

USULAN
PENELITIAN DOSEN PEMULA



STUDI FENOMENOLOGI STIGMA REMAJA TERHADAP GANGGUAN JIWA
DI KOTA PADANG

TIM PENGUSUL

Ketua:

Ns. Rika Sarfika, S.Kep., M.Kep (0015098406)

Anggota:

Ns. Dewi Eka Putri, M.Kep., Sp.Kep.J (0016037508)

Ns. Bunga Permata Wenni, S.Kep.,M.Kep (8810430017)

Ns. Shinta Kasih Bratha, S.Kep (16213120)

Pembimbing:

Prof. Dr.dr. Rizanda Machmud, M.Kes.,FISPH, FISCN

FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ANDALAS

MEI, 2018

HALAMAN PENGESAHAN

Judul Penelitian : Studi Fenomenologi Stigma Gangguan Jiwa Di Kalangan Remaja Kota Padang Sumatera Barat

Ketua Peneliti

a Nama Lengkap : Ns. Rika Sarfika, S.Kep., M.Kep
b NIDN : 0015098406
c Jabatan Fungsional : Asisten ahli
d Program Studi : Keperawatan
e Alamat Institusi : Fakultas Keperawatan, UNAND Limau Manis
f Nomor HP : 085274833083
g Alamat Surel (e-mail) : rikasarfika@gmail.com

Anggota Peneliti (1)

a Nama Lengkap : Ns. Dewi Eka Putri, M.Kep., SP.Kep.J
b NIDN : 0016037508
c Perguruan Tinggi : Fakultas Keperawatan UNAND

Anggota Peneliti (2)

a Nama Lengkap : Ns. Bunga Permata Wenni, S.Kep., M.Kep
b NIDK : 8810430017
c Perguruan Tinggi : Fakultas Keperawatan UNAND

Anggota Peneliti (3)

a Nama Lengkap : Ns. Shinta Kasih Bratha, S.Kep
b NBP : 16213120
c Perguruan Tinggi : Fakultas Keperawatan UNAND

Lama Penelitian : dari bulan Mei s/d November 2017

Total Pembiayaan : Rp. 20.000.000,-

Sumber Dana : BOPTN Unand

Mengetahui
Dekan Fakultas Keperawatan UNAND



Prof. Dr. dr. Rizanda Machmud, M.Kes., FISPH, FISCMI
NIP. 196712081997022001

Padang, 15 Mei 2018
Ketua Tim Pengusul



Ns. Rika Sarfika, S.Kep., M.Kep
NIP. 198409152014042002

IDENTITAS DAN URAIAN UMUM

1. Judul Penelitian : Studi fenomenologi stigma gangguan jiwa di kalangan remaja Kota Padang Sumatera Barat

2. Tim Peneliti

No	Nama	Jabatan	Bidang Keahlian	Instansi Asal	Alokasi Waktu (jam/minggu)
1	Ns. Rika Sarfika, S.Kep., M.Kep	Ketua	Keperawatan Jiwa	Fkep Unand	12.00
2	Ns. Dewi Eka Putri, M.Kep., Sp.Kep J	Anggota I	Keperawatan Jiwa	Fkep Unand	12.00
3	Ns. Bunga Permata Wenni, S.Kep., M.Kep	Anggota 2	Keperawatan Jiwa	Fkep Unand	8.00
4	Ns. Shinta Dewi Kasih Bratha, S.Kep	Anggota 3	Mahasiswa magister peminatan jiwa	Fkep Unand	8.00

3. Objek Penelitian (jenis material yang akan diteliti dan segi penelitian):

Remaja SMA/SMK di Kota Padang wilayah kerja puskesmas Pauh, Andalas dan Lubuk Begalung yang pernah kontak atau bertemu langsung dengan penderita gangguan jiwa

4. Masa Pelaksanaan

Mulai tahun: April 2018

Berakhir tahun: November 2018

5. Usulan Biaya BOPTN Unand

Tahun ke-1: Rp 20.000.000

6. Lokasi Penelitian (lab/studio/lapangan)

Kota Padang Sumatera Barat

7. Temuan yang ditargetkan dan / atau implikasi teoretik (termasuk penjelasan gejala atau kaidah, metode, teori, pendekatan-perspektif, atau antisipasi yang dikontribusikan pada bidang ilmu)

Penelitian ini merupakan penelitian dengan pendekatan kualitatif melalui studi fenomenologi bertujuan untuk menggali pengalaman stigma remaja terhadap penderita gangguan jiwa. Melalui penelitian ini dapat tergali pemahaman remaja

terhadap gangguan jiwa, dapat mengetahui bagaimana sikap remaja ketika menemui penderita gangguan jiwa serta bagaimana tindakan remaja ketika bertemu dengan penderita gangguan jiwa tersebut. Selain itu, penelitian ini juga menggali alasan-alasan sikap dan perilaku remaja terhadap penderita gangguan jiwa serta dampak dari sikap dan perilaku tersebut bagi kesehatan jiwa remaja.

8. Kontribusi mendasar pada suatu bidang ilmu (uraikan tidak lebih dari 50 kata, tekankan pada gagasan fundamental dan orisinal yang mendukung pengembangan tambahkan iptek, sosbud)

Hasil penelitian ini memberikan implikasi pada perkembangan ilmu keperawatan jiwa dalam meningkatkan peran promotif dan preventif sehingga dapat mewujudkan program kesehatan jiwa yaitu remaja sehat jiwa.

Jurnal ilmiah yang menjadi sasaran (tuliskan nama terbitan berkala ilmiah internasional bereputasi dan tahun rencana publikasi)

Jurnal internasional bereputasi yaitu pada jurnal *epidemiology and psychiatric sciences* terbit pada bulan juni tahun 2019

RINGKASAN

Remaja merupakan masa yang penuh konflik dimana individu pada masa ini rentan mengalami masalah kesehatan jiwa seperti keputusasaan, ansietas, harga diri rendah, dan lain-lain. Banyak penelitian membuktikan bahwa gangguan jiwa yang dialami remaja dapat membuat remaja putus sekolah, depresi dan bahkan bunuh diri. Stigma tentang gangguan jiwa merupakan salah satu faktor penyumbang beratnya masalah kesehatan jiwa yang dialami remaja. Tujuan penelitian ini adalah untuk menggali informasi mengenai pengalaman remaja terhadap stigma gangguan jiwa. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi. Teknik pengambilan data dengan *Focus Group Discussion* (FGD). Teknik pengambilan partisipan dengan cara *purposive sampling* dengan kriteria partisipan yang pernah kontak atau bertemu secara langsung dengan penderita gangguan jiwa, partisipan berusia remaja dan tidak memiliki riwayat gangguan jiwa. Penelitian akan dilakukan pada bulan juni sampai dengan agustus 2018. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang pengetahuan remaja tentang gangguan jiwa, serta sikap dan perilaku remaja terhadap penderita gangguan jiwa. Diharapkan penelitian dapat memberikan kontribusi dalam mengatasi stigma gangguan jiwa dikalangan remaja. Target luaran dari penelitian ini adalah publikasi ilmiah pada jurnal internasional bereputasi (*epidemiology and psychiatric sciences*), dan publikasi di media cetak lokal.

DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN	I
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
IDENTITAS DAN URAIAN UMUM	iii
RINGKASAN	v
DAFTAR ISI	vi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	6
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.4. Manfaat Penelitian.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Remaja	8
2.2. Stigma Gangguan Jiwa	16
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1. Rancangan Penelitian.....	25
3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	25
3.3. Partisipan	26
3.4. Klasifikasi Variabel	26
3.5. Etika Penelitian	27
3.7. Teknik Pengumpulan Data	27
3.8. Analisis Data	28
BAB 4 BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN	
4.1. Biaya Penelitian	29
4.2. Jadwal Penelitian	29
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Remaja merupakan generasi penerus yang menjadi penentu dalam mewujudkan cita-cita suatu bangsa. *World Health Organization* (WHO) tahun 2014 menyatakan 18% dari penduduk di dunia atau sekitar 1,2 milyar adalah remaja. Di Indonesia, jumlah penduduk remaja sebesar 26,67% dari 237,6 juta jiwa penduduk Indonesia (BKKBN, 2011). Data WHO (2017) menunjukkan jumlah penduduk remaja di Indonesia usia 13-17 tahun pada tahun 2015 sebesar 9,1%. Jumlah remaja laki-laki sebesar 12 miliar jiwa, sedangkan remaja perempuan sebesar 11,4 miliar. Perkiraan Badan Pusat Statistik (BPS) (2015) bahwa Indonesia pada tahun 2035 akan mendapatkan bonus demografi, yakni jumlah penduduk usia produktif lebih besar dari usia anak dan lansia. Usia produktif yang dimaksud pada tahun 2035 adalah individu yang berada pada usia anak dan remaja saat ini. Oleh karena itu, jumlah remaja yang cukup besar yang ada saat ini merupakan aset bangsa yang harus dijaga dan dioptimalkan tumbuh kembang dan kesehatannya baik fisik maupun mental agar dapat mewujudkan cita-cita bangsa.

Masa remaja adalah tahap perkembangan unik yang terjadi antara usia 11- 20 tahun dimana terjadi perubahan *mood* yang sangat cepat (*swing*) sehingga seringkali menimbulkan kondisi stres (Stuart, 2013). Konflik yang tidak bisa diselesaikan dengan baik dapat berujung kepada perilaku menyimpang dan bahkan gangguan psikotik (Fontaine, 2009). Banyak gangguan kesehatan jiwa dimulai pada

usia remaja (Stuart, 2013; Varcarolis, 2013). Jika mereka tidak terdiagnosa dan tidak ditangani, maka dapat berlanjut pada usia dewasa sehingga sering menjadi penyakit kronik (Stuart, 2013). Gangguan jiwa yang umum terjadi pada usia anak dan remaja adalah gangguan *mood* (depresi dan gangguan suasana hati lainnya), gangguan kecemasan, ADHD skizofrenia, gangguan perilaku, gangguan kognitif, gangguan emosional serius, dan penyalahgunaan zat (Soerachman, 2007; Shives, 2012; Varcarolis, 2013).

