

**HUBUNGAN ANTARA LITERASI KESEHATAN MENTAL
DENGAN STIGMA GANGGUAN JIWA DI MASYARAKAT
DESA SOKO KECAMATAN BAGELEN KABUPATEN
PURWOREJO**

SKRIPSI



**Oleh:
Hyasinta Fernanda Kartika Mahardika
NIM 17010174**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
2021**

**HUBUNGAN ANTARA LITERASI KESEHATAN MENTAL
DENGAN STIGMA GANGGUAN JIWA DI MASYARAKAT
DESA SOKO KECAMATAN BAGELEN KABUPATEN
PURWOREJO**

SKRIPSI

Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)



Oleh:

Hyasinta Fernanda Kartika Mahardika

NIM. 17010174

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS dr. SOEBANDI
2021**

HALAMAN PERSEMBAHAN

Dengan rasa syukur yang mendalam, dengan telah diselesaikan Skripsi ini penulis mempersembahkannya kepada:

1. Edduardus Eddy Supriyanto (Ayah), Wirasti Ima Suyatmi (Ibu), dan Pauline Lidya Laura (Adek) saya yang telah memberikan kasih sayang dan perjuangannya untuk menuntun saya hingga di titik ini serta memberikan semangat dan doa yang terbaik untuk saya sehingga saya dapat menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan.
2. Ibu Kustin S.KM., M.Kes selaku pembimbing I saya, Ibu Zidni Nuris Yuhbaba S.Kep., Ners., M.Kep selaku pembimbing II dan Bapak Andi Eka Pranata, S.ST., S.Kep., Ns., M.Kes selaku ketua tim penguji yang telah bersedia meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan arahnya dalam proses penyusunan skripsi ini.
3. Kepada sahabat- sahabat saya Mitha Anggraeni, Nurul Faidah, Imroh Atut Toibah, Andi Lusianingrum, Nur Inayati Amrina Rosyada, dan Lioni Fifit Rizky yang senantiasa memberikan support dan menjadi tempat berkeluh kesah selama penyusunan skripsi ini.
4. Kepada Keluarga besar Universitas dr. Soebandi Jember, Semoga semakin bisa terus berkembang dan mencetak generasi muda yang luar biasa.

MOTTO

“Dia member kekuatan kepada yang lelah dan menambah semangat kepada yang tiada berdaya”

(Yesaya 40:29)

“Berusahalah untuk tidak menjadi manusia yang berhasil tapi berusahalah menjadi manusia yang berguna”

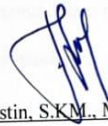
(Hyasinta Fernanda Kartika Mahardika)

LEMBAR PERSETUJUAN

Hasil penelitian ini telah diperiksa oleh pembimbing dan telah disetujui untuk mengikuti seminar hasil pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember

Jember, 24 Agustus 2021

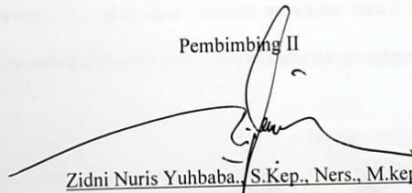
Pembimbing I



Kustin, S.K.M., M.Kes

NIDN 0710118403

Pembimbing II



Zidni Nuris Yuhbaba, S.Kep., Ners., M.kep

NIDN 0728049001

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul *Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo* telah diuji dan disahkan pada:

Hari : Selasa
Tanggal : 24 Agustus 2021
Tempat : Universitas dr. Soebandi Jember

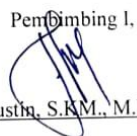
Tim Penguji



Andi Eka Pranata, S.ST., S.Kep., Ns., M.Kes

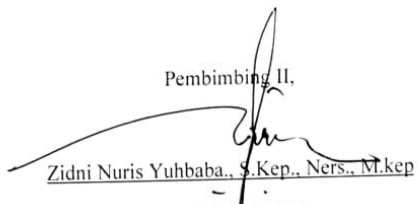
NIK 0722098602

Pembimbing I,


Kusti, S.K.M., M.Kes

NIDN 0710118403

Pembimbing II,


Zidni Nuris Yuhbaba, S.Kep., Ners., M.kep

NIDN 0728049001

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas dr. Soebandi,


Henna Meldy Tursina, S.Kep., Ns., M.Kep

NIDN. 0706109104

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini, menyatakan dengan sesungguhnya bahwa proposal skripsi yang berjudul "*Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo*" adalah asli dan belum pernah diajukan sebagai syarat memperoleh gelar kesarjanaan di perguruan tinggi manapun.

Nama : Hyasinta Fernanda Kartika Mahardika

Tempat, Tanggal Lahir : Purworejo, 17 Agustus 1998

Nim : 17010174

Adapun bagian-bagian tertentu dalam penyusunan Skripsi yang saya kutip dari hasil karya orang lain telah dituliskan secara jelas sesuai dengan norma, kaidah dan etika penulisan ilmiah.

Apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidak benaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik dan atau sanksi lainnya, sesuai dengan norma yang berlaku dalam perguruan tinggi ini.

Jember, 12 Agustus 2021
Yang menyatakan



Hyasinta Fernanda K. M.
NIM.17010174

SKRIPSI

HUBUNGAN ANTARA LITERASI KESEHATAN MENTAL DENGAN STIGMA GANGGUAN JIWA DI MASYARAKAT DESA SOKO KECAMATAN BAGELEN KABUPATEN PURWOREJO

Oleh:

Hyasinta Fernanda Kartika Mahardika

NIM. 17010174

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Kustin, S.KM., M.Kes

Dosen Pembimbing Anggota : Zidni Nuris Yuhbaba. M.Kep., Ners., M.Kep

ABSTRACT

Mahardika, Hyasinta Fernanda Kartika. Kustin. Yuhbaba, Zidni Nuris. 2021. ***The Relationship Between Mental Health Literacy and Stigma Mental Disorders in the Soko Village Community, Bagelen District, Purworejo Regency.*** Thesis. Nursing Science Study Program Universitas dr. Soebandi Jember.

One of the significant health problems in the world, including in Indonesia, is mental health. Data from the Ministry of Health research conducted every five to six years regarding public health figures shows that the number of people with mental health problems in Indonesia needs serious treatment. Stigma is an attitude or emotional reaction that appears in society to people with mental disorders by isolating or demeaning them. Mental Health Literacy is knowledge and beliefs about mental disorders that help for the recognition, management, and prevention of mental health disorders. The purpose of this study was to determine the relationship between Mental Health Literacy and Stigma Mental Disorders. This research is a correlation study using data collection techniques in the form of the Mental Health Knowledge Questionnaire (MHKQ) and Peer Mental Illness Stigmatization Scale (PMISS). The research subjects were 52 using simple random sampling technique. Based on the results of the analysis showed that the correlation coefficient between mental health literacy and the stigma of mental disorders was 0.086 with a significance of 0.542. The significance number in the results of this study exceeds the predetermined significance number, which is > 0.05 . This means that there is no relationship between mental health literacy and the stigma of mental disorders. For further research, it is necessary to conduct further research on mental health literacy in the community in order to know the impact that can be caused on the stigma of mental disorders.

Keywords: Mental Health Literacy, Stigma Mental Disorder, Age 20-70

ABSTRAK

Mahardika, Hyasinta Fernanda Kartika. Kustin. Yuhbaba, Zidni Nuris. 2021.
***Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa
Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo.*** Skripsi.
Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi Jember.

Salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia diantaranya adalah kesehatan jiwa. Dari data penelitian Kementerian Kesehatan yang dilakukan setiap lima sampai enam tahun sekali mengenai angka kesehatan masyarakat menunjukkan bahwa jumlah penderita masalah kesehatan jiwa di Indonesia perlu penanganan yang serius. Stigma adalah suatu sikap atau reaksi emosional yang muncul dalam masyarakat kepada penderita gangguan jiwa dengan cara mengucilkan atau merendharkannya. Literasi Kesehatan Mental adalah pengetahuan dan keyakinan mengenai gangguan-gangguan mental yang membantu untuk rekognisi, manajemen, dan prevensi gangguan pada kesehatan mental. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara Literasi Kesehatan Mental dengan Stigma Gangguan Jiwa. Penelitian ini merupakan penelitian korelasi dengan menggunakan teknik pengumpulan data berupa skala the Mental Health Knowledge Questionnaire (MHKQ) dan Peer Mental Illness Stigmatization Scale (PMISS). Subjek penelitian berjumlah 52 melalui teknik pengambilan simple random sampling.. Berdasarkan hasil analisis menunjukkan bahwa koefisien korelasi antara literasi kesehatan mental dan stigma gangguan jiwa adalah 0,086 dengan signifikansi 0,542. Angka signifikansi pada hasil penelitian ini melebihi angka signifikansi yang telah ditetapkan yaitu $>0,05$. Artinya tidak terdapat hubungan antara literasi kesehatan mental dengan stigma gangguan jiwa. Untuk penelitian selanjutnya perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terhadap literasi kesehatan mental di masyarakat agar dapat diketahui dampak yang dapat ditimbulkan terhadap stigma gangguan jiwa.

Kata Kunci : Literasi Kesehatan Mental, Stigma Ganggua Jiwa, Usia 20-70

KATA PENGANTAR

Puji Syukur Kita panjatkan Kepada Tuhan YME yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penyusunan Skripsi ini dapat terselesaikan. Skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas dr. Soebandi dengan judul “Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo”

Selama proses penyusunan Tugas Akhir ini penulis dibimbing dan dibantu oleh berbagai pihak, oleh karena itu penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Hella Meldy Tursina, S.Kep., Ners., M.Kep selaku dekan fakultas kesehatan Universitas dr. Soebandi Jember.
2. Ns. Irwina Angelina Silvanasari, S.Kep., M.Kep sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES dr. Soebandi
3. Kustin, S.KM., M.Kes sebagai pembimbing I yang telah banyak memberikan masukan dan saran-saran kepada peneliti sejak awal pembuatan skripsi sampai terselesaikannya skripsi ini
4. Zidni Nuris Y., S.Kep., Ners., M.kep sebagai pembimbing II yang telah banyak memberikan masukan dan saran-saran kepada peneliti sejak awal pembuatan skripsi sampai terselesaikannya skripsi ini
5. Andi Eka Pranata, S.ST., S.Kep., Ns., M.Kes sebagai penguji yang telah benar-benar penulis rasakan dedikasinya membantu untuk menyelesaikan skripsi ini.

Dalam penyusunan skripsi ini penulis menyadari masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu penulis sangat mengharap kritik dan saran untuk perbaikan di masa mendatang.

Jember, 12 Agustus 2021



Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSEMBAHAN	ii
MOTTO	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
HALAMAN PEMBIMBING	vii
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
KATA PENGANTAR.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	4
1.5 Keaslian Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Literasi	6
2.1.1 Pengertian	6
2.1.2 Aspek Literasi Kesehatan Mental.....	7
2.1.3 Faktor Literasi Kesehatan Mental.....	8
2.1.4 Dampak Literasi Kesehatan Mental	12
2.2 Konsep Kesehatan Mental	14
2.2.1 Pengertian	14
2.2.2 Prinsip -Prinsip Kesehatan Mental	14
2.2.3 Tujuan Kesehatan Mental bagi Kehidupan Individu.....	21

2.3 Konsep Stigma Gangguan Jiwa	22
2.3.1 Pengertian	22
2.3.2 Aspek-Aspek Stigma Gangguan Jiwa	23
2.3.3 Faktor-Faktor Stigma Gangguan Jiwa	24
2.3.4 Mekanisme Stigma	26
2.3.5 Respon Stigma	27
2.3.6 Dampak Stigma	27
BAB III KERANGKA KONSEP	31
3.1 Kerangka Konsep	31
3.2 Hipotesis Penelitian	31
BAB IV METODE PENELITIAN	33
4.1 Desain Penelitian	33
4.2 Populasi dan Sampel	33
4.3 Tempat Penelitian	34
4.4 Waktu Penelitian	34
4.5 Definisi Operasional	35
4.6 Pengumpulan Data	37
4.6.1 Sumber Data	37
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	38
4.6.3 Alat/Instrumen Pengumpulan Data	38
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	38
4.7 Pengolahan dan Analisa Data	39
4.7.1 Pengolahan Data	39
4.7.2 Analisis Data	40
4.8 Etika Penelitian	41
4.8.1 Lembar persetujuan menjadi responden	41
4.8.2 Anonimity (tanpa nama)	41
4.8.3 Confidentiality (kerahasiaan)	41

BAB V HASIL	42
5.1 Karakteristik Responden	42
5.2 Literasi Kesehatan Mental dan Stigma Gangguan Jiwa	43
5.3 Hubungan Literasi Kesehatan Mental dengan Stigma Gangguan Jiwa	45
 BAB VI PEMBAHASAN	 47
 BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN.....	 51
7.1 Kesimpulan	51
7.2 Saran	51
 DAFTAR PUSTAKA	 53
LAMPIRAN.....	59

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Salah satu permasalahan kesehatan yang signifikan di dunia, termasuk di Indonesia diantaranya adalah kesehatan jiwa. Dari data penelitian Kementerian Kesehatan yang dilakukan setiap lima sampai enam tahun sekali mengenai angka kesehatan masyarakat menunjukkan bahwa jumlah penderita masalah kesehatan jiwa di Indonesia perlu penanganan yang serius (Riskesdas, 2018). Penanganan yang sinergis dan berkelanjutan dari lintas sector dan lintas program untuk menangani masalah-masalah kesehatan jiwa di masyarakat yang sudah merupakan permasalahan yang kompleks (Wueryaningsih, Emi Wurim et.all..2018).

Beberapa gejala pada orang yang mengalami gangguan jiwa baik itu pada tingkahlakunya maupun yang hanya terdapat dalam pikirannya antara lain perilaku menghindar dari lingkungan, tidak mau berkomunikasi dengan orang lain, , mengamuk tanpa sebab atau tidak mau makan dan sebagainya. Itu semua akan berdampak pada aktifitas sehari-hari, gangguan interpersonal dan gangguan fungsi peran social (Lestari dkk, 2014)

Di dunia terdapat sekitar 792 juta orang atau 10,7 % orang dengan gangguan jiwa (ODGJ). Gangguan mental dan penggunaan zat apapun menempati prevalensi tertinggi yaitu sebesar 13% sedangkan 0,2% pada anoreksia dan bulimia (WHO, 2017). Berdasarkan data Riskesda tahun 2013 dan 2018 dinyatakan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat di Indonesia masing masing sebesar 1,7% dan 7,0%. Prevalensi tertinggi terdapat di provinsi Aceh dan DIY sebesar 2,7% dan terendah di provinsi Kalimantan Barat sebesar 0,7% (Riskesdas, 2013). Sedangkan pada tahun 2018 prevalensi tertinggi terdapat di provinsi Bali 11% dan terendah di provinsi kepulauan Riau 3% (Riskesdas, 2018). Propinsi Jawa Tengah menempati urutan tertinggi keempat bersama dengan Aceh, Sulawesi Selatan dan Sumatra Barat dengan prevalensi 9%. Penderita ODGJ (Orang Dengan Gangguan Jiwa) di

Kabupaten Purworejo merupakan urutan pertama terbanyak di Jawa Tengah dengan prevalensi 2,26% atau 12.535 jiwa (Risikesdas, 2018).

Orang yang mengalami masalah gangguan jiwa/ mental, dalam masyarakat umum sering disebut sebagai “Orag Gila”, sehingga mereka sering mengalami perlakuan yang kurang menyenangkan bahkan dalam masyarakat luas telah terbangun stigma negative terhadap orang yang mengalami gangguan jiwa (Ghani, Taufik A (Ed), 2020). Peran pemerintah dalam menanggulangi gangguan jiwa masih banyak mengalami hambatan dikarenakan kurangnya pemahaman masyarakat tentang hal tersebut, stigma mengenai gangguan jiwa yang berkembang di masyarakat dan tidak adanya pemerataan pelayanan kesehatan mental (Agusno, 2011). Rendahnya pengetahuan masyarakat mengenai gangguan mental yang ditunjukkan dari ketidakmampuan dalam mengidentifikasi gangguan atau konsepsi yang keliru mengenai masalah yang terkait kesehatan mental menjadi salah satu factor penghambat seseorang yang mengalami gangguan jiwa untuk mendapatkan pertolongan formal, sehingga masyarakat cenderung mencari pertolongan informal (Andersson et. All. 2013). Langkah yang bisa diambil untuk mengatasi rendahnya pengetahuan akan kesehatan mental pada individu adalah dengan memberikan Literasi kesehatan mental.

Stigma adalah suatu sikap atau reaksi emosional yang muncul dalam masyarakat kepada penderita gangguan jiwa dengan cara mengucilkan atau merendharkannya (Soewadi, 1997).

