian tentang perbedaan sikap otoriterisme antara mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012 tersaji pada Tabel 4.10.



Tabel 4.10 Perbedaan sikap otoriterisme menurut tingkat angkatan

Otoriterisme	Tingkat Angkatan				Total	P Value	OR (CI 95%)
	2014		2012				
	n	%	n	%			
<b>Pro</b>	97	90,6	79	79,7	176	85,4	0,027 0,407 (CI 95%= 0,180 – 0,920)
<b>Kontra</b>	10	9,4	20	20,3	30	14,6	
<b>Jumlah</b>	107	100	99	100	206	100	

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014 yang memiliki sikap pro sebanyak 97 orang (90,6 %) dan yang memiliki sikap kontra sebanyak 10 orang (9,4 %). Sedangkan mahasiswa angkatan 2012 yang memiliki sikap pro sebanyak 79 orang (79,7%) dan yang memiliki sikap kontra sebanyak 20 orang (20,3%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $p = 0,027$  dan  $OR = 0,407$  (CI 95% = 0,180 – 0,920) sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan bermakna antara sikap otoriterisme mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012.

d. Analisis Perbedaan Sikap Kebajikan antara Mahasiswa Angkatan 2014 dan Mahasiswa Angkatan 2012

Hasil penelitian tentang perbedaan sikap kebajikan antara mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012 tersaji pada Tabel 4.11.

Tabel 4.11 Perbedaan sikap kebajikan menurut tingkat angkatan

Kebajikan	Tingkat Angkatan				Total	P Value	OR (CI 95%)
	2014		2012				
	n	%	n	%			
<b>Pro</b>	105	98,1	99	100	204	99	0,498 0,407 (CI 95%= 0,180 – 0,920)
<b>Kontra</b>	2	1,9	0	0	2	1	
<b>Jumlah</b>	107	100	99	100	206	100	

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014 yang memiliki sikap pro sebanyak 105 orang (98,1 %) dan yang memiliki sikap kontra sebanyak 2 orang (1,9 %). Sedangkan mahasiswa angkatan 2012 yang memiliki sikap pro sebanyak 99 orang (100%) dan yang memiliki sikap kontra sebanyak 0 orang (0%).

Dari hasil uji statistik, tabel perbedaan sikap kebajikan yang merupakan perbandingan antara mahasiswa 2014 dan mahasiswa 2012 terhadap sikap kebajikan tidak layak untuk diuji dengan uji *chi-square* karena ada sel yang nilai *expected*-nya kurang dari lima ada 50 % jumlah sel. Karena tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji yang dipakai adalah uji alternatifnya, yaitu uji *fisher*. Pada uji *fisher*, nilai signifikansi menunjukkan angka 0,498 untuk *2-sided (two tail)* dan 0,269 untuk *1-sided (one-tail)*. Didapatkan  $p = 0,498$  dan  $OR = 0,515$  (CI 95% = 0,450 – 0,588). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara sikap kebajikan mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012.

e. Analisis Perbedaan Sikap Pembatasan Sosial antara Mahasiswa Angkatan 2014 dan Mahasiswa Angkatan 2012

Hasil penelitian tentang perbedaan sikap pembatasan sosial antara mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012 tersaji pada Tabel 4.12.

Tabel 4.12 Perbedaan sikap pembatasan sosial menurut tingkat angkatan

Pembatasan Sosial	Tingkat Angkatan				Total		P Value	OR (CI 95%)
	2014		2012		n	%		
	n	%	n	%				
<b>Pro</b>	92	86	78	78,7	170	82,5	0,174	0,606
<b>Kontra</b>	15	14	21	21,3	36	17,5		(CI 95% = 0,292 – 1,254)
<b>Jumlah</b>	107	100	99	100	206	100		

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014 yang memiliki sikap pro sebanyak 92 orang (86 %) dan yang memiliki sikap kontra sebanyak 15 orang (14 %). Sedangkan mahasiswa angkatan 2012 yang memiliki sikap pro sebanyak 78 orang (78,7%) dan yang memiliki sikap kontra sebanyak 21 orang (21,3%). Dari hasil uji statistik, didapatkan nilai  $p = 0,174$  dan  $OR = 0,606$  (CI 95% = 0,292 – 1,254) sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara sikap pembatasan sosial mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012.

f. Analisis Perbedaan Sikap Ideologi Komunitas Kesehatan antara Mahasiswa Angkatan 2014 dan Mahasiswa Angkatan 2012

Hasil penelitian tentang perbedaan sikap ideologi komunitas kesehatan antara mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012 tersaji pada Tabel 4.13.

Tabel 4.13 Perbedaan sikap ideologi komunitas kesehatan menurut tingkat angkatan

Ideologi Komunitas Kesehatan	Tingkat Angkatan				Total	P Value	OR (CI 95%)
	2014		2012				
	n	%	n	%			
<b>Pro</b>	102	95,3	99	100	201	97,6	0,60 (CI 95% = 0,443 – 0,582)
<b>Kontra</b>	5	4,7	0	0	5	2,4	
<b>Jumlah</b>	107	100	99	100	206	100	

Dari tabel di atas, dapat ditunjukkan bahwa mahasiswa angkatan 2014 yang memiliki sikap pro sebanyak 102 orang (5 %) dan yang memiliki sikap kontra sebanyak 5 orang (4,7 %). Sedangkan mahasiswa angkatan 2012 yang memiliki sikap pro sebanyak 99 orang (100%) dan yang memiliki sikap kontra sebanyak 0 orang (0%).