Diperkirakan hampir 20,9% prevalensi gangguan jiwa terjadi pada anak usia 9 sampai 17 tahun (Bostic & Prince, 2008 dalam Varcarolis, 2013). Data *National Institute of Mental Health* (NIMH) (2017) mengungkapkan bahwa gangguan jiwa pada usia remaja 13-18 tahun diperkirakan sekitar 49,5% dan 22,2% diantaranya mengalami gangguan jiwa berat. Prevalensi gangguan jiwa terbanyak terdapat pada remaja usia 17-18 tahun (56,7%), kemudian di ikuti remaja usia 15-16 tahun (49,3%) dan remaja usia 13-14 tahun (45,3%) (NIMH, 2017). Data *Global School Health Survey* (GSHS) tahun 2007 mengungkapkan bahwa secara global, sekitar 20% anak dan remaja menderita gangguan jiwa yang menyebabkan penurunan kemampuan signifikan pada remaja. Data diatas menunjukkan bahwa remaja memiliki resiko tinggi mengalami gangguan jiwa dan menimbulkan dampak yang besar terhadap kehidupan remaja.

Gangguan jiwa adalah kontributor terbesar kecacatan pada anak dan remaja (Mathews et al., 2011). Seperti penyakit lain pada anak-anak, gangguan kejiwaan dapat mengganggu pola normal perkembangan anak dan dapat membawa dampak

buruk dalam hal harapan, impian, dan cita-cita (Varcarolis & Halter, 2010). Secara khusus, kecacatan terjadi akibat mengalami gangguan mental kronik dan seringkali diperburuk dengan penundaan mencari bantuan (Harris, et al, 2005; De Girolamo et al., 2012). Secara global, lebih dari 70% orang gangguan jiwa tidak mendapat perawatan dari petugas layanan kesehatan (Henderson, Evans-Lacko, & Thornicroft, 2013). Diperkirakan dua pertiga remaja dengan gangguan jiwa tidak mendapatkan bantuan sebagaimana mestinya (Varcarolis, 2013). Demikian juga di Indonesia, hanya sekitar 10% penderita gangguan jiwa yang mengakses layanan kesehatan jiwa (Direktorat Bina Kesehatan Jiwa, 2014). Data ini menunjukkan bahwa kecenderungan remaja menyimpan masalahnya sendiri dan kurangnya kesadaran remaja ataupun lingkungannya dalam menjaga kesehatan jiwa.

Ada beberapa faktor yang dapat menghambat remaja dan keluarga dalam mencari bantuan kesehatan jiwa. Faktor-faktor tersebut antara lain visibilitas sosial, kurangnya kerahasiaan, budaya kemandirian (Boyd et al., 2007), dan stigma (Boyd et al., 2007; Rose, Thornicroft, Pinfold, & Kassam, 2007; Fung et al., 2016; Mccann, Renzaho, Mugavin, & Lubman, 2017). Stigma dan kesalahpahaman dapat menyebabkan remaja dan keluarga menyembunyikan kondisi kesehatan jiwa yang di alami oleh remaja dan bahkan membatasi pencarian bantuan dan perawatan profesional (Sewilam et al., 2015; Varcarolis & Halter, 2010). Selain itu, faktor budaya, media sosial (seperti film tentang penyakit jiwa), komunikasi keluarga juga dapat mempengaruhi remaja dalam mencari bantuan kesehatan (Goodwin, Savage, & Horgan, 2016). Faktor *self-efficacy*, jenis kelamin (Al-Krenawi, et al., 2009; dalam Goodwin, Savage and Horgan, 2016) dan kurangnya pengetahuan tentang

kesehatan jiwa juga menjadi faktor penting yang menyebabkan remaja enggan mencari bantuan ke pelayanan kesehatan (Fung et al., 2016).

Orang yang menderita gangguan jiwa adalah orang yang paling rentan mendapatkan stigma, diskriminasi, dipinggirkan atau dijauhkan, dan orang yang tidak berguna di masyarakat (Johnstone, 2001). Gambaran umum penyakit jiwa pada umumnya sangat negatif. Gangguan jiwa di anggap sebagai penyakit yang berbahaya, sikap merugikan, dan orang yang tidak bisa dilibatkan dalam hal apapun (Clark et al., 2013). Orang dengan penyakit jiwa dianggap dapat melakukan kejahatan seperti melukai bahkan membunuh (Fitzpatrick, 2015).

Stigmatisasi terhadap penderita gangguan jiwa telah terbukti mempengaruhi sikap remaja dalam mencari bantuan terkait masalah kesehatan jiwanya (Yap, Wright, & Jorm, 2011), yang pada akhirnya mempengaruhi perilaku terhadap mencari bantuan selanjutnya (Yap, Reavley, & Jorm, 2012). Goffman (1963) mengungkapkan bahwa kebanyakan orang cenderung menyembunyikan penyakitnya untuk menghindari stigma yang dapat ditimbulkan akibat penyakitnya tersebut. Tiga dari empat orang dengan gangguan jiwa berat tidak mendapat pengobatan dan mereka terpapar dengan berbagai pelanggaran hak asasi manusia (WHO, 2015b). Hampir dua pertiga orang yang didiagnosis gangguan jiwa tidak mencari bantuan pelayanan kesehatan (Stuart, 2016). Adanya stigma menyebabkan masyarakat enggan membawa Orang Dengan Masalah Kejiwaan (ODMK) dan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) mencari pengobatan medik, rendahnya utilisasi fasilitas pelayanan kesehatan di bidang kesehatan serta rendah nya minat menjadi tenaga kesehatan jiwa (Direktorat Bina Keswa, 2014).

Reaksi dan anggapan negatif masyarakat terhadap penderita gangguan jiwa merupakan inti dari banyaknya masalah yang dihadapi oleh penderita gangguan jiwa. Hanya sekitar 3% - 5% tindakan kekerasan yang dilakukan oleh penderita gangguan jiwa disebabkan karena gejala-gejala pada penyakit jiwa yang serius (Fitzpatrick, 2015). Padahal faktanya, stigma masyarakat dapat menyebabkan terjadinya prasangka (*prejudice*) dan diskriminasi yang dapat melemahkan penderita gangguan jiwa dalam mencapai tujuan hidup seperti pekerjaan, kehidupan mandiri, dan membina hubungan pribadi (Aznar-Lou, Serrano-Blanco, Fernández, Luciano, & Rubio-Valera, 2016; Corrigan, 2015). Sementara pada remaja, dampak stigma dapat menyebabkan remaja berhenti sekolah (40%), tidak bersosialisasi dengan teman-temannya (54%), dan mencoba untuk melakukan bunuh diri (26%) (Chisholm et al., 2016). Selain itu, stigma juga dapat menyebabkan pelanggaran hak asasi manusia yang dialami oleh penderita gangguan jiwa (WHO, 2015a).

Stigma didefinisikan sebagai tanda rasa malu, aib, atau ketidaksetujuan yang mengakibatkan seseorang ditolak, didiskriminasi, dan dilarang untuk berpartisipasi dengan masyarakat sejumlah wilayah yang berbeda (WHO, 2001). Stigma merupakan hubungan antara atribut dan stereotip (Brohan, Slade, Clement, & Thornicroft, 2010). Pasien yang mengalami stigma akan merasakan kesedihan, rasa bersalah, rasa rendah diri, keputusasaan, kesepian, ketidakgunaan, ketidakcukupan, menyesal, marah, malu, kurang percaya diri, tidak kompeten, kelemahan, ketakutan, kecemasan, dan keputusasaan. Sebagai akibat dari perasaan ini, pasien sering menunjukkan perilaku menghindar dari suatu pekerjaan, menghabiskan sepanjang hari di rumah, membaca buku, menghindari interaksi dengan orang lain,

menjauh dari lingkungan, menolak usulan menikah, memilih sendirian, tidak mampu mengendalikan diri, tidak mampu membina hubungan sosial dan tidak mampu bekerja (Çuhadar & Çam, 2014).

Berdasarkan latar belakang di atas, maka perlu dilakukan suatu penelitian untuk melihat bagaimana pengalaman stigma remaja terhadap gangguan jiwa di Kota Padang. Tujuan penelitian agar dapat menggali informasi langsung kepada remaja terhadap faktor-faktor yang berkontribusi menimbulkan stigma pada remaja sehingga akar permasalahan tentang stigma gangguan jiwa dikalangan remaja dapat teratasi. Sehingga diharapkan dapat melakukan pencegahan dini gangguan jiwa pada remaja dengan menumbuhkan kesadaran remaja terhadap kesehatan jiwa serta dapat bersikap dan melakukan tindakan yang tepat untuk menangani masalah kesehatan jiwa yang di alami.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, maka peneliti merumuskan masalah penelitian melalui pertanyaan penelitian sebagai berikut:

1.2.1. Bagaimanakah pengalaman stigma remaja terhadap gangguan jiwa di Padang?

1.3. Tujuan Penelitian

Secara umum tujuan penelitian adalah untuk mengeksplorasi pengalaman stigma remaja terhadap gangguan jiwa di Padang Sumatera Barat.

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Peningkatan Ilmu

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dalam peningkatan ilmu, sebagai berikut:

1. Dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan asuhan keperawatan jiwa pada remaja di masyarakat khususnya dalam meningkatkan literasi dan mengurangi stigma gangguan jiwa

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Diharapkan dapat mendorong terciptanya alternatif kebijakan yang lebih efektif dan efisien terkait program promosi dan prevensi gangguan jiwa pada remaja
2. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa, khususnya pada kelompok sehat dan resiko sebagai upaya promotif dan preventif
3. Dapat dijadikan masukan bagi pihak puskesmas khususnya dan dinas kesehatan umumnya untuk mengambil kebijakan dalam mengatasi stigma gangguan jiwa

1.4.3. Manfaat Metodologi

Hasil penelitian berguna sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan jiwa khususnya pada kelompok remaja sehat dan resiko masalah kesehatan jiwa.

1.4.4. Manfaat Institusi Pendidikan

Keperawatan merupakan profesi, oleh karena itu perlu didukung dengan pengetahuan yang kokoh dengan terus melakukan penelitian untuk memperkaya literatur ilmu pengetahuan keperawatan dibidang kesehatan jiwa.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Remaja

2.1.1. Pengertian Remaja

Masa remaja (*adolescence*) adalah masa transisi dari masa kanak-kanak menuju dewasa dimana terjadi kematangan psikologis individu dan telah adanya kemampuan reproduksi (Perry & Potter, 2010). Pada masa remaja ini terdapat tiga subfase yang meliputi masa remaja awal (11-14 tahun), masa remaja pertengahan (15-17 tahun), dan masa remaja akhir (18-20 tahun). Remaja adalah satu tahap perkembangan yang unik terjadi antara usia 11-20 tahun dimana terjadi perubahan baik fisik, kognitif, maupun emosional yang dapat menimbulkan kondisi stres dan memicu perilaku aneh pada remaja (Stuart, 2013).