Stigma terhadap gangguan jiwa sulit didefinisikan karena meliputi aspek yang luas, tetapi disepakati mengandung konotasi kemanusiaan yang kurang, sikap yang muncul dalam masyarakat yang mengucilkan anggota masyarakat yang memiliki kelainan jiwa. Dapat diartikan pula sbagai keyakinan atau kepercayaan yang salah yang lebih sering merupakan kabar angin yang dihembuskan berdasarkan reaksi emosi untuk mengucilkan dan menghukum mereka yang sebenarnya memerlukan pertolongan keyakinan atau kepercayaan yang salah yang lebih sering merupakan kabar angin yang

dihembuskan berdasarkan reaksi emosi untuk mengucilkan dan menghukum mereka yang sebenarnya memerlukan pertolongan Longhorn (1984),

Dampak dari stigma terhadap penderita gangguan jiwa bukan hanya pada individu itu sendiri, tetapi akan berdampak pula pada keluarga dan masyarakat. Stigma akan membuat individu menjadi kehilangan harga diri, mempunyai penilaian negative pada diri sendiri (self-stigma), ketakutan, merasa diasingkan, kehilangan kesempatan kerja karena diskriminasi, mengalami depresi dan meningkatnya kekambuhan (Goffmand, 2014).

Literasi Kesehatan Mental adalah pengetahuan dan keyakinan mengenai gangguan-gangguan mental yang membantu untuk rekognisi, manajemen, dan prevensi gangguan pada kesehatan mental. Jadi literasi kesehatan mental bukan sekedar memberikan pengetahuan mengenai gangguan mental saja, tetapi juga memungkinkan pengetahuan tersebut dapat memunculkan perilaku nyata yang dapat membantu diri sendiri maupun orang lain dalam hal kesehatan mental (Jorm, 2011). Rendahnya literasi kesehatan mental juga dianggap menjadi penyebab munculnya stigma pada gangguan dan layanan kesehatan mental, stigma yang kemudian di internalisasi akan cenderung memunculkan stigma diri dan menyebabkan penurunan harga diri (Kartikasari, 2019).

Sosialisasi dan penyuluhan kepada keluarga dan masyarakat tentang gangguan jiwa sangat diperlukan untuk menghilangkan pandangan yang salah tentang gangguan jiwa. Disamping itu sesegera mungkin dilakukan penanganan pada penderita gangguan jiwa serta mensosialisasikan kepada keluarga dan masyarakat bagaimana mereka harus bersikap terhadap penderita gangguan jiwa. Untuk itu perlu adanya partisipasi dari masyarakat agar terwujud masyarakat yang sejahtera.

Fenomena dan fakta diatas membuat peneliti tertarik untuk meneliti Bagaimana Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat, karena hal ini dapat mendorong terjadinya depresi, kurang penghargaan diri, keputusan, bahkan adanya keinginan bunuh diri atau meluui dirinya sendiri. Dengan mengambil subyek masyarakat

desa soko, karena sosio ekonomi masyarakat desa soko masih terbelang rendah. Jika masyarakat desa soko memiliki stigma yang tinggi terhadap ODGJ makadapat mengurangi rasa empati mereka terhadap ODGJ

1.2 Rumusan Masalah

Rumusan masalah dalam penelitian ini adakah Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan Umum dari penelitian ini adalah Mengetahui Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah

1.3.2.1 Mengidentifikasi Literasi Kesehatan Mental Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo

1.3.2.2 Mengidentifikasi Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo

1.3.2.3 Menganalisis Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Instansi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk memberikan intervensi yang tepat dalam meningkatkan angka literasi kesehatan mental dan menurunkan angka stigma pada ODGJ Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran dan referensi bagi kalangan yang akan melakukan penelitian lebih lanjut dengan topik yang berhubungan dengan judul penelitian di atas.

1.4.3 Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan kreatifitas peneliti untuk mengetahui Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat

1.4.4 Bagi Masyarakat

Penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan dan strategi pemecahan masalah antara literasi kesehatan mental dengan stigma gangguan jiwa di masyarakat.

1.5 Keaslian Penelitian

Dicky Prastya Kuswardana (2019) “Hubungan antara literasi kesehatan mental dengan help seeking pada remaja dengan status mental beresiko depresi”.Metode penelitian yang digunakan merupakan penelitian Kuantitatif. Hasil penelitian yaitu semakin tinggi kemampuan literasi kesehatan mental maka akan semakin tinggi pula intensitas help seeking behavior yang dilakukan pada remaja dengan status mental beresiko depresi.

Perbedaan penelitian diatas dengan penelitian yang akan dilakukan :

Penelitian yang akan dilakukan menggunakan variable stigma gangguan jiwa, sedangkan penelitian di atas memilih *help seeking behavior* sebagai variabelnya.

Persamaan penelitian diatas dengan penelitian yang akan dilakukan:

Penelitian diatas sama sama menggunakan variable literasi kesehatan mental.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP LITERASI

2.1.1 Pengertian

Pengertian literasi secara luas adalah kemampuan berbahasa yang mencakup kemampuan menyimak, berbicara, membaca dan menulis, serta kemampuan berpikir. Literasi juga dapat diartikan kemampuan membaca dan menulis, mempunyai wacana atau kecakapan dalam membaca dan menulis (Padmadewi & Artini, 2018)

Literasi kesehatan adalah pengemasan ulang hubungan antara pendidikan kesehatan dan pemberdayaan serta berkembang sebagai konsep dalam promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan menjadi lebih dari sekedar transmisi informasi dan difokuskan pada pengembangan keterampilan serta percaya diri sehingga dapat membantu orang lain untuk membuat keputusan berdasarkan informasi yang akan memungkinkan mereka untuk menggunakan kendali yang lebih besar pada kehidupan dan kesehatan mereka (Laverack, 2020)

Jorm (1997: 182) memperkenalkan istilah Literasi Kesehatan Mental, yang dimana dapat didefinisikan sebagai suatu pengetahuan atau keyakinan seseorang mengenai gangguan kesehatan mental sebagai upaya untuk membantu dalam proses merekognisi, manajemen atau pencegahan terhadap suatu gangguan kesehatan mental. Menurut Jorm, literasi kesehatan mental tidak hanya tentang memiliki suatu pengetahuan mengenai kesehatan mental, namun lebih kepada bagaimana pengetahuan tersebut dapat dihubungkan dengan kemungkinan perilaku yang

dapat menjadi keuntungan bagi kesehatan mental diri sendiri atau orang lain.

(Jorm, 1997) menyatakan bahwa masyarakat akan mampu mendeteksi gangguan mental dan mengelola kesehatan mentalnya secara efektif apabila mereka mempunyai pemahaman yang tinggi mengenai kesehatan mental. Diharapkan agar lingkungan masyarakat dimana terdapat seseorang dengan gangguan mental dapat melakukan suatu aksi untuk membantu orang tersebut dalam mencari sumber bantuan maupun menyediakan sumber bantuan merupakan tujuan yang sebenarnya dari perumusan literasi kesehatan mental yang dikemukakan oleh Jorm, bukan kemudian memberikan stigma negative kepada mereka

2.1.2 Aspek Literasi Kesehatan Mental

Jorm (1997) Aspek utama dalam literasi kesehatan mental adalah sebagai berikut :

a. Knowledge

Knowledge (Pengetahuan) adalah kemampuan seseorang mengenali gangguan mental yang meliputi pemahaman mengenai cara mencari informasi tentang kesehatan mental, faktor – faktor resiko dan penyebab, self-treatments, dan keberadaan profesional untuk membantu dalam menangani masalah kesehatan mental.

b. Belief

Belief atau kepercayaan adalah kepercayaan individu bahwa gangguan mental adalah tanda kelemahan pribadi yang dapat mengurangi upaya pencarian pertolongan profesional dalam hal kesehatan mental.

c. Attitude

Attitude (sikap) adalah sikap dan kebiasaan yang mendukung pada identifikasi dan pencarian bantuan kesehatan mental secara tepat

Alat ukur yang digunakan untuk mengukur literasi kesehatan mental dari subjek penelitian adalah menggunakan Skala Mental Health Literacy Questionnaire dengan model skala Guttman yang disusun berdasarkan aspek aspek yang dikemukakan oleh Lynn mengutip Corrigan (2010) yaitu Knowledge, Belief, Attitude.

2.1.3 Faktor Literasi Kesehatan Mental

Terdapat berbagai faktor yang mempengaruhi tingkat literasi kesehatan, yaitu :

1) Usia

Usia merupakan kurun waktu sejak adanya seseorang yang dapat diukur menggunakan satuan waktu dilihat dari segi kronologis, individu normal dapat dilihat derajat perkembangan anatomis dan fisiologis sama (Nuswantari, 1998)

2) Bahasa

Literasi kesehatan memerlukan kemampuan untuk bisa membaca dan menulis, berhitung, berpikir kritis dan membuat keputusan. Cara seseorang memperoleh dan menggunakan kemampuan ini sangat dipengaruhi oleh bahasa serta budaya yang melatar belakangi bahasa itu sendiri. Seseorang perlu mengenal istilah-istilah yang digunakan dalam sistem kesehatan dalam lingkungannya.

Dalam sistem kesehatan sekarang ini, seseorang harus bisa membaca berbagai hal, misal buku ataupun brosur pendidikan kesehatan, intruksi dalam minum obat, tagihan pengobatan dan informasi gizi. Seseorang akan mengalami kesulitan dalam memahami informasi kesehatan dan mengalami kendala saat

mendengarkan dan berbicara dengan petugas kesehatan apabila bahasa yang digunakan sehari-hari bukan bahasa nasional. (Singleton,2009).

3) Jenis Kelamin

Jenis kelamin merupakan pernyataan perbedaan antara pria dan wanita secara biologis, namun sebenarnya yang berperan sebagai determinan literasi kesehatan yaitu karakteristik, peran, tanggung jawab dan atribut lain antara pria dan wanita yang dibangun secara sosial yang dikenal dengan istilah gender (Regitz, 2012).

Perbedaan biologis dan fisiologis antara pria dan wanita, perbedaan umur, harapan hidup, perbedaan akses wanita dalam memperoleh mekanisme perlindungan sosial seperti asuransi, norma budaya, kepercayaan religius, dan aturan keluarga serta perilaku yang menentukan peran-peran serta posisi pria dan wanita dalam masyarakat, perbedaan gender dalam hal pendidikan dan perbedaan pendapatan antara pria dan wanita merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perbedaan gender (Buvinic,2006).

Wanita kurang menggunakan pelayanan kesehatan dan kurang mendapat perawatan kesehatan dibandingkan pria. Rendahnya penggunaan layanan kesehatan pada wanita sebelumnya telah ditemukan di beberapa daerah di India, Thailand, dan negara-negara Amerika Latin, wanita kurang menggunakan pelayanan kesehatan dan kurang mendapat perawatan kesehatan dibandingkan dengan pria. Ada tiga faktor yang mempengaruhi hal tersebut, pertama faktor pelayanan, misalnya jarak, biaya, dan kesesuaian layanan kesehatan. Kedua faktor pengguna meliputi keterbatasan seorang wanita dalam hal mobilitasnya, pendapatan wanita yang lebih rendah, serta keterbatasan dalam memperoleh

informasi kesehatan. Ketiga faktor institusional yang meliputi kontrol seorang pria akan pengambilan keputusan anggaran serta fasilitas kesehatan (Buvinic,2006)

Pengaruh sosial budaya tersebut yang kemudian berpengaruh pada literasi kesehatan mental. Adanya hubungan antara wanita dengan tingkat literasi kesehatan mental yang lebih rendah (Jovic, 2009). Odzemir, Alper, Uncu, Bilgel (2010) menyatakan bahwa kesenjangan ini berhubungan dengan kesenjangan yang telah diperoleh antara pria dan wanita. Hal ini ditunjukkan dari penelitian yang dilakukan di Amerika, Serbia dan Turki. Tingkat literasi kesehatan mental dipengaruhi oleh perbedaan dalam kesempatan memperoleh pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan pelayanan kesehatan (Ozdemir, 2010).

4) Pendidikan

Pendidikan dapat mempengaruhi tingkat literasi kesehatan mental secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung, pendidikan dapat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menguasai berbagai hal dan juga mempengaruhi kemampuan dalam memperoleh serta menginterpretasikan berbagai informasi, termasuk memperoleh informasi yang terkait dengan kesehatan. Kemampuan-kemampuan ini pada akhirnya akan dapat mempengaruhi preferensi seseorang serta pilihan-pilihan sikap, perilaku dan gaya hidup. Selain berdampak pada pembentukan pengetahuan kesehatan, pendidikan juga membentuk keahlian atau kompetensi yang dibutuhkan untuk pembelajaran kesehatan misalkan kemampuan membaca berbagai sumber informasi kesehatan, serta kemampuan menggunakan internet. Secara tidak langsung, pendidikan dapat mempengaruhi pekerjaan serta pendapatan seseorang sehingga pada akhirnya

akan mempengaruhi tingkat health literacy (Canadian Council of Learning, 2008).

Tingkat pendidikan tidak selalu mengukur seberapa banyak yang dipelajari di sekolah tetapi mengukur lamanya seseorang mengikuti pendidikan, ini dikarenakan sekolah yang satu dengan sekolah yang lainnya dan antar daerah mempunyai kualitas yang berbeda-beda. Itulah sebabnya tingkat pendidikan bukanlah satu-satunya tolok ukur untuk tingkat literasi kesehatan mental seseorang (Weiss, 2007)

5) Akses Informasi Kesehatan

Teknologi informasi adalah salah satu alat penyebaran informasi mengenai informasi kesehatan sehingga bagaimana akses seseorang pada teknologi informasi menjadi salah satu faktor yang menentukan literasi kesehatan (Pawlak, 2005). Seiring dengan pesatnya kemajuan teknologi termasuk perkembangan alat telekomunikasi, makin banyak pula informasi kesehatan yang tersedia dan mudah diakses melalui internet. (McRay, 2005).

Orang yang memiliki tingkat literasi kesehatan rendah yang melaporkan bahwa mereka tidak mendapat informasi kesehatan dari sumber-sumber informasi baik yang tercetak atau tertulis lebih banyak dibandingkan mereka yang memiliki tingkat literasi kesehatan yang lebih tinggi, data ini diperoleh dari National Assessments of Adults Literacy. Dari penelitian yang sama juga didapatkan bahwa 80% penduduk yang literasi kesehatan nya sangat rendah menyatakan bahwa mereka tidak mendapatkan informasi dari internet (White, 2008).

Faktor yang melatarbelakangi literasi kesehatan adalah literasi (melek huruf) dan pengalaman yang berkaitan dengan kesehatan, hal ini diungkapkan dalam analisis mengenai konsep literasi kesehatan (Speros, 2005). Disini juga

dijelaskan bahwa melek huruf adalah sebuah kemampuan metakognitif yang melibatkan kemampuan dalam membaca, memahami dan berhitung. Untuk dapat melengkapi kemampuan itu perlu adanya pengalaman kesehatan dimana seseorang yang terpapar dengan bahasa atau istilah kesehatan serta sebuah kerangka kognitif yang menjadikan informasi kesehatan yang diterimanya terlihat logis.

Literasi kesehatan merupakan kemampuan melek huruf yang ditambah dengan pengetahuan mengenai singkata dan juga istilah dalam dunia kesehatan, maka diperlukan familiaritas terhadap struktur dan jenis informasi kesehatan yang dapat berupa brosur-brosur untuk pasien. Paparan tersebut akan membentuk sebuah kemampuan yang baru atau lebih canggih disbanding kemampuan melek huruf yang secara umum. Sehingga dapat disimpulkan bahwa akses informasi kesehatan menjadi sebuah factor yang cukup penting dalam pembentukan kemampuan literasi kesehatan (White, 2008)

2.1.4 Dampak Literasi Kesehatan Mental

Beberapa dampak yang muncul akibat dari tingkat literasi kesehatan rendah diantaranya (Manguel, 1996) :

1) Rasa Malu, Stigma dan Penolakan

Orang dengan tingkat literasi kesehatan mental yang rendah cenderung merasa malu dengan keadaan mereka sendiri dan berusaha untuk bersembunyi dari orang lain. Hanya duapertiga orang dengan tingkat literasi kesehatan rendah yang mengakui bahwa mereka memiliki masalah dalam memahami hal mengenai kesehatan khususnya kesehatan mental, ini adalah sebuah studi di sebuah rumah sakit salah satu kota di Amerika. Rasa malu untuk mengakui bahwa mereka memiliki masalah kesehatan mental membuat mereka merasa ditolak dan

akhirnya menjauh dari lingkungan sosialnya, sehingga menambah buruk kondisi kesehatan mentalnya.

1) Salah Diagnosis

Salah satu alasan kegagalan komunikasi adalah bahwa orang dengan tingkat literasi kesehatan mental yang rendah tidak yakin atau tidak mengetahui jumlah informasi yang harus mereka bagi, atau mereka mungkin tidak menyadari kebutuhan untuk mengungkapkan informasi tersebut karena Orang dengan kemampuan literasi kesehatan mental yang cenderung rendah kurang mampu menggambarkan kondisinya pada tenaga profesional daripada orang dengan tingkat literasi kesehatan mental yang lebih tinggi. Orang dengan kemampuan literasi kesehatan mental yang cenderung rendah kurang mampu menggambarkan kondisinya pada tenaga profesional daripada orang dengan tingkat literasi kesehatan mental yang lebih tinggi.