Dari hasil uji statistik, tabel perbedaan ideologi komunitas kesehatan yang merupakan perbandingan antara mahasiswa 2014 dan mahasiswa 2012 terhadap sikap kebajikan tidak layak untuk diuji dengan uji *chi-square* karena ada sel yang

nilai *expected*-nya kurang dari lima ada 50 % jumlah sel. Karena tidak memenuhi syarat uji *chi-square*, maka uji yang dipakai adalah uji alternatifnya, yaitu uji *fisher*. Pada uji *fisher*, nilai signifikansi menunjukkan angka 0,060 untuk *2-sided (two tail)* dan 0,036 untuk *1-sided (one-tail)*. Didapatkan  $p = 0,060$  dan  $OR = 0,507$  (CI 95% = 0,443 – 0,582). Sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan bermakna antara sikap ideologi komunitas kesehatan mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012.

#### 4.2 Pembahasan

Pada penelitian ini didapatkan bahwa tidak terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012 dengan nilai  $p = 0,978$ . Pengetahuan pada mahasiswa masih tetap kurang walaupun telah menempuh blok psikiatri. dari hasil penelitian didapatkan mahasiswa yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 72,8%, sedangkan mahasiswa yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 27,2%. Hasil dari penelitian ini bertentangan dengan pendapat Dewi dan Wawan (2010) yang menyatakan bahwa pengetahuan sangat erat hubungannya dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang dengan pendidikan tinggi maka orang tersebut semakin luas pengetahuannya. Menurut Notoatmodjo (2012) ada tiga persoalan pokok dalam proses belajar, yaitu persoalan masukan, proses dan keluaran. Hasil dari belajar Blok Psikiatri pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Jember tidak merubah pengetahuan mereka terhadap psikiatri. Hal ini bisa disebabkan karena terganggunya persoalan masukan ataupun proses dalam belajar.

Stigma pada mahasiswa angkatan 2014 dan mahasiswa angkatan 2012 menunjukkan adanya perbedaan dengan nilai  $p = 0,001$ . Hal ini sesuai pendapat Corrigan & Penn (dalam Collins, 2012), bahwa stigma dapat dikurangi dengan tiga cara yaitu protes, pendidikan dan kontak. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa pendidikan dapat mengurangi stigma. Pendidikan yang dimaksud dapat dilihat dari tingkat angkatan. Pada angkatan 2014 yang belum menempuh blok psikiatri



mempunyai nilai stigma negatif yang lebih tinggi yaitu sebanyak 79,5%, sedangkan pada angkatan 2012 yang telah menempuh blok psikiatri sebanyak 67,6%. Namun stigma negatif pada mahasiswa masih lebih tinggi dari pada stigma positif mahasiswa yaitu sebanyak 68,9%, sedangkan stigma positif sebanyak 31,1%.

Sikap otoriterisme pada mahasiswa angkatan 2014 dan 2012 juga menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan dengan nilai  $p= 0,027$ . Hal ini sesuai dengan pernyataan Corrigan et al (2010), bahwa program pendidikan dapat merubah sikap masyarakat tentang penyakit mental. Pada penelitian ini menunjukkan bahwa program pendidikan setelah menempuh blok psikiatri dapat menurunkan sikap otoriterisme. Pada angkatan 2014 yang setuju dengan sikap otoriterisme lebih tinggi yaitu 90,6%, sedangkan pada angkatan 2012 lebih rendah yaitu 79,7%. Namun mahasiswa yang setuju (pro) pada sikap otoriterisme masih tinggi yaitu 85,4%, sedangkan yang tidak setuju (kontra) sebanyak 14,6%. Dapat disimpulkan bahwa pendidikan dapat menurunkan sikap otoriterisme, namun sikap otoriterisme masih tetap tinggi. Sikap otoriterisme mengacu pada pandangan orang sakit mental sebagai seseorang yang rendah dan membutuhkan pengawasan dan pemaksaan. Menurut Middlebrook (dalam Azwar, 2011), sikap akan lebih mudah terbentuk jika yang dialami seseorang terjadi dalam situasi yang melibatkan faktor emosional. Situasi yang melibatkan emosi akan menghasilkan pengalaman yang lebih mendalam dan lebih lama membekas.

Sikap kebajikan pada angkatan 2014 dan 2012 tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan nilai  $p= 0,498$ . Pada angkatan 2014 dan 2012 sikap kebajikan mempunyai nilai yang hampir sama. Mahasiswa yang setuju dengan sikap kebajikan lebih banyak yaitu 99%, sedangkan yang tidak setuju hanya 1 %. Sikap kebajikan sesuai dengan pandangan humanistik dan simpatik terhadap orang yang memiliki penyakit mental. Sikap humanistik dan simpatik pada mahasiswa tingkat awal dan tingkat akhir tinggi.

Sikap pembatasan sosial pada angkatan 2014 dan 2012 juga tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan nilai  $p= 0,174$ . Pada angkatan 2014



dan 2012 sikap pembatasan mempunyai nilai yang hampir sama. Mahasiswa yang setuju dengan sikap pembatasan sosial juga lebih banyak yaitu 82,5%, sedangkan yang tidak setuju hanya 17,5%. Sikap pembatasan sosial meliputi keyakinan bahwa pasien dengan penyakit mental merupakan ancaman bagi masyarakat dan harus dihindari.

Sikap ideologi komunitas kesehatan pada angkatan 2014 dan 2012 juga tidak menunjukkan perbedaan yang signifikan dengan nilai  $p= 0,60$ . Pada angkatan 2014 dan 2012 sikap ideologi komunitas kesehatan mempunyai nilai yang hampir sama. Sikap ideologi komunitas kesehatan menyangkut penerimaan layanan kesehatan mental dan integrasi pasien sakit jiwa di masyarakat.

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan pada sikap kebajikan, pembatasan sosial dan ideologi komunitas terhadap tingkat angkatan. Hal ini disebabkan karena menurut Azwar (2011), faktor-faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap antara lain: pengalaman pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, faktor pengaruh emosional, pendidikan agama dan lembaga pendidikan. Jadi tidak hanya pendidikan saja yang mempengaruhi sikap namun masih banyak faktor-faktor lain yang mempengaruhi sikap.