2.1.2. Karakteristik Remaja

Tabel 2. 1 Karakteristik Pertumbuhan dan Perkembangan Remaja

Karakteristik	Remaja awal (11-14 tahun)	Remaja pertengahan (14-17 tahun)	Remaja akhir (17-20 tahun)
Pertumbuhan	Kecepatan pertumbuhan mencapai puncak Timbul karakteristik seks sekunder	Pertumbuhan melambat pada anak perempuan Tinggi badan mencapai 95% tinggi badan dewasa Karakteristik seks sekunder lanjut	Matang secara fisik Pertumbuhan tubuh dan reproduktif semakin lengkap
Kognisi	Menggunakan kemampuan baru untuk pemikiran abstrak yang terbatas Meraba adanya nilai moral dan energi yang baru	Memperoleh kemampuan berfikir abstrak Memiliki kemampuan intelektual yang umumnya idealistik	Terbentuknya pikiran abstrak Dapat menerima dan berfikir jauh Mampu meninjau masalah secara komprehensif

	Perbandingan 'normalitas' dengan kelompok	Memiliki perhatian terhadap masalah filsafat, politis, dan sosial	Identitas intelektual dan fungsional telah ditegakkan
Identitas	Berfokus pada perubahan tubuh yang cepat Mencoba berbagai peran Mengukur daya tarik melalui penerimaan atau penolakan dari kelompok Memenuhi syarat yang ditegakkan teman sebaya	Mengubah citra diri Sangat egosentrik; narsisme Kecenderungan berfokus pada pengalaman dalam diri dan penemuan jati diri Sering berfantasi Idealistik Mampu memperkirakan akibat dari tingkah laku dan keputusan yang di ambil	Citra tubuh dan menjalankan peran sesuai dengan gender Identitas seksual yang matang Fase konsolidasi identitas Kepercayaan diri stabil Merasa nyaman dengan pertumbuhan fisik Telan menentukan Peran sosial
Hubungan dengan kelompok	Membangun hubungan dengan kelompok untuk mengatasi ketidakstabilan akibat perubahan tubuh yang cepat Peningkatan hubungan persahabatan dengan teman sesama jenis Berusaha menjadi pemimpin dalam kelompok	Kebutuhan yang kuat terhadap identitas untuk memperkuat citra diri Tingkah laku mengikuti aturan kelompok Penerimaan kelompok menjadi hal yang sangat penting Menjelajahi kemampuan untuk menarik lawan jenis	Kepentingan kelompok berkurang dan digantikan oleh hubungan persahabatan individual Keinginan membangun hubungan dengan lawan jenis Hubungan ditandai dengan saling memberi dan berbagi
Hubungan dengan orang tua	Menentukan batasan kemandirian – ketergantungan Keinginan kuat untuk bergantung pada orang tua sekaligus berusaha mandiri Tidak ada konflik besar mengenai kendali orang tua	Konflik besar mengenai kemandirian dan kendali Merupakan titik rendah dalam hubungan orangtua-anak Dorongan besar untuk bebas dari orang tua; berusaha mandiri Ingin memiliki kebebasan emosional dan irreversibel dari orang tua	Ingin bebas secara emosional dan fisik dari orangtua Tercapainya kemandirian Emansipasi hampir tercapai
Seksualitas	Eksplorasi dan evaluasi diri Banyak menghabiskan waktu bersama kelompok dibanding lawan jenis (pasangan) Kedekatan yang terbatas dengan lawan jenis	Hubungan plural mendominasi Mulai menyukai lawan jenis Eksplorasi daya tarik diri Memiliki perasaan 'jatuh cinta' Terbentuknya hubungan yang tentatif	Membentuk hubungan yang stabil dengan orang lain Peningkatan kemampuan menjalin hubungan mutual dan resiprokal Kedekatan dengan lawan jenis sudah melibatkan komitmen dan tidak sekedar eksplorasi diri dan romantisme
Kesehatan psikologis	Perubahan suasana hati yang sangat fluktuatif Sering mengkhayal Ekspresif, temperamen, respon kemarahan dengan berbicara kasar dan memaki	Lebih fokus pada diri, menjadi lebih introspektif Cenderung menarik diri saat merasa kecewa atau terluka Perubahan emosi dalam waktu tertentu Sering merasa tidak berdaya; kesulitan meminta bantuan	Emosi menjadi lebih stabil Cenderung menyimpan kemarahan

Sumber: (Potter & Perry, 2010)

2.1.3. Tugas Perkembangan Remaja

Tugas perkembangan yang harus diselesaikan selama masa remaja meliputi (Potter & Perry, 2010):

1. Mencapai kemampuan membina hubungan yang lebih dewasa dengan teman sebaya
2. Mencapai kemampuan melaksanakan peran sosial sebagai laki-laki atau perempuan
3. Menerima perubahan fisik dan menjaga tubuh secara efektif
4. Mencapai kemandirian emosional dari orang tua dan orang dewasa lainnya
5. Mempersiapkan diri untuk pernikahan dan kehidupan berkeuarga
6. Mempersiapkan diri untuk karir
7. Memperoleh seperangkat nilai dan sistem etika dalam berperilaku

2.1.4. Masalah Kesehatan Jiwa Remaja

Perilaku-perilaku yang menghambat pertumbuhan dan perkembangan remaja dapat membahayakan remaja itu sendiri. Hasil penelitian *National Research Council* (2009) mengungkapkan bahwa masalah perilaku pada masa awal remaja berhubungan dengan tinggi nya resiko masalah kesehatan pada saat dewasa (Stuart, 2016). Adapun masalah kesehatan jiwa yang sering terjadi pada usia remaja sebagai berikut:

1. Aktivitas seksual yang tidak sesuai

Aktivitas seksual yang dilakukan remaja adalah sebagai bentuk keinginan untuk mencapai rasa kedekatan dengan orang lain. Remaja cenderung menggunakan seks untuk mengalihkan diri dari kebutuhan lain seperti cinta, rasa aman, tekanan dari kelompok, dan menghilangkan kecemasan terhadap kemampuan seksualnya. Pada beberapa remaja, melakukan hubungan seksual sebagai cara untuk menghukum dirinya sendiri dan bisa

juga terjadi karena pengaruh kontrol eksternal, contoh peran yang buruk dan kritik dari orang lain. Pada beberapa kasus, harga diri rendah dan anggapan melakukan hubungan intim membuat remaja menjadi terkenal juga membuat remaja ingin melakukan seks bebas. Kebutuhan remaja untuk mengeksplorasi dan keingintahuan akan seks membuat remaja beresiko tinggi terjadinya infeksi HIV dan penyakit menular seksual lainnya pada remaja. Selain itu, juga dapat menyebabkan terjadinya kehamilan pada usia dini, chlamydia, gonorrhea, sifilis, dan human papillomavirus (HPV) (Stuart, 2016).

2. Gangguan suasana hati (*mood disorders*)

a. Depresi

Depresi merupakan gangguan kesehatan jiwa yang paling umum terjadi dan bisa berdampak fatal. Remaja mengalami kesulitan menggambarkan emosi atau kondisi alam perasaannya. Remaja muda sering tidak mengeluh tentang apa yang dirasakan dan lebih bersikap suka murung serta mudah marah. Remaja yang mengalami depresi di usia antara 14-16 tahun beresiko lebih tinggi terjadinya depresi mayor pada kehidupannya dikemudian hari. Angka kejadian depresi pada remaja perempuan usia 11-15 tahun meningkat sangat tajam, sementara pada remaja laki-laki hanya sedikit meningkat. Hal ini disebabkan karena remaja perempuan lebih cemas dibanding remaja laki-laki. Remaja perempuan merasa kurang memiliki kontrol terhadap lingkungan dan situasi kehidupan yang dialaminya. Sementara, remaja laki-laki lebih cenderung berfokus eksternal pada tindakan dan aktifitasnya. Namun demikian, kedua kelompok ini memiliki resiko terjadinya depresi mayor di masa dewasa.

b. Gangguan bipolar

Remaja lebih sering mengalami fluktuasi suasana hati yang jarang di alami orang dewasa. Mereka mengekspresikan perasaannya secara berbeda dan kondisi ini harus dipahami terkait konteks perkembangannya.

3. Gangguan kecemasan (*anxiety disorder*)

Kecemasan menjadi masalah ketika anak atau remaja gagal untuk mengatasi rasa takutnya yang dikaitkan dengan tahap perkembangannya atau ketika kecemasan mengganggu fungsi normalnya. Gangguan kecemasan adalah gangguan jiwa yang paling sering terjadi pada anak dan remaja, mempengaruhi 13% anak dan remaja antara usia 9-17 tahun (Bostic & Prince, 2008 dalam Varcarolis, 2013). Gangguan kecemasan dapat disebabkan oleh kerentanan genetik, misalnya keluarga dengan riwayat kecemasan. Gangguan kecemasan dapat berkembang sebagai respon terhadap stressor dan trauma fisik atau psikososial. Teori kognitif menjelaskan bahwa kecemasan merupakan hasil dari upaya disfungsional untuk memahami masalah kehidupan.

4. Bunuh diri

Kebanyakan bunuh diri dilakukan remaja karena pengaruh obat-obatan dan penggunaan alkohol, kematian anggota keluarga, bermasalah di sekolah, terlibat masalah hukum, putusnya hubungan atau mengalami penolakan, penghinaan, kehilangan. Kebanyakan kasus bunuh diri terjadi setelah jam sekolah dan di rumah. Remaja laki-laki berusia 15-19 tahun memiliki kecenderungan lima kali lipat lebih banyak melakukan bunuh diri dibanding remaja wanita, walaupun remaja wanita melakukan percobaan bunuh diri 2-3 kali lebih sering dari remaja laki-laki. Cara yang biasa digunakan remaja

untuk melakukan bunuh diri adalah menggunakan senjata api, menggantung diri, melompat, keracunan karbon monoksida, dan over dosis obat-obatan.

5. Mencederai diri

Mencederai anggota tubuh secara sengaja dengan tujuan untuk mendapatkan perasaan yang nyaman atau untuk menunjukkan diri, sebagai bentuk pemberontakan, atau agar diterima oleh kelompok teman sebayanya. Bentuk mencederai diri yang biasa dilakukan seperti mengukir, menggores, membakar, memotong, membuat tato, menindik tubuh secara berlebihan, menarik, menjambak kulit, dan bahkan mutilasi diri sebagai cara menggambarkan perasaan putus asa, marah, harga diri rendah atau butuh perhatian. Perilaku mencederai diri pada remaja biasanya disebabkan karena kesulitan mengungkapkan perasaan, ketidaknyamanan fisik atau penilaian diri negatif (Stuart, 2016).