2) Perilaku Tidak Sehat dan Kurang Patuh

Perilaku yang tidak sehat seringkali dilakukan oleh orang yang memiliki tingkat literasi kesehatan mental rendah, hal ini dikarenakan mereka cenderung kurang tepat dalam menafsirkan sebuah informasi yang mereka dapatkan serta kurang memahami dan kurang patuh pada anjuran ahli atau profesional.

3) Hasil Kesehatan yang Buruk

Kesalahan dalam memahami informasi mengenai kesehatan yang diperoleh dari professional atau dari media dan perilaku yang dilakukan akibat tidak memahami anjuran para professional memberikan dampak negative terhadap hasil kesehatan.

2.2 KONSEP KESEHATAN MENTAL

2.2.1 Pengertian

Kesehatan mental berkaitan dengan bagaimana seseorang memikirkan, merasakan dan menjalani keseharian dalam kehidupan, bagaimana seseorang memandang dirinya dan orang lain serta bagaimana seseorang mengevaluasi berbagai alternative solusi dan pengambilan keputusan terhadap keadaan yang dihadapi (Yusuf, 2011)

Kesehatan mental merujuk pada kesehatan seluruh aspek perkembangan fisik maupun psikis seseorang. Kesehatan mental meliputi upaya-upaya dalam mengatasi stress, ketidakmampuan dalam menyesuaikan diri, cara berhubungan dengan orang lain serta pengambilan keputusan (Fakhriyani, 2019).

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kesehatan mental adalah kondisi seseorang yang memungkinkan semua aspek perkembangan , baik fisik, intelektual, dan emosional berkembang secara optimal dan selaras dengan perkembangan orang lain sehingga mampu berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya. Gejala atau fungsi jiwa seperti pikiran, perasaan, kemauan, sikap, persepsi, pandangan dan keyakinan hidup. Kesehatan mental diterapkan di semua unit kehidupan sosial seperti keluarga, sekolah dan lingkungan sosial yang lain. Penerapan dan pengembangan kesehatan mental di unut-unit sosial terorganisir ini didasarkan pada prinsip psikologis dalam arti perkembangan kesehatan mental individu ditentukan oleh kualitas kondisi psikologis//iklim lingkungan dimana individu tersebut berada (Fakhriyani, 2019).

1) Kesehatan Mental dalam Keluarga

Agar tercapai suasana yang harmonis antar anggota keluarga perlu adanya penerapan kesehatan mental. Hubungan yang kurang harmonis antar suami-istri, orangtua-anak, atau antar saudara kandung dalam keluarga, misalnya adanya

permusuhan, *sibling rivalry* yang tidak sehat sehingga menyebabkan iri hati (cemburu), terjadinya pertengkaran, tidak memperhatikan nilai-nilai moral maka akan tercipta iklim psikologis yang tidak kondusif dan tidak nyaman. Suasana seperti ini dapat menyebabkan individu dalam keluarga, khususnya anak mengalami kesulitan atau bahkan kegagalan dalam perkembangan untuk mencapai mental yang sehat.

Untuk menciptakan suasana yang kondusif dalam keluarga terutama bagi anak, peran orang tua sangat penting dalam mengelola keluarga. Konsep keluarga yang sakinah, mawaddah, warahmah perlu ditanamkan dalam keluarga, hal ini bertujuan untuk mengembangkan mental yang sehat serta mencegah terjadinya mental yang sakit pada anggota keluarga.

2) Kesehatan mental di Sekolah

Iklim psikologis dalam keluarga berpengaruh pada kesehatan mental, sedangkan asumsi bahwa “perkembangan kesehatan mental peserta didik dipengaruhi oleh iklim *sosio emosional* di sekolah”. Itulah yang menjadi dasar kesehatan mental di sekolah.

Dalam rangka perkembangan kesehatan mental siswa yang optimal, pimpinan sekolah dan para guru dapat menciptakan iklim kehidupan sekolah, baik fisik, emosional, sosial, maupun moral spiritual. Maka dari itu pengetahuan serta pemahaman pemimpin sekolah, para guru, terutama guru BK atau konselor tentang kesehatan mental sangat diperlukan. Dengan harapan akan dapat memantau gejala gangguan mental para siswa sejak dini. Dengan memiliki pemahaman akan kesehatan mental siswa, guru dapat memahami masalah kesehatan mental yang dapat ditangani sendiri serta masalah yang membutuhkan penanganan khusus yang dapat dirujuk kepada para ahli yang lebih profesional.

Banyak siswa mengalami kesulitan mengembangkan mentalnya karena terhambat oleh masalahnya, seperti penyesuaian diri, konflik dengan orang tua atau teman, masalah pribadi, masalah akademis, dan masalah lainnya yang dapat menghambat eksplorasi potensi siswa, bahkan dapat menyebabkan stress, hal ini sering dialami pada siswa SLTP dan SLTA karena diusia ini merupakan masa transisi. Maka sangat penting bagi para guru di SLTP dan SLTA untuk memahami kesehatan mental siswanya.

3) Kesehatan Mental di Tempat Kerja

Selain menjadi tempat mencari nafkah, ajang persaingan bisnis, dan peningkatan kesejahteraan hidup, lingkungan kerja juga menjadi sumber stress yang memberikan dampak negative terhadap kesehatan mental bagi semua orang yang berinteraksi di lingkungan kerja tersebut, diantaranya pejabat, pemimpin dan pegawai atau karyawan. Maka dari itu peranan lingkungan kerja dalam kehidupan manusia tidak dapat dianggap remeh.

Stress di lingkungan kerja merupakan masalah yang mengakibatkan gangguan mental. Stress yang sering muncul di lingkungan kerja, diantaranya adalah:

- a. Kurang terjaminnya kesejahteraan, honor atau gaji serta tunjangan yang diterima tidak mencukupi untuk kebutuhan sehari-hari yang berakibat kekecewaan.
- b. Konflik dengan teman, atasan, kolega di lingkungan kerja
- c. Tidak ada kesesuaian antara pekerjaan yang sedang dijalani dengan passion serta kemampuan dirinya.
- d. Adanya persaingan yang tidak sehat antar karyawan atau pimpinan
- e. Beban kerja yang tidak sebanding dengan honor yang dibayarkan.

- f. Lingkungan kerja yang kurang kondusif, misalnya terlalu bising, kotor, sumpek, ventilasi udara yang tidak ideal
- g. Kurangnya waktu untuk istirahat
- h. Rutinitas kerja yang terlalu padat sehingga kurang hari libur
- i. Antara pemimpin dan karyawan tidak ada komunikasi yang terbuka
- j. Tidak adanya penataan yang baik dalam hal jenjang karir atau kenaikan pangkat/golongan
- k. Pegawai/ karyawan kurang diberikan kesempatan untuk menunaikan ibadah sesuai keyakinan
- l. Kurangnya kesempatan untuk menunaikan ibadah sesuai keyakinan bagi pegawai/karyawan

Apabila dalam suatu lembaga atau perusahaan terdapat masalah-masalah seperti tersebut di atas akan mengakibatkan stagnasi produktifitas kerja di kalangan pimpinan atau karyawan yang akhirnya dapat mengakibatkan bangkrutnya suatu lembaga atau perusahaan.

Untuk menciptakan kondisi yang kondusif hendaknya para pimpinan lembaga pemerintah/swasta perlu memperhatikan kesehatan mental para bawahannya serta membangkitkan kiat-kiat untuk mencegah terjadinya masalah mental seperti gangguan emosional dengan meminimalisir sumber yang dapat menyebabkan stress berlebih. Sehingga akan tercapai keberhasilan, keuntungan serta produktivitas kerja para karyawan/ pegawai.

4) Kesehatan mental di bidang politik

Kesehatan mental juga sangat diperlukan di bidang politik. Adanya pemalsuan ijazah, money politik, KKN, khianat kepada rakyat dan stress yang menimbulkan perilaku agresif karena

gagal menjadi calon legislative merupakan gangguan mental pada ranah ini.

Contoh fenomena mengenai gangguan mental pada bidang politik ini adalah, presiden Nixon yang pernah mengalami ketidakstabilan emosi saat menghadapi skandal Watergate, dan Thomas Eagleton yang mengalami depresi akibat gagal dari pencalonannya sebagai wakil presiden dari partai demokrat di Amerika. Sampai akhirnya ia menjalani perawatan melalui *electroshock therapy*.

5) Kesehatan mental di bidang hukum

Untuk dapat mendeteksi tingkat kesehatan mental terdakwa atau para saksi saat proses pengadilan berlangsung, seorang hakim perlu memiliki pemahaman mengenai kesehatan mental yang mana akan sangat berpengaruh terhadap pengambilan keputusan hukum. Tidak hanya hakim, setiap individu yang terlibat di bidang hukum seharusnya memiliki mental yang sehat, sehingga dengan terbentuknya mental yang sehat, individu lebih mampu bekerja sesuai tugasnya.

6) Kesehatan mental kehidupan beragama

Ada bermacam-macam pendekatan yang digunakan dalam mengatasi gangguan mental pada individu. Pendekatan agama merupakan pendekatan yang paling lama diterapkan dibandingkan dengan pendekatan-pendekatan lainnya. Pendekatan agama ini merupakan bentuk pendekatan dalam penyembuhan gangguan psikologis. Hal tersebut dibuktikan dengan penyebaran agama yang dilakukan para nabi melakukan *therapeutic* dalam penyembuhan penyakit rohani umat, pada beberapa abad yang lalu.

Semakin kompleks kehidupan individu, maka semakin penting penerapan kesehatan mental yang bersumber dari agama dalam rangka mengembangkan kesehatan mental

manusia serta mengatasi gangguan mental yang tengah dihadapinya.

Di era revolusi industri 4,0 ini dialog keagamaan dengan para ahli agama sangat diperlukan karena ada kecenderungan individu yang mulai memudar terhadap nilai-nilai agama, sehingga setiap individu akan dapat mengatasi permasalahan kehidupan melalui pendekatan agama yang akan membentuk mental yang sehat.

2.2.2 Prinsip-Prinsip Kesehatan Mental

Prinsip-prinsip kesehatan mental merujuk pada hakikat kesehatan mental serta kriterianya, yaitu kondisi yang dapat membentuk hubungan antara kesehatan mental, kepribadian dengan aspek aspek lainnya yang beragam. Menurut Schneiders, prinsip-prinsip kesehatan mental didasarkan pada beberapa kategori (Schneiders, 1964) yaitu:

- a. kondisi jasmani yang baik dan integritas organism tergantung pada kesehatan mental dan penyesuaian diri
- b. Perilaku individu harus sesuai dengan hakikatnya sebagai manusia yang memiliki moral, intelektual, agama, emosional dan sosial agar kesehatan mental dan penyesuaian diri selalu terjaga
- c. Integrasi dan control diri, baik dalam cara berfikir, berimajinasi, memuaskan keinginan, mengekspresikan keinginan serta bertindak laku diperlukan untuk tercapainya kesehatan mental dan penyesuaian diri.
- d. Pengetahuan dan pemahaman diri yang luas mengenai diri sendiri (*self insight*) sangat diperlukan dalam mencapai dan memelihara kesehatan mental dan penyesuaian diri
- e. Kesehatan memerlukan konsep diri (pengetahuan dan sikap terhadap kondisi fisik dan psikis diri sendiri)

secara sehat yang meliputi penerimaan diri serta penghargaan terhadap status diri sendiri secara realistic dan wajar.

- f. Pemahaman diri (*self insight*) dan penerimaan diri (*self acceptance*), hendaknya disertai dengan upaya-upaya perbaikan diri (*self improvement*) serta perwujudan diri agar tercapai kesehatan mental dan penyesuaian diri.
 - g. Mengembangkan moral yang luhur dari dalam diri sendiri, misalnya dengan mengembangkan sikap adil, hati-hati, keteguhan hati, semangat, integritas pribadi, rendah hati, kejujuran, dan segala bentuk sikap positif yang dapat dikembangkan yang berhubungan dengan perkembangan moral masing-masing individu dilakukan dalam mencapai kestabilan kesehatan mental dan penyesuaian diri yang baik.
 - h. Pencapaian dan pemeliharaan kesehatan mental dan penyesuaian diri bergantung pada penanaman dan pengembangan kebiasaan yang baik (*good habits*).
 - i. Kemampuan melakukan perubahan sesuai dengan keadaan (kondisi lingkungan) dan kepribadian sangat diperlukan untuk tercapainya kestabilan mental dan penyesuaian diri.
 - j. Untuk mencapai kematangan berfikir, mengambil keputusan, mengekspresikan emosi dan melakukan tindakan diperlukan usaha yang terus menerus bagi kesehatan mental dan penyesuaian diri.
 - k. Belajar mengatasi konflik dan frustrasi serta ketegangan-ketegangan secara efektif sangat diperlukan untuk tercapainya kesehatan mental dan penyesuaian diri.
- 1) Prinsip berdasarkan hubungan manusia dengan lingkungannya

- a. Kesehatan mental dan penyesuaian diri bergantung pada hubungan antar pribadi yang harmonis, terutama dalam kehidupan keluarga
 - b. Penyesuaian diri yang baik serta ketenangan batin bergantung pada kepuasan dalam bertindak, misalnya dalam bekerja.
 - c. Sikap yang realistis, termasuk penerimaan terhadap kenyataan secara sehat dan obyektif untuk mencapai kesehatan mental dan penyesuaian diri.
- 2) Prinsip berdasarkan hubungan manusia dengan Tuhan
- a. Kestabilan mental tercapai dengan perkembangan kesadaran terhadap dzat yang lebih luhur daripada dirinya sendiri tempat ia bergantung, yakni Tuhan.
 - b. Kesehatan mental dan ketenangan batin (*equanimity*) dicapai dengan kegiatan yang tetap dan teratur dalam hubungan manusia dengan Tuhan, misalnya melalui shalat dan berdoa

2.2.3 Tujuan Kesehatan Mental bagi Kehidupan Individu

Setiap manusia mempunyai keinginan untuk dapat hidup bahagia, nyaman, sejahtera dan sesuai keinginannya, baik secara pribadi maupun dalam kelompoknya. Kesehatan mental memegang peranan yang sangat penting dalam upaya untuk mencapai keinginan-keinginan tersebut. Tujuan kesehatan mental menurut Sudari adalah:

- a. Mengusahakan agar manusia mempunyai kemampuan yang sehat
- b. Mengusahakan penyebab timbulnya gangguan mental dan penyakit mental dapat dicegah.
- c. Mengusahakan penyebab berkembangnya macam-macam gangguan mental dan penyakit mental dapat dicegah.

d. Melakukan penyembuhan terhadap gangguan dan penyakit mental(Sundari S, 2005).

e.

2.3 KONSEP STIGMA GANGGUAN JIWA

2.3.1 Pengertian

Stigma dalam konteks kehidupan social menunjuk pada ciri negatif yang melekat pada diri seseorang karena dianggap ternoda, memiliki perilaku tercela atau menyimpang (Santosa, 2015). Stigma adalah suatu sikap atau reaksi emosional yang muncul dalam masyarakat kepada penderita gangguan jiwa dengan cara mengucilkan atau merendahnya (Soewadi, 1997).

Gangguan jiwa bukanlah sebagai akibat dari penyimpangan social maupun konflik dengan masyarakat, melainkan merupakan psikologik atau pola perilaku yang ditunjukkan pada individu yang menunjukkan distress, penurunan kualitas kehidupan dan disfungsi (Stuart,2013)

Stigma terhadap gangguan jiwa sulit didefinisikan karena meliputi aspek yang luas, tetapi disepakati mengandung konotasi kemanusiaan yang kurang, sikap yang muncul dalam masyarakat yang mengucilkan anggota masyarakat yang memiliki kelainan jiwa. Dapat diartikan pula sbagai keyakinan atau kepercayaan yang salah yang lebih sering merupakan kabar angin yang dihembuskan berdasarkan reaksi emosi untuk mengucilkan dan menghukum mereka yang sebenarnya memerlukan pertolongan keyakinan atau kepercayaan yang salah yang lebih sering merupakan kabar angin yang dihembuskan berdasarkan reaksi emosi untuk mengucilkan dan menghukum mereka yang sebenarnya memerlukan pertolongan Longhorn (1984),

Stigma gangguan jiwa dalam penelitian ini didfinisikan sebagai sebuah fenomena social mengenai sikap masyarakat terhadap orang yang mengalami gangguan jiwa dan mnunjukkan

abnormalitas pada pola perilakunya, serta dipandang memiliki identitas sosial yang menyimpang, sehingga membuat masyarakat tidak dapat menerima sepenuhnya, sehingga masyarakat cenderung bersikap mendeskreditkan dan diskriminatif

2.3.2 Aspek-Aspek Stigma Gangguan Jiwa

Aspek utama yang menjadi penyebab terjadinya mental illness stigma adalah sebagai berikut:

1) Cognitive

a. Stereotypes

Stereotypes adalah cara pandang seseorang terhadap sesuatu yang mana cara pandang tersebut digunakan pada setiap orang atau kelompok. Informasi yang diperoleh akan cenderung untuk menyesuaikan informasi tersebut agar sesuai dengan pemikiran kita. Stereotypes ini akan muncul ketika individu atau kelompok memberi pandangan terhadap individu atau kelompok lain dan akhirnya pandangan tersebut secara tidak sadar menjadi ciri terhadap individu atau kelompok lain tersebut

b. Prejudice

Prejudice adalah penilaian negative yang kurang rasional dapat juga diartikan pendapat yang kurang menyenangkan yang ditujukan kepada individu atau kelompok tertentu yang menjado obyek prejudice. Dapat diartika juga sebagai attitude negative yang ditujukan kepada individu lain yang dapat mempengaruhi tingkah laku individu yang mendapatkannya. Jadi Prejudice merupakan sikap umum terhadap suatau kelompok sehingga merasa gugup, takut, marah jika berada disekitar orang dengan mental illness

2) Behavioral

a. Discrimination

Discrimination adalah perilaku yang ditujukan pada suatu kelompok berdasarkan prejudice (prasangka). Sebagai contoh, seorang majikan mungkin memiliki dua orang yang memiliki kualifikasi yang sama pelamar yang berbeda dalam satu cara — penyakit mental yang serius. Itu keputusan untuk tidak mempekerjakan satu pelamar semata-mata karena penyakit itu diskriminasi. Koneksi antara prasangka dan diskriminasi bisa pedih; “Seseorang dengan mental illness mungkin menyerang saya karyawan lain, oleh karena itu saya tidak akan mempekerjakannya” (Corrigan & Shapiro, 2010).