Menurut Notoatmodjo (2012), setelah seseorang mengetahui stimulus atau objek proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap stimulus. Apabila individu mempunyai sikap yang positif terhadap stimulus maka ia akan mempunyai sikap yang menunjukkan atau memperlihatkan, menerima, mengakui, menyetujui serta melaksanakan norma-norma yang berlaku dimana individu tersebut berada. Demikian sebaliknya bila individu mempunyai sikap yang negatif, individu tersebut akan menolak norma-norma yang berlaku dimana individu tersebut berada.

Sikap responden terhadap penderita gangguan jiwa didorong oleh banyak faktor, salah satunya adalah budaya, karena kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita. Kebudayaan telah menanamkan garis pengaruh sikap kita terhadap berbagai masalah.

Kebudayaan telah mewarnai sikap anggota masyarakat, karena kebudayaanlah yang memberi corak pengalaman individu-individu yang menjadi anggota kelompok masyarakat hanya kepribadian individu yang telah mapan dan kuatlah yang dapat memudarkan dominan kebudayaan dalam pembentukan sikap individual. (Azwar, 2011).

Kurangnya pengetahuan, kurang pengalaman profesional, dan tidak ada keakraban, yaitu tidak ada teman atau kerabat dengan penyakit mental merupakan faktor yang berhubungan dengan sikap yang lebih negatif dan tidak menguntungkan (Van der Kluit & Goossens, 2011). Berdasarkan penelitian Mas dan Hatim (dalam Yadav, 2012) dari Malaysia menemukan bahwa mahasiswa tingkat akhir memiliki sikap yang lebih positif terhadap gangguan jiwa dibandingkan dengan mahasiswa tingkat awal.

Pengetahuan seseorang tentang gangguan jiwa mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini yang akan menentukan sikap seseorang, semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap makin positif terhadap objek tertentu. Sikap masyarakat terhadap pasien gangguan jiwa adalah menerima, mengucilkan, membicarakan dan memandang pasien berbeda dengan masyarakat (Dewi & Wawan, 2010).

### **4.3 Keterbatasan Penelitian**

Beberapa keterbatasan penelitian dalam penelitian ini, baik karena faktor keterbatasan peneliti maupun keterbatasan saat pelaksanaan penelitian di lapangan dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Keterbatasan tenaga dan waktu penelitian, dimana penelitian ini dilakukan sendiri oleh peneliti dan dalam waktu yang relatif pendek, maka mungkin terjadi kekurang telitian dan kurang cermatan dalam melakukan pencatatan hasil.

- b. Kesungguhan responden dalam menjawab kuesioner pada saat penelitian dilakukan merupakan hal-hal yang berada di luar jangkauan peneliti untuk mengontrolnya.
- c. Pada penelitian ini pengisian kuesioner didampingi oleh peneliti sehingga subyektifitas dari interpretasi data tidak dapat dihindari.



## **BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN**

### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan hasil analisis data korelasi dan berdasarkan pembahasan dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut:

- a. Tidak terdapat perbedaan pengetahuan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- b. Terdapat perbedaan stigma antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- c. Terdapat perbedaan sikap otoriterisme antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- d. Tidak terdapat perbedaan sikap kebajikan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- e. Tidak terdapat perbedaan sikap pembatasan sosial antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.
- f. Tidak terdapat perbedaan sikap ideologi komunitas kesehatan antara mahasiswa tingkat awal dan mahasiswa tingkat akhir di Fakultas Kedokteran Universitas Jember.

### **5.2 Saran**

#### **5.2.1. Bagi Peneliti Selanjutnya:**

Untuk mengatasi keterbatasan tenaga dan waktu penelitian, maka lebih baik penelitian dilakukan dalam waktu lebih lama dan dilakukan lebih dari satu peneliti. Pada penelitian selanjutnya lebih baik melatih orang pada saat akan membagikan kuesioner untuk menghindari subyektifitas.

## 5.2.2. Bagi Institusi Pendidikan:

Perlu evaluasi kembali kurikulum pengajaran terutama metode pengajaran khususnya kepaniteraan untuk mengoptimalkan proses belajar di setiap tingkat. Menciptakan iklim yang kondusif dalam belajar baik di ruang kuliah, ruang tutorial ataupun di luar kampus seperti meminimalisi jam pelajaran yang kosong. Dari hasil penelitian ini terdapat beberapa variabel karakteristik responden yang belum di bahas. Data ini dapat dimanfaatkan untuk penelitian selanjutnya.

## 5.2.3. Bagi Masyarakat:

Untuk meluruskan berbagai persepsi yang salah, perlu dilakukan berbagai upaya sosialisasi melalui media massa.




**DAFTAR PUSTAKA**

- Azwar, S. 2011. *Sikap Manusia, Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Butt, L et al. 2010. *Stigma dan HIV/AIDS di Wilayah Pegunungan Papua*. Cultural Anthropology. Vol. 20, No. 3
- Browne, D. T. 2010. *Attitudes of Mental Health Professionals toward Mental Illness: Comparisons and Predictors*. Northampton: Smith College School for Social Work.
- Collins R. L et al. 2012. *Interventions to Reduce Mental Health Stigma and Discrimination: A Literature Review to Guide Evaluation of California's Mental Health Prevention and Early Intervention Initiative*. Santa Monica: RAND Corporation
- Corrigan, P. W et al. 2010. *Changing Stigmatizing Perceptions and Recollections About Mental Illness: The Effects of Nami's in Our Own Voice*. Community Mental Health Journal, Vol. 46, No. 5
- Kassam, A. et al. 2010. *Development and Responsiveness of a Scale to Measure Clinicians Attitudes to People with Mental Illness (Medical Student Version)*. Acta Psychiatrica Scandinavica. 122: 153-161..
- Lestari, W. & Wardhani, Y. F. 2014. *Stigma dan Penanganan Penderita Gangguan Jiwa Berat yang Dipasung*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. Vol. 17, No. 2.
- Maramis, W. F. 2009. *Ilmu Kedokteran Jiwa*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Menteri Pendidikan dan Kebudayaan RI. 2012. *Undang-Undang Sistem Pendidikan Nasional*. Bandung: Fokusindo Mandiri.
- Ningsih, F. W. *Hubungan Sikap dan Tindakan Orang Tua Perokok Aktif dengan Kejadian ISPA pada Balita Usia 1-3 Tahun di Dusun Delima Desa Beringin Kecamatan Beringin Kabupaten Deliserdan Tahun*. 2012. Jurnal Ilmiah Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan MEDISTRA. Vol. 2, No. 2.
- Notoatmodjo, S. 2010a. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