6. Gangguan perilaku

Dalam DSM-5 perilaku disruptif masuk kedalam diagnosa “disruptive, impulse-control and conduct disorder” yang meliputi *oppositional defiant disorder* (ODD), *intermittent explosive disorder*, gangguan perilaku, gangguan kepribadian antisosial, pyromania, kleptomania, serta spesifik dan tidak spesifik perilaku disruptif, kontrol impuls, and gangguan perilaku (Hodes & Gau, 2016). Remaja dengan gangguan perilaku menunjukkan perilaku melanggar hak-hak dasar orang lain atau norma-norma dan peraturan sosial (Varcarolis, 2013). Remaja bertindak diluar norma-norma perilaku disemua *setting* dan dapat menimbulkan sikap antisosial/asosial dengan kelompok teman sebayanya, karena anak-anak dengan gangguan perilaku berbagi simptomatologi yang

sama. Contoh gangguan perilaku pada remaja seperti perilaku agresif, *bullying*, berkelahi, bersikap kejam, berbohong, membolos, perilaku mengancam, mencuri, memperkosa, perilaku seksual dini, menggunakan senjata api, merusak barang-barang, minum-minuman beralkohol, penggunaan NAPZA, perilaku beresiko dan keluyuran ditengah malam (Stuart, 2016; Varcarolis, 2013).

Bentuk gangguan perilaku pada remaja laki-laki cenderung bertarung, mencuri, merusak, dan memiliki masalah disiplin disekolah. Sedangkan, pada remaja cenderung berbohong, melarikan diri, dan terlibat dalam prostitusi. Gangguan perilaku menyebabkan kegagalan akademik, gagal lulus, kenakalan remaja. Perlunya sistem pengadilan anak-anak untuk memikul tanggung jawab pada remaja yang tidak dapat dikelola oleh orangtua. Gangguan jiwa lain yang dapat muncul bersama dengan gangguan perilaku seperti ansietas, gangguan mood, gangguan belajar, dan ADHD (Varcarolis, 2013).

7. *Bullying*

Bullying merupakan perilaku menyakiti secara berulang terhadap orang yang lebih lemah dari dirinya atau individu yang rentang. *Bully* lebih sering dilakukan oleh remaja tahap awal dibanding remaja tahap akhir. Seiring dengan bertambahnya usia remaja, mereka cenderung men jadi jarang melakukan *bully* atau menjadi korban *bullying*. Alasan terjadinya *bullying* pada remaja disebabkan karena penampilan dan status sosial. Namun orientasi seksual remaja, ras, agama atau hanya karena sifat pemalu dan tertutup dapat memicu timbulnya korban *bully*. Bentuk *bullying* dapat dalam bentuk fisik (lebih sering terjadi pada remaja laki-laki) seperti memukul, sindiran, menyebut

nama, komentar atau menyerang secara seksual, mencuri atau merusak barang milik orang lain. Serangan juga dapat bersifat tidak langsung (lebih sering pada remaja perempuan) seperti menyebarkan gosip atau mengisolasi seseorang dari kelompok sosial. *Bully* lebih sering dilakukan oleh seseorang yang memiliki status sosial lebih tinggi dan orang lain mentolerir perilaku intimidasi yang dilakukannya. Sikap *bully* biasanya merupakan hasil dari meniru perilaku yang dilihat remaja saat di rumah atau hasil observasi terhadap perilaku orang dewasa.

8. Kekerasan

Kebanyakan remaja yang menampilkan perilaku agresif mengalami frustrasi dan memiliki role model yang melakukan kekerasan pada masa kanak-kanaknya. Faktor resiko terjadinya kekerasan pada remaja disebabkan oleh ikatan emosi yang lemah dengan orang lain, pola asuh tidak efektif (pola menghukum yang berlebihan atau tidak konsisten dan pengawasan yang kurang), terpapar sikap kekerasan di rumah atau di komunitas, dan faktor sosial. Senjata merupakan penyebab kematian ketiga pada anak usia 10-14 tahun dan penyebab kedua yang paling umum terjadinya kematian pada remaja usia 15-24 tahun. Penyalahgunaan obat-obat terlarang, perilaku anti sosial dan terpapar kekerasan dari berbagai media meningkatkan angka kejadian kekerasan pada remaja (Stuart, 2016).

9. Penggunaan Zat Adiktif

Penggunaan zat adiktif berdampak seirus pada remaja dan menyebabkan 50% kematian pada remaja usia 15-24 tahun. Penggunaan alkohol dan obat-obatan juga berkontribusi terhadap timbulnya perilaku penyerangan dan kasus pemerkosaan yang

dilakukan oleh remaja. Alkohol merupakan zat yang paling sering digunakan dan disalahgunakan oleh remaja. Remaja yang menggunakan alkohol di usia sebelum 15 tahun beresiko empat kali lipat untuk menjadi pecandu alkohol dibanding mereka yang mencoba alkohol ketika berusia 21 tahun. Tingginya angka penggunaan alkohol pada remaja berhubungan dengan tiga penyebab kematian paling umum pada remaja yaitu kematian akibat kecelakaan, pembunuhan dan bunuh diri. Penggunaan zat adiktif merupakan pengaruh dari lingkungan seperti pengaruh teman sebaya yang menggunakan narkoba. Selain itu, juga disebabkan oleh faktor herediter, misalnya orang tua dengan pecandu alkohol dapat mempengaruhi anaknya untuk mencoba hal yang sama (Varcarolis, 2013).

2.2. Stigma Gangguan Jiwa

2.2.1. Pengertian Stigma Gangguan Jiwa

Istilah stigma digunakan pertama kali dalam buku *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* oleh Goffman tahun 1963. Penyakit jiwa adalah salah satu kondisi yang paling banyak mengalami stigmatisasi, terlepas dari diagnosis psikiatri spesifik (Corrigan dkk., 2000; Corrigan & Penn, 1999; Tringo, 1970; Weiner, Perry, & Magnusson, 1988). Tidak seperti penyakit lainnya, penyakit jiwa dianggap oleh beberapa orang sebagai tanda kelemahan, sekaligus sebagai sumber rasa malu dan aib.

Sosiolog Erving Goffman (1963) dalam Linden & Kavanagh (2012) membuat konsep tentang stigma yaitu suatu atribut yang mendiskreditkan secara signifikan. Goffman juga mengemukakan istilah stigma merujuk pada keadaan suatu kelompok

sosial yang membuat identitas terhadap seseorang atau kelompok berdasarkan sifat fisik, perilaku, ataupun sosial yang dipersepsikan menyimpang dari norma-norma dalam komunitas tersebut. Berbagai kualitas pada individu yang ditemplei oleh stigma bisa sangat acak mulai dari warna kulit, cara berbicara, kecenderungan seksual.

Goffmann (1963) dalam Sewilam et al., (2015) mendefinisikan stigma sebagai proses dimana reaksi orang lain merusak identitas normal. Reaksi-reaksi ini berasal dari praduga (*prejudice*) seseorang berdasarkan informasi yang terbatas. Menurut Stuart (2016), stigma adalah suatu tanda memalukan yang digunakan untuk mengidentifikasi dan memisahkan seseorang yang oleh masyarakat dilihat sebagai abnormal, berdosa atau berbahaya. Menurut kamus Bahasa Indonesia, stigma adalah ciri negatif yang menempel pada pribadi seseorang karena pengaruh lingkungannya. Sedangkan menurut *New Freedom Commission on Mental Health* (NFCMH) tahun 2003, stigma gangguan jiwa adalah sebagai suatu kelompok perilaku dan keyakinan negatif yang memotivasi masyarakat umum untuk merasa takut, menolak, menghindar, dan mendiskriminasi Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) (Stuart, 2016).

Stigma menurut Shives (2012) didefinisikan sebagai tanda dari aib atau malu, yang meliputi 4 komponen, yaitu:

1. Memberi label seseorang dengan suatu kondisi
2. Memiliki stereotip terhadap orang yang diberi label
3. Menciptakan divisi antara kelompok "kita" yang superior dan kelompok "mereka" yang terdevaluasi
4. Mendiskriminasi seseorang atas dasar label mereka

2.2.2. Proses Terjadinya Stigma

Proses stigma menurut *International Federation–Anti Leprocy Association* (ILEP, 2011): Orang-orang yang dianggap berbeda sering diberi label misalnya pasien gangguan jiwa, masyarakat cenderung berprasangka dengan pandangan tertentu dengan apa yang orang alami seperti sangat menular, mengutuk, berdosa, berbahaya, tidak dapat diandalkan dan tidak mampu mengambil keputusan dalam kasus mental. Masyarakat tidak lagi melihat penderita yang sebenarnya tetapi hanya melihat label saja, kemudian memisahkan diri dengan penderita dengan menggunakan istilah “kita” dan “mereka” sehingga menyebabkan penderita terstigmatisasi dan mengalami diskriminasi.

Menurut ILEP (2011) ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang menghadapi stigma:

- a. Pemahaman masyarakat yang positif atau negatif terhadap suatu penyakit
- b. Dukungan keluarga dan masyarakat
- c. Sejauh mana stigma mempengaruhi kehidupan dan rutinitas sehari-hari
- d. Kepribadian dan kemampuan coping

Ketika seseorang menghadapi stigma, mereka mungkin rentan sehingga memerlukan penerimaan dan dukungan emosional karena sulit mengekspresikan keprihatinan yang dirasakan mereka berharap dapat berbicara dengan seseorang yang mampu mengerti, sehingga mereka perlu melakukan konseling. Konseling adalah proses pemberian bantuan yang dilakukan oleh seorang ahli kepada individu yang mengalami masalah.

2.2.3. Jenis-jenis Stigma

Stigma terbagi menjadi dua yaitu stigma interpersonal atau *public-stigma* dan stigma intrapersonal atau *self stigma* (Rusch, et al., 2005 dalam Sewilam et al., 2015):

1. Stigma masyarakat (*public stigma*)

Stigma masyarakat memiliki tiga komponen utama yaitu meliputi *stereotype*, *prejudice*, dan *discrimination* (Corrigan, Larson, & Rüsch, 2009). Komponen *stereotype* adalah keyakinan tentang kelompok sosial yang dibuat berdasarkan karakterisasi kelompok secara keseluruhan dengan menolak perbedaan individu atau karakteristik unik dari orang-orang di dalam kelompok (Hinshaw, 2007). Stereotip pada stigma masyarakat meliputi kepercayaan negatif tentang kelompok masyarakat tertentu meliputi ketidakmampuan, kelemahan, dan membahayakan. Sebutan orang gila digambarkan sebagai orang yang tidak normal, tidak bertanggung jawab, dikucilkan dari masyarakat dan sulit untuk disembuhkan. Stereotip didasarkan pada pengetahuan yang tersedia bagi anggota kelompok dan menyediakan cara untuk mengkategorikan informasi tentang kelompok lain dalam masyarakat. Stereotip tentang penyakit jiwa meliputi menyalahkan (*blame*), bahaya (*dangerousness*), dan tidak kompeten (*incompetence*) (Corrigan et al., 2009).