2.3.3 Faktor-Faktor Stigma Gangguan Jiwa

1) Untuk menjelaskan faktor-faktor penyebab terjadinya stigmatisasi terhadap mental illness, penulis menggunakan dua teori dalam studi ini untuk menelusuri lebih dalam mengenai latar belakang timbulnya stigma tersebut.

a. Teori Demonologi The Merriam-Webster Dictionary. Dalam teori ini dikemukakan bahwa dari segi etimologi kata demon adalah kata Yunani “daimon” yang berasal dari sebuah kata kerja, “daiesthai” artinya membagi (to divide), menyalurkan (distribute). Dalam bahasa Yunani Modern, “daimon” (Greek: δαίμων) mempunyai makna yang sama dengan kata demon dalam bahasa Inggris Modern yaitu setan atau iblis, tetapi di dalam bahasa Yunani Kuno, (δαίμων) artinya roh, jiwa. (Demon, 2008)

Secara terminologi, demonologi adalah telaah tentang takhyul, yang kuno dan yang modern, tentang roh jahat (demon) dan pengaruh yang diduga keras terhadap manusia dan terhadap peristiwa-peristiwa alam. Sedangkan dalam faham psikologi, istilah ini digunakan sebagai model yang dipakai untuk menjelaskan sebab terjadinya

abnormalitas pada pola perilaku manusia yang dikaitkan dengan supranatural atau hal gaib yang disebut dengan model demonologi (demonological model) (Jeffry, 2003)

Model demonologi ini dalam klasifikasi mengenai etiologi penyakit (etiology of illness) yang didasarkan kepada kepercayaan selalu ada hampir pada semua sistem kesehatan masyarakat, yang dikenal dengan etiologi personalistik, yaitu keadaan sakit yang dipandang sebagai sebab adanya campur tangan agen (perantara) seperti makhluk halus, jin, setan, atau roh-roh tertentu. Etiologi personalistik ini digunakan untuk membedakan kepercayaan mengenai penyakit yang ditimbulkan oleh adanya gangguan sistem dalam tubuh manusia yang disebabkan oleh kesalahan mengkonsumsi makanan, pengaruh lingkungan, kebiasaan hidup, kemudian dikenal dengan etiologi naturalistik (Foster dan Anderson, 1978)

Teori demonologi menyebutkan bahwa Mental Illness disebabkan karena adanya unsur gaib seperti setan, roh jahat, atau sebagai hasil perbuatan dukun jahat. Menurut Kartini Kartono, dalam teori demonologi ada dua tipe Mental Illness. Yaitu tipe Mental Illness yang jahat, yang dianggap berbahaya dapat merugikan serta membunuh orang lain dan tipe Mental Illness yang baik. Di dalam tipe ini gejala epilepsi (ayan) dianggap sebagai 'penyakit suci' dan karena anggapan ini pula beberapa di antara bekas penderita ayan ini diperkenankan memberikan pengobatan kepada pasien-pasien melalui doa-doa, sembahyang dan penebusan dosa (Kartono, 2003).

b. Teori Labelling

Dalam teori labeling orang berperilaku normal atau tidak normal, menyimpang atau tidak menyimpang,

tergantung pada bagaimana orang lain (orang tua, keluarga, masyarakat) menilainya. Penilaian itu ditentukan oleh kategorisasi yang sudah melekat pada pemikiran orang lain tersebut. Segala sesuatu yang dianggap tidak termasuk ke dalam kategori-kategori yang sudah dianggap baku oleh masyarakat otomatis akan dianggap menyimpang (Kartono, 2003).

Para ahli teori sosial-budaya berpendapat bahwa apabila labelling (sebutan) “penyakit mental” digunakan, maka sulit sekali menghilangkannya. Labelling akan berpengaruh pada bagaimana orang lain akan memberikan respon kepada orang dengan Mental Illness. Dengan sebutan “sakit jiwa” maka orang lain memberi stigma kepada orang tersebut. Sehingga bagi mereka peluang pekerjaan menjadi tertutup, persahabatan dapat terputus, dan makin lama makin diasingkan oleh masyarakat. (Yustinus, 2006)

2.3.4 Mekanisme Stigma

Mekanisme stigma dikemukakan oleh Major & O'Brien (2014), yakni meliputi:

1) Perilaku stereotype dan diskriminasi

Pada mulanya seseorang yang dikenai stigma mendapatkan perlakuan yang negatif dari lingkungannya kemudian berlanjut pada diskriminasi. Diskriminasi ini secara terus menerus dapat menimbulkan stigma.

2) Proses pemenuhan harapan

Orang yang di stereotipe menyebabkan orang tersebut distigma. Sebaiknya tidak terlalu terpengaruh dengan perilaku seterotip atau prasangka yang ditujukan apabila ingin mengembangkan diri.

- 3) Perilaku stereotype akan muncul secara otomatis karena adanya budaya atau stereotype yang berkembang di dalam masyarakat. Pada umumnya masyarakat mengetahui bahwa objek yang dikenai stigma memiliki hal yang membuat masyarakat enggan untuk menjalin interaksi. Sehingga stigma dapat mempengaruhi kelompok lain untuk memberikan stigma.
- 4) Stigma membuat seseorang terancam identitas sosialnya. Orang yang menjadi objek stigma meyakini bahwa prasangka dan stereotype terhadap dirinya itu benar dan merupakan identitas pribadi.

Stigma gangguan jiwa adalah pandangan negatif masyarakat berupa prasangka, diskriminasi dan stereotipe terhadap individu yang mengalami gangguan jiwa, diukur menggunakan Peer Mental Illness Stigmatization Scale (PMISS) dipopulerkan oleh Lynn McKeague (2015).

2.3.5 Respon Stigma

Respon adalah reaksi, tanggapan atau jawaban atas stimulus yang ada (Purwodarminto, 2006). Respon stigma adalah reaksi, tanggapan seseorang terhadap stigma yang dialami sebagai stimulus. Stigma yang diartikan sebagai stimulus dapat memberikan respon berbagai macam termasuk respon kehilangan. Respon kehilangan terdiri dari menyangkal, marah, menawar, depresi dan menerima.

2.3.6 Dampak Stigma

Beberapa dampak yang ditemukan dari hasil Penelitian Phulf (Simanjutak, 2015) diantaranya adalah:

- 1) Stigma sulit mencari bantuan

- 2) Stigma membuat semakin sulit memulihkan kehidupan karena stigma dapat menyebabkan erosinya self-confidence sehingga menarik diri dari masyarakat
- 3) Stigma menyebabkan diskriminasi sehingga sulit mendapatkan akomodasi dan pekerjaan
- 4) Masyarakat menjadi lebih kasar dan kurang manusiawi sehingga keluarganya menjadi lebih terhina dan terganggu.

Dampak dari stigma terhadap penderita gangguan jiwa bukan hanya pada individu itu sendiri, tetapi akan berdampak pula pada keluarga dan masyarakat:

- 1) Dampak pada individu

Stigma akan membuat individu menjadi kehilangan harga diri, mempunyai penilaian negative pada diri sendiri (self-stigma), ketakutan, merasa diasingkan, kehilangan kesempatan kerja karena diskriminasi, mengalami depresi dan meningkatnya kecambuhan (Goffmand, 2014).

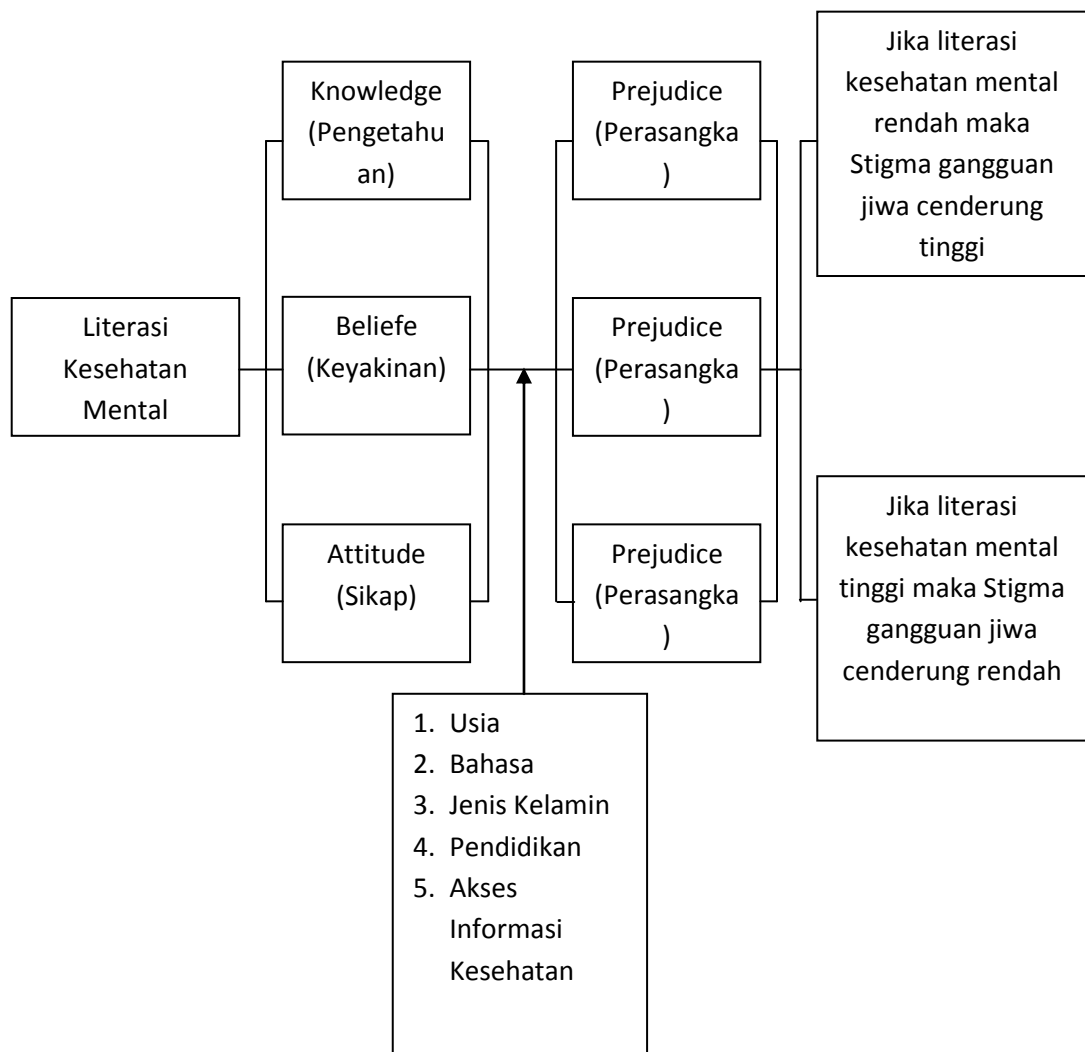
- 2) Dampak stigma pada keluarga

Stigmatisasi juga berdampak terhadap keluarga dalam memberikan asuhan pada klien. Pemberian asuhan dari keluarga umumnya berbentuk dukungan fisik, emosional, finansial dan bantuan yang paling rendah dalam aktifitas sehari-hari. Dampak yang ditimbulkan dapat berupa beban finansial, kekerasan dalam rumah tangga, penurunan kesehatan fisik dan mental pada keluarga pengasuh, aktifitas rutin keluarga terganggu, kekhawatiran menghadapi masa depan, stress, dan merasa tidak dapat menanggulangi masalah (Carol, 2004).

Dampak lain dari stigma pada anggota keluarga adalah harus menyesuaikan kebiasaan klien seperti menurunnya motivasi, kesulitan menyelesaikan tugas, menarik diri dari orang lain, ketidakmampuan mengatur keuangan, defisit

perawatan diri, makan dan kebiasaan tidur sehingga dapat menguras konsentrasi dari keluarga. Dengan demikian stigma bagi keluarga adalah hal yang menakutkan, merugikan, menurunkan harga diri keluarga, memalukan, sesuatu yang perlu dirahasiakan, tidak rasional, kemarahan, sesuatu yang kotor, keputusan dan keadaan tidak berdaya.

Dampak stigma pada masyarakat apabila masyarakat meyakini benar terhadap stigma dan berlangsung lama, maka akan berpengaruh pada konsep diri dalam kelompok atau masyarakat. Masyarakat akan menampilkan perilaku frustrasi dan tidak nyaman di masyarakat akibat stigma (Herman & Smith, 2013).

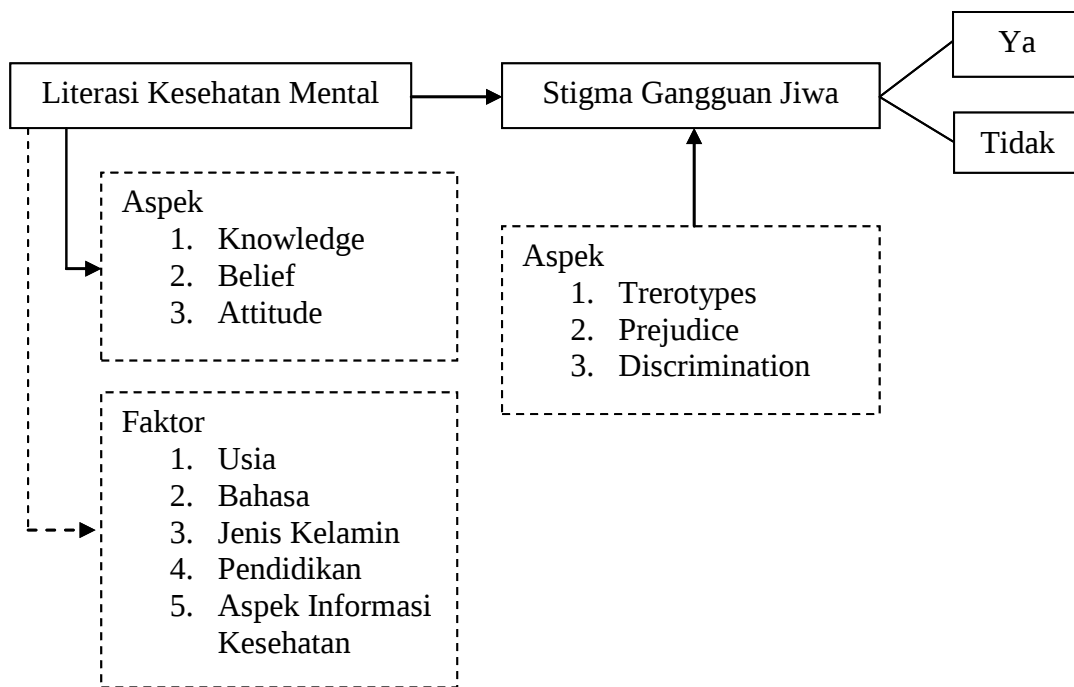


Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Keterangan :

 : Variabel yang tidak diteliti

 : Variabel yang diteliti

————> : Hubungan yang diteliti

- - - - -> : Hubungan yang tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan jawaban sementara terhadap pertanyaan peneliti mengenai hubungan antar variabel yang merupakan jawaban peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian (Dharma, 2011). Hipotesis terbagi menjadi dua yaitu sebagai berikut:

- 3.2.1 Hipotesis kerja atau hipotesis alternative disingkat H_a , yaitu hipotesis yang menyatakan hubungan antara variabel X dan variabel Y atau adanya perbedaan antara dua kelompok.
- 3.2.2 Hipotesis nol disingkat H_0 , yaitu hipotesis yang menyatakan tidak ada perbedaan antara dua variabel atau tidak adanya hubungan antara variabel X dan variabel Y

Peneliti merumuskan hipotesis sebagai berikut:

H_a :Ada Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo

H_0 :Tidak Ada Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuantitatif Korelasional dengan pendekatan cross sectional yaitu peneliti melakukan pengukuran terhadap variabel bebas dan variabel terikat yang pengumpulan datanya dilakukan pada satu periode tertentu dan pengamatan hanya dilakukan satu kali selama penelitian.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah 1 orang/KK sebanyak 60 orang di RT 01 RW 04 Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo.