- Notoatmodjo, S. 2010b. *Ilmu Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Riduwan & Sunarto, 2011. *Pengantar Statistika untuk Penelitian Pendidikan, Sosial, Ekonomi, Komunikasi dan Bisnis*. Bandung: Alfabeta.
- Rulando, M. 2011. *Perbandingan Sikap Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara terhadap Psikiatri*. <http://www.repository.usu.ac.id/handle/123456789/21453>. [7 April 2015]
- Saragih, F.,S. 2010. *Pengaruh Penyuluhan Terhadap Pengetahuan dan Sikap Ibu Tentang Makanan Sehat dan Gizi Seimbang di Desa Merek Raya Kecamatan Raya Kabupaten Simalungun*. 2010. Tidak Diterbitkan. Skripsi. Medan:Universitas Sumatera Utara.
- Smith, A. L & Cashwell C. S. 2011. *Social Distance and Mental Illness: Attitudes Among Mental Health and Non-Mental Health Professionals and Trainees*. The Professional Counselor. Vol. 1, No. 1.
- Ukpong, D. I. 2010. *Stigmatising Attitudes towards the Mentally Ill: A survey in a Nigerian University Teaching Hospital*. SAJP Journal. Vol. 16, No. 2
- Van der Kluit, M. J & Goossens, P. J. 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: 519-527.
- Wawan, A dan Dewi, M. 2010. *Teori dan Pengukuran Pengetahuan , Sikap dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Yadav, T. et al. 2012. *Impact of psychiatric education and training on attitude of medical students towards mentally ill: A comparative analysis*. Industrial Psychiatry Journal. Vol. 21, No. 1
- Yosep, Iyus. 2011. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Ethical Clearance (Lembar Persetujuan Etik)

 KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
KOMISI ETIK PENELITIAN  
Jl. Kalimantan 37 Kampus Bumi Tegal Boto Telp/Fax (0331) 337877 Jember 68121 – Email :  
fk\_unej@telkom.net

---

**KETERANGAN PERSETUJUAN ETIK**  
*ETHICAL APPROVA*  
Nomor : 584 /H25.1.11/KE/2015

Komisi Etik, Fakultas Kedokteran Universitas Jember dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kedokteran, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :


*The Ethics Committee of the Faculty of Medicine, Jember University, With regards of the protection of human rights and welfare in medical research, has carefully reviewed the proposal entitled :*

**PERBEDAAN PENGETAHUAN DAN SIKAP ANTARA MAHASISWA TINGKAT AWAL DAN MAHASISWA TINGKAT AKHIR DI FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS JEMBER TERHADAP PSIKIATRI**

Nama Peneliti Utama : Dinda Ayu Teresha (NIM. 112010101089)  
*Name of the principal investigator*

Nama Institusi : Fakultas Kedokteran Universitas Jember  
*Name of institution*

Dan telah menyetujui protokol tersebut diatas.  
*And approved the above mentioned proposal.*

 23/3 2015  
Riyanti, Sp.PK



**Tanggapan Anggota Komisi Etik**

*(Diisi oleh Anggota Komisi Etik, berisi tanggapan sesuai dengan butir-butir isian diatas dan telaah terhadap Protokol maupun dokumen kelengkapan lainnya)*

- Subyek penelitian menandatangani informed Consent.
- Peneliti menjaga kerahasiaan identitas subyek penelitian



2015

Nama : dr. Rini Riyanti, Sp.PK

Lampiran 2. Informed Consent (Lembar Persetujuan)  
**INFORMED CONSENT (LEMBAR PERSETUJUAN)**  
**FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**  
**(INFORMED CONSENT)**

---

Bapak/Ibu/Saudara akan kami ikutkan dalam survey mengenai :

**STIGMA terhadap Penderita Gangguan Jiwa**

Manfaat dilakukannya survey ini adalah :

Bapak/Ibu/Saudara dapat mengetahui respon Anda terhadap penderita gangguan jiwa dengan harapan adanya pengetahuan ini akan dapat mengubah sikap dan perilaku Bpk/Ibu/Sdr sebagai petugas kesehatan terhadap penderita gangguan jiwa.

Prosedur pelaksanaan survey ini sebagai berikut:

Bapak/Ibu/Saudara akan kami minta mengisi kuesioner. Mohon isi/lingkari jawaban yang cocok sesuai dengan apa yang Anda rasakan/pikirkan saat itu. Durasi survey  $\pm 10$  menit.

Semua keputusan yang dibuat harus dilakukan dengan penuh kesadaran, tanpa paksaan dari pihak manapun sehingga setelah mendengar penjelasan ini Bapak/Ibu/Saudara berhak memberikan persetujuan atau penolakan.

Identitas Bapak/Ibu/Sdr akan kami rahasiakan dalam survey ini cukup menulis nama samaran/inisial saja.

Setelah membaca penjelasan ini saya SETUJU/TIDAK SETUJU (lingkari salah satu)

Jember, .....