Pada komponen *prejudice* (prasangka) merupakan suatu sikap sering kali mengarah pada evaluasi yang bersifat negatif terhadap unsur persetujuan terhadap kepercayaan atau reaksi negatif seperti marah dan takut. Prasangka yang timbul berupa prososial perasaan (perlu untuk membantu, kasihan, simpati), perasaan takut dan terkait (tidak nyaman, tidak aman), perasaan marah dan jengkel (Angermeyer, 2013). Orang-orang yang memiliki

prasangka negatif akan mendukung stereotip dan menghasilkan reaksi emosional negatif sebagai akibatnya, dan selanjutnya prasangka akan mengarah kepada diskriminasi (Corrigan et al., 2009).

Pada komponen *discrimination* (mengucilkan) merupakan perlakuan yang tidak adil dan tidak seimbang yang dilakukan untuk membedakan terhadap perorangan, atau kelompok, berdasarkan sesuatu, biasanya bersifat katagorikal, atau atribut-atribut khas, seperti berdasarkan ras, kesukubangsaan, agama atau keanggotaan kelas-kelas sosial fulthoni, et al (2009). Didalam diskriminasi terdapat unsur respon perilaku untuk menghakimi seperti menghindari untuk bekerja dan memberikan kesempatan untuk melakukan kegiatan rumah tangga. Tidak menerima untuk memperkenalkan ke teman, menikah, menyewa kamar, dan merawat anak-anak (Angermeyer, 2013).

2. Stigma diri (*self-stigma*)

Self-stigma terdiri dari komponen yang sama seperti *public-stigma*, yaitu, stereotip, prasangka dan diskriminasi. Stereotip terjadi ketika seseorang mengelompokkan sikap negatif tentang penyakit jiwa, yang menyebabkan reaksi emosional negatif dan harga diri rendah (Rusch et al., 2004 dalam Sewilam et al., 2015). Kebanyakan pasien psikiatri mengalami stigma diri (Corrigan, 2005 dalam Sewilam et al., 2015). Corrigan & Watson (2002) menjelaskan bahwa stigma pada diri sendiri mempunyai pandangan negatif pada diri sendiri, bereaksi dengan emosional dan berperilaku menghindar. Sikap dan perilaku stigma pada diri sendiri seperti merasa tidak mampu, lemah, harga diri rendah, menganggap orang yang tidak beruntung, berbeda dari orang lain dan gagal mendapatkan kesempatan kerja (Angermeyer, 2013 dalam Moses, 2014).

Self-stigma dapat menghambat proses penyembuhan gangguan jiwa pada penderita itu sendiri. Tahapan *Self-stigma* terdiri dari tiga langkah yaitu tahap pertama menyadari (*awareness*) bahwa adanya stereotip terhadap dirinya (misalnya: “orang-orang dengan gangguan jiwa harus disalahkan atas gangguan yang mereka alami”), tahap kedua menyetujui (*agreement*) stereotip yang diberikan orang lain kepadanya (misalnya ‘iya itu benar, orang dengan gangguan jiwa harus disalahkan atas penyakit yang mereka alami”), dan tahap ketiga menerapkannya (*application*) (misalnya “saya sakit jiwa, jadi saya harus disalahkan atas gangguan yang saya alami). Sebagai hasil dari proses ini, orang menderita penurunan harga diri dan penurunan *self-efficacy* dan kemudian berdampak kepada kualitas hidup (Corrigan et al., 2009).

2.2.4. Respon dan Dampak Stigma

Bagi penderita gangguan jiwa, stigma merupakan penghalang yang memisahkan mereka dengan masyarakat dan menjauhkan mereka dari orang lain (Stuart, 2016). Stigma berakibat pada pelabelan, prasangka, stereotip, pemisahan, kehilangan status dan diskriminasi negatif (Link & Phelan, 2001 dalam Sewilam et al., 2015). Stereotip dengan cepat menghasilkan kesan dan harapan tentang orang-orang yang termasuk dalam kelompok tertentu (Rusch et al., 2005 dalam Sewilam et al., 2015). Orang yang berprasangka setuju dengan stereotip negatif ini, dan sikap ini mengarah pada diskriminasi melalui perilaku negatif terhadap individu yang sakit mental. Persepsi negatif ini membuat ketakutan dan jarak sosial dari orang sakit jiwa (Corrigan et al., 2001 dalam Sewilam et al., 2015). Ketika individu mendukung keyakinan stigma ini, mereka menunjukkan tingkat penghindaran dan penolakan yang lebih tinggi untuk membantu

seseorang dengan diagnosis psikiatrik (Corrigan & Matthews, 2003 dalam Sewilam et al., 2015).

Klien dan keluarganya seringkali melaporkan bahwa diagnosis gangguan jiwa selalu diikuti dengan meningkatnya isolasi dan kesepian karena keluarga dan sahabat menarik diri dari hubungan dengan klien dan keluarganya. Klien merasa ditolak dan ditakuti oleh orang lain dan keluarga seringkali disalahkan. Stigma terhadap gangguan jiwa merupakan suatu refleksi dari bias budaya masyarakat yang dilakukan oleh konsumen dan petugas kesehatan. Akhirnya keluarga sering melihat klien sering kambuh dan tidak sembuh, kondisi ini semakin membuat pasien di jauhi oleh orang lain, sehingga “pasung” sering dilakukan sebagai cara merawat klien yang memperlihatkan keputusan yang di alami oleh keluarga dalam merawat pasien (Stuart, 2016).

Dengan demikian stigma dapat mencegah banyak orang dengan penyakit jiwa untuk mendapatkan pengobatan. Rasa malu dan harga diri yang rendah pada individu dengan penyakit jiwa adalah dampak lain dari stigma. Sementara, stigmatisasi masyarakat terhadap penyakit jiwa dapat diinternalisasi dan kemudian membuat masyarakat mengeksklusi individu yang terstigma tersebut sehingga dapat mengancam kualitas hidup penderita gangguan jiwa, menghambat hubungan sosial dan mengurangi kemungkinan orang dengan penyakit jiwa (ODGJ) mencari layanan kesehatan jiwa atau mendapatkan pekerjaan. Oleh karena itu, stigma dianggap sebagai penghalang ODGJ untuk pulih dari penyakit jiwanya, bahkan pada individu yang menerima perawatan sekalipun (Sewilam et al., 2015).

Pada individu, stigma dapat berdampak kepada harga diri rendah, penilaian negatif pada diri sendiri (*self-stigma*), ketakutan, merasa diasingkan, kehilangan kesempatan kerja karena diskriminasi, menambah depresi, dan meningkatnya kekambuhan (dalam Larson and Corrigan, 2008). Stigma dengan berbagai identitas negatif dari masyarakat akan mempengaruhi interaksi dan dukungan sosial terhadap penderita, sehingga penderita sering tidak mendapatkan kesempatan untuk bekerja dan menjadi pengangguran. Dalam stigma diinternalisasi atau *self-stigma*, proses bertahap asimilasi psikologis stereotip masyarakat terhadap penyakit mental dikatakan terjadi sehingga orang dengan penyakit mental semakin kehilangan apa yang mereka pikirkan dan keinginan mereka di masa depan (Yanos, et al., 2008).

Pada dasarnya, Orang tidak hanya percaya bahwa orang lain berpikir bahwa dia berharga atau tidak, misalnya menikah, tapi juga berpendapat bahwa ia tidak benar-benar layak dan tidak boleh menikah. Hal ini akan mengubah fundamental persepsi orang tersebut tentang diri mereka sendiri dan mengarah ke perubahan perilaku seseorang dengan cara melakukan persepsi terinternalisasi yang dianggap sesuai (Thornicroft et al., 2007).

Dengan demikian, dampak atau konsekuensi dari stigma adalah sebagai berikut (Stuart, 2016):

1. Stigma membuat orang yang menyembunyikan atau menyangkal gejala yang mereka rasakan
2. Stigma menghasilkan keterlambatan dalam terapi
3. Stigma membuat seseorang menghindari tpeerapi yang efektif atau tidak menjalani pengobatan secara terkontrol

4. Stigma membuat masyarakat mengisolasi individu dan keluarga pasien gangguan jiwa
5. Stigma dapat menurunkan harga diri dan potensi perawatan diri pada pasien gangguan jiwa
6. Stigma dapat menghambat pasien gangguan jiwa mengakses perawatan kesehatan yang berkualitas
7. Stigma memberi pengaruh secara negatif terhadap perilaku petugas kesehatan
8. Stigma memberikan kontribusi terhadap tingkat keparahan penyakit
9. Stigma membatasi respons masyarakat terhadap gangguan jiwa.

Stigma, ketidakpahaman, dan ketakutan terhadap gangguan jiwa berhubungan dengan orang dan agen pemberi pelayanan kesehatan jiwa dan orang yang menerima pelayanan, yang seringkali adalah orang lanjut usia, orang miskin, atau anggota kelompok sosial minoritas. Berbeda dengan kondisi penyakit fisik, yang cenderung mengundang simpati dan keinginan untuk menolong, pada gangguan jiwa cenderung mengganggu orang lain dan membuat orang lain ingin menghindarinya (Stuart, 2016).

BAB 3

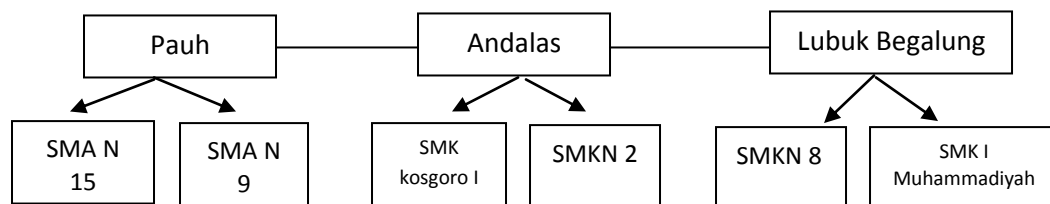
METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan rancangan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi fenomenologi, dimana peneliti ingin menggali pemahaman, sikap serta perilaku remaja terhadap gangguan jiwa secara mendalam. Menurut Creswell (2016) metode penelitian kualitatif adalah suatu pendekatan untuk mengeksplorasi masalah dan memahami suatu fenomena secara rinci. Pendekatan fenomenologi dimaksudkan dengan tujuan ingin menggali pengalaman stigma remaja terhadap penderita gangguan jiwa.