4.2.2 Sampel

Adapun rumus *slovin* sebagai berikut :

$$n = \frac{N}{1 + N (e^2)}$$

$$n = \frac{60}{1 + 60 (0,05^2)}$$

$$n = \frac{60}{1,15}$$

$$n = 52$$

Keterangan :

n : jumlah sampel

N : jumlah populasi

e² : Tingkat penyimpangan

Jadi sampel yang akan digunakan 52 orang. Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini didasarkan pada kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria Inklusi

Kriteria inklusi adalah kriteria atau ciri - ciri yang perlu dipenuhi oleh setiap anggota, populasi yang dapat diambil sebagai sampel (Notoatmodjo, 2014). Kriteria inklusi penelitian ini adalah:

- 1) Orang pertama yang ditemui dirumahnya
- 2) Berusia 20-70 tahun

b. Kriteria Eksklusi

Kriteria eksklusi adalah kriteria atau ciri – cirri anggota populasi yang tidak bisa menjadi sebagai sampel (Notoadmojo, 2014). Kriteria eksklusi penelitian ini adalah:

- 1) Orang yang tidak bisa membaca dan menulis
- 2) Orang yang tidak bersedia menjadi responden.

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di RT 01 RW 4 Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo karena di RT tersebut memiliki jumlah KK terbanyak diantara RT yang lain.

4.4 Waktu Penelitian

Kegiatan	Sep	Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul
Pengajuan judul dan pembimbingan	√										
Penyusunan Proposal		√									
Sidang				√							

proposal											
Penelitian									√		
Penyusunan Hasil dan pembahasan									√		
Sidang akhir skripsi											√

Tabel 4.1 Waktu Penelitian

4.5 Definisi Operasional

Variabel	Definisi	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Operasional				
Literasi Kesehatan Mental	Pengetahuan, keyakinan, dan sikap individu mengenai Kesehatan mental yang bertujuan untuk membantu mereka mengenali gangguan mental	Diukur menggunakan skala Mental Health Literacy Questionnaire. Pengukuran dilakukan dengan membuat pertanyaan sejumlah 27 dengan criteria pengukuran sebagai berikut: 1. Ada 27 pertanyaan, jika menjawab benar	1. Literasi Rendah 2. Literasi Sedang 3. Literasi tinggi	Ordinal

		akan mendapatkan skor 1 dan jika salah mendapatkan skor 0		
		2. Skor tertinggi yang didapatkan adalah 27 dengan hasil sebagai berikut:		
		• Rendah: 0-9 • Sedang: 10-18 • Tinggi: 19-27		
Stigma Gangguan Jiwa	Pandangan negative masyarakat berupa prasangka, diskriminasi dan stereotype terhadap individu yang mengalami gangguan jiwa	Diukur menggunakan Peer Mental Illness Stigmatization Scale (PMISS). Pengukuran dilakukan dengan membuat pertanyaan sejumlah 15 dengan kriteria pengukuran sebagai berikut:	1. Stigma Rendah 2. Stigma Sedang 3. Stigma Tinggi	Ordinal
		4. Ada 15 pertanyaan, jika menjawab benar akan mendapatkan skor 1 dan jika salah		

mendapatkan skor
0
5. Skor tertinggi
yang didapatkan
adalah 15 dengan
hasil sebagai
berikut:
• Rendah: 0-5
• Sedang: 6-10
• Tinggi: 11-

Tabel 4.2 Definisi Operasional

4.6 Pengumpulan Data

4.6.1 Sumber Data

Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber kedua (Nufian, 2018). Data sekunder yang diambil peneliti berupa buku pustaka, skripsi, jurnal nasional dan Jurnal internasional yang memiliki kerkaitan dengan pembahasan yang diteliti.

4.6.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Data Responden

Data responden meliputi nama, alamat, riwayat pendidikan , penghasilan dan usia. Data data ini diperoleh dari lembar kuesioner yang diisi oleh Masyarakat Desa Soko.

b. Data Literasi Kesehatan Mental dan Stigma Gangguan Jiwa

Data Literasi Kesehatan Mental dan Stigma Gangguan Jiwa diperoleh dari Kuesioner yang diberikan kepada responden.

c. Alur Pengumpulan Data

Pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti dengan cara mendatangi Desa yang dituju. Adapun prosedur dalam penelitian ini adalah :

- 1) Melakukan penyusunan proposal.
- 2) Meminta surat perijinan untuk melakukan studi pendahuluan.
- 3) Mendapatkan ijin dari Ketua STIKES dr. Soebandi Jember.
- 4) Mengajukan permohonan ijin kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.
- 5) Mengajukan permohonan ijin kepada Kepala Puskesmas Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo
- 6) Mendapatkan ijin Kepala Puskesmas Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo
- 7) Melakukan penyusunan proposal.
- 8) Melakukan uji etik.
- 9) Meminta surat perijinan untuk melakukan penelitian.
- 10) Mendapatkan ijin dari Ketua STIKES dr. Soebandi Jember.
- 11) Mengajukan permohonan ijin kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik.
- 12) Mengajukan permohonan ijin kepada Kepala Puskesmas Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo
- 13) Peneliti terlebih dahulu menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, apabila responden bersedia diteliti maka responden dianjurkan untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi responden.
- 14) Bila responden bersedia, maka calon responden diminta mendatangi surat pernyataan bersedia menjadi responden.
- 15) Responden diminta mengisi Lembar Kuesioner yang sudah disediakan peneliti dan dikumpulkan kembali kepada peneliti setelah menjawab pertanyaan.
- 16) Evaluasi hasil isi lembar Kuesioner dari responden.
- 17) Ujian skripsi.

4.6.3 Alat/ Instrumen Pengumpulan Data

Alat pengumpulan data menggunakan:

- a. Lembar kuesioner Mental Health Knowledge Questionnaire (MHKQ) untuk mencari data Literasi Kesehatan mental
- b. Lembar kuesioner Peer Mental Illness Stigmatization Scale (PMISS) untuk mencari data Stigma Gangguan Jiwa

4.6.4 Uji Validitas dan Reabilitas

1) Uji Validitas

Untuk mengetahui valid tidaknya suatu kuesioner dari masing-masing variable tersebut perlu dilakukan pengujian validitas menggunakan Pearson Produk Momen. Ada 27 dan 15 kuesioner yang telah diisi oleh 50 responden. Untuk mengetahui kuesioner mana yang valid dan tidak valid, terlebih dahulu harus dicari r tabelnya terlebih dahulu, r tabel 50 = 0,279. Dari hasil perhitungan validitas, diketahui bahwa r hitung $>$ r tabel. Semua kuesioner dinyatakan valid karena r hitung lebih besar dari r tabel.

2) Uji Reliabilitas

Untuk mengukur konsisten atau tidaknya kuesioner dalam penelitian perlu dilakukan uji reabilitas, dan digunakan untuk mengukur pengaruh tidaknya variable X dengan variable Y. Sebelum dilakukan pengujian reliabilitas harus ada dasar pengambilan keputusan yaitu cronbach's alpha sebesar 0,60. Variabel dapat dianggap reliabel apabila nilai variabel tersebut lebih besar dari 0,60 jika lebih kecil maka variabel yang diteliti tidak bisa dikatakan reliabel karena $<0,60$. Hasil uji reabilitas pada variable pertama dan kedua adalah .747 dan .710. Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa semua pernyataan pada variable ini dinyatakan reliable atau dapat dipercaya.

4.7 Pengolahan dan Analisa Data

4.7.1 Pengolahan Data

Pengolahan data pada dasarnya merupakan suatu proses untuk memperoleh penyajian data dan kesimpulan yang baik, data yang diperoleh dari penelitian masih mentah, belum dapat memberikan informasi, maka diperlukan pengolahan data (Notoadmojo, 2010).

a. Editing

Hasil observasi atau pengamatan dari lapangan harus dilakukan penyuntingan (editing) terlebih dahulu. Secara umum editing adalah kegiatan untuk pengecekan dan perbaikan isian formulir atau lembar kuesioner.

b. Coding

Mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi data bilangan. Koding atau pemberian kode ini sangat berguna dalam memasukkan data (data entri).

c. Memasukkan Data (Data Entri) atau Prosessing

Data, yakni jawaban-jawaban dari masing-masing responden yang dalam bentuk “kode” (angka atau huruf) dimasukkan ke dalam program atau “software” computer. Software komputer ini bermacam-macam, masing-masing mempunyai kelebihan dan kekurangannya.

4.7.2 Analisis Data

Analisis data dilakukan secara bertahap, yang meliputi analisis univariat dan analisis bivariat, sebagai berikut:

a. Analisis univariat

Dalam pengambilan analisa data, variabel X (Literasi Kesehatan Mental), sedangkan variabel Y (Stigma Gangguan Jiwa). Dalam penelitian ini untuk menguji hipotesis deskriptif menggunakan uji dalam bentuk distribusi frekuensi dan presentase dari tiap variabel.

b. Analisis bivariat

Analisa data dalam penelitian ini menggunakan analisis bivariat, yaitu untuk melihat hubungan antara variabel independen dan

variabel dependen. Dari kedua variabel diperoleh data dalam bentuk skala ordinal dan nominal. Maka dalam jenis statistika termasuk dalam metode non parametrik. Uji yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan Uji Rank Spearman. untuk melihat ada tidaknya hubungan diantara kedua variabel. Hasil uji dari statistik akan diperoleh nilai p , dimana dalam penelitian ini digunakan tingkat bermakna jika mempunyai nilai $p \leq 0,005$ yang berarti H_0 ditolak dan H_a diterima dan dikatakan tidak bermakna jika mempunyai nilai $p > 0,005$ yang berarti H_0 diterima dan H_a ditolak.

4.8 Etika Penelitian

4.8.1 Lembar persetujuan menjadi responden

Calon responden diminta menandatangani lembar persetujuan menjadi responden, semua calon responden bersedia menandatangani lembar persetujuan menjadi responden

4.8.2 Anonimity (tanpa nama)

Untuk menjaga kerahasiaan identitas responden, peneliti tidak mencantumkan responden pada lembar pengumpulan data yang diisi pada lembar tersebut hanya berisi inisial nama responden.

4.8.3 Confidentiality (kerahasiaan)

Untuk menjaga kerahasiaan yang diberikan oleh responden dengan tidak menceritakan kepada pihak yang tidak berkepentingan dan data yang didapat dari responden hanya untuk skripsi

BAB V

HASIL

5.1 Karakteristik Responden

Penelitian ini dilakukan di RT 01 RW 04 Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo dengan responden yang terlibat berjumlah 52 orang. Dimana demografi yang akan diteliti dalam penelitian ini meliputi jenis kelamin, usia, dan pekerjaan, Gambaran distribusi karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 5.1

Tabel 5.1 Data Demografi

Karakteristik Responden	N (%)
Jenis Kelamin	
Laki-laki	17 (32,7)
Perempuan	35 (67,3)
Usia	
20-39 tahun	18 (34,6)
40-59 tahun	24 (46,2)
≥ 60 tahun	10 (19,2)
Pekerjaan	
Ibu Rumah Tangga	19 (36,5)
Petani	4 (7,7)
Swasta	5 (9,6)
Guru	3 (5,8)
Mahasiswa	2 (3,8)
Pedagang	3 (5,8)
Buruh	2 (3,8)
Pensiunan	2 (3,8)
Lain-Lain	12 (23,1)

Berdasarkan Tabel 5.1 dari total 52 responden yang ikut serta dalam penelitian ini, responden yang berjenis kelamin laki-laki sebesar 32,7% yaitu 17 orang dan perempuan 67,3%. Yaitu 35 orang.

Pada penelitian ini terlihat bahwa jumlah responden perempuan lebih banyak dibandingkan responden laki-laki.

Karakteristik responden berdasarkan usia dibagi menjadi 3 kategori yaitu usia 20-39 tahun, 40-59 tahun dan ≥ 60 tahun. Berdasarkan Tabel 5.1 diketahui bahwa responden yang berusia tahun sebanyak 34,6% yaitu 18, responden yang berusia 40-59 tahun adalah 46,2% yaitu 24, dan responden yang berusia ≥ 60 tahun sebesar 19,2%. Yaitu 10. Pada penelitian ini sebagian besar responden berusia 20-39 tahun, yaitu sebanyak 81 responden (34,6%). Usia 20-39 tahun merupakan usia produktif. Dapat disimpulkan bahwa lebih dari setengah responden berada pada kategori usia produktif.

Berdasarkan pekerjaan, karakteristik responden pada penelitian ini dibagi menjadi 9 macam pekerjaan. Pekerjaan tersebut terdiri dari ibu rumah tangga, petani, swasta, guru, mahasiswa, pedagang, buruh, pensiunan, dan pekerjaan lain-lain. Jumlah responden ibu rumah tangga yaitu sebesar 36,5%, jumlah responden petani sebanyak 7,7%, jumlah responden swasta sebanyak 9,6%, jumlah responden guru dan pedagang adalah 5,8%, jumlah responden mahasiswa, buruh, dan pensiunan yaitu 3,8%, dan jumlah responden dengan pekerjaan lain sebanyak 23,1%.

5.2 Literasi Kesehatan Mental dan Stigma Gangguan Jiwa

Hasil analisis mengenai literasi kesehatan mental dan stigma gangguan jiwa masyarakat desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo meliputi nilai minimum, nilai maksimum, rata-rata, dan standar deviasi. Hasil analisis tersebut terdapat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2
Nilai minimum, nilai maksimum, rata-rata, dan standar deviasi

Variabel	Nilai Min	Nilai Maks	Rata-Rata	Standar Deviasi
Literasi	12	27	23,48	3,31

Kesehatan				
Mental				
Stigma	2	13	6,94	2,53
Gangguan				
Jiwa				

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 5.2 didapatkan bahwa skor terkecil (minimum) pada variabel literasi kesehatan mental yakni sebesar 12 dan skor terbesar (maximum) sebesar 27. Nilai rata-rata sebesar 23,48 dan standar deviasi sebesar 3,31. Sementara untuk variabel stigma gangguan jiwa memiliki skor terkecil (minimum) yakni sebesar 2 dan memiliki skor terbesar (maximum) sebesar 13,00 dengan nilai rata-rata sebesar 6,94 dan standar deviasi sebesar 2,53.

Hasil analisis literasi kesehatan mental berdasarkan kategori dibagi menjadi literasi sedang dan literasi tinggi. Hasil analisis stigma gangguan jiwa berdasarkan kategori dibagi menjadi stigma rendah, stigma sedang, dan stigma tinggi. Hasil analisis tersebut terdapat pada Tabel 5.3.

Tabel 5.3

Hasil analisis stigma gangguan jiwa berdasarkan kategori

Variabel	Kategori	Jumlah Responden	Persentase (%)
Literasi kesehatan mental	Sedang	3	5,8
	Tinggi	49	94,2
Stigma gangguan jiwa	Rendah	12	23,1
	Sedang	35	67,3
	Tinggi	5	9,6

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 5.3 didapatkan bahwa hasil analisis literasi kesehatan mental pada kategori sedang sejumlah 5,8% dan pada kategori tinggi sebanyak 94,2%. Literasi kesehatan mental pada penelitian ini didominasi oleh literasi tinggi yaitu sebesar 49 responden. Berdasarkan stigma gangguan jiwa didapatkan kategori

rendah yaitu 23,1%, kategori sedang sebanyak 67,3%, dan kategori tinggi yakni 9,6%. Mayoritas stigma gangguan jiwa pada penelitian ini terdapat pada kategori sedang dengan jumlah 35 responden.

5.3 Hubungan Literasi Kesehatan Mental dengan Stigma Gangguan Jiwa

Hubungan literasi kesehatan mental dengan stigma gangguan jiwa pada penelitian ini dianalisis dengan menggunakan metode Spearman Rho. Hasil analisis tersebut terdapat pada Tabel 5.4.

Tabel 5.4
Hubungan literasi kesehatan mental dengan stigma gangguan jiwa

		Literasi Kesehatan Mental	Stigma Gangguan Jiwa
Literasi	Correlation coefficient	1,000	0,086
Kesehatan	Sig. (2-tailed)		0,542
Mental	N	52	52
Stigma	Correlation coefficient	0,086	1,000
Gangguan	Sig. (2-tailed)	0,542	
Jiwa	N	52	52

Berdasarkan hasil analisis pada tabel 5.4 menunjukkan bahwa koefisien korelasi antara literasi kesehatan mental dan stigma gangguan jiwa adalah 0,086 dengan signifikansi 0,542. Angka signifikansi pada hasil penelitian ini melebihi angka signifikansi yang telah ditetapkan yaitu $>0,05$. Artinya tidak terdapat hubungan antara literasi kesehatan mental dengan stigma gangguan jiwa pada masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo.