Yang menyatakan

(.....)

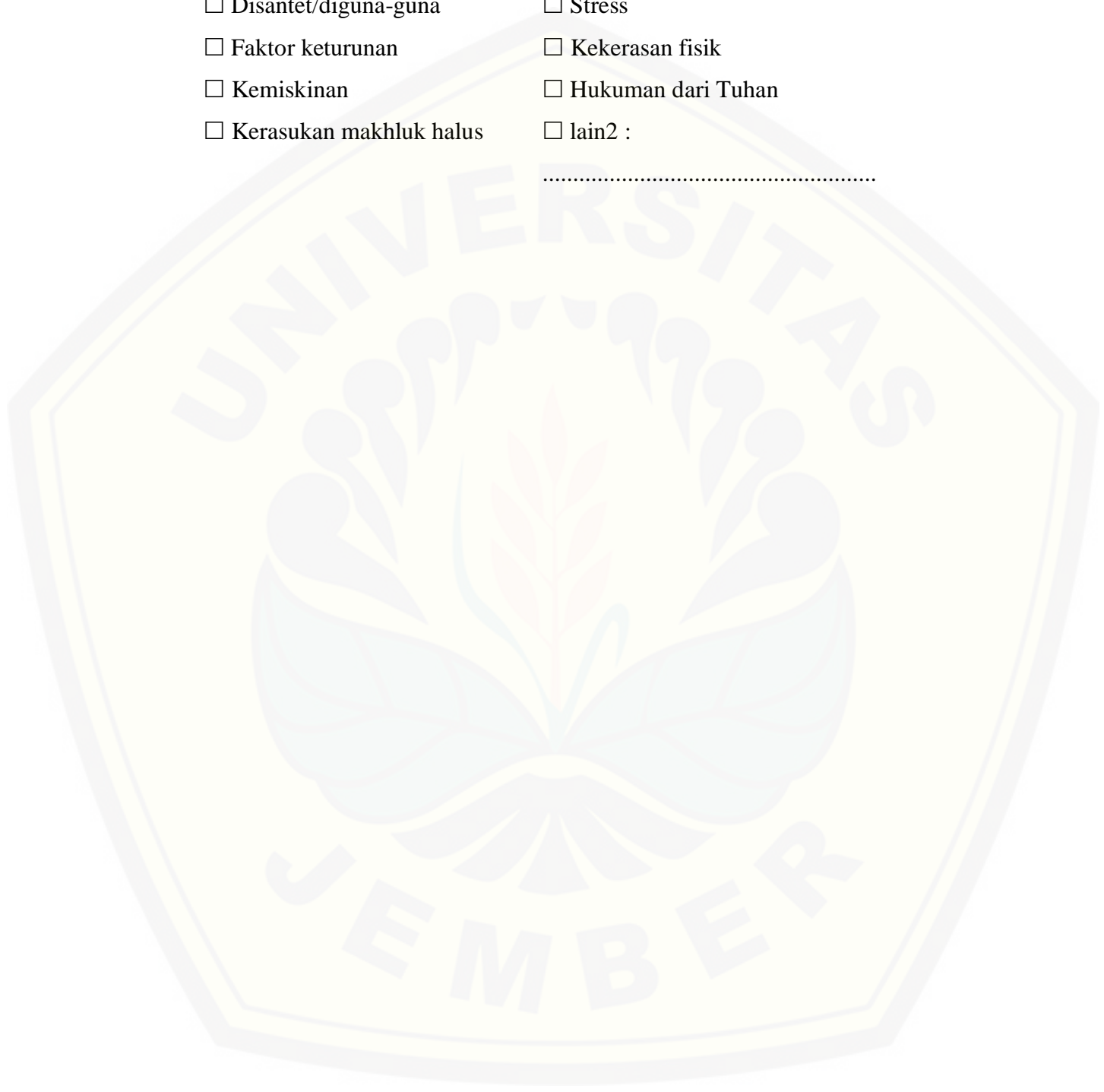


(berilah tanda silang pada kotak yang sesuai jawaban Anda)

1. Jenis kelamin Anda  
 Laki-laki  Perempuan
2. Suku  
 Jawa  Madura  
 Bali  Batak  
 Sunda  Lain-lain :..... (Sebutkan)
3. Umur : .....
4. Anda adalah orang tua ?  
 Tidak  Ya, anak 1  
 Ya, Anak 2  Ya, anak 3  
 Ya, Anak 3  lain-lain : sebutkan.....
5. Status pernikahan  
 Belum menikah  Menikah  
 Janda/duda mati  Janda/duda bercerai  
 Lain-lain  
:.....
6. Anda tinggal di  
 Kota besar  Kota kecil  
 Pinggiran kota  Pedesaan  
 Lain-lain :  
.....
7. Tahun Ajaran  
 2014  2012
8. Adakah keluarga yang mengalami gangguan jiwa  
 Ada  Tidak
9. Menurut Anda, apa penyebab gangguan jiwa ? (boleh lebih dari 1)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Narkoba  | <input type="checkbox"/> Pengalaman traumatik |
| <input type="checkbox"/> Disantet/diguna-guna    | <input type="checkbox"/> Stress               |
| <input type="checkbox"/> Faktor keturunan        | <input type="checkbox"/> Kekerasan fisik      |
| <input type="checkbox"/> Kemiskinan              | <input type="checkbox"/> Hukuman dari Tuhan   |
| <input type="checkbox"/> Kerasukan makhluk halus | <input type="checkbox"/> lain2 :              |

.....



Lampiran 3. Kuesioner Penelitian  
**Mental Illness: Clinicians' Attitudes Scale**  
 (Medical student version)

Pernyataan di bawah ini menjelaskan variasi beberapa opini tentang ilmu psikiatri. Lingkari jawaban yang paling mendeskripsikan reaksi anda terhadap tiap pernyataan. Jawablah setiap pernyataan berdasarkan reaksi pertama anda. Beberapa pernyataan mungkin ada yang hampir sama.