3.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Kecamatan Andalas, Kecamatan Lubeg, dan Kecamatan Pauh Kota Padang Sumatera Barat. Lokasi penelitian berada di SMA/SMK masing-masing wilayah tersebut. Alasan pemilihan lokasi penelitian adalah karena 3 kecamatan yakni kecamatan Pauh, kecamatan Andalas dan kecamatan Lubeg merupakan 3 wilayah tertinggi angka gangguan jiwa di Kota Padang. Waktu pengumpulan data kualitatif ini akan dilakukan pada pertengahan bulan Juli sampai dengan Agustus 2018. Adapun lokasi penelitian digambarkan dalam gambar 3.1 sebagai berikut:



Gambar 3.1 Lokasi Penelitian

3.3.Partisipan

Dalam penelitian kualitatif, sampel disebut dengan istilah partisipan. Pemilihan partisipan pada studi kualitatif ini dikaitkan dengan pengalaman partisipan ketika kontak atau bertemu baik secara langsung maupun tidak langsung dengan penderita gangguan jiwa. Target partisipan untuk penggalan informasi mengenai pengetahuan, sikap serta tindakan partisipan terhadap remaja yang memiliki masalah gangguan jiwa yakni remaja siswa/siswi SMA/SMK yang berada di wilayah kecamatan Pauh, Andalas dan Lubeg Kota Padang. Teknik pemilihan partisipan berdasarkan strategi *purposive sampling* yaitu memilih partisipan dengan sengaja dan penuh perencanaan sehingga dapat membantu peneliti memahami masalah yang diteliti. Pengumpulan data dilakukan secara *Focus Group Discussion* (FGD)

3.4. Klasifikasi variabel

Variabel penelitian adalah suatu objek, sifat, atribut, atau nilai yang mempunyai bermacam-macam variasi antara satu dengan yang lainnya yang ditetapkan oleh peneliti dengan tujuan untuk dipelajari dan ditarik kesimpulan (Wibowo, 2014). Variabel mengandung pengertian ukuran atau ciri yang dimiliki oleh anggota-anggota suatu kelompok yang berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok lain (Notoatmodjo, 2012). Adapun variabel yang diteliti dalam penelitian ini meliputi:

- a. Pandangan partisipan terhadap remaja yang memiliki masalah gangguan jiwa
- b. Pengetahuan partisipan terhadap penyebab, tanda dan gejala, dampak serta penanganan remaja yang mengalami gangguan jiwa

- c. Bagaimana sikap partisipan terhadap remaja dengan masalah gangguan jiwa
- d. Bagaimana tindakan partisipan ketika bertemu/kontak dengan remaja yang mengalami masalah gangguan jiwa.

3.6. Etika Penelitian

Etika penelitian yang dilalui dalam penelitian ini sebagai berikut (*American Nurse Association*, 2001, *American Psychological Association*, 1982, dan Silva, 1995 dalam Burns & Grove, 2003):

1. *Self-determination*, responden berhak untuk tidak melanjutkan atau keluar dari penelitian yang dilakukan, tanpa memberikan dampak atau sanksi terhadap dirinya
2. *Privacy*, peneliti menghargai privasi responden selama penelitian
3. *Anonymity and Confidentiality*, merahaskan identitas diri pasien. Data yang diperoleh hanya diketahui oleh peneliti dan responden yang bersangkutan.
4. *Fair Treatment*, setiap responden mendapatkan perlakuan yang sama
5. *Protection from Discomfort and Harm*, peneliti mencegah adanya perasaan tidak nyaman dan terluka.

3.8. Teknik Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Persiapan: mengurus surat perizinan dari Dinas Pendidikan provinsi dan sekolah
2. Pelaksanaan: pelaksanaan penelitian dimulai dengan mengidentifikasi partisipan yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Partisipan mengisi lembar *informed consent*, dan dilanjutkan dengan mewawancarai partisipan dengan teknik *Focus Group Discussion* (FGD). Teknik FGD dilakukan dengan cara mengelompokkan

remaja dari 6 sekolah yakni 3 SMA dan 3 SMK di masing-masing wilayah kerja puskesmas Pauh, Andalas, dan Lubuk Begalung. Masing-masing kelompok terdiri dari 6-10 remaja. FGD dilakukan dengan menggunakan pertanyaan terbuka yang dirancang untuk memunculkan pandangan dan opini partisipan terhadap masalah gangguan jiwa. Proses wawancara dilakukan dengan cara informal, meskipun peneliti memiliki panduan wawancara. Proses wawancara sepenuhnya didasari pada perkembangan pertanyaan secara spontan dan alami. Teknik komunikasi yang digunakan menyesuaikan dengan karakteristik remaja.

3.9. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan teknik *Colaizzi's*. Adapun langkah-langkah yang akan dilakukan sebagai berikut (Creswell, 2016):

1. Mengolah dan mempersiapkan data untuk di analisis. Membuat transkrip wawancara, *scanning* materi, mengetik *field note*, memilah dan menyusun data tersebut ke dalam jenis-jenis yang berbeda tergantung sumber informasi
2. Membaca keseluruhan data yang ditujukan untuk membangun *general sense* atas informasi yang diperoleh dan merefleksikan maknanya secara keseluruhan
3. Melakukan *coding* semua data. Langkah ini melibatkan pengambilan data tulisan atau gambar yang telah dikumpulkan, proses penulisan kategori untuk mengorganisasikan data, kemudian memberi label pada kategori tersebut dengan istilah khusus
4. Menerapkan proses *coding* untuk mendeskripsikan setting (ranah), orang (partisipan), kategori, dan tema yang akan dianalisis
5. Menyajikan kembali deskripsi dan tema-tema dalam bentuk laporan kualitatif
6. Pembuatan interpretasi dalam penelitian kualitatif atau memaknai data.

BAB 4

BIAYA DAN JADWAL PENELITIAN

4.1 Biaya Penelitian

No	Jenis Pengeluaran	Biaya Yang Diusulkan (Rp)
A	Honorarium	3.000.000
B	Pembelian bahan habis pakai	10.500.000
C	Perjalanan	4.500.000
D	Lain-lain	2.000.000
	Total	Rp. 20.000.000,-
	Terbilang : Dua puluh juta rupiah	

4.2. Jadwal Penelitian

Penelitian ini akan dimulai dari bulan Mei sampai dengan November 2018. Kegiatan penelitian dimulai dengan persiapan untuk penelitian sampai dengan seminar dan pengumpulan laporan. Untuk kejelasan jadwal penelitian dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

No	Kegiatan	Apr	Mei	Juni	Juli	Agu	Sept	Okt	Nov	Des
1	Pembuatan proposal									
2	Pelaksanaan penelitian									
3	Pengolahan data									
4	Penyusunan laporan hasil									
5	Pengumpulan laporan									
5	Seminar dan publikasi									

DAFTAR PUSTAKA

- Aznar-Lou, I., Serrano-Blanco, A., Fernández, A., Luciano, J. V., & Rubio-Valera, M. (2016). Attitudes and intended behaviour to mental disorders and associated factors in catalan population, Spain: Cross-sectional population-based survey. *BMC Public Health*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2815-5>
- BKKBN. (2011). *Kajian Profil Penduduk Remaja*. Retrieved from www.bkkbn.go.id
- Boyd, C., Francis, K., Aisbett, D., Newnham, K., Sewell, J., Dawes, G., & Nurse, S. (2007). Australian rural adolescents' experiences of accessing psychological help for a mental health problem. *Australian Journal of Rural Health*, 15(3), 196–200. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2007.00884.x>
- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10, 80. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-80>
- Chisholm, K., Patterson, P., Torgerson, C., Turner, E., Jenkinson, D., & Birchwood, M. (2016). Impact of contact on adolescents' mental health literacy and stigma: The schoolspace cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6(2), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009435>
- Clark, W., Welch, S. N., Berry, S. H., Collentine, A. M., Collins, R., Lebron, D., & Shearer, A. L. (2013). California's historic effort to reduce the stigma of mental illness: The Mental Health Services Act. *American Journal of Public Health*, 103(5), 786–794. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301225>
- Corrigan, P. W. (2015). Challenging the Stigma of Mental Illness: Different Agendas, Different Goals. *Psychiatric Services*, 66(12), 1347–1349. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500107>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Çuhadar, D., & Çam, M. O. (2014). Effectiveness of Psychoeducation in Reducing Internalized Stigmatization in Patients With Bipolar Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 62–66. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.008>
- DITJEN KESWA. (2014). *Rencana Aksi Kegiatan Tahun 2015-2019 Direktorat Bina Kesehatan Jiwa*.
- Fitzpatrick, J. J. (2015). The Continuing Stigma of Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 133. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.04.001>
- Fontaine, K. . (2009). *Mental Health Nursing* (6th ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Fung, E., Lo, T. L., Chan, R. W. S., Woo, F. C. C., Ma, C. W. L., & Mak, B. S. M. (2016). Outcome of a Knowledge Contact – based Anti- stigma Programme in

- Adolescents and Adults in the Chinese Population. *East Asian Arch Psychiatry*, 26, 129–136.
- Goffman, E. (1963). *STIGMA: Notes on the Management of Spoiled Identity*. England: Penguin Group.
- Goodwin, J., Savage, E., & Horgan, A. (2016). Adolescents' and Young Adults' Beliefs about Mental Health Services and Care: A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 636–644. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.004>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., & Thornicroft, G. (2013). Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American Journal of Public Health*, 103(5), 777–780. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301056>
- Hinshaw, S. P. (2007). *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Hodes, M., & Gau, S. S. F. (2016). Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents. In *Positive Mental Health, Fighting Stigma and Promoting Resiliency for Children and Adolescents* (pp. 1–288). <https://doi.org/10.1016/C2015-0-00449-X>
- Mccann, T. V., Renzaho, A., Mugavin, J., & Lubman, D. I. (2017). Stigma of mental illness and substance misuse in sub-Saharan African migrants: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.12401>
- Moses, T. (2014). Determinants of mental illness stigma for adolescents discharged from psychiatric hospitalization. *Social Science and Medicine*, 109, 26–34. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.12.032>
- NIMH. (2017). *Mental Illness*. Retrieved from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>
- Perry, A. G., & Potter, P. A. (2010). *Fundamental of Nursing* (7th ed.). Singapore: Elsevier Inc.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2010). *Fundamental of Nursing: Fundamental Keperawatan*. (D. Sjabana, Ed.) (7th Buku 1). Indonesia: Salemba Medika.
- Rose, D., Thornicroft, G., Pinfold, V., & Kassam, A. (2007). 250 Labels used to stigmatise people with mental illness. *BMC Health Services Research*, 7, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-97>
- Sewilam, A. M., Watson, A. M. M., Kassem, A. M., Clifton, S., McDonald, M. C., Lipski, R., ... Nimgaonkar, V. L. (2015). Suggested avenues to reduce the stigma of mental illness in the Middle East. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(2), 111–120. <https://doi.org/10.1177/0020764014537234>
- Shives, L. R. (2012). *Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health Nursing* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G. W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing* (10th ed.). Singapore: Mosby Elsevier.