Berkaitan dengan besaran harga koefisien korelasi, harga koefisien korelasi berkisar mulai dari 0 (tidak ada korelasi sama sekali) sampai dengan 1 (korelasi sempurna). Dimana jika semakin tinggi harga koefisien korelasinya maka semakin kuat korelasinya, dan sebaliknya.

Berdasarkan harga koefisien korelasi sebesar 0,086 maka bisa dikatakan bahwa variabel Literasi Kesehatan Mental dengan Mental Illness Stigma memiliki korelasi hampir tidak ada korelasi. Adapun kriteria penafsirannya adalah sebagai berikut:

0,00 sampai 0,20, artinya : hampir tidak ada korelasi

0,21 sampai 0,40, artinya : korelasi rendah

0,41 sampai 0,60, artinya : korelasi sedang

0,61 sampai 0,80, artinya : korelasi tinggi

0,81 sampai 1,00, artinya : korelasi sempurna

BAB VI

PEMBAHASAN

6.1 Karakteristik Responden

Berdasarkan hasil penelitian didapatkan bahwa jenis kelamin responden pada penelitian ini lebih banyak perempuan. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Handayani dkk. (2020) yang mendapatkan bahwa jenis kelamin responden didominasi oleh responden perempuan. Hal ini diduga karena perempuan lebih banyak di rumah daripada laki-laki, sehingga ketika penelitian dilakukan lebih mudah ditemui.

Pada penelitian ini usia responden yang ditetapkan sesuai kriteria inklusi yaitu berusia lebih dari atau sama dengan 20 tahun. Menurut Undang-Undang nomor 12 Tahun 2006 tentang Kewarganegaraan Republik Indonesia, batas usia dewasa seseorang adalah 18 tahun. Pada penelitian ini semua responden telah memasuki usia dewasa. Usia merupakan indikator kedewasaan dalam pengambilan suatu keputusan dalam menangani masalah kesehatan (Christy, 2014).

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden sebagai ibu rumah tangga paling banyak diantara pekerjaan lainnya. Menurut Pangastuti (2014) jenis pekerjaan seseorang dapat mempengaruhi tingkat sosial dan interaksi antar individu akibat lingkungan yang berbeda. Seseorang dengan jenis pekerjaan yang dapat memberikan pendapatan tinggi cenderung memiliki literasi kesehatan mental dan stigma gangguan jiwa yang lebih baik.

6.2 Literasi Kesehatan Mental

Berdasarkan hasil penelitian, menunjukkan bahwa literasi kesehatan mental pada penelitian ini dikategorikan dalam literasi tinggi. Kategori literasi kesehatan mental yang digunakan pada penelitian ini yaitu sebagai berikut:

Literasi kesehatan adalah pengemasan ulang hubungan antara pendidikan kesehatan dan pemberdayaan serta berkembang sebagai konsep dalam promosi kesehatan. Pendidikan kesehatan menjadi lebih dari sekedar transmisi informasi dan difokuskan pada pengembangan keterampilan serta percaya diri sehingga dapat membantu orang lain untuk membuat keputusan berdasarkan informasi yang akan memungkinkan mereka untuk menggunakan kendali yang lebih besar pada kehidupan dan kesehatan mereka (Laverack, 2020)

Hasil penelitian ini sesuai dengan Handayani dkk. (2020) yang menyebutkan bahwa hasil literasi kesehatan mental orang dewasa tergolong tinggi. Nilai rerata literasi kesehatan mental yang didapatkan oleh Handayani dkk. (2020) adalah sebesar 73,08 (skala 100). Hasil penelitian Azzahra(2019) mengatakan responden perempuan memiliki tingkat literasi kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan dengan tingkat literasi kesehatan responden laki-laki namun tidak ada perbedaan yang signifikan ($p>0,05$) antara keduanya. Sesuai dengan yang tertera dalam tinjauan pustaka bahwa salah satu factor dari literasi kesehatan mental yaitu jenis kelamin. Jadi jenis kelamin seseorang dapat mempengaruhi tingkat literasi kesehatan mental. Hasil ini lebih baik daripada hasil penelitian Widyana (2019) yang mendapatkan hasil literasi kesehatan mental pada mahasiswa keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya yaitu memiliki literasi sedang. Hal ini menunjukkan bahwa literasi kesehatan mental masyarakat secara umum lebih baik daripada literasi kesehatan mental yang dimiliki oleh mahasiswa. Hal ini diduga karena pada penelitian ini usia responden lebih beragam daripada usia responden pada penelitian Widyana (2019). Oleh karena itu pengalaman berupa kesehatan mental yang dimiliki responden pada penelitian ini juga lebih banyak, sehingga memiliki literasi kesehatan mental yang lebih tinggi.

6.3 Stigma Gangguan Jiwa

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa stigma gangguan jiwa pada penelitian ini dikategorikan memiliki stigma sedang. Kategori stigma gangguan jiwa yang digunakan pada penelitian ini yaitu sebagai berikut:

Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian Sasra (2018) yang menyimpulkan bahwa lebih dari setengah responden yaitu sebanyak 57,4% masyarakat di Jorong Surau Lubuk Kanagarian Tigo Balai Kecamatan Matur Kabupaten Agam memiliki stigma gangguan jiwa yang tinggi. Menurut Putriyani dan Sari (2016) stigma terhadap penderita gangguan jiwa di Indonesia masih sangat kuat. Dengan adanya stigma ini, orang yang mengalami gangguan jiwa terkucilkan dan dapat memperparah gangguan jiwa yang diderita. Pada umumnya penderita gangguan jiwa berat dirawat dan diberi pengobatan di rumah sakit. Setelah membaik dan dipulangkan dari rumah sakit, tidak ada penanganan khusus yang berkelanjutan bagi penderita. Pengobatan penderita gangguan jiwa merupakan sebuah journey of challenge atau perjalanan yang penuh tantangan yang harus berkelanjutan. Penderita gangguan jiwa sulit untuk langsung sembuh dalam satu kali perawatan, namun membutuhkan proses yang panjang dalam penyembuhan.

Hasil ini sesuai dengan tinjauan pustaka yaitu factor teori labeling. Para ahli teori sosial-budaya berpendapat bahwa apabila labelling (sebutan) “penyakit mental” digunakan, maka sulit sekali menghilangkannya. Labelling akan berpengaruh pada bagaimana orang lain akan memberikan respon kepada orang dengan Mental Illness. Dengan sebutan “sakit jiwa” maka orang lain memberi stigma kepada orang tersebut. Jadi mengapa stigma gangguan jiwa masih tinggi karena orang akan member label pada orang dengan gangguan jiwa dan label tersebut tidak akan bisa hilang. Respon menolak orang dengan gangguan jiwa ditandai dengan adanya diskriminasi berupa stigma. Stigma merupakan labeling, pengucilan, dan diskriminasi yang dilakukan seseorang atau kelompok sehingga dapat membatasi orang yang dikenai stigma dalam bersosialisasi sehingga dapat mempersulit hidupnya. Stigma yang diberikan oleh masyarakat adalah menganggap orang dengan gangguan jiwa berbeda dengan yang lain (Purba, 2020)

Hasil ini sesuai dengan hasil penelitian Widyana (2019) yang mendapatkan hasil stigma gangguan jiwa pada mahasiswa keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya yaitu memiliki stigma sedang. Hal ini diduga karena mahasiswa keperawatan memiliki pengetahuan terkait

gangguan jiwa yang lebih baik dibanding masyarakat pada umumnya, sehingga memiliki stigma sedang.

6.4 Hubungan Literasi Kesehatan Mental dengan Stigma Gangguan Jiwa

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan antara literasi kesehatan mental dengan stigma gangguan jiwa pada masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo. Adanya stigma negatif dari masyarakat terkait dengan menjalani pengobatan ke psikolog atau psikiater, seperti pemberian label “sakit jiwa”, “gila” yang berakibat diasingkan atau dijauhi oleh lingkungan di sekitarnya, bahkan menghambat proses penyembuhan bagi penderita (Lestari & Wardhani, 2014). Teori tersebut sejalan dengan faktor yang ada didalam tinjauan pustaka yaitu teori labeling. Hasil ini berbeda dengan hasil penelitian Suryani (2019) yang mendapatkan bahwa terdapat hubungan yang cukup kuat antara literasi kesehatan mental dan level kontak dengan stigma mahasiswa terhadap penderita gangguan jiwa. Hal ini diduga dikarenakan mahasiswa pada penelitian Suryani (2019) memiliki stigma, literasi kesehatan mental dan level kontak yang sedang terhadap penderita gangguan jiwa. Hal ini dapat berdampak pada hubungan literasi kesehatan mental dengan stigma gangguan jiwa yang tinggi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Kartikasari dan Ariana (2020) yang menyatakan bahwa literasi kesehatan mental dan stigma diri memiliki korelasi yang lemah. Seseorang yang memiliki literasi kesehatan mental baik/tinggi berarti ia memiliki pengetahuan mengenai efikasi perawatan gangguan mental yang baik, kesadaran mengenai pentingnya kesehatan mental, mengetahui sumber pencarian bantuan yang tepat ketika mengalami gangguan psikologis, dan mengetahui pekerjaan-pekerjaan yang terkait dengan perawatan kesehatan mental, dimana pandangan stigmatisasi seseorang cenderung turun mengenai hal-hal terkait gangguan mental.

Crowe dkk. (2018) juga menemukan adanya hubungan negatif dan signifikan antara stigma diri dan literasi kesehatan mental. Temuan ini mengindikasikan bahwa stigma diri baik itu dalam hal terkait mencari bantuan atau gangguan mental sama-sama merupakan prediktor yang penting dalam

literasi kesehatan mental. Menurut Kartikasari dan Ariana (2020), stigma diri pada dasarnya adalah proses kelanjutan dari stigma sosial, dimana stigma sosial yang diinternalisasi oleh seseorang dan mengalami persetujuan, kemudian mulai diaplikasikan pada diri sendiri dan akan mengalami penurunan self-esteem. Stigma diri dan stigma sosial pada prosesnya tidak dapat dipisahkan.

Stigma pada dasarnya terbentuk karena adanya ketidaktahuan seseorang (ignorance) yang kemudian memunculkan prasangka (prejudice) dan menjadi diskriminasi (discrimination), ketidaktahuan ini muncul karena dasar permasalahan pada pengetahuan seseorang. Tingkat literasi kesehatan mental yang tinggi dianggap sebagai sebuah faktor protektif seseorang untuk mengurangi stigma (Kartikasari dan Ariana, 2020). Crowe dkk. (2018) menyebutkan bahwa hubungan keduanya adalah inverse (saling berbalik). Literasi kesehatan mental di sisi lain dijelaskan sebagai sebuah faktor protektif yang penting dimiliki seseorang untuk menumbuhkan kesadaran adanya suatu gangguan kesehatan mental, menumbuhkan keinginan untuk pergi ke layanan kesehatan, dan mempelajari kemampuan untuk mendukung orang-orang yang mengalami isu kesehatan mental.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Dari hasil penelitian ini dapat ditarik kesimpulan bahwa:

- a. Dapat disimpulkan bahwa Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo memiliki tingkat literasi kesehatan mental kategori tinggi
- b. Dapat disimpulkan bahwa Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo memiliki tingkat stigma gangguan jiwa kategori sedang.
- c. terdapat hubungan negatif antara Literasi Kesehatan Mental dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo. Hal tersebut terlihat bahwa antara variabel Literasi Kesehatan Mental dan Stigma Gangguan Jiwa tidak mempunyai hubungan yang signifikan. Selain itu juga nilai koefisien korelasi menunjukkan hasil yang negatif. Dengan demikian hipotesis yang diajukan oleh peneliti ditolak, yaitu tidak terdapat hubungan antara Literasi Kesehatan Mental dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo

7.2 Saran

Berdasarkan pengalaman melaksanakan penelitian di lapangan mengenai hubungan antara Literasi Kesehatan Mental dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo, pada bagian ini peneliti hendak memberikan saran yang sekiranya dapat berguna bagi penelitian selanjutnya.

- d. Untuk Instansi pelayanan kesehatan dapat memberikan intervensi berupa penyuluhan yang tepat dalam meningkatkan angka literasi kesehatan mental dan menurunkan angka stigma pada ODGJ Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo.

- b. Untuk institusi pendidikan diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan pembelajaran dan referensi bagi kalangan yang akan melakukan penelitian lebih lanjut dengan topik yang berhubungan dengan judul penelitian di atas.
- c. Untuk penelitian selanjutnya perlu dilakukan penelitian lebih lanjut terhadap literasi kesehatan mental di masyarakat agar dapat diketahui dampak yang dapat ditimbulkan terhadap stigma gangguan jiwa.
- d. Untuk Masyarakat diharapkan masyarakat dapat lebih mengenal dan memahami lebih jauh mengenai literasi kesehatan mental dengan stigma gangguan jiwa di masyarakat dengan cara lebih banyak membaca berita mengenai kesehatan jiwa.

DAFTAR PUSTAKA

- Andersson, L. M. C., Schierenbeck, I., Strumpher, J., Krantz, G., Topper, K., Backman, G., Van Rooyen, D. (2013). *Help-seeking behavior, barriers to care and experiences of care among persons with depression in Eastern Cape, South Africa*. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 439-448
- Agusno, M. 2011. *National Mental Health & psychosocial Problem & Mental Health Policy*. Yogyakarta: Universitas Gajah Mada.
- Azzahra, Shirrin Shafira. 2019. Perbedaan Tingkat Literasi Kesehatan Pada Responden Laki-Laki Dan Perempuan Di Rs Pku Muhammadiyah Dan Apotek Panti Afiat Yogyakarta. Skripsi: Perpustakaan Universitas Gadjah Mada
- Buvinic, M. et al. *Gender Differentials in Health*. In Jamison, D.T. et al. (2006).
- Crowe, A., Mullen, P. R., & Littlewood, K. (2018). Self-Stigma, Mental Health Literacy and Health Outcomes in Integrated Care. *Journal of Counseling & Development*. 96. 267-277.
- Christy, M.Y. 2014. Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Dehidrasi Diare Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kalijudan, *Jurnal Berkala Epidemiologi*. 2(3): 297-308.
- Dharma, Kusuma Kelana. 2011. *Metodologi Penelitian Keperawatan : Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Jakarta: Trans InfoMedia.
- Depkes RI. 2013. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia Tahun 2013*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI
- Depkes RI. 2018. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia Tahun 2018*. Jakarta : Departemen Kesehatan RI

- Fakhriyani, Diana Vidya. 2019. *Kesehatan Mental*. Duta Media Publishing: Pamekasan
- Foster, M. George dan Barbara Gallatin Anderson. 1978. *Journal Medical Anthropology* (New York: John Wiley & Sons Frank, JD
- Ghani, Taufik A (Ed). 2020. *Antologi dari Bumi Paguntaka Perspektif Minda Akademi UBT*. Banda Aceh : Syiah Kuala University Press
- Goffmand, E. 2014. *Gambaran Stigma Masyarakat Terhadap Klien Gangguan Jiwa*. Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia. Vol.2 No. 1
- Handayani T., Ayubi D., dan Anshari D. 2020. Literasi Kesehatan Mental Orang Dewasa dan Penggunaan Pelayanan Kesehatan Mental. Perilaku dan Promosi Kesehatan:IndonesianJournal of Health Promotion and Behavior. 2(1): 9-17.
- Jeffrey S. Dkk. 2003. *Psikologi Abnormal Edisi V Jilid I, alih bahasa Tim Fakultas Psikologi UI hlm. 9. Journal of Psychology*. Jakarta: Erlangga
- Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B. and Pollitt, P. 1997 *Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorder and their beliefs about the effectiveness of treatment*. Medical Journal of Australia, 166: 182-186
- Jorm, A. F. 2011. *Mental Health Literacy: Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health*. American Pscyhologist. Advance online publication
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., Marinkovic, J. 2009. *Functional Health Literacy Among Primary Health-care Patients: Data From the Belgrade Pilot Study*. Journal of Public Health,31(4), 490-495.
- Kartikasari, Novia. 2019. "Hubungan antara Literasi Kesehatan Mental dan Stigma Diri terhadap Intensi Mencari Bantuanpada Dewasa Awal". Skripsi. Fakultas Psikologi Universitas Airlangga, Surabaya.