1. Saya belajar psikiatri karena terdapat dalam ujian dan tidak akan repot – repot membaca materi tambahannya
 

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>
  
2. Orang dengan penyakit mental berat tidak akan pernah bisa pulih untuk mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik
 

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>
  
3. Psikiatri sama ilmiahnya dengan bidang kedokteran lainnya
 

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>
  
4. Jika saya memiliki penyakit jiwa, saya tidak akan pernah mengakui hal ini kepada teman – teman saya karena saya takut akan diperlakukan berbeda
 

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>

5. Orang dengan penyakit mental berat lebih sering berbahaya

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>

6. Psikiater tahu lebih banyak tentang kehidupan orang-orang pasiennya daripada anggota keluarga atau teman - teman pasien tersebut.

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>

7. Jika saya memiliki penyakit jiwa, saya tidak akan pernah mengakui hal ini kepada rekan – rekan saya karena saya takut akan diperlakukan berbeda

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>

8. Menjadi seorang psikiater tidak seperti menjadi dokter sungguhan

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>

9. Jika seorang psikiater konsultan memerintahkan saya untuk mengobati orang dengan penyakit mental dengan cara yang tidak sopan, saya tidak akan mengikuti instruksinya.

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>

10. Saya merasa nyaman berbicara dengan seseorang dengan penyakit jiwa seperti halnya saya berbicara dengan seseorang dengan penyakit fisik

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>

setuju

setuju

- 11 Adalah penting bahwa setiap dokter yang mendukung seseorang dengan .  
penyakit mental juga menilai kesehatan fisik mereka

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>

- 12 Masyarakat tidak perlu dilindungi dari orang-orang dengan penyakit mental .  
yang berat

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>

- 13 Jika seseorang dengan penyakit mental mengeluhkan gejala fisik (seperti .  
nyeri dada), Saya akan menghubungkannya dengan penyakit mental mereka

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>

- 14 Dokter umum tidak bisa diharapkan untuk menyelesaikan penilaian .  
menyeluruh untuk orang dengan gejala kejiwaan karena mereka dapat dirujuk  
ke psikiater.

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>

- 15 Saya akan menggunakan istilah 'gila', 'sinting', 'tidak waras' dll untuk .  
menggambarkan orang-orang dengan penyakit mental yang saya lihat dalam  
pekerjaan saya

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>



16 Jika seorang rekan mengatakan kepada saya mereka memiliki penyakit . mental, saya masih ingin bekerja dengan mereka

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>agak</b>	<b>agak</b>	<b>tidak</b>	<b>sangat</b>
<b>setuju</b>		<b>setuju</b>	<b>tidak</b>	<b>setuju</b>	<b>tidak</b>
			<b>setuju</b>		<b>setuju</b>



## Lampiran 3. Kuesioner Penelitian

**COMMUNITY ATTITUDE TOWARDS THE MENTALLY ILL  
(Indonesian Version 2012)**

Pernyataan di bawah ini menjelaskan variasi beberapa opini tentang penyakit mental dan sakit mental.

Lingkari jawaban yang paling mendeskripsikan reaksi anda terhadap tiap pernyataan.

Jawablah setiap pernyataan berdasarkan reaksi pertama anda.

Beberapa pernyataan mungkin ada yang hampir sama.

1. Ketika seseorang menunjukkan tanda-tanda gangguan jiwa, dia seharusnya dibawa ke rumah sakit  

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>biasa saja</b>	<b>tidak setuju</b>	<b>sangat tidak</b>
<b>setuju</b>				<b>setuju</b>
  
2. Perawatan dan pengobatan pada orang dengan gangguan jiwa membutuhkan banyak biaya  

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>biasa saja</b>	<b>tidak setuju</b>	<b>sangat tidak</b>
<b>setuju</b>				<b>setuju</b>
  
3. Orang dengan gangguan jiwa seharusnya dijauhkan/dibuang dari komunitas/ masyarakatnya  

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>biasa saja</b>	<b>tidak setuju</b>	<b>sangat tidak</b>
<b>setuju</b>				<b>setuju</b>
  
4. Terapi yang paling baik untuk orang-orang yang menderita gangguan jiwa adalah dengan menjadi bagian dari masyarakat umum disekitarnya  

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>biasa saja</b>	<b>tidak setuju</b>	<b>sangat tidak</b>
<b>setuju</b>				<b>setuju</b>
  
5. Gangguan jiwa adalah jenis penyakit biasa seperti penyakit yang lainnya  

<b>Sangat</b>	<b>setuju</b>	<b>biasa saja</b>	<b>tidak setuju</b>	<b>sangat tidak</b>
<b>setuju</b>				<b>setuju</b>

6. Orang dengan gangguan jiwa adalah beban bagi lingkungannya
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
7. Orang dengan gangguan jiwa tidak lebih berbahaya daripada apa yang dipersepsikan orang
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
8. Menempatkan fasilitas kesehatan jiwa di daerah pemukiman akan mencemari lingkungan sekitar
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
9. Mudah bagi orang dengan masalah kejiwaan untuk memberitahukannya pada orang lain
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
10. Orang dengan gangguan jiwa selalu menjadi bahan ejekan *sejak dulu*
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
11. Wanita akan tampak bodoh bila menikahi lelaki yang menderita gangguan jiwa meskipun dia telah pulih kembali
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
12. Secepat mungkin pelayanan kesehatan jiwa harus disediakan dengan fasilitas berbasis komunitas
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
13. Mengurangi tekanan harusnya diterapkan *untuk* melindungi masyarakat dari orang dengan gangguan jiwa

- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
14. Penambahan biaya untuk pelayanan kesehatan jiwa membuang uang dan sia-sia
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
15. Tidak ada seorang pun yang berhak melarang orang dengan gangguan jiwa keluar dari lingkungannya
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
16. Menempatkan orang dengan gangguan jiwa tinggal di area permukiman mungkin bisa menjadi terapi yang baik, tetapi resikonya terlalu besar
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
17. Orang dengan masalah kejiwaan memerlukan kontrol dan disiplin seperti anak kecil
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
18. Kita perlu menerapkan perilaku yang lebih toleran terhadap orang dengan masalah kejiwaan yang ada di dalam masyarakat kita
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
19. Saya tidak ingin tinggal bersebelahan dengan tetangga yang mengalami gangguan jiwa
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
20. Warga harus menerima lokasi fasilitas kesehatan jiwa di lingkungan mereka untuk menyediakan kebutuhan bagi komunitas lokal

- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
21. Orang dengan masalah kejiwaan seharusnya tidak diperlakukan sebagai orang buangan di lingkungan masyarakat
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
22. Ada banyak layanan yang memadai untuk orang dengan gangguan jiwa
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
23. Orang dengan masalah kejiwaan seharusnya dimotivasi untuk memikul tanggung jawab dalam kehidupan normal
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
24. Penduduk setempat mempunyai alasan yang kuat untuk menolak lokasi pelayanan kesehatan jiwa di lingkungan mereka
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
25. Cara yang paling tepat untuk merawat orang dengan gangguan jiwa adalah dengan menyembunyikan mereka dalam ruangan yang tertutup
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
26. Rumah sakit jiwa kita lebih seperti penjara daripada tempat untuk merawat orang dengan masalah kejiwaan
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**
27. Orang dengan riwayat gangguan jiwa seharusnya dilarang untuk bekerja di kantor public
- Sangat setuju      biasa saja      tidak setuju      sangat tidak setuju**



- setuju** **setuju**
28. Menempatkan pelayanan kesehatan jiwa di lingkungan penduduk setempat tidak membahayakan mereka
- Sangat setuju** **biasa saja** **tidak setuju** **sangat tidak setuju**
29. Rumah sakit jiwa adalah merupakan sarana yang ketinggalan jaman untuk merawat orang dengan gangguan jiwa
- Sangat setuju** **biasa saja** **tidak setuju** **sangat tidak setuju**
30. Orang dengan masalah kejiwaan tidak berhak mendapatkan simpati kita
- Sangat setuju** **biasa saja** **tidak setuju** **sangat tidak setuju**
31. Orang dengan masalah kejiwaan boleh dilanggar hak-hak individunya
- Sangat setuju** **biasa saja** **tidak setuju** **sangat tidak setuju**
32. Fasilitas kesehatan mental seharusnya dijauhkan dari lokasi pemukiman penduduk setempat
- Sangat setuju** **biasa saja** **tidak setuju** **sangat tidak setuju**
33. Salah satu dari penyebab dari gangguan jiwa adalah kurangnya disiplin dan kemauan diri
- Sangat setuju** **biasa saja** **tidak setuju** **sangat tidak setuju**
34. Kita punya tanggung jawab untuk menyediakan sarana perawatan yang terbaik untuk orang dengan gangguan jiwa
- Sangat Setuju** **biasa saja** **tidak setuju** **sangat tidak setuju**
35. Orang dewasa dengan gangguan mental/kejiwaan seharusnya tidak diberi

tanggung jawab

**Sangat Setuju biasa saja tidak setuju sangat tidak setuju**

36. Tidak ada kekhawatiran penduduk setempat dari kedatangan orang-orang ke lingkungannya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa

**Sangat setuju biasa saja tidak setuju sangat tidak setuju**

37. Hampir setiap orang bisa terkena gangguan jiwa

**Sangat setuju biasa saja tidak setuju sangat tidak setuju**

38. Yang terbaik adalah menghindari orang dengan masalah kejiwaan

**Sangat setuju biasa saja tidak setuju sangat tidak setuju**

39. Kebanyakan wanita yang pernah menjadi pasien di rumah sakit jiwa bisa dipercaya sebagai pengasuh bayi

**Sangat setuju biasa saja tidak setuju sangat tidak setuju**

40. Menakutkan bila kita berpikir bahwa orang dengan masalah kejiwaan tinggal di pemukiman penduduk setempat

**Sangat setuju biasa saja tidak setuju sangat tidak setuju**

## Lampiran 4. Hasil Uji Statistika Univariat

## TINGKAT ANGKATAN

## Angkatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 2012	99	48,1	48,1	48,1
2014	107	51,9	51,9	100,0
Total	206	100,0	100,0	

## PENGETAHUAN

## Pengetahuan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid baik	56	27.2	27.2	27.2
kurang	150	72.8	72.8	100.0
Total	206	100.0	100.0	

## STIGMA

## Stigma

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid positif	64	31,1	31,1	31,1
negatif	142	68,9	68,9	100,0
Total	206	100,0	100,0	

## SIKAP OTORITERISME

## Sikap Otoriterisme

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pro	176	85,4	85,4	85,4
kontra	30	14,6	14,6	100,0
Total	206	100,0	100,0	

## SIKAP KEBAJIKAN

**Sikap Kebajikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pro	204	99,0	99,0	99,0
Valid kontra	2	1,0	1,0	100,0
Total	206	100,0	100,0	

## SIKAP PEMBATASAN SOSIAL

**Sikap Pembatasan Sosial**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pro	170	82,5	82,5	82,5
Valid kontra	36	17,5	17,5	100,0
Total	206	100,0	100,0	

## SIKAP IDEOLOGI KOMUNITAS KESEHATAN

**Sikap Ideologi Komnitas Kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid pro	201	97,6	97,6	97,6
Valid kontra	5	2,4	2,4	100,0
Total	206	100,0	100,0	