- Stuart, G. W. (2016). *Prinsip dan Praktik Keperawatan Kesehatan Jiwa Stuart*. (B. A. Keliat & J. Pasaribu, Eds.) (1th Buku 2). Indonesia: Elsevier Singapore.
- Varcarolis, E. M. (2013). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: A Communication Approach to Evidence-Based Care Revised Reprint* (2nd ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- Varcarolis, E. M., & Halter, M. J. (2010). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: a Clinical Approach*. (J. Ferguson, Ed.) (6th ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- WHO. (2015a). Global Standards for Quality Health-Care Services for Adolescents. Volume 3: Standards and Criteria, 4. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183935/1/9789241549332_vol1_eng.pdf?ua=1
- WHO. (2015b). The Global Strategy for Women's and Children's and Adolescents' Health (2016-2030): Survive, Thrive, Transform. *United Nations*, 1, 1–108. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001; Mental Health: New Understanding, New Hope*. 1211 Geneva 27, Switzerland,.
- World Health Organization. (2017). *Mental Health Status of Adolescents in South-East Asia: Evidence for Action*. Retrieved from <http://www.who.int/iris/handle/10665/254982>
- Yap, M. B. H., Reavley, N., & Jorm, A. F. (2012). Young people's beliefs about preventive strategies for mental disorders: Findings from two Australian national surveys of youth. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 940–947. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.09.003>
- Yap, M. B. H., Wright, A., & Jorm, A. F. (2011). First aid actions taken by young people for mental health problems in a close friend or family member: Findings from an Australian national survey of youth. *Psychiatry Research*, 188(1), 123–128. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.01.014>

Lampiran 1. Susunan Organisasi Tim Pengusul dan Pembagian Tugas

SUSUNAN ORGANISASI TIM PENGUSUL DAN PEMBAGIAN TUGAS

No	Nama/NIDN	Instansi Asal	Bidang Ilmu	Alokasi Waktu (jam/minggu)	Uraian Tugas
1	Ns. Rika Sarfika, S.Kep., M.Kep	Fkep Unand	Keperawatan Jiwa	12.00	Survei, Sosialisasi kegiatan penelitian, studi pendahuluan dan pelaksanaan penelitian, publikasi ilmiah ke jurnal dan media cetak
2	Ns. Dewi Eka Putri, M.Kep., Sp.Kep J	Fkep Unand	Keperawatan Jiwa	12.00	Survei, Sosialisasi kegiatan penelitian, studi pendahuluan dan pelaksanaan penelitian, publikasi ilmiah ke jurnal dan media cetak
3	Ns.Bunga Permata Wenni, S.Kep.,M.Kep	Fkep Unand	Keperawatan Jiwa	8.00	Survei, Sosialisasi kegiatan penelitian, studi pendahuluan dan pelaksanaan penelitian,
4	Ns. Dewi Shinta Kasih Bratha, S.Kep	Mahasiswa Magister Fkep Unand	Keperawatan Jiwa	8.00	Survei, Sosialisasi kegiatan penelitian, studi pendahuluan dan pelaksanaan penelitian,

CURRICULUM VITAE TIM PENGUSUL

A. KETUA

1. Nama : Ns. Rika Sarfika, S.Kep.,M.Kep
2. NIP : 198409152014042002
3. Tempat/Tanggal Lahir : Dosen Fakultas Keperawatan Unand
4. Alamat Kantor : Kampus Fakultas Keperawatan Limau Manis Padang
5. Alamat Rumah : Komp. Cendana Tahap II Blok H/ IA RT 03 RW 04
Mata Air Padang
6. Alamat Surel (email) : rikasarfika@gmail.com
rika.sarfika@fkep.unand.ac.id
7. HP : 085274833083
8. Status : Menikah
9. Pekerjaan : Dosen Fakultas Keperawatan Unand
10. Bidang Ilmu : Keperawatan Jiwa
11. Riwayat Pendidikan :

Jenjang	Tempat	Program Studi	Tahun Lulus
S1 Keperawatan	Universitas Andalas, Padang	Sarjana Keperawatan	2008
S2 Keperawatan	Universitas Indonesia, Jakarta	Magister Keperawatan	2012

12. Riwayat Pekerjaan :

Pekerjaan	Tempat	Tahun
Dosen pengajar	STIKes ALIFAH Padang	2009-2010
Dosen pengajar	Fakultas Keperawatan UNAND Padang	2014 - sekarang

13. Penelitian terkait :

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2014	Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan jiwa remaja di kota padang tahun 2014 (sebagai anggota)	DIPA FKEP UNAND	12.500.000
2	2015	Hubungan terapeutik dalam konteks pemaksaan (<i>Perceived coercion</i>) pada pasien gangguan jiwa (sebagai ketua)	BOPTN UNAND	12.500.000
3	2015	Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku agresif remaja SMK di kota padang tahun 2015 (sebagai ketua)	DIPA FKEP UNAND	9.100.000
4	2016	Kondisi depresi dan resiko bunuh	DIPA FKEP UNAND	12.500.000

		diri pada pasien diabetes melitus di padang		
5	2018	Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi stigma sosial terhadap pasien gangguan jiwa pada remaja di sumatera barat	DRPM DIKTI	48.000.000

14. Pengabdian masyarakat :

No .	Tahun	Judul Pengabdian Kepada Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber*	Jml (Juta Rp)
1	2014	ibM Stimulasi perkembangan remaja di SMAN 9 Padang tahun 2014 (sebagai anggota)	DIPA UNAND	3.000.000
2	2015	ibM <i>Assertive Training</i> pada remaja dengan perilaku agresif di SMKN 5 Padang (sebagai ketua)	DIPA FKEP UNAND	3.000.000
3	2016	IbM <i>assertive training</i> pada remaja dengan perilaku agresif di smk kosgoro padang tahun 2016	DIPA FKEP UNAND	5.000.000
4	2017	IbDM <i>family psychoeducation</i> sebagai upaya mengurangi stigma pada keluarga odgk di wilayah kerja puskesmas pauh padang	BOPTN UNAND	10.000.000

Dengan ini, saya menyatakan bahwa data diatas adalah benar dan apabila ternyata tidak benar, kepesertaan saya bisa dicabut dan saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Padang, 15 Mei 2018
Ketua Tim Pengusul



Ns. Rika Sarfika, S.Kep., M.Kep
NIP. 198409152014042002

B. ANGGOTA I

1. Nama : Ns. Dewi Eka Putri, M. Kep, Sp. KepJ
2. Tempat/Tanggal lahir : Padang, 16 Maret 1975
3. Alamat : Jl. Kp. Kelawi Barat no. 8 Padang
4. Email : dewi_adisifa@yahoo.com
4. Status : Menikah
5. Bidang Ilmu : Keperawatan Jiwa
6. Riwayat Pendidikan

Jenjang	Tempat	Program Studi	Tahun Lulus
S1 Keperawatan	Universitas Indonesia	Sarjana Keperawatan	2002
S2 Keperawatan Jiwa	Universitas Indonesia	Program Magister Keperawatan Jiwa	2010
Spesialis Keperawatan Jiwa	Universitas Indonesia	Spesialis Keperawatan Jiwa	2011

7. Riwayat Pekerjaan

Pekerjaan	Tempat	Tahun
Dosen Pengajar	Fakultas Ilmu Keperawatan UI	2002 - 2005
Dosen Pengajar	Fakultas Keperawatan Universitas Andalas, Padang	2005 – sekarang

8. Penelitian terkait:

No	Judul	Tahun
1.	Hubungan Harga Diri Dengan Depresi Pada Usia Lanjut Di Panti Werda Sumatera Barat	2015
2.	Hubungan Tingkat Kecemasan Dengan Kualitas Hidup Pasien Diabetes Mellitus Diwilayah Kerja Puskesmas Pauh Padang	2014
3.	Hubungan Konsep Diri Dengan Jenis Kekerasan Dalam Pacaran Pada Remaja Kota Padang	2014
4.	Analisis Faktor Kepatuhan Obat Pasien Skizoprenia Di Rs. Hb. Saanin Padang.	2014
5	Pengaruh <i>Progressive Muscle Relaxation</i> terhadap Penurunan Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizoprenia	2013

9. Pengabdian Masyarakat:

No	Judul	Tahun
1.	IbM Stimulasi aspek psikososial Remajadi Puskesmas PauhKota Padang	2014
2.	IbM Pemeriksaan fisik dan Penyuluhan kesehatan pada Lansia di Kecamatan Kapalo Koto	2013
3.	IbM Stimulasi aspek psikososial Anak Usia Prasekolah di Puskesmas Nanggalo Kota Padang	2013
4.	IbM Stimulasi aspek psikososial toddler di Puskesmas Pemancungan Kota Padang	2012

Dengan ini, saya menyatakan bahwa data diatas adalah benar dan apabila ternyata tidak benar, kepesertaan saya bisa dicabut dan saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Padang, 15 Mei 2018

Ns. Dewi Eka Putri, M.Kep., Sp.Kep J

C. ANGGOTA II

A. Identitas Diri

1.	Nama	:	Ns. Bunga PermataWenny, S.kep, M.Kep
2.	NIDN/NIDK/NUP	:	8810430017
3.	Pangkat dan Golongan Ruang	:	
4.	Tempat, Tanggal Lahir	:	Tangerang, 13 Desember 1989
5.	Jenis Kelamin	:	Perempuan
6.	Alamat Rumah	:	Jln. Sawahan Dalam No. 32 Padang Timur, Sumatera Barat
7.	No. HP	:	081267625625
8.	E-mail	:	ina.bunga625@gmail.com
9.	Nama Institusi	:	Fakultas keperawatan universitas Andalas
10.	Alamat institusi	:	Kampus Limau Manis Padang 25163