- Kartikasari N. dan Ariana A. D. 2020. Hubungan antara Literasi Kesehatan Mental, Stigma Diri terhadap Intensi Mencari Bantuan pada Dewasa Awal. Insan. Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental. 4(2): 64-75.
- Kartono, K. 2000. *Hygiene Mental*. Jakarta : CV. Mandar Maju.
- Keliat, B.A, dkk. 2011. *Keperawatan Kesehatan Jiwa Komunitas: CMHN (Basic Course)*. Jakarta: EGC.
- Laverack, Glenn. 2020. *Pomosi Kesehatan*. Surabaya : Airlangga University Press
- Lestari et. all. 2014. *Kecenderungan atau Sikap Keluarga Penderita Gangguan Jiwa Terhadap Tindakan Pasung (Studi Kasus di RSJ Amino Gondho Hutomo Semarang)*. Jurnal Keperawatan Jiwa Volume 2 No. 1
- Linggasari, Y. (2015, Maret 11). BPJS Kesehatan Dikritik atas Layanan Pasien Gangguan Jiwa. Retrieved from CNN Indonesia: <http://www.cnnindonesia.com/nasional/20150311154600-20-38417/bpjs-kesehatan-dikritik-atas-layanan-pasiengangguan-jiwa/>
- Major, Brenda & O'Brien, L. T. 2014. *The Social Psychology Of Stigma*. Annu.Rev.PsycholPurwodarminto, 2006
- McRay, A.T. 2005. *Application of Information Technology : Promoting Health Literacy*. J Am Med Inform Assoc.Journal Psychology.12, 152-163.
- Nuswantari, Dyah. 1998. *Kamus Kedokteran Dorland Edisi 25*. Jakarta : EGC
- Omariba, DW. 2010. *Health Literacy and Immigrants inCanada:Determinants and ffects on Health Outcomes*, Canadian Council on Learning: Canadas
- Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N. 2010. *Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey*. *Health Education Research*, 25(3), 464-477. Canadian Council of Learning 2008
- Padmadewi, Ni Nyoman & Artini, Luh Putu. 2018. *Literasi di sekolah, dari teori ke praktik*. Badung: Nilacakra

- Pangastuti R. M. 2014. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Mengenai Obatr tradisional Dan Obat Modern Dengan Tindakan Pemilihan Obat Untuk Pengobatan Mandiri Di Kalangan Masyarakat Desa Bantir, Kecamatan Candirot, Kabupaten Temanggung, Jawa Tengah. Skripsi. Fakultas Farmasi Universitas Sanata Dharma. Yogyakarta.
- Pawlak, R. 2005. *Economic Considerations of Health Literacy*. Nurs. Econ, 23(4),173-180
- Purba, Yulita. 2020. Hubungan Pengetahuan dengan Stigma Masyarakat Terhadap Orang dengan Gangguan Jiwa di Lingkungan I, Kelurahan Helvetia Tengah, Medan Helvetia. Skripsi : Universitas Sumatera Utara
- Putriyani D. dan Sari H. 2016. Stigma Masyarakat Terhadap Orang Dengan Gangguan Jiwa Di Kecamatan Kuta Malaka Kabupaten Aceh Besar. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. 1(1): 1-7.
- Regitz, el al. 2012. *Sex and gender differences in health. Science and Society. EMBO reports Journal Psychology. Vol. 13 No. 7.*
- Sasra A. 2018. Hubungan Stigma Gangguan Jiwa Dengan Prilaku Masyarakat Pada Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) Di Jorong Surau Lubuak Kanagarian Tigo Balai Kecamatan Matur Kabupaten Agam Tahun 2018. Skripsi. Program Studi Sarjana Keperawatan. Stikes Perintis Padang.
- Santoso, Agus. 2015. *Hargaku adalah nyawaku, Basuki Tjahaja Purnama, Berani mati demi konstitusi dan melawan korupsi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- Schneider, A.A., 1964. *Personal Adjusment and Mental Health*, New York: Holt, Rinehart and Winston
- Simanjutak, W. 2015. *Upaya Mengatasi Stigma Masyarakat pada Narapidana*. Depok: Fakultas Psikologi UI.
- Singleton, K, Krause, E. 2009. *Understanding Cultural and Linguistic Barriers to Health Literacy*. The Online Journal of Issues in Nursing.

- Soewadi. 1997. *Simtomatologi dalam Psikiatri. Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa*. Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Speros, C. 2005. *Health Literacy: Concept Analysis. Journal of Advanced Nursing*, 50(6), 633-640. 2005
- Stuart, G.W. 2013. *Prinsip dan praktik keperawatan kesehatan jiwa ed Indonesia*. Jakarta. Fakultas keperawatan Indonesia
- Sundari, S., 2005. *Kesehatan Mental dalam Kehidupan*. Penerbit Rineka Cipta: Jakarta
- Suryani L. 2019. Hubungan Literasi Kesehatan Mental Dan Level Kontak Dengan Stigma Mahasiswa Terhadap Penderita Gangguan Jiwa. Skripsi. Fakultas Psikologi. Universitas Airlangga.
- Weiss, B.D. 2007. *Health Literacy and Patient's Safety: Help Patients Understand, Manual for Clinicians edition*. Chicago: American Medical Association Foundation. Journal Psychology
- White, S. 2008. *Assessing the Nation's Health Literacy*. American Medical Association Foundation. USA.
- Widyana N. D. N. 2019. Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Mental Illness Stigma Pada Mahasiswa Keperawatan Universitas Muhammadiyah Surabaya. Skripsi. Program Studi Psikologi. Fakultas Psikologi Dan Kesehatan. Universitas Islam Negeri Sunan Ampel.
- WHO. 2017. *Mental Health*. <https://ourworldindata.org/mental-health>
- WHO. 2014. *Health Literacy Toolkit: For Low and Middle-Income Countries*. ISBN: 978-92-9022-475-4
- Wueryaningsih, Emi Wurim et.all. 2018. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa 1*. Jember : UPT Percetakan & Penerbit Universitas Jember

Yustinus Semiun. 2006. *OFM, Kesmen I : Pandangan Umum Mengenai Penyesuaian Diri dan Kesehatan Mental serta Teori-Teori yang Terkait*, cet. V hlm 270. Yogyakarta: Kanisius.

Yusuf, Syamsu. 2011. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Bandung : PT. Remaja Rosdakarya.

LAMPIRAN

Lampiran 1

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

(Inform Consent)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama (inisial):

Umur:

Pekerjaan:

Alamat:

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa setelah mendapatkan penjelasan penelitian dan memahami informasi yang diberikan oleh peneliti serta mengetahui tujuan dan manfaat dari penelitian, maka dengan ini saya secara sukarela bersedia menjadi responden dalam penelitian ini. Demikian pernyataan ini respodendibuat dengan sebenar-benarnya dan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purworejo,.....2021

yang menyatakan

(.....)

Lampiran 2

ANGKET

Form Biodata Responden

Nama :

Usia :

Jenis Kelamin :

Alamat :

Petunjuk

1. Bacalah dengan baik setiap pernyataan yang disertai dengan jawaban yang tersedia.
2. Pilihlah pilihan jawaban yang menurut anda sesuai dengan pikiran dan pengalaman anda, kemudian berilah tanda (√) pada tempat yang telah disediakan disebelah kanan.

Skala Literasi Kesehatan Mental

No	Item	Ya	Tidak
1.	Gangguan mental memengaruhi pikiran orang		
2.	Seseorang dengan skizofrenia mungkin melihat dan mendengar hal-hal yang tidak dilihat dan didengar oleh orang lain		
3.	Kecanduan narkoba dapat menyebabkan gangguan jiwa		
4.	Perubahan fungsi otak dapat menyebabkan timbulnya gangguan jiwa		
5.	Situasi yang sangat menegangkan dapat menyebabkan gangguan mental		
6.	Orang dengan skizofrenia biasanya mengalami delusi (misalnya, mereka percaya bahwa mereka		

	terus-menerus diikuti dan diamati)		
7.	Penggunaan alkohol dapat menyebabkan gangguan mental		
8.	Melakukan sesuatu yang menyenangkan berkontribusi pada kesehatan mental yang baik		
9.	Salah satu gejala depresi adalah hilangnya minat atau kesenangan dalam banyak hal		
10.	Orang dengan gangguan jiwa biasanya termasuk dalam keluarga berpenghasilan rendah		
11.	Hanya orang dewasa yang mengalami gangguan jiwa		
12.	Gangguan mental tidak memengaruhi perilaku orang		
13.	Semakin cepat gangguan mental diidentifikasi dan diobati, semakin baik		
14.	Gangguan mental tidak memengaruhi perasaan orang		
15.	Seseorang dengan gangguan kecemasan mungkin panik dalam situasi yang dia takuti		
16.	Jika seseorang yang dekat dengan saya memiliki gangguan mental, saya akan mendengarkan dia tanpa menghakimi atau mengkritik		
17.	Jika saya memiliki gangguan mental, saya akan mencari bantuan psikiater		
18.	Jika seseorang yang dekat dengan saya memiliki		

	gangguan mental, saya akan mendorongnya untuk menemui psikiater		
19.	Jika saya memiliki gangguan mental, saya akan mencari bantuan psikolog		
20.	Jika saya memiliki gangguan mental, saya akan mencari bantuan kerabat saya		
21.	Jika seseorang yang dekat dengan saya mengalami gangguan jiwa, saya akan mendorongnya untuk mencari psikolog		
22.	Seseorang dengan depresi merasa sangat sedih		
23.	Diet seimbang berkontribusi pada kesehatan mental yang baik		
24.	Latihan fisik berkontribusi pada kesehatan mental yang baik		
25.	Tidur nyenyak berkontribusi pada kesehatan mental yang baik		
26.	Jika seseorang yang dekat dengan saya memiliki gangguan mental, saya tidak dapat membantu		
27.	Jika saya memiliki gangguan mental, saya akan mencari bantuan teman		

Skala Stigma Gangguan Jiwa

No	Item	Ya	Tidak
1.	Saya pikir orang dengan penyakit mental akan berbicara omong kosong		

2.	Saya pikir orang dengan penyakit mental akan bergumam sendiri		
3.	Saya pikir orang-orang dengan penyakit mental akan menikmati kemewahan		
4.	Saya pikir orang dengan penyakit mental akan berteriak dan berteriak		
5.	Saya pikir orang dengan penyakit mental itu berbahaya		
6.	Orang dengan penyakit jiwa yang tinggal di komunitas akan membahayakan penduduk lokal		
7.	Mengerikan jika orang dengan penyakit mental tinggal di lingkungan perumahan		
8.	Fasilitas kesehatan mental harus dijauhkan dari lingkungan pemukiman		
9.	Saya pikir orang dengan penyakit mental menderita demensia		
10.	Orang dengan penyakit mental kurang mampu dibandingkan orang lain		
11.	Saya pikir orang dengan penyakit mental biasanya tampak tidak terawat		
12.	Saya tidak percaya apa pun yang dikatakan orang dengan penyakit mental		
13.	Saya akan merasa malu jika saya mengunjungi klinik psikosomatis		
14.	Jika saya memiliki penyakit mental, ini berarti saya tidak "normal"		
15.	Saya tidak akan memberi tahu orang-orang jika ada orang dengan penyakit mental dalam keluarga saya.		

Lampiran 3

Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Hasil Uji Validitas Instrumen Literasi Kesehatan Mental

		Correlations																											
		Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8	Y9	Y10	Y11	Y12	Y13	Y14	Y15	Y16	Y17	Y18	Y19	Y20	Y21	Y22	Y23	Y24	Y25	Y26	Y27	Total
Y1	Pearson Correlation	1	0.227	.395**	.356*	0.229	0.109	.352*	-.016	.352*	.435**	.311*	.395**	0.229	1.000**	0.077	1.000**	0.227	.395**	.356*	0.229	0.109	.352*	-.016	.352*	.435**	.311*	.395**	.643**
	Sig. (2-tailed)		0.113	0.005	0.011	0.109	0.451	0.012	0.910	0.012	0.002	0.028	0.005	0.109	0.000	0.595	0.000	0.113	0.005	0.011	0.109	0.451	0.012	0.910	0.012	0.002	0.028	0.005	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y2	Pearson Correlation	0.227	1	0.256	0.055	0.053	0.111	.435**	.490**	.435**	.346*	0.200	0.169	.315*	0.227	0.199	0.227	1.000**	0.256	0.055	0.053	0.111	.435**	.490**	.435**	.346*	0.200	0.169	.547**
	Sig. (2-tailed)	0.113		0.073	0.704	0.717	0.442	0.002	0.000	0.002	0.014	0.164	0.240	0.026	0.113	0.166	0.113	0.000	0.073	0.704	0.717	0.442	0.002	0.000	0.002	0.014	0.164	0.240	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y3	Pearson Correlation	.395**	0.256	1	0.233	0.099	0.225	0.219	0.263	.302*	.385**	0.175	0.269	0.099	.395**	.358*	.395**	0.256	1.000**	0.233	0.099	0.225	0.219	0.263	.302*	.385**	0.175	0.269	.569**
	Sig. (2-tailed)	0.005	0.073		0.104	0.495	0.116	0.126	0.065	0.033	0.006	0.225	0.058	0.495	0.005	0.011	0.005	0.073	0.000	0.104	0.495	0.116	0.126	0.065	0.033	0.006	0.225	0.058	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y4	Pearson Correlation	.356*	0.055	0.233	1	0.229	0.190	.435**	0.066	0.270	.352*	.395**	0.233	.393**	.356*	0.238	.356*	0.055	0.233	1.000**	0.229	0.190	.435**	0.066	0.270	.352*	.395**	0.233	.577**
	Sig. (2-tailed)	0.011	0.704	0.104		0.109	0.186	0.002	0.651	0.058	0.012	0.005	0.104	0.005	0.011	0.096	0.011	0.704	0.104	0.000	0.109	0.186	0.002	0.651	0.058	0.012	0.005	0.104	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y5	Pearson Correlation	0.229	0.053	0.099	0.229	1	.298*	0.034	0.167	.286*	.370**	.323*	0.263	0.167	0.229	0.114	0.229	0.053	0.099	0.229	1.000**	.298*	0.034	0.167	.286*	.370**	.323*	0.263	.482**

	Sig. (2-tailed)	0.109	0.717	0.495	0.109		0.036	0.817	0.247	0.044	0.008	0.022	0.065	0.247	0.109	0.429	0.109	0.717	0.495	0.109	0.000	0.036	0.817	0.247	0.044	0.008	0.022	0.065	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y6	Pearson Correlation	0.109	0.111	0.225	0.190	.298*	1	0.169	0.132	0.002	0.252	.375**	.389**	0.215	0.109	.561**	0.109	0.111	0.225	0.190	.298*	1.000**	0.169	0.132	0.002	0.252	.375**	.389**	.495**
	Sig. (2-tailed)	0.451	0.442	0.116	0.186	0.036		0.242	0.360	0.991	0.077	0.007	0.005	0.134	0.451	0.000	0.451	0.442	0.116	0.186	0.036	0.000	0.242	0.360	0.991	0.077	0.007	0.005	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y7	Pearson Correlation	.352*	.435**	0.219	.435**	0.034	0.169	1	.286*	.491**	0.066	0.100	0.219	.286*	.352*	0.155	.352*	.435**	0.219	.435**	0.034	0.169	1.000**	.286*	.491**	0.066	0.100	0.219	.559**
	Sig. (2-tailed)	0.012	0.002	0.126	0.002	0.817	0.242		0.044	0.000	0.648	0.491	0.126	0.044	0.012	0.282	0.012	0.002	0.126	0.002	0.817	0.242	0.000	0.044	0.000	0.648	0.491	0.126	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y8	Pearson Correlation	-0.016	.490**	0.263	0.066	0.167	0.132	.286*	1	.286*	0.118	0.238	.345*	.333*	-0.016	0.278	-0.016	.490**	0.263	0.066	0.167	0.132	.286*	1.000**	.286*	0.118	0.238	.345*	.487**
	Sig. (2-tailed)	0.910	0.000	0.065	0.651	0.247	0.360	0.044		0.044	0.415	0.096	0.014	0.018	0.910	0.051	0.910	0.000	0.065	0.247	0.360	0.044	0.000	0.044	0.415	0.096	0.014	0.000	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y9	Pearson Correlation	.352*	.435**	.302*	0.270	.286*	0.002	.491**	.286*	1	0.151	0.014	.302*	.286*	.352*	0.238	.352*	.435**	.302*	0.270	.286*	0.002	.491**	.286*	1.000**	0.151	0.014	.302*	.576**
	Sig. (2-tailed)	0.012	0.002	0.033	0.058	0.044	0.991	0.000	0.044		0.295	0.925	0.033	0.044	0.012	0.097	0.012	0.002	0.033	0.058	0.044	0.991	0.000	0.044	0.000	0.295	0.925	0.033	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y10	Pearson Correlation	.435**	.346*	.385**	.352*	.370**	0.252	0.066	0.118	0.151	1	.357*	0.053	0.202	.435**	0.073	.435**	.346*	.385**	.352*	.370**	0.252	0.066	0.118	0.151	1.000**	.357*	0.053	.565**
	Sig. (2-tailed)	0.002	0.014	0.006	0.012	0.008	0.077	0.648	0.415	0.295		0.011	0.714	0.160	0.002	0.616	0.002	0.014	0.006	0.012	0.008	0.077	0.648	0.415	0.295	0.000	0.011	0.714	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y11	Pearson Correlat	.311*	0.200	0.175	.395**	.323*	.375**	0.100	0.238	0.014	.357*	1	.426**	0.153	.311*	0.113	.311*	0.200	0.175	.395**	.323*	.375**	0.100	0.238	0.014	.357*	1.000**	.426**	.560**