Lampiran 5. Hasil Statistik Uji Statistika Bivariat

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Angkatan	206	100.0%	0	0.0%	206	100.0%
Otoriterisme * Angkatan	206	100.0%	0	0.0%	206	100.0%
Stigma * Angkatan	206	100.0%	0	0.0%	206	100.0%
Kebajikan * Angkatan	206	100.0%	0	0.0%	206	100.0%
Pembatasan * Angkatan	206	100.0%	0	0.0%	206	100.0%
Ideologi * Angkatan	206	100.0%	0	0.0%	206	100.0%

PENGETAHUAN

Crosstab

Count

		Angkatan		Total
		2012	2014	
Pengetahuan	Baik	27	29	56
	Kurang	72	78	150
Total		99	107	206

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	.001 <sup>a</sup>	1	.978		
Continuity Correction <sup>b</sup>	.000	1	1.000		
Likelihood Ratio	.001	1	.978		
Fisher's Exact Test				1.000	.551
Linear-by-Linear Association	.001	1	.978		
N of Valid Cases	206				

a. 0 cells (0.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26.91.

b. Computed only for a 2x2 table



**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Pengetahuan (Baik / Kurang)	1.009	.546	1.864
For cohort Angkatan = 2012	1.004	.731	1.381
For cohort Angkatan = 2014	.996	.741	1.339
N of Valid Cases	206		

**STIGMA**

**Crosstab**

Count

		Angkatan		Total
		2012	2014	
Stigma	positif	42	22	64
	negatif	57	85	142
Total		99	107	206

**Chi-Square Tests<sup>c</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	11,478 <sup>a</sup>	1	,001	,001	,001	
Continuity Correction <sup>b</sup>	10,480	1	,001			
Likelihood Ratio	11,603	1	,001	,001	,001	
Fisher's Exact Test				,001	,001	
Linear-by-Linear Association	11,422 <sup>d</sup>	1	,001	,001	,001	,000
N of Valid Cases	206					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 30,76.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is 3,380.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Stigma (positif / negatif)	2,847	1,539	5,268
For cohort Angkatan = 2012	1,635	1,251	2,137
For cohort Angkatan = 2014	,574	,399	,827
N of Valid Cases	206		

**SIKAP OTORITERISME**

**Crosstab**

Count		Angkatan		Total
		2012	2014	
Sikap Otoriterisme	pro	79	97	176
	kontra	20	10	30
Total		99	107	206

**Chi-Square Tests<sup>c</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4,871 <sup>a</sup>	1	,027	,031	,022	
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,037	1	,045			
Likelihood Ratio	4,931	1	,026	,031	,022	
Fisher's Exact Test				,031	,022	
Linear-by-Linear Association	4,847 <sup>d</sup>	1	,028	,031	,022	,014
N of Valid Cases	206					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 14,42.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is -2,202.

## Risk Estimate

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap Otoriterisme (pro / kontra)	,407	,180	,920
For cohort Angkatan = 2012	,673	,498	,910
For cohort Angkatan = 2014	1,653	,980	2,790
N of Valid Cases	206		

## SIKAP KEBAJIKAN

## Crosstab

Count

		Angkatan		Total
		2012	2014	
Sikap Kebajikan	pro	99	105	204
	kontra	0	2	2
Total		99	107	206

Chi-Square Tests<sup>c</sup>

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,869 <sup>a</sup>	1	,172	,498	,269	
Continuity Correction <sup>b</sup>	,430	1	,512			
Likelihood Ratio	2,638	1	,104	,498	,269	
Fisher's Exact Test				,498	,269	
Linear-by-Linear Association	1,860 <sup>d</sup>	1	,173	,498	,269	,269
N of Valid Cases	206					

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,96.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is 1,364.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Angkatan = 2014	,515	,450	,588
N of Valid Cases	206		

**SIKAP PEMBATASAN SOSIAL****Crosstab**

Count		Angkatan		Total
		2012	2014	
Sikap Pembatasan Sosial	pro	78	92	170
	kontra	21	15	36
Total		99	107	206

**Chi-Square Tests<sup>c</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	1,845 <sup>a</sup>	1	,174	,201	,120	
Continuity Correction <sup>b</sup>	1,380	1	,240			
Likelihood Ratio	1,848	1	,174	,201	,120	
Fisher's Exact Test				,201	,120	
Linear-by-Linear Association	1,836 <sup>d</sup>	1	,175	,201	,120	,059
N of Valid Cases	206					

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 17,30.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is -1,355.

**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
Odds Ratio for Sikap Pembatasan Sosial (pro / kontra)	,606	,292	1,254
For cohort Angkatan = 2012	,787	,571	1,084
For cohort Angkatan = 2014	1,299	,861	1,958
N of Valid Cases	206		

**SIKAP IDEOLOGI KOMUNITAS KESEHATAN****Crosstab**

Count		Angkatan		Total
		2012	2014	
Sikap Ideologi Komnitas Kesehatan	pro kontra	99 0	102 5	201 5
Total		99	107	206

**Chi-Square Tests<sup>c</sup>**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4,741 <sup>a</sup>	1	,029	,060	,036	
Continuity Correction <sup>b</sup>	2,973	1	,085			
Likelihood Ratio	6,665	1	,010	,060	,036	
Fisher's Exact Test				,060	,036	
Linear-by-Linear Association	4,718 <sup>d</sup>	1	,030	,060	,036	,036
N of Valid Cases	206					

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,40.

b. Computed only for a 2x2 table

c. For 2x2 crosstabulation, exact results are provided instead of Monte Carlo results.

d. The standardized statistic is 2,172.



**Risk Estimate**

	Value	95% Confidence Interval	
		Lower	Upper
For cohort Angkatan = 2014	,507	,443	,582
N of Valid Cases	206		