11. Riwayat Pendidikan

	S-1 Ners	S-2
Nama PT	Universitas Andalas	Universitas Andalas
Bidang Ilmu	Keperawatan	Keperawatan
Tahun masuk/lulus	2017-2013	2013-2014
Judul Skripsi/tesis	Pengaruh gaya kepemimpinan terhadap kemampuan kepemimpinan kepala ruangan	Faktor-faktor yang berhubungan dengan kualitas hidup klien skizofrenia
Nama Pembimbing	1. Dr. yulastri arif 2. Reni prima gusti, M.Kes	1. Prof. Achir yani S Hamid 2. Ns.Dewi Eka P, M.Kep

12 Pendidikan Tambahan / Pelatihan / Kursus Terkait Bidang Profesi

Riwayat Pelatihan Profesional			
Tahun	Nama Pelatihan	Penyelenggara	Jangka waktu
2015	MPKP	IPKJI Sumbar	3 hari
2015	CMHN	IPKJI Sumbar	3 hari
2016	Pelatihan pengajar gerontik	Universitas Indonesia	3 hari
2017	Pelatihan item dev-item review	AIPNI regional 3	1 Hari

13 Riwayat Pekerjaan (dimulai dari pekerjaan saat ini)

No	Jabatan di Institusi	Tahun	Keterangan
1	Dosen Fakultas Keperawatan	2013- sekarang	Status kontrak

14 Pengalaman Penelitian 5 tahun terakhir

No	Tahun	Judul Penelitian	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah (Rp)
1	2014	hubungan kecemasan dengan kualitas hidup pasien DM, sebagai anggota	DIPA FKEP Unand	10.000.000
2	2015	Penelitian Dosen Muda: Hubungan Konsep Diri Dengan Kekerasan Dalam Pacaran Pada Remaja Di Kota Padang Sebagai Anggota	DIPA FKEP Unand	10.000.000
3	2015	Hubungan harga diri dengan depresi pada lansia di sumatra barat 2015	UNAND	15.000.000
4	2017	Pengaruh Terapi <i>Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT)</i> Terhadap Konsep Diri Pasien Kanker Payudara dengan Masteknomi, sebagai anggota	DIPA FKEP Unand	23.000.000

15 Pengalaman Pengabdian Kepada Masyarakat dalam 5 tahun terakhir

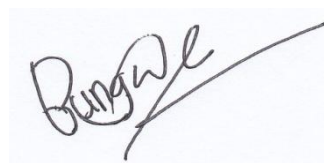
No	Tahun	Judul Pengabdian Masyarakat	Pendanaan	
			Sumber	Jumlah
1	2016	ibm penyuluhan pentingnya cuci tangan di wilayah kerja puskesmas ambacang	DIPA fkep Unand	3.000.000,-
2	2017	IbM pada Masyarakat Lansia yang Menderita Hipertensi	DIPA FKep Unand	4.000.000,-

16 Pemakalah pada Seminar ilmiah dalam 5 tahun terakhir

No	Judul artikel ilmiah	Nama pertemuan	Waktu dan tempat
1	Analysis of Factors Associated with The Quality of Life of Clients with Schizophrenia In Outpatient Ward Prof. Dr. Hb Saanin Padang Hospital	1 st Andalas international nursing conference	Padang September 23-25 2017

Dengan ini, saya menyatakan bahwa data diatas adalah benar dan apabila ternyata tidak benar, kepesertaan saya bisa dicabut dan saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Padang, 15 Mei 2018



Ns. Bunga Permata Wenny, M.Kep

D. ANGGOTA III

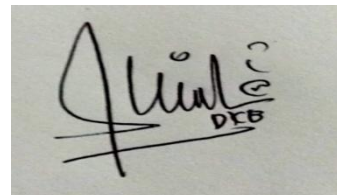
1. Nama : Ns. Shinta Dewi Kasih Bratha, S. Kep
2. Tempat/Tanggal lahir : Padang Panjang, 22 Juni 1999
3. Alamat : Jln dr. M Hatta, No 02 Pasar Ambacang, Padang.
4. Email : shintadkb@gmail.com
4. Status : Mahasiswa
5. Bidang Ilmu : Keperawatan Jiwa
6. Riwayat Pendidikan

Jenjang	Tempat	Program Studi	Tahun Lulus
S1 Keperawatan	Universitas Andalas	Sarjana Keperawatan	2014
Profesi Keperawatan	Universitas Andalas	Program Profesi Ners	2016

7. Riwayat Pekerjaan : Belum Bekerja

Dengan ini, saya menyatakan bahwa data diatas adalah benar dan apabila ternyata tidak benar, kepesertaan saya bisa dicabut dan saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Padang, 15 Mei 2018



Ns. Shinta Dewi Kasih Bratha, S.Kep



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS ANDALAS

LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT

Gedung Rektorat Lantai II Kampus Limau Manis, Padang 25163
Telp./Faks.: 0751-72645, Alamat e-mail: lppm.unand@gmail.com
Website : lppm.unand.ac.id

**SURAT PERNYATAAN KETUA
PENGUSUL**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rika Sarfika, S.Kep., Ners, M.Kep
NIDN : 0015098406
Pangkat/ Golongan : Penata Muda Tk 1 / III b
Jabatan Fungsional : Asisten Ahli

Dengan ini menyatakan bahwa proposal saya dengan judul “Studi Fenomenologi Stigma Gangguan Jiwa Dikalangan Remaja Kota Padang Sumatera Barat ” yang diusulkan dalam Skim Riset Penelitian Dosen Pemula (RDP) untuk tahun anggaran 2018 **bersifat original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga/sumber dana lain.**

Bilamana dikemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan mengembalikan seluruh biaya penugasan yang sudah diterima ke Kas Negara.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Mengetahui,
Dekan Fakultas Keperawatan UNAND



Prof. Dr. dr. Rizanda Machmud, M.Kes., FISPH, FISCN
NIP. 196712081997022001

Padang, 15 Mei 2018
Ketua Tim Pengusul



Ns. Rika Sarfika, S.Kep., M.Kep
NIP. 198409152014042002

Lampiran 4. *Informed consent* dan panduan wawancara

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:
Saudara/i
di Tempat

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ns. Rika Sarfika, S.Kep.,M.Kep
NIP : 198409152014042002
Pekerjaan : Dosen Fakultas Keperawatan Unand
Alamat Kantor : Kampus Fakultas Keperawatan Limau Manis
Padang
Alamat Rumah : Komp. Cendana Tahap II Blok H/ IA RT 03 RW 04
Mata Air Padang
Telp : 085274833083

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Studi Fenomenologi Stigma Remaja Terhadap Gangguan Jiwa di Kota Padang”. Untuk itu saya meminta kesediaan Saudara/i untuk menjadi responden saya.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat buruk bagi Saudara/i sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk tujuan penelitian. Atas perhatian Saudara/i sebagai responden, saya ucapkan terima kasih.

Peneliti,

Ns. Rika Sarfika, S.Kep., M.Kep

PERNYATAAN PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah mendapat penjelasan dari peneliti, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Umur :
Nama Sekolah :
Alamat :

Menyatakan bersedia berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian yang dilakukan oleh :

Nama : Ns. Rika Sarfika, S.Kep.,M.Kep
NIP : 198409152014042002
Pekerjaan : Dosen Fakultas Keperawatan Unand
Alamat Kantor : Kampus Fakultas Keperawatan Limau Manis
Padang
Alamat Rumah : Komp. Cendana Tahap II Blok H/ IA RT 03 RW 04
Mata Air Padang
Judul Penelitian : Studi Fenomenologi Stigma Remaja Terhadap
Gangguan Jiwa di Kota Padang

Saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap saya, sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan akan dirahasiakan.

Demikianlah pernyataan ini saya buat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Yang Membuat Pernyataan,

(.....)

PEDOMAN WAWANCARA

Pedoman wawancara yang dilakukan pada remaja adalah sebagai berikut:

1. Bagaimana pendapat anda tentang gangguan jiwa?
2. Bagaimana pandangan anda tentang gangguan jiwa?
3. Kenapa anda berfikir seperti itu?
4. Apa yang anda lakukan ketika bertemu dengan penderita gangguan jiwa?
5. Kenapa anda berperilaku seperti itu?
6. Bagaimana seharusnya tindakan yang harus dilakukan ketika bertemu penderita gangguan jiwa?
7. Apa harapan anda terhadap masalah gangguan jiwa?

Lampiran 5. Justifikasi anggaran

1. Honorarium				
Honor	Honor/jam (Rp)	Waktu Jam/minggu	Minggu	Honor
Ketua tim pelaksana	100.000	9	3	900.000
Anggota pelaksana 1	100.000	9	3	900.000
Anggota pelaksana 2	100.000	6	2	600.000
Anggota pelaksana 3	100.000	6	2	600.000
Sub Total (Rp)				3.000.000
2. Pembelian bahan habis pakai				
Material	Justifikasi Pemakaian	Kuantitas	Harga Satuan	Harga Peralatan Penunjang
ATK	Pelaporan dan pelaksanaan penelitian	2 set	300.000	600.000
Tinta printer	Pelaporan	2 buah	135.000	270.000
Tape recorder	Peralatan pengumpulan data	3 set	1.460.000	4.380.000
Souvenir peserta	Pelaksanaan	10	150.000	1.500.000
Konsumsi kegiatan	Pelaksanaan kegiatan	50 paket	50.000	2.500.000
Konsumsi pertemuan tim	Persiapan, rapat dan evaluasi	25 paket	50.000	1.250.000
Subtotal				10.500.000
3. Perjalanan				
Material	Justifikasi Perjalanan	Kuantitas	Harga Satuan	Harga Peralatan Penunjang
Perjalanan survei lokasi dan pengambilan data awal	Survei, sosialisasi kegiatan, dan studi pendahuluan	27 kali	100.000	2.700.000
Perjalanan pelaksanaan kegiatan	Pelaksanaan kegiatan dilokasi penelitian	18 kali	100.000	1.800.000
Sub total				4.500.000
4. Lain-lain				
Material	Justifikasi Pemakaian	Kuantitas	Harga Satuan	Harga
Publikasi media cetak	Luaran	1	300.000	300.000
Publikasi jurnal nasional terakreditasi	Luaran	1	1.700.000	1.700.000
SUB TOTAL (Rp)				2.000.000
Total ANGGARANYANG DIPERLUKAN (Rp)				20.000.000
TERBILANG: DUA PULUH JUTA RUPIAH				