ion																													
	Sig. (2-tailed)	0.028	0.164	0.225	0.005	0.022	0.007	0.491	0.096	0.925	0.011		0.002	0.288	0.028	0.433	0.028	0.164	0.225	0.005	0.022	0.007	0.491	0.096	0.925	0.011	0.000	0.002	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y12	Pearson Correlation	.395**	0.169	0.269	0.233	0.263	.389**	0.219	.345*	.302*	0.053	.426**	1	0.263	.395**	.439**	.395**	0.169	0.269	0.233	0.263	.389**	0.219	.345*	.302*	0.053	.426**	1.000**	.618**
	Sig. (2-tailed)	0.005	0.240	0.058	0.104	0.065	0.005	0.126	0.014	0.033	0.714	0.002		0.065	0.005	0.001	0.005	0.240	0.058	0.104	0.065	0.005	0.126	0.014	0.033	0.714	0.002	0.000	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y13	Pearson Correlation	0.229	.315*	0.099	.393**	0.167	0.215	.286*	.333*	.286*	0.202	0.153	0.263	1	0.229	.441**	0.229	.315*	0.099	.393**	0.167	0.215	.286*	.333*	.286*	0.202	0.153	0.263	.504**
	Sig. (2-tailed)	0.109	0.026	0.495	0.005	0.247	0.134	0.044	0.018	0.044	0.160	0.288	0.065		0.109	0.001	0.109	0.026	0.495	0.005	0.247	0.134	0.044	0.018	0.044	0.160	0.288	0.065	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y14	Pearson Correlation	1.000**	0.227	.395**	.356*	0.229	0.109	.352*	-0.016	.352*	.435**	.311*	.395**	0.229	1	0.077	1.000**	0.227	.395**	.356*	0.229	0.109	.352*	-0.016	.352*	.435**	.311*	.395**	.643**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.113	0.005	0.011	0.109	0.451	0.012	0.910	0.012	0.002	0.028	0.005	0.109		0.595	0.000	0.113	0.005	0.011	0.109	0.451	0.012	0.910	0.012	0.002	0.028	0.005	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y15	Pearson Correlation	0.077	0.199	.358*	0.238	0.114	.561**	0.155	0.278	0.238	0.073	0.113	.439**	.441**	0.077	1	0.077	0.199	.358*	0.238	0.114	.561**	0.155	0.278	0.238	0.073	0.113	.439**	.483**
	Sig. (2-tailed)	0.595	0.166	0.011	0.096	0.429	0.000	0.282	0.051	0.097	0.616	0.433	0.001	0.001	0.595		0.595	0.166	0.011	0.096	0.429	0.000	0.282	0.051	0.097	0.616	0.433	0.001	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y16	Pearson Correlation	1.000**	0.227	.395**	.356*	0.229	0.109	.352*	-0.016	.352*	.435**	.311*	.395**	0.229	1.000**	0.077	1	0.227	.395**	.356*	0.229	0.109	.352*	-0.016	.352*	.435**	.311*	.395**	.643**
	Sig. (2-tailed)	0.000	0.113	0.005	0.011	0.109	0.451	0.012	0.910	0.012	0.002	0.028	0.005	0.109	0.000	0.595		0.113	0.005	0.011	0.109	0.451	0.012	0.910	0.012	0.002	0.028	0.005	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

Y17	Pearson Correlation	0.227	1.000**	0.256	0.055	0.053	0.111	.435**	.490**	.435**	.346*	0.200	0.169	.315*	0.227	0.199	0.227	1	0.256	0.055	0.053	0.111	.435**	.490**	.435**	.346*	0.200	0.169	.547**
	Sig. (2-tailed)	0.113	0.000	0.073	0.704	0.717	0.442	0.002	0.000	0.002	0.014	0.164	0.240	0.026	0.113	0.166	0.113		0.073	0.704	0.717	0.442	0.002	0.000	0.002	0.014	0.164	0.240	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y18	Pearson Correlation	.395**	0.256	1.000**	0.233	0.099	0.225	0.219	0.263	.302*	.385**	0.175	0.269	0.099	.395**	.358*	.395**	0.256	1	0.233	0.099	0.225	0.219	0.263	.302*	.385**	0.175	0.269	.569**
	Sig. (2-tailed)	0.005	0.073	0.000	0.104	0.495	0.116	0.126	0.065	0.033	0.006	0.225	0.058	0.495	0.005	0.011	0.005	0.073		0.104	0.495	0.116	0.126	0.065	0.033	0.006	0.225	0.058	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y19	Pearson Correlation	.356*	0.055	0.233	1.000**	0.229	0.190	.435**	0.066	0.270	.352*	.395**	0.233	.393**	.356*	0.238	.356*	0.055	0.233	1	0.229	0.190	.435**	0.066	0.270	.352*	.395**	0.233	.577**
	Sig. (2-tailed)	0.011	0.704	0.104	0.000	0.109	0.186	0.002	0.651	0.058	0.012	0.005	0.104	0.005	0.011	0.096	0.011	0.704	0.104		0.109	0.186	0.002	0.651	0.058	0.012	0.005	0.104	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y20	Pearson Correlation	0.229	0.053	0.099	0.229	1.000**	.298*	0.034	0.167	.286*	.370**	.323*	0.263	0.167	0.229	0.114	0.229	0.053	0.099	0.229	1	.298*	0.034	0.167	.286*	.370**	.323*	0.263	.482**
	Sig. (2-tailed)	0.109	0.717	0.495	0.109	0.000	0.036	0.817	0.247	0.044	0.008	0.022	0.065	0.247	0.109	0.429	0.109	0.717	0.495	0.109		0.036	0.817	0.247	0.044	0.008	0.022	0.065	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y21	Pearson Correlation	0.109	0.111	0.225	0.190	.298*	1.000**	0.169	0.132	0.002	0.252	.375**	.389**	0.215	0.109	.561**	0.109	0.111	0.225	0.190	.298*	1	0.169	0.132	0.002	0.252	.375**	.389**	.495**
	Sig. (2-tailed)	0.451	0.442	0.116	0.186	0.036	0.000	0.242	0.360	0.991	0.077	0.007	0.005	0.134	0.451	0.000	0.451	0.442	0.116	0.186	0.036		0.242	0.360	0.991	0.077	0.007	0.005	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y22	Pearson Correlation	.352*	.435**	0.219	.435**	0.034	0.169	1.000**	.286*	.491**	0.066	0.100	0.219	.286*	.352*	0.155	.352*	.435**	0.219	.435**	0.034	0.169	1	.286*	.491**	0.066	0.100	0.219	.559**
	Sig. (2-tailed)	0.012	0.002	0.126	0.002	0.817	0.242	0.000	0.044	0.000	0.648	0.491	0.126	0.044	0.012	0.282	0.012	0.002	0.126	0.002	0.817	0.242		0.044	0.000	0.648	0.491	0.126	0.000

	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
Y23	Pearson Correlation	-0.016	.490**	0.263	0.066	0.167	0.132	.286*	1.000**	.286*	0.118	0.238	.345*	.333*	-0.016	0.278	-0.016	.490**	0.263	0.066	0.167	0.132	.286*	1	.286*	0.118	0.238	.345*	.487**
	Sig. (2-tailed)	0.910	0.000	0.065	0.651	0.247	0.360	0.044	0.000	0.044	0.415	0.096	0.014	0.018	0.910	0.051	0.910	0.000	0.065	0.651	0.247	0.360	0.044		0.044	0.415	0.096	0.014	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y24	Pearson Correlation	.352*	.435**	.302*	0.270	.286*	0.002	.491**	.286*	1.000**	0.151	0.014	.302*	.286*	.352*	0.238	.352*	.435**	.302*	0.270	.286*	0.002	.491**	.286*	1	0.151	0.014	.302*	.576**
	Sig. (2-tailed)	0.012	0.002	0.033	0.058	0.044	0.991	0.000	0.044	0.000	0.295	0.925	0.033	0.044	0.012	0.097	0.012	0.002	0.033	0.058	0.044	0.991	0.000	0.044		0.295	0.925	0.033	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y25	Pearson Correlation	.435**	.346*	.385**	.352*	.370**	0.252	0.066	0.118	0.151	1.000**	.357*	0.053	0.202	.435**	0.073	.435**	.346*	.385**	.352*	.370**	0.252	0.066	0.118	0.151	1	.357*	0.053	.565**
	Sig. (2-tailed)	0.002	0.014	0.006	0.012	0.008	0.077	0.648	0.415	0.295	0.000	0.011	0.714	0.160	0.002	0.616	0.002	0.014	0.006	0.012	0.008	0.077	0.648	0.415	0.295		0.011	0.714	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y26	Pearson Correlation	.311*	0.200	0.175	.395**	.323*	.375**	0.100	0.238	0.014	.357*	1.000**	.426**	0.153	.311*	0.113	.311*	0.200	0.175	.395**	.323*	.375**	0.100	0.238	0.014	.357*	1	.426**	.560**
	Sig. (2-tailed)	0.028	0.164	0.225	0.005	0.022	0.007	0.491	0.096	0.925	0.011	0.000	0.002	0.288	0.028	0.433	0.028	0.164	0.225	0.005	0.022	0.007	0.491	0.096	0.925	0.011		0.002	0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Y27	Pearson Correlation	.395**	0.169	0.269	0.233	0.263	.389**	0.219	.345*	.302*	0.053	.426**	1.000**	0.263	.395**	.439**	.395**	0.169	0.269	0.233	0.263	.389**	0.219	.345*	.302*	0.053	.426**	1	.618**
	Sig. (2-tailed)	0.005	0.240	0.058	0.104	0.065	0.005	0.126	0.014	0.033	0.714	0.002	0.000	0.065	0.005	0.001	0.005	0.240	0.058	0.104	0.065	0.005	0.126	0.014	0.033	0.714	0.002		0.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Total	Pearson Correlation	.643**	.547**	.569**	.577**	.482**	.495**	.559**	.487**	.576**	.565**	.560**	.618**	.504**	.643**	.483**	.643**	.547**	.569**	.577**	.482**	.495**	.559**	.487**	.576**	.565**	.560**	.618**	1

[illegible]

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

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

2. Hasil Uji Validitas Instrumen Stigma Gangguan Jiwa

		Correlations															
		X01	X02	X03	X04	X05	X06	X07	X08	X09	X10	X11	X12	X13	X14	X15	Total
X01	Pearson Correlation	1	.055	.318*	.281*	.147	.028	.272	-.171	.190	.393**	.227	.395**	.147	1.000**	-.084	.633**
	Sig. (2-tailed)		.704	.024	.048	.307	.849	.056	.234	.186	.005	.112	.005	.307	.000	.564	.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X02	Pearson Correlation	.055	1	.113	-.086	-.123	-.063	.198	.342*	.372**	.140	.021	-.003	.228	.055	.113	.347*
	Sig. (2-tailed)	.704		.433	.554	.397	.666	.168	.015	.008	.332	.883	.981	.112	.704	.433	.014
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X03	Pearson Correlation	.318*	.113	1	.160	-.049	.156	.156	.035	.156	.278	.113	.197	-.049	.318*	.119	.456**
	Sig. (2-tailed)	.024	.433		.267	.735	.280	.280	.807	.280	.051	.433	.171	.735	.024	.412	.001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X04	Pearson Correlation	.281*	-.086	.160	1	.163	.041	.365**	-.081	.122	.245	.250	.161	.245	.281*	.080	.487**
	Sig. (2-tailed)	.048	.554	.267		.257	.780	.009	.578	.400	.086	.080	.264	.086	.048	.580	.000

	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X05	Pearson Correlation	.147	-.123	-.049	.163	1	.132	-.033	.099	.132	.250	.153	.181	.083	.147	.033	.348*
	Sig. (2-tailed)	.307	.397	.735	.257		.360	.820	.495	.360	.080	.288	.209	.565	.307	.822	.013
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X06	Pearson Correlation	.028	-.063	.156	.041	.132	1	.097	-.101	-.232	.132	.375**	.307*	.050	.028	.399**	.353*
	Sig. (2-tailed)	.849	.666	.280	.780	.360		.503	.484	.106	.360	.007	.030	.732	.849	.004	.012
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X07	Pearson Correlation	.272	.198	.156	.365**	-.033	.097	1	.144	.261	-.033	.037	.144	.132	.272	-.006	.451**
	Sig. (2-tailed)	.056	.168	.280	.009	.820	.503		.320	.067	.820	.798	.320	.360	.056	.964	.001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X08	Pearson Correlation	-.171	.342*	.035	-.081	.099	-.101	.144	1	.225	.016	.007	.188	.263	-.171	.197	.297*
	Sig. (2-tailed)	.234	.015	.807	.578	.495	.484	.320		.116	.910	.963	.190	.065	.234	.171	.036
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X09	Pearson Correlation	.190	.372**	.156	.122	.132	-.232	.261	.225	1	.050	-.216	.144	.215	.190	.075	.402**
	Sig. (2-tailed)	.186	.008	.280	.400	.360	.106	.067	.116		.732	.132	.320	.134	.186	.607	.004
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X10	Pearson Correlation	.393**	.140	.278	.245	.250	.132	-.033	.016	.050	1	.238	.016	.083	.393**	-.131	.460**
	Sig. (2-tailed)	.005	.332	.051	.086	.080	.360	.820	.910	.732		.096	.910	.565	.005	.365	.001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X11	Pearson Correlation	.227	.021	.113	.250	.153	.375**	.037	.007	-.216	.238	1	.342*	-.017	.227	-.053	.403**
	Sig. (2-tailed)	.112	.883	.433	.080	.288	.007	.798	.963	.132	.096		.015	.907	.112	.713	.004
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X12	Pearson Correlation	.395**	-.003	.197	.161	.181	.307*	.144	.188	.144	.016	.342*	1	.181	.395**	.277	.591**

	Sig. (2-tailed)	.005	.981	.171	.264	.209	.030	.320	.190	.320	.910	.015		.209	.005	.051	.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X13	Pearson Correlation	.147	.228	-.049	.245	.083	.050	.132	.263	.215	.083	-.017	.181	1	.147	.360*	.460**
	Sig. (2-tailed)	.307	.112	.735	.086	.565	.732	.360	.065	.134	.565	.907	.209		.307	.010	.001
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X14	Pearson Correlation	1.000**	.055	.318*	.281*	.147	.028	.272	-.171	.190	.393**	.227	.395**	.147	1	-.084	.633**
	Sig. (2-tailed)	.000	.704	.024	.048	.307	.849	.056	.234	.186	.005	.112	.005	.307		.564	.000
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
X15	Pearson Correlation	-.084	.113	.119	.080	.033	.399**	-.006	.197	.075	-.131	-.053	.277	.360*	-.084	1	.346*
	Sig. (2-tailed)	.564	.433	.412	.580	.822	.004	.964	.171	.607	.365	.713	.051	.010	.564		.014
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
Total	Pearson Correlation	.633**	.347*	.456**	.487**	.348*	.353*	.451**	.297*	.402**	.460**	.403**	.591**	.460**	.633**	.346*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.014	.001	.000	.013	.012	.001	.036	.004	.001	.004	.000	.001	.000	.014	
	N	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50

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

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

3. Hasil Uji Reliabilitas Instrumen Literasi Kesehatan Mental

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.747	28

4. Hasil Uji Validitas Instrumen Stigma Gangguan Jiwa

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.710	16

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Hyasinta Fernanda Kartika Mahahrdika, dilahirkan di Kabupaten Purworejo Jawa Tengah tepatnya di Desa Soko Kecamatan Bagelen pada hari Senin tanggal 17 Agustus 1998. Anak pertama dari dua bersaudara pasangan dari Eddy Supriyanto dan Wirasti Ima Suyatmi. Peneliti menyelesaikan pendidikan di Sekolah Dasar di SD Ngobaran Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo pada tahun 2011. Pada tahun itu juga peneliti melanjutkan pendidikan di SMP N 2 Purworejo dan menyelesaikan pendidikan di SMP N 2 Purworejo pada tahun 2013 kemudian melanjutkan Sekolah Menengah Atas di SMA N 3 Purworejo pada tahun 2013 dan selesai pada tahun 2016. Pada tahun 2016 peneliti melanjutkan pendidikan di Universitas Dr Soebandi Jember Program Studi S1 Ilmu Keperawatan.

Mengembangkan ilmu yang didapat dari perkuliahan di bidang keperawatan jiwa, penulis mengambil judul tugas akhir di perguruan tinggi (Skripsi) yang berjudul “Hubungan Antara Literasi Kesehatan Mental Dengan Stigma Gangguan Jiwa Di Masyarakat Desa Soko Kecamatan Bagelen Kabupaten Purworejo”